

مروری بر مفاهیم سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری

نویسندگان: حسن جولایی^۱، نوشین زارعی^۲، وحید کشتکار^۳، امیر کشاورزبان^۴، پریسا کشانی^۵، محمدابراهیم زحلی‌نژاد^۶، ناهید حاتم^۷، زهرا کاووسی^۸، عظیمه قربانیان^۹، کامران باقری‌لنکرانی^{۱۰*}، محمود عباسی^{۱۱}، علی رمضانخانی^{۱۲}، احمدعلی نوربالا تفتی^{۱۳}، مژده ناطقی^{۱۴}، عباس کبریایی‌زاده^{۱۵}، فاطمه محمدی نصرآبادی^{۱۶}، رضا دهنویه^{۱۷}، وحید رائی^{۱۸}، محمدمهدی تدین^{۱۹}، فرانک فرزندی^{۲۰}، عبدالعلی محقق‌زاده^{۲۱}، سیدمهدی سیدی^{۲۲}، سیدرضا مجدزاده^{۲۳}، فروزان اکرمی^{۲۴}، نرگس تبریزی^{۲۵}

چکیده

زمینه و اهداف: سیاست‌های کلی سلامت توسط مقام معظم رهبری و در راستای ارتقای نظام سلامت ایران به عنوان یک سند راهبردی و لازم‌الاجرا ابلاغ شده است. با توجه به این‌که تاکنون در جهت تبیین مفاهیم مندرج در این سند اقدامی صورت نگرفته بنابراین در این مطالعه تلاش بر این است که این مفاهیم تبیین و بومی‌سازی شوند تا راه برای عملیاتی شدن مفاد آن هموار شود.

۱. دانشیار، دکترای سیاست‌گذاری سلامت، دکترای داروسازی، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۲. کارشناسی ارشد علوم اجتماعی (جمعیت‌شناسی)، مرکز تحقیقات اچ آی وی/ایدز شیراز، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۳. مربی، کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۴. گروه اخلاق پزشکی و فلسفه سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۵. دکترای تخصصی تغذیه، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۶. گروه طب ایرانی و تاریخ پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۷. مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۸. دانشیار، دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۹. دکترای تخصصی مدیریت خدمات سلامت، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۱۰. استاد، فوق‌تخصص گوارش، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)
KBLankarani@gmail.com، تلفکس: ۰۷۱-۳۲۳۰۹۶۱۵
۱۱. دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، و معاون حقوق بشر و امور بین‌الملل، وزارت دادگستری، تهران، ایران
۱۲. دکترای تخصصی آموزش بهداشت، استاد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۱۳. دکترای تخصصی اعصاب و روان، استاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۱۴. کارشناسی ارشد مهندسی صنایع، دانشگاه صنعتی امیرکبیر، تهران، ایران
۱۵. دکترای داروسازی، استاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۱۶. استادیار، دکترای تخصصی علوم تغذیه (علوم اقتصادی)، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۱۷. استادیار، دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۱۸. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، ایران
۱۹. دکترای پزشکی عمومی، کارشناس بیمه سلامت ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲۰. دانشیار، دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، تهران، ایران
۲۱. استاد، دکترای تخصصی فارماکونوزی، مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۲۲. استادیار، دکترای فیزیولوژی گیاهی، پژوهشگاه ملی مهندسی ژنتیک و زیست فناوری، تهران، ایران
۲۳. استاد، دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲۴. مدیر گروه اخلاق زیستی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، و معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
۲۵. استادیار، دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران

روش کار: در مرحله اول ۱۴ تیم تحقیقاتی به‌طور مجزا و با استفاده از مطالعات کتابخانه‌های و تحقیق کیفی هر بند را مورد مطالعه قرار دادند. سپس توسط تیم تلفیق و با استفاده از نتایج مطالعات حاصل از مرحله اول و نیز انجام مطالعات تکمیلی مفاهیم مندرج در سند ادغام و تبیین شده است.

یافته‌ها: در این مطالعه بالغ بر ۹۲ مفهوم به تفکیک هر بند سند مورد تبیین و تعریف قرار گرفت. گرچه بعضی مفاهیم در دو یا چند بند تکرار شده است، در مطالعه حاضر این مفاهیم در بندی که بیشترین ارتباط موضوعی داشت ادغام و ارائه شده است.

نتیجه‌گیری: یکی از وجوه تمایز اصلی این سند با سایر اسناد بین‌المللی و ملی حوزه سلامت توجه به ارزش‌های اسلامی - انسانی حاکم بر آن است. در این سند خصوصیات یک نظام سلامت پویا، پاسخگو و عادلانه در کنار محیط سالمی که در آن تمام مخاطرات سلامت تحت کنترل باشند ارائه شده است. همچنین مسئولیت جامعه، نقش حاکمیت و نیز سایر بخش‌های توسعه برای رسیدن به جامعه آرمانی به‌خوبی بیان شده است.

کلیدواژه‌ها: اسلام، سیاست بهداشت

مقدمه

تشخیصی - درمانی سرپایی، کماکان در حد روستاها و شهرهای معدود بدون دستیابی به یک الگوی ملی متوقف ماند(۸). مضاف بر این، اجرای طرح خودگردانی، علی‌رغم اهداف اصلاحی منجر به افزایش هزینه‌های بیمارستانی و استقرار نظام Fee for Service شد که به صورتی نارس در سیستم باقی ماند(۷). آخرین اصلاحات انجام شده در کشور ما اجرای طرح تحول سلامت بود که با اولویت نظام درمان در بخش دولتی از سال ۱۳۹۲ آغاز شد. این طرح نیز در گام اول دستاوردهای خوبی نظیر کاهش شاخص فقر زایی، کاهش میزان پرداخت از جیب و هزینه‌های کمر شکن و بهبود رضایتمندی جامعه داشت(۹). اما به دلیل ناپایداری منابع مالی و عدم جامعیت طرح از قبیل فقدان سیستم ارجاع، نداشتن راهنماهای بالینی و پروتکل‌های درمانی در ادامه با شک و تردیدهایی مواجه شده است(۷).

با مرور اسناد بالادستی ملی مشخص می‌شود که در اغلب اسناد به‌خوبی به سلامت، حقوق مردم در حوزه سلامت و چارچوب سیاستگذاری‌های سلامت اشاره شده است. به عنوان نمونه در اصل ۲۹ قانون اساسی تأمین دسترسی عادلانه به خدمات سلامت را حقی همگانی، تلقی می‌کند که دولت مکلف است آن را برای آحاد افراد جامعه تأمین کند(۱۰). در قانون برنامه ششم توسعه ذیل مواد ۷۰ تا ۸۱ بخش ۱۴، بر تولید نظام سلامت، نظام عادلانه مالی با تأکید بر بیمه، حمایت مالی و تأمین دسترسی عادلانه برای اقشار آسیب‌پذیر و کاهش آسیب‌های اجتماعی اشاره شده است. همچنین در ماده ۳۱ و ۳۲ بخش ۷

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت هدف نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت جامعه، پاسخگویی و مشارکت عادلانه مالی است و هدف از اصلاح نظام سلامت در حقیقت دستیابی به این اهداف است (۱، ۲). در سال‌های پس از انقلاب اسلامی، اصلاحات مختلفی در سیستم سلامت ایران برنامه‌ریزی و اجرا شد که می‌توان به طرح ادغام نظام سلامت و آموزش پزشکی در دهه ۶۰، گسترش نظام شبکه‌های بهداشت و درمان در دهه ۷۰، طرح خودگردانی بیمارستانی و استقرار نظام پرداخت Fee for service در دهه ۸۰، اجرای طرح پزشک خانواده در دهه ۹۰، و طرح تحول نظام سلامت در سال ۹۳ اشاره کرد (۳ - ۵).

متأسفانه این اصلاحات با مشکلاتی مواجه بودند که نتوانست اثرات پایداری داشته باشند؛ نظام آموزش پزشکی پس از ادغام در نظام سلامت به دلیل عدم تعریف دقیق اهداف و استراتژی‌ها، عدم ادغام کامل نظام سلامت و آموزش پزشکی، پیچیدگی سازمانی ساختار جدید و ادامه الگوهای گذشته آموزشی، نتوانست به اهداف کامل خود برسد(۶). علی‌رغم موفقیت اولیه نظام شبکه بهداشت و درمان و ارتقای شاخص‌های بهداشتی به ویژه در مناطق روستایی، به‌تدریج با رشد شهرنشینی، گسترش حاشیه‌نشینی و عدم به روز شدن این نظام همزمان با تغییرات دموگرافی و اپیدمیولوژی به‌تدریج پاسخگویی و کارایی آن کاهش یافت (۷). آغاز برنامه پزشک خانواده از روستاها نیز با وجود بهبود دسترسی به خدمات

مرحله اول: مطالعات کتابخانه ای و مروری

در این مرحله با استفاده از منابع معتبر و اسناد در دسترس، اطلاعات مرتبط با مفاهیم چهارده بند سیاست‌های ابلاغی سلامت جمع‌آوری شد. براساس چارچوب مرور جامع آرسکی و املی، جهت افزایش جامعیت، توصیه شده است منابع چندگانه مورد جستجو قرار گیرد (۱۴). در این مطالعه نیز پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیکی مختلف، مجلات کلیدی مرتبط، فهرست کتاب و نیز وبسایت‌های مختلف مورد جستجو قرار گرفت. بدین منظور، ابتدا پایگاه‌های اطلاعاتی PubMed، Web of Science، EMBASE، Science direct، Scopus و Google Scholar به‌طور سیستماتیک و بدون محدوده زمانی مورد بررسی قرار گرفت. همچنین براساس کلید واژه‌های تعیین شده مجلات، کتب و وبسایت‌های مرتبط نیز به صورت هدفمند مورد جستجو قرار گرفت. وبسایت‌های مورد بررسی عبارت بودند از سایت سازمان بهداشت جهانی، سازمان ملل متحد، بانک تجارت جهانی و سایت رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های وابسته. کلید واژه‌های منتخب در جدول ۱ و به تفکیک هر بند نشان داده شده‌اند.

مرحله دوم: مطالعه کیفی

با توجه به این‌که از یک طرف تعریف تمام مفاهیم به ویژه آن‌ها که وابسته به زمینه‌های اجتماعی فرهنگی ایران (ارزش‌های اسلامی - ایرانی، سبک زندگی اسلامی - ایرانی، ترویج آموزش‌های معنوی، اخلاق اسلامی) بود در روش‌های مروری و کتابخانه‌های میسر نبود و از طرف دیگر باید از مجموع تعاریف در مورد هر مفهوم یک تعریف قابل اجماع ارائه می‌شد، بنابراین از روش کیفی نیز در این مطالعات استفاده شد. به این منظور روش‌های نشست کارشناسی (expert panel)، مصاحبه و بحث گروهی (Interview & Focus Group Discussion) و تکنیک دلفی برحسب نیاز به کار گرفته شده است. مشارکت‌کنندگان اولیه این مطالعه سیاست‌گذاران حوزه سلامت کشوری در بخش‌های مختلف، مجریان استانی و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت بودند که با حداکثر تنوع (از نظر سن، تحصیلات، سابقه کار و پست سازمانی) و به صورت هدفمند انتخاب شدند. در مجموع ۵۲ مصاحبه فردی، ۳۰ بحث متمرکز گروهی و ۵۷ نشست کارشناسی برگزار شد. در تعدادی از گروه‌های تحقیقاتی نیز از تکنیک دلفی استفاده شد.

نیز بر تأمین امنیت و ایمنی غذایی تأکید شده است (۱۱). به‌علاوه در سند چشم‌انداز برای جامعه ایرانی تا سال ۱۴۰۴ ویژگی‌هایی از جمله برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب در نظر گرفته شده است (۱۲).

از جامع‌ترین اسناد بالادستی، سیاست‌های کلی سلامت است که مقام معظم رهبری در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی و به منظور تعیین کارکردها و اهداف چشم‌اندازی ایران تا سال ۱۴۰۴ شمسی، در فروردین ماه ۱۳۹۳ به عنوان یک سند جامع در حوزه سلامت آن را ابلاغ کردند. سیاست‌های کلی که حتی‌الامکان باید شاخص‌پذیر و قابل نظارت باشند، برای کلیه ارکان نظام الزام‌آور بوده و ناظر بر همه قوانین از جمله برنامه‌های توسعه و بودجه‌های سالیانه است و دارای ویژگی‌ها و مشخصات ذیل می‌باشد: الف) پایداری ب) آینده‌نگری، ج) واقع‌بینی، د) فراگیر بودن (۱۳).

این سیاست‌ها نظام سلامتی کارآمد، عادلانه و نوآور را در مسیر تحقق جامعه‌ای سالم و توانمند ترسیم می‌کند و به رویکردهای ارتقای سلامت و پیشگیری، بهره‌مندی مردم از مراقبت‌های جامع و با کیفیت اهتمام دارد. اما علی‌رغم جامعیت این سند، مانند هر سند کلان دیگر مفاهیم مندرج در آن یا به‌طور کامل و به وضوح تعریف نشده‌اند و یا دارای تعریف قابل اجماعی نیستند. بنابراین با هدف تبیین مفاهیم سیاست‌های کلی سلامت به عنوان جامع‌ترین سند کلان کشور مطالعه حاضر انجام شده است تا سیاست‌گذاران بتوانند در جهت ارتقای سیستم سلامت کشور و تأمین سلامت جامعه از آن بهره‌مند شوند.

روش کار

برای انجام این پژوهش در ابتدا ۱۴ تیم تحقیقاتی از طرف فرهنگستان علوم پزشکی دعوت شدند تا به تفکیک، مفاهیم هر بند را مورد مطالعه قرار دهند. در مجموع تیم‌های تحقیقاتی در دو مرحله به شرح ذیل تحلیل و تبیین مفاهیم را انجام دادند.

جدول ۱ - کلید واژه‌های منتخب به تفکیک بندهای چهارده‌گانه سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری

بند	کلید واژه
۱	خدمات آموزشی و پژوهشی، خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی، اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی، ارتقای نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت، نظام انتخاب، ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی، اخلاق حرفه‌ای، حقوق سلامت مردم، مسئولیت اجتماعی مردم در سلامت، رشد معنویت و اخلاق اسلامی جامعه، ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت
۲	رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم، مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت، نظام پایش، نظارت و ارزیابی، حقوق بیماران
۳	سلامت روانی، سبک زندگی اسلامی - ایرانی، تحکیم بنیان خانواده
۴	فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی، واکسن دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی، محصولات زیستی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی، ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی
۵	تقاضای القایی، نظام سطح بندی خدمات سلامت، راهنماهای بالینی، طرح ژنریک، نظام دارویی ملی، نظارت کارآمد
۶	امنیت غذایی، آب و هوای پاک، فرآورده‌های بهداشتی ایمن، استانداردهای ملی امنیت غذایی، استانداردهای ملی آب و هوای پاک، استانداردهای ملی امکانات ورزشی همگانی، استانداردهای ملی فرآورده‌های بهداشتی ایمن، معیارهای منطقه‌ای امنیت غذایی، معیارهای منطقه‌ای آب و هوای پاک، معیارهای منطقه‌ای امکانات ورزشی همگانی، معیارهای منطقه‌ای فرآورده‌های بهداشتی ایمن، معیارهای جهانی امنیت غذایی، معیارهای جهانی آب و هوای پاک، معیارهای جهانی امکانات ورزشی همگانی، معیارهای جهانی فرآورده‌های بهداشتی ایمن
۷	تولیت، تدارک خدمت، پاسخگویی، عدالت، ارائه خدمت مطلوب، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، نظارت، نظام بیمه، بخش دولتی، بخش خصوصی، بخش عمومی
۸	کیفیت خدمات، مراقبت‌های یکپارچه، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی، بهره‌وری، تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در آموزش، ارزیابی فناوری‌های سلامت، نظام حاکمیت بالینی، برنامه جامع مراقبتی و حمایتی برای جانبازان و معلولان
۹	توسعه کمی بیمه‌های سلامت، توسعه کیفی بیمه‌های سلامت، پوشش همگانی بیمه‌ای سلامت پایه، بیمه تکمیلی، بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی، بازار رقابتی در ارائه خدمات سلامت، تعرفه خدمات مبتنی بر شواهد و ارزش افزوده، حق فنی واقعی، نظم پرداخت، نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد، درآمد عادلانه، مناطق محروم
۱۰	تأمین مالی پایدار، شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها، محصولات و مواد و خدمات زبان‌آور سلامت
۱۱	مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه، مسئولیت‌پذیری سلامت
۱۲	طب سنتی ایران، بازشناسی طب سنتی ایران، تبیین طب سنتی ایران، ترویج طب سنتی ایران، نهادینه نمودن طب سنتی ایران، استانداردسازی روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی، روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی، تبادل تجربیات در زمینه طب سنتی، خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی، تعامل و تبادل میان طب سنتی و طب نوین
۱۳	توسعه کیفی نظام آموزش پزشکی، توسعه کمی نظام آموزش پزشکی، نظام آموزش پزشکی سلامت محور، نظام آموزش پزشکی مبتنی بر جامعه، نظام آموزش پزشکی پاسخگو، نظام آموزش پزشکی عادلانه، نیروی انسانی کارآمد، اخلاق اسلامی حرفه‌ای
۱۴	تحول راهبردی در پژوهش علوم پزشکی، پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری، قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام

نتایج

آن ذکر شده باشد با استفاده از روش دلفی یا پانل افراد صاحب‌نظر (Expert Panel) تعریفی مورد اجماع است، ذکر شده است. برای مفاهیمی که تنها در زمینه فرهنگی مذهبی ایران موضوعیت دارد، با استفاده از مرور متون داخلی و یا روش کیفی تعریف جدیدی ارائه شده است. همچنین برای بعضی مفاهیم به استاندارد ملی و یا بین‌المللی شده است، اما یک یا دو سطح استاندارد تعریف نشده بود که در این صورت یکی از آن‌ها ذکر شده و یا تعریف ذکر نشده است.

همانگونه که جدول ۱ نشان می‌دهد در مجموع بالغ بر ۹۲ مفهوم واجد تبیین و تعریف شناخته شد. به دلیل اهمیت، بعضی مفاهیم در دو یا چند بند سیاست‌های ابلاغی تکرار شده است که در این مطالعه تعریف و تبیین آن‌ها در بندی که بیشترین ارتباط موضوعی دارد، قرار گرفته است. برای مفاهیمی که براساس مستندات علمی تعریف مشخصی دارند، همان تعریف منظور شده است و در مواردی که چندین تعریف برای

جدول ۲ - خلاصه تعریف مفاهیم به تفکیک بندهای سیاست‌های ابلاغی سلامت مقام معظم رهبری

بند مربوطه	عنوان مفهوم	تعریف منتخب
بند ۱ ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه	خدمات آموزشی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی	خدمات آموزشی عبارتند از خدماتی که با هدف تسهیل یادگیری از طریق تعلیم علمی و تربیت حرفه‌ای صورت می‌گیرد. منظور از «ارائه خدمات آموزشی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی»، عبارت از مفهوم جامع تعلیم و تربیت در نظام آموزش پزشکی شامل فعالیت‌های کسب دانش، مهارت، ارزش‌ها، اعتقادات و عادات، و فرایندهای مرتبط با آن شامل برنامه‌ریزی، نظارت و ارزشیابی، مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی نامبرده می‌باشد. می‌توان گفت آموزش در جهت یادگیری عملکرد درست (عمل اخلاقی) و تربیت حرفه‌ای در جهت پرورش منش درست (فضیلت اخلاقی) است که هر دو ویژگی، برای یک استاد به عنوان الگوی یادگیری ضرورت دارد.
	خدمات پژوهشی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی	پژوهش عبارت است از فرایند بررسی خلاق و نظام‌مند به منظور افزایش یا بازنگری دانش موجود. بنابراین، مفهوم «ارائه خدمات پژوهشی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی»، دربرگیرنده پژوهش‌های پزشکی و نظام سلامت و فرایندهای مرتبط با آن شامل نیازسنجی، برنامه‌ریزی پژوهش مبتنی بر نیاز، اجرا، تولید دانش، انتشار به موقع و کاربردی‌سازی نتایج پژوهش، مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی نامبرده می‌باشد.
	خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی	این مفهوم بر ارائه خدمات مراقبتی به افراد جامعه اعم از سالم و بیمار مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی و اخلاق حرفه‌ای دلالت دارد. «خدمات سلامت عمومی» عبارت است از «علم و هنر پیشگیری از بیماری، افزایش طول عمر، و ارتقای سلامت از طریق تلاش‌های سازماندهی شده و انتخاب‌های آگاهانه توسط جامعه، سازمان‌ها، بخش‌های عمومی و خصوصی، و افراد» (۱۵). بنابراین، مفهوم «ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی» بر ارائه خدمات سلامت عمومی مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی نامبرده دلالت دارد. لازم به ذکر است که در ارائه هر یک از این خدمات از جمله «خدمات بهداشتی» در صورت رویکرد مردم‌محوری، اصول تقدم مصلحت عمومی بر منافع فردی، عدالت و انصاف، و وحدت و تعاون از موضوعیت بیشتری در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی برخوردارند. اما در رویکرد بیمارمحوری مانند ارائه خدمات درمانی و توانبخشی به صورت فردی، اصل احترام به کرامت انسانی از مجموعه اصول نامبرده از موضوعیت بیشتری برخوردار است. (۱۶)
	ارتقای نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید	بهبود شیوه گزینش اساتید علوم پزشکی و تنوع‌بخشی به شیوه‌های ارزشیابی (شامل ارزشیابی تکوینی و پایانی) و شیوه‌های گزینش اساتید به صورت عادلانه و پیامدمحور
	نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت دانشجویان	بهبود شیوه گزینش دانشجویان علوم پزشکی به گونه‌ای که ویژگی‌های غیرشناختی آنان برای ارائه مراقبت لحاظ گردد. همچنین تنوع بخشی به شیوه‌های پذیرش و ارزشیابی دانشجو (شامل ارزشیابی تکوینی و پایانی) و گسترش شبکه آموزش مجازی و آموزش از راه دور در سطوح ملی و بین‌المللی برای دانشجویان تحصیلات تکمیلی
	نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت مدیران	بهبود شیوه گزینش و تعلیم و تربیت مدیران و ارزشیابی آن‌ها به صورت تکوینی و پایانی، گسترش شبکه آموزش مجازی و آموزش از راه دور در سطوح ملی و بین‌المللی
	تحول در محیط‌های علمی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای	تغییر در محیط‌های آموزش پزشکی به منظور بهبود مراقبت‌های بهداشتی درمانی با در نظر گرفتن موازین اسلامی و رعایت اصول اخلاقی و مصلحت عمومی
	حقوق سلامت مردم	منظور حق و وظیفه قانونی دولت برای ایجاد شرایطی است که در آن سلامتی مردم تضمین باشد. به علاوه، آزادی، استقلال فردی و سایر منافع قانونی افراد برای کالاهای عمومی تأمین گردد. به عبارت دیگر حقوق سلامت عمومی دنبال کردن بالاترین سطح ممکن سلامت جسمی و روانی برای جمعیت متناسب با ارزش‌های عدالت اجتماعی توسط دولت می‌باشد (۱۷).
	مسئولیت اجتماعی مردم در سلامت	براساس بند چهارم بیانیه Alma-Ata (۱۹۷۸)، مردم هم حق دارند و هم وظیفه دارند که در برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت سلامت خود به صورت فردی و جمعی مشارکت نمایند (۱۸).

<p>ظرفیت‌سازی و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه در پرتو ایمان به خدا، به نحوی که فضایل اخلاقی را پرورش دهند و آن‌ها را درونی سازند. به عبارتی، اینگونه ظرفیت‌سازی برنامه‌ای مداوم برای بهبود اثربخشی آموزش است که تلاش می‌کند رفتار و عملکرد سازمانی افراد را با درونی کردن اخلاق اسلامی متحول سازد.</p>	<p>رشد معنویت و اخلاق اسلامی جامعه با استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت</p>	
<p>منظور از داشتن دیدگاه کل نگر به سلامت، در نظر گرفتن ابعاد فیزیکی، ذهنی، اجتماعی، معنوی، عاطفی و شغلی سلامت برای افراد جامعه است (۱۹).</p>	<p>رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم</p>	<p>بند ۲ تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات ۲</p>
<p>منظور مواردی است که سلامت انسان و یا زندگی او را به خطر می‌اندازد که می‌تواند برای محیط نیز خطراتفرین باشد. این عوامل شامل مخاطرات فیزیکی، بیولوژیکی، شیمیایی، مرتبط با عوامل فرهنگی/عملی و اجتماعی می‌شود (۲۰).</p>	<p>مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت</p>	
<p>نظام نظارت و ارزیابی به تمام شاخص‌ها، ابزارها و فرآیندهایی اشاره دارد که برای سنجش اینکه برنامه با توجه به آنچه که باید اجرا شده (نظارت) و دارای نتایج دلخواه و مورد نظر می‌باشد (ارزیابی)، به کار می‌رود (۲۱).</p>	<p>نظام پایش، نظارت و ارزیابی</p>	
<p>هر چند حقوق بیمار در کشورهای مختلف متفاوت تفسیر می‌شود اما توافق بین‌المللی وجود دارد که اساسی‌ترین حقوق بیماران حفظ شدن حریم خصوصی، محرمانه بودن اطلاعات پزشکی، رضایت در انجام درمان و اطلاع از ریسک مربوط به انتخاب روش‌های پزشکی می‌باشد. به عبارت دیگر دولت و پزشکان با هر بیمار باید به عنوان یک انسان برخورد کنند (۲۲).</p>	<p>حقوق بیماران</p>	
<p>طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامت روانی به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته از آن‌ها به نحو مؤثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است اطلاق می‌شود (۲۳).</p>	<p>سلامت روانی</p>	<p>بند ۳ ارتقای سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقای شاخص‌های سلامت روانی</p>
<p>سبک زندگی اسلامی ایرانی مجموعه‌ای از رفتارهای سازمان‌یافته است که متأثر از باورها و ارزش‌ها و نگرش‌های منطبق با آموزه‌های دین مبین اسلام و در قالب حیات طیبه اسلامی طرح گردیده است. رفتارهایی که در بستر تاریخ، فرهنگ و تمدن ایران اسلامی شکوفا گردد. توجه به الگوهای صحیح زندگی، کشف هویت تاریخی، معرفتی عمیق در استفاده از کالاهای مدرن امروزی و داشتن دین عقلانی به نام اسلام در سبک زندگی ایرانیان حائز اهمیت است.</p>	<p>سبک زندگی اسلامی - ایرانی</p>	
<p>عبارتست از به‌کارگیری، حاکمیت اخلاق و حفظ حقوق همه اعضای خانواده در راستای محکم کردن ریشه‌های زندگی مشترک خانوادگی.</p>	<p>تحکیم بنیان خانواده</p>	
<p>فرآورده‌ها و مواد اولیه‌ای که بتوانند منطبق بر استاندارد British Pharmacopoeia، US Pharmacopoeia و یا استانداردهای تعریف شده توسط کمپانی تولیدکننده مواد اولیه باشد.</p>	<p>فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی</p>	<p>بند ۴ ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی،</p>
<p>بسیاری از داروهای مهم امروز، محصولات بیولوژیکی هستند که از موجودات زنده به دست آمده‌اند. منبع موادی که این داروها از آن‌ها ساخته شده می‌تواند انسان، حیوانات و میکروارگانیسم‌هایی مانند باکتری یا مخمر باشد. محصولات بیولوژیکی از طریق فرآیندهای بیوتکنولوژی تولید شده و از طریق روش‌هایی مانند استخراج از منابع طبیعی، اصلاح ساختار پروتئین طبیعی، کشت سلولی پستاندار در شرایط آزمایشگاهی، کشت سلولی پستاندار در داخل بدن، تولید توسط میکروارگانیسم‌ها و سنتز شیمیایی به دست می‌آیند که تمامی این مراحل می‌بایست تحت نظارت دقیق بوده و از نظر استاندارد بین‌المللی مورد تأیید قرار گیرد.</p>	<p>محصولات زیستی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی</p>	<p>واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی</p>
<p>شامل تضمین کیفیت هرگونه کالا، وسایل، ابزار، لوازم، ماشین‌آلات، کاشتنی‌ها، مواد، معرف‌ها، کالیبراتورهای آزمایشگاهی و نرم افزارها که توسط تولیدکننده برای انسان جهت تشخیص، پیشگیری، کند کردن روند بیماری و یا درمان به کار می‌رود، می‌باشد.</p>	<p>ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی</p>	
<p>همان تقاضای پنهان است که اشاره به پدیده‌ای دارد که پس از افزایش عرضه، منجر به ایجاد تقاضا در مصرف‌کنندگان می‌شود (۲۴). این نوع تقاضا منجر به انجام مراقبت یا فروش خدمت غیرضروری به بیماران یا مراجعان به نظام سلامت می‌گردد که با توصیه و سفارش افراد متخصص اجرا می‌شود (۲۵).</p>	<p>تقاضای القایی</p>	<p>بند ۵ ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام</p>

<p>چیدمان واحدهای تأمین کننده خدماتها و مراقبت‌های سلامت به مردم در راستای دسترسی آسان، سریع و عادلانه به آن‌ها، با کمترین هزینه و بیشترین بهره‌وری (۲۶). به عبارت دیگر نظام سطح بندی همان نظام ارجاع است که در آن هیچیک از واحدهای یک سطح ارائه‌دهنده خدمت نباید به خدماتی که به عهده واحدهای سطح پایین‌تر قرار داده شده است بپردازند مگر آنکه خدمت مورد نظر را در سطح تخصصی‌تر ارائه دهد، و ارتباط فعال و مستمر واحدهای هر سطح با واحدهای سطح بالاتر و پایین‌تر باید وجود داشته باشد. در حال حاضر سه سطح تعریف شده وجود دارد و به این سطح بندی نظام ارجاع می‌گویند (۲۷).</p>	<p>نظام سطح بندی خدمات سلامت</p>	<p>سطح بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات</p>
<p>راهکارهای ملی طبابت بالینی شامل مجموعه توصیه‌های بالینی هستند که به روش نظام مند و بااستناد به شواهد پژوهشی معتبر و با تحلیل شرایط و نیازهای ملی تدوین می‌شوند و به سیاست‌گذاران سلامت و پزشکان در تصمیم‌گیری صحیح کمک می‌کنند (۲۸).</p>	<p>راهنماهای بالینی</p>	
<p>به طرحی اطلاق می‌شود که در آن دارو را صرفاً با نام عمومی به رسمیت می‌شناسد و در سطوح مختلف صرفاً داروی با نام عمومی را می‌پذیرد. این طرح می‌تواند شامل هر یک از سطوح زیر باشد:</p> <p>□□ تأمین / تجویز / ارائه بیمه: به این معنی که صرفاً دارو با نام عمومی در بازار دارویی کشور موجود باشد و تجویز و پوشش بیمه هم بر همین اساس صورت گیرد.</p> <p>□□ تجویز / ارائه و بیمه: در این سطح تأمین دارو با نام برند و عمومی مورد پذیرش است اما تجویز، ارائه دارو و پوشش بیمه صرفاً براساس نام عمومی صورت می‌پذیرد.</p> <p>ارایه و بیمه: در این سطح تأمین و تجویز براساس نام اختصاصی یا عمومی مورد پذیرش است اما داروخانه می‌تواند داروی اختصاصی تجویز شده را با دارویی با نام عمومی تعویض کند. ملاک بیمه نیز نام عمومی و قیمت پایه می‌باشد.</p> <p>بیمه: در این سطح صرفاً اعمال پوشش بیمه براساس نام عمومی می‌باشد و بیمار مابه‌التفاوت برند و ژنریک را از جیب پرداخت می‌کند.</p>	<p>طرح ژنریک</p>	
<p>سیاست ملی دارویی سندی بالادستی است که مشخص کننده سیاست‌های کلی حاکم در بخش دارو بوده و توسط عالی‌ترین مقام نظام سلامت ابلاغ می‌شود. این سیاست عبارت است از تعیین اهداف بلندمدت و میان مدت در زمینه‌های دارویی توسط دولت و تشخیص استراتژی‌های اصلی برای رسیدن به اهداف مذکور. این نظام در حقیقت چارچوبی را فراهم می‌سازد که کلیه فعالیت‌ها در زمینه‌های دارویی چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی در داخل آن می‌گنجد (۲۹).</p>	<p>نظام دارویی ملی</p>	
<p>منظور نظارتی است که به هنگام و قابل اطمینان باشد، در راستای اهداف بوده و قدرت پیش‌بینی‌کنندگی داشته باشد. در نظارت کارآمد با نظارت شوندگان با احترام برخورد می‌شود. از ترس به عنوان ابزار رعایت مقررات و قوانین نباید استفاده کرد. سعی شود افراد از اهداف نظارت آگاه شوند تا نسبت به آن متعهد باشند. در یک نظارت کارآمد هزینه‌های مالی و زمانی کاهش و کارایی سیستم افزایش می‌یابد.</p>	<p>نظارت کارآمد</p>	
<p>امنیت غذایی خانوار وضعیتی است که غذای سالم برای تمام مردم در تمامی زمان‌ها موجود و به شیوه‌های قابل قبول از لحاظ اجتماعی، قابل دسترسی باشد و از نظر جسمی به طور مناسب مورد استفاده بدن قرار گیرد تا نیازهای غذایی انسان برای زندگی سالم و مولد را برآورده سازد و به وسیله یک محیط سالم و مراقبت‌های بهداشتی حمایت شود. چهار فاکتور مهم برای امنیت غذایی شامل فراهم بودن، دسترسی، استفاده در بدن و تداوم و پایداری است (۳۰، ۳۱).</p>	<p>امنیت غذایی</p>	<p>بند ۶ تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی</p>
<p>مواد مغذی (Nutrients) با تأمین مواد اولیه برای سوخت‌وساز سلولی، بقاء، رشد، سلامت، قدرت کار فکری و جسمی و مصونیت در مقابل بیماری‌ها و طول عمر را شکل می‌دهند. بدین ترتیب، چنانچه سفره قادر به برآورده ساختن نیازهای سلولی نباشد، بیماری‌های ناشی از کمبود غذا در جامعه بروز خواهد کرد. امنیت تغذیه‌ای به مفهوم تأمین ریزمغذی‌های لازم برای سلامت و سیری سلولی در مقابل مفهوم سیری شکمی (تأمین انرژی مورد نیاز به‌تنهایی) به کار می‌رود.</p>	<p>امنیت تغذیه‌ای</p>	
<p>ایمنی غذایی یکی از مبانی لازم برای دستیابی به امنیت غذایی به شمار می‌رود و به معنی اطمینان از استفاده مردم جامعه از غذایی است که به‌طور کامل سالم و فاقد هرگونه آلودگی باشد؛ این آلودگی می‌تواند شامل آلودگی بیولوژیک (میکروبی، انگلی، ویروسی)، فیزیکی (مانند تشعشعات رادیواکتیو) و شیمیایی باشد.</p>	<p>ایمنی غذایی</p>	

آب و هوایی منطبق با استانداردهای ملی و بین‌المللی که نه‌تنها موجب آسیب به آحاد جامعه نشود بلکه مفرح ذات و موجب سلامت جسم و روان آن‌ها باشد.	آب و هوای پاک	
عبارتند از آن دسته از فرآورده‌های آرایشی و بهداشتی که برای تولید، توزیع و مصرف در سطح کشور، دارای مجوزهای لازم از مراجع صلاحیت‌دار قانونی (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و / یا سازمان ملی استاندارد ایران) هستند.	فرآورده‌های بهداشتی ایمن	
آبی که ویژگی‌های فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیک و رادیو اکتیو آن در حدی باشد که مصرف آن جهت آشامیدن عارضه‌سویی، کوتاه مدت و یا بلند مدت برای سلامت انسان ایجاد نکند. استاندارد ملی ایران آب آشامیدنی: ویژگی‌های میکروبی (۱۰۱۱) و شیمیایی (۱۰۵۳)	استانداردهای ملی آب پاک	
با توجه به تعریف سازمان حفاظت محیط زیست کشور به دلیل نبودن استاندارد ملی برای هوای پاک، این سازمان ملاک را سازمان استاندارد هوای آزاد EPA را ملاک قرار داده است.	استانداردهای ملی هوای پاک	
پروانه‌های بهره‌برداری، مسئول فنی، پروانه ساخت و شناسه نظارت کارگاهی (صنفي) از سازمان غذا و دارو، وزارت بهداشت، استاندارد ملی فرآورده‌های آرایشی بهداشتی	استانداردهای ملی فرآورده‌های بهداشتی ایمن	
میزان سوء‌تغذیه و The Food Insecurity Experience Scale (FIES)	معیارهای منطقه‌ای امنیت غذایی	
شاخص امنیت غذا یک مدل معیار؛ کمی یا کیفی پویا است. این شاخص نخست امنیت غذایی را به‌طور جامع و کامل با بررسی کردن سه معیار که به‌طور جهانی پذیرفته شده و قابل قبول هستند مورد مطالعه قرار می‌دهد، و فراتر از گرسنگی همچنین عوامل بنیادین در امنیت غذایی را نیز بررسی می‌کند. شاخص فاکتورهای معینی را در فواصل سه‌ماهه برای نوسانات قیمت خوراکی و غذا به کار می‌گیرد تا ریسک‌ها و خطرهایی که کشورها در دوره‌های سالیانه ممکن است با آن روبرو شوند را پیش‌بینی و بررسی کند. میزان سوء‌تغذیه Codex Alimentarius for food معیارهای سازمان خواربار و کشاورزی و The Food Insecurity Experience Scale (FIES)	معیارهای جهانی امنیت غذایی	
ISO standards on Cosmetic	معیارهای جهانی فرآورده‌های بهداشتی ایمن	
تولیت، کارکردی است که از طریق آن امکان دستیابی نظام به اهداف سه‌گانه سلامت (ارتقای سلامت، پاسخدهی به انتظارات معقول آحاد جامعه و عادلانه بودن مشارکت در تأمین مالی) فراهم می‌آید ضمن آنکه فرایند تصمیم‌گیری در مورد نیازهای اولویت دار نظام سلامت و اطمینان از برآورده شدن این اولویت‌ها نیز در حیطه کار تولیت قرار می‌گیرد. تولیت در واقع نظارتی بر کل سیستم است بدون اینکه این نگاه با نزدیک‌بینی، جزء‌نگری و نادیده گرفتن شکست‌ها همراه باشد. تولیت به عنوان مهم‌ترین کارکرد نظام سلامت معرفی شده است و به معنی تعیین و تقویت قواعد اجرایی و ارائه جهت‌گیری‌ها و راهبردها برای تمامی نقش‌آفرینان این بخش و پذیرش مسئولیت کلان و پاسخگویی در بالاترین سطح است (۳۲). تولیت به روش‌های مختلف تعریف شده است، اما تعریف آن براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ به صورت «قیمومیت مؤثر سلامت ملت» ^۱ در نظر گرفته می‌شود. تولیت را نوع خاصی از حاکمیت دانسته‌اند که با تئوری کارگزاری ^۲ و نقش همزمان دولت به عنوان نماینده شهروندان مرتبط است. این تئوری روابط بین مالک و کارگزاران را در تجارت توضیح می‌دهد و می‌تواند مشکلاتی که در روابط بین مالکان و مدیران به وجود می‌آید، نظیر تضاد منافع، مواجهه با ریسک را حل نماید (۳۳). اساسی‌ترین رویکرد، تولیت را به‌این‌صورت تعریف نموده است: «انجام بیطرفانه یک وظیفه به وسیله دولت و یا نماینده‌های آن از طرف مقام ارشد» (۳۴).	تولیت	بند ۷ تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم
منظور از پاسخگو بودن انجام انتظارات غیر پزشکی افراد در ارتباط با سیستم سلامت است که شامل رفتار اشخاص در ارتباط با فرد تحت درمان و محیطی که در آن افراد تحت درمان قرار می‌گیرند، می‌باشد (۳۵).	پاسخگویی	

¹ "the effective trusteeship of national health"

² Agency theory

<p>- چارچوب سازمان بهداشت جهانی در مورد پاسخگویی بر روی رضایت بیماران و کیفیت مراقبت‌ها تأکید دارد. در ایران متأسفانه در مطالعه‌ای که بر روی سنجش پاسخگویی نظام سلامت انجام شد رضایت افراد از کیفیت خدمات و توجه سریع و حمایت اجتماعی از آن‌ها نمره پایینی گرفت. همچنین تصمیم‌گیری در مورد نوع درمان و نوع خدمات ارائه شده نیز نمره پایینی گرفت. اما پاسخگویی در مورد خدمات سرپایی نسبت به خدمات بستری نمره بالاتری را به خود اختصاص داد(۳۶).</p>		
<p>عدالت در سلامت به معنی فقدان تفاوت‌های سیستماتیک و بالقوه قابل برطرف کردن در یک یا چند جنبه از سلامت در یک جمعیت و زیرگروه‌های اجتماعی، دموگرافی و جغرافیایی است. بر این اساس ارائه خدمات باید برپایه نیازهای سلامتی و بدون توجه به نژاد، مذهب، جنس و توانایی پرداخت افراد صورت گیرد. توزیع عادلانه منابع باید با در نظر گرفتن گروه‌های آسیب‌پذیر اجتماعی مانند افراد ناتوان، پیر و فقیر همچنین حل عادلانه مشکلات منابع محدود بر اساس معیارهای اخلاقی مانند توجه به نیاز و سودهی و رعایت عدالت صورت پذیرد.</p>	<p>عدالت</p>	
<p>منظور ارائه خدمت به مشتری با کیفیت مطلوب و منطبق با استانداردها و با در نظر گرفتن نیاز خریدار خدمت می‌باشد.</p>	<p>ارائه خدمت مطلوب</p>	
<p>فرایندی است سازمانی برای تعریف راهبرد سازمان و تصمیم‌گیری برای چگونگی یافتن منابع مورد نیاز برای رسیدن به مقصود استراتژی، صورت می‌گیرد. این فرایند افراد و منابع را نیز شامل می‌شود(۳۷).</p>	<p>برنامه ریزی‌های راهبردی</p>	
<p>بیمه سلامت، سازوکاری است که طی آن یک بیمه‌گر، بنا به ملاحظاتی تعهد می‌کند که زیان احتمالی سلامت یک بیمه‌گذار را در صورت وقوع یک مشکل خاص، جبران نماید. بنابراین، بیمه سلامت یکی از روش‌های مقابله با ریسک احتمالی مخاطرات سلامتی برای افراد و یا گروه‌های هدف است.</p>	<p>نظام بیمه سلامت</p>	
<p>شامل تمام واحدهای نهادی است که خروجی آن برای مصرف فردی و جمعی در نظر گرفته می‌شود و عمدتاً از طریق پرداخت‌های اجباری توسط واحدهای متعلق به سایر بخش‌ها و واحدهای نهادی (که عمدتاً در توزیع درآمد و ثروت ملی مشارکت دارند)، تأمین می‌شود(۳۸).</p>	<p>بخش دولتی</p>	
<p>خصوصی به بخشی اطلاق می‌شود که در مالکیت افرادی خاص قرار داشته باشد و صرفاً مالکین آن از سود آن بهره‌مند شوند.</p>	<p>بخش خصوصی</p>	
<p>بخشی که تمامی مردم در سود آن سهیم هستند و در نتیجه تمامی مردم باید از خدمات یا سود آن بهره‌مند شوند. نکته آنکه سود در سازمان‌های عمومی لزوماً درآمد منهای هزینه نیست. گاهی می‌تواند هزینه از سود بیشتر باشد اما چون بعضی هزینه‌ها به نفع تمامی مردم است پس مردم از سود غیرمستقیم این عمل برخوردار می‌شوند.</p>	<p>بخش عمومی</p>	
<p>درجه‌ایست که خدمات مراقبت سلامت، احتمال دستیابی به پیامدهای سلامت مورد نظر را برای اشخاص و جمعیت‌ها، افزایش می‌دهد.</p>	<p>کیفیت خدمات</p>	<p>بند ۸ افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع</p>
<p>ایمنی خدمات هسته اصلی خدمات با کیفیت است که در تمام خدمات سلامت بیمار تعریف شده و از هرگونه آسیب به بیمار و پیامدهای منفی نظیر مرگ‌ومیر برای بیمار پیشگیری می‌کند.</p>	<p>ایمنی خدمات</p>	
<p>ساماندهی اصول خدمات مراقبت با هدف بهبود مراقبت بیمار از طریق هماهنگی بهتر خدمات ارائه شده. به بیان دیگر، مجموعه‌ای از روش‌ها، فرآیندها و مدل‌هایی است که به دنبال ایجاد هماهنگی بهتر در امر مراقبت هستند(۳۹).</p>	<p>مراقبت‌های یکپارچه</p>	
<p>به معنای در دسترس قرار دادن اطلاعات به طور مستمر و در هر مکان ممکن برای گروه‌های مخاطب</p>	<p>اطلاع‌رسانی شفاف</p>	
<p>میزان تحقق اهداف، نتایج قابل مشاهده، ارزش افزوده، توانایی ایجاد شده و بهبود شاخص‌ها</p>	<p>اثربخشی</p>	
<p>کارایی در خدمات سلامت به انتخاب ترکیب بهینه نهاده‌ها که ضایعات را به حداقل و ستانده را حداکثر کند، تعریف می‌شود. کارایی مفهومی است که هزینه منابع صرف شده در فرایند رسیدن به هدف را ارزیابی می‌کند. به این صورت که مقایسه خروجی‌های به‌دست آمده با ورودی‌های مصرف شده میزان کارایی را مشخص می‌کند(۴۰).</p>	<p>کارایی</p>	

	<p>بهره‌وری</p> <p>نگرشی واقع‌گرایانه به کار و زندگی و فرهنگی است که در آن انسان با فکر و هوشمندی، فعالیت‌هایش را با ارزش‌ها و واقعیت‌ها منطبق می‌سازد تا بهترین نتیجه را در جهت اهداف مادی و معنوی حاصل کند. در عمل منظور به حداکثر رساندن استفاده از منابع، نیروی انسانی و تمهیدات به طریق علمی به منظور کاهش هزینه‌ها و رضایت کارکنان، مدیران و مصرف‌کنندگان می‌باشد (۴۱).</p>
بند ۹	توسعه کمی بیمه‌های سلامت
توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی	<p>توسعه کیفی بیمه‌های سلامت</p> <p>منظور توزیع عادلانه خدمات بیمه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی می‌باشد.</p>
پوشش همگانی بیمه‌های سلامت پایه	<p>پوشش همگانی بیمه‌های سلامت پایه</p> <p>طبق قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، بیمه پایه شامل سطحی از خدمات و تعهدات بیمه اجتماعی و سلامت مطابق با ضوابط مراجع ذی‌ربط است که حسب مورد از طریق صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر ارائه می‌شود و مسئولیت سیاست‌گذاری نظارت و ضمانت تداوم اجرای آن در بلندمدت بر عهده دولت است (۴۴).</p>
بیمه تکمیلی	<p>بیمه تکمیلی</p> <p>منظور از ایجاد بیمه‌های درمان مکمل، امکان استفاده افراد بیمه‌شده از امکانات بخش غیردولتی، پر کردن خلأ خدمات و تعهدات بیمه‌های درمان پایه، ایجاد شرایطی برای نوآوری، تنوع و رقابت در عرصه فعالیت بیمه‌های درمان با تأکید بر مشارکت افراد در تأمین منابع مالی هست. در واقع بیمه‌های درمان مکمل به وجود آمده‌اند تا حق انتخاب مصرف‌کننده خدمات را به‌طور اختیاری افزایش دهند. به عبارتی بیمه‌شدگانی که تمایل به پرداخت هزینه بیشتر دارند، بتوانند از طیف وسیع‌تری از خدمات استفاده کنند.</p>
بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی	<p>بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی</p> <p>منظور از بسته‌های خدمات همان بسته‌های مختلف خدمات تشخیصی درمانی با اولویت نیاز ضرورت است تا هرکسی بنا بر نیاز و توان اقتصادی خود اقدام به خرید بسته‌های ضروری‌تر کند.</p> <p>براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (ماده ۱۰) سند بیمه سلامت، بسته خدمات بهداشتی درمانی عبارت است از حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد و فهرست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) می‌باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیات وزیران تعیین و اعلام می‌شود و برای تمامی بیمه‌شدگان در سطح کشور یکسان است.</p>

<p>بازاری که در آن ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بخش دولتی، خصوصی، خیریه و یا عمومی با هم برای تأمین خدمات سلامت کارا و اثر بخش به جامعه در رقابت هستند.</p>	<p>بازار رقابتی در ارائه خدمات سلامت</p>	
<p>حق فنی مبلغی است که ارائه دهنده خدمت بابت ارائه خدمات سلامت دریافت می‌نماید و می‌تواند رفتار او را در حوزه سلامت تحت تأثیر قرار دهد. حق فنی واقعی میزانی از پرداختی است که براساس ارزش خدمات سلامت، نرخ رشد تورم سالانه، مهارت و عملکرد ارائه‌دهنده خدمت به او پرداخت می‌شود.</p>	<p>حق فنی واقعی</p>	
<p>مجموعه‌ای از ابزار، عوامل فنی، قانونی و اجتماعی است، که ارزش پولی را بین پرداخت‌کننده و گیرنده وجه، منتقل می‌کند. به‌بیان ساده‌تر، سیستم پرداخت زیرساخت‌های فناوری و قانونی که انتقال ارزش میان دو طرف معامله را، میسر می‌سازد.</p>	<p>نظام پرداخت</p>	
<p>مدل پرداختی است که سعی بر پاداش دادن به ابعاد اندازه‌گیری شده عملکرد دارد و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را در جهت دستیابی به اهداف از پیش تعیین‌شده توسط انگیزاننده‌های مالی تشویق می‌کند. این مدل به‌منظور ارتقای کیفیت و کارایی و کاهش هزینه‌های اضافی ایجاد شده است و با ارائه انگیزه‌های مالی، به پرداخت‌کنندگان و ارائه‌کنندگان خدمات این امکان را می‌دهد که بین انگیزه‌های اقتصادی و کیفیت عملکردشان رابطه برقرار کنند</p>	<p>نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد</p>	
<p>تعریف و تأمین درآمدی مبتنی بر توانایی‌ها، مهارت‌ها و عملکرد گروه‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت</p>	<p>درآمد عادلانه</p>	
<p>به‌طور کلی به معنی وجود ظرفیت بالقوه یک دولت در تأمین نیازهای مالی بخش سلامت و حصول اطمینان از فراهم آمدن به موقع این منابع مالی و ارائه منابع بودجه اضافی برای اهداف موردنظر نظام سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بدون ایجاد هرگونه خدشه در پایداری وضعیت مالی دولت می‌باشد.</p>	<p>تأمین مالی پایدار</p>	<p>بند ۱۰ تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت</p>
<p>عبارتست از تولید اطلاعات صحیح درباره درآمدها، هزینه‌ها و فعالیتهای مالی در نظام سلامت و ایجاد دسترسی آزادانه به این اطلاعات برای کلیه ذی‌نفعان (۴۵، ۴۶).</p>	<p>شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها</p>	
<p>کلیه محصولات، مواد و خدمات زیان آور در کوتاه‌مدت و یا بلندمدت سلامت او را تهدید می‌کند.</p>	<p>محصولات و مواد و خدمات زیان آور سلامت</p>	
<p>فرایندی که در آن مردم به‌صورت انفرادی و یا گروهی مسئولیت ارزیابی نیازهای سلامتی خودشان را بر عهده گرفته و هر وقت بر روی آن توافق داشتند راه‌حل‌های بالقوه‌ای را برای حل آن مشکلات شناسایی کرده و استراتژی‌هایی برای آن مطرح می‌نمایند که البته در طی انجام این استراتژی‌ها سازمان‌های خاصی باید ایجاد شده و تا زمان رسیدن به هدف مورد نظر وجود داشته باشند.</p>	<p>مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه</p>	<p>بند ۱۱ افزایش آگاهی، مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسان‌های کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>
<p>طب سنتی به مجموعه تمامی علوم و تجربیات نظری و عملی (شامل کلیه اقدامات بهداشتی، رویکردها، اطلاعات و باورهایی) که به اشکال مختلف دارویی، برای حفظ سلامتی و همچنین پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها به‌کار می‌روند گفته می‌شود که به صورت گفتاری یا نوشتاری در مناطق جغرافیایی ایران از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابند. طب سنتی ایران شامل مواردی از این قبیلند: الحاوی، قانون فی الطب، الابنیه عن الحقایق الادویه، ذخیره خوارزمشاهی، اغراض الطبیه، اختیارات بدیعی، تحفه‌امومنین، فریادین کبیر، مخزن الادویه و کامل الصناعه.</p>	<p>طب سنتی ایران</p>	<p>بند ۱۲ بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران</p>
<p>بازنویسی، ترجمه و بررسی منابع مکتوب طب سنتی در ایران و جهان تهیه و تدوین تاریخ شفاهی درمانگران سنتی مناطق مختلف ایران</p>	<p>بازشناسی طب سنتی ایران</p>	
<p>مشخص کردن جایگاه طب سنتی در ترویج سبک زندگی سالم در جامعه و در نظام سلامت کشور.</p>	<p>تبیین طب سنتی ایران</p>	
<p>به معنای انتشار، گسترش و اشاعه می‌باشد. متأسفانه امروزه پزشکان ما حتی فارغ‌التحصیلان جدید شناخت درستی از طب سنتی ایران و ارزش آن ندارند. باید فرهنگ‌سازی برای دانشجویان علوم پزشکی صورت بگیرد تا با پیشینه طب سنتی ایران آشنا شوند.</p>	<p>ترویج طب سنتی ایران</p>	

فراهم کردن شرایط تا خدمات طب سنتی در نظام سلامت تعریف شده، مورد استفاده عمومی قرار گیرد	نهاده‌ی نه نمودن طب سنتی ایران	
تهیه «گاید لاین‌های» (راهنما‌های بالینی تشخیص و درمان) بیماری‌های شایع، مطابق بر منابع و آموزش‌های طب سنتی	استانداردسازی روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی	
استفاده از ظرفیت‌های موجود در طب آلوپاتیک (طب نوین) برای بهبود روش‌های تشخیص و درمان در طب سنتی. مانند استفاده از روش‌های آزمایشگاهی و رادیولوژیک برای بهبود روش‌های تشخیصی طب سنتی و استفاده از روش‌های نوین داروسازی یا ورزشی برای بهبود روش‌های درمانی طب سنتی	روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی	
برگزاری دوره‌های آموزشی مشترک و تبادل دانشجو و استاد با کشورهای منطقه و سایر کشورهای صاحب سبک در زمینه طب سنتی و مکمل	تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه طب سنتی	
تهیه «راهنمایی‌های بالینی» برای استفاده از داروهای گیاهی و خدمات طب سنتی معرفی سود و زیان‌های داروهای گیاهی و روش‌های درمانی مختلف طب سنتی و شرایط استفاده از آن‌ها.	خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی	
برگزاری همایش و بازآموزی‌های مشترک طب سنتی با گروه‌های بالینی و علوم پایه در دانشگاه‌ها، راه‌اندازی درمانگاه‌های تلفیقی با همکاری متخصصان بالینی و طب سنتی	تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین	
توسعه کیفی آموزش عبارت است از مبتنی بودن کلیه فعالیت‌های آموزش عالی و آموزش پزشکی بر انواع دانشی نظیر تولید دانش (پژوهش)، توزیع دانش (آموزش)، ترویج دانش (انتشارات)، تبدل دانش (اختراع)، استفاده از دانش (نوآوری)، توسط کنشگران اصلی یعنی سرمایه انسانی.	توسعه کیفی نظام آموزش پزشکی	بند ۱۳ توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور
توسعه کمی، به فرایند گسترش و بزرگ شدن بدنه آموزش عالی براساس تقاضای اجتماعی - سیاسی اطلاق می‌شود. گسترش و افزایش در مصادیقی نظیر تقاضای ورود به آموزش عالی - درخواست ایجاد مراکز آموزش عالی جدید و گسترش مراکز آموزش عالی موجود - درخواست راه اندازی رشته‌های جدید - درخواست افزایش ظرفیت رشته‌های موجود - درخواست افزایش اختصاص بودجه و امثال آن، در محدوده رشد کمی قلمداد و تفسیر می‌شوند. به عبارتی دیگر توسعه کمی آموزش، افزایش یا زیادتی در مجموعه داده‌ها، شاخص‌ها، مفاهیم، رفتارها، تقاضاها، نتایج، و برون‌دادهای اندازه‌پذیر، قابل تجربه (قابل رویت یا لمس‌پذیر) در آموزش پزشکی می‌باشد که در نهایت با اطلاعات عددی دقیق توصیف می‌شود.	توسعه کمی نظام آموزش پزشکی	
منظور آموزش علوم پزشکی به نحوی که با پرداختن به مسایل تهدیدکننده و یا مروج سلامت، گروه پزشکی را تربیت کنند تا فقط به موارد درمانی توجه نکرده و در هر سه سطح پیشگیری با توجه به عوامل مساعدکننده محیطی، عوامل خطر و سایر عوامل اجتماعی اثرگذار بر سلامت، و با اولویت پیشگیری بر درمان مداخلات لازم را اعمال نمایند.	نظام آموزش پزشکی سلامت محور	
در آموزش پزشکی منظور آشنایی، باور و کسب مهارت در زمینه تشخیص و درک عموم ابعاد سلامت و بیماری مورد نیاز در سطوح فردی و اجتماعی و توانمندی ارائه خدمات متناسب با شرایط و نیازهای متفاوت جامعه است.	نظام آموزش پزشکی مبتنی بر جامعه	
نظام آموزش پزشکی که در جهت پاسخگویی بهتر به نیازهای بهداشتی - درمانی جامعه مورد بازنگری اساسی براساس شواهد معتبر علمی قرار گرفته است.	نظام آموزش پزشکی پاسخگو	
در آموزش پزشکی منظور اتخاذ سیاست‌های عادلانه آموزشی در سطح سیاست‌گذاران، آگاه نمودن و التزام برنامه‌ریزان آموزشی نسبت به موازین عدالت در آموزش، تأسیس و تجهیز مراکز آموزش سلامت در مناطق محروم، برخورداری برابر عموم واجدین شرایط ورود به آموزش پزشکی از ظرفیت‌ها و امکانات همه مراکز کشور، توزیع متناسب نیروی انسانی ماهر و باکیفیت، موجب تحقق برابری فرصت‌ها و عدالت آموزشی است.	نظام آموزش پزشکی عادلانه	
منظور سرمایه انسانی سالم، شایسته، کاران، ماهر و متعهد است. در دانش مدیریت، مهم‌ترین عامل توسعه پایدار و فراگیر را، «نیروی انسانی کارآمد» می‌دانند، که با برنامه‌ریزی موجب امکان دستیابی سازمانی و اجرای بهتر مأموریت‌ها را ممکن می‌سازد. در مفاهیم توسعه (دستیابی به رفاه گسترده انسان)، جایگاه انسان و توجه به شأن واقعی او جزء اصلی تعاریف توسعه قرار گرفته است. از نظر عملیاتی به وضعیت مطلوب عملکرد و رفتارهای نیروی انسانی (سرمایه انسانی) اطلاق می‌شود، که با عواملی نظیر وضعیت سلامت، کارایی، راندمان، و بازگشت سرمایه (از شاخص‌های مهم بهره‌وری) قابل سنجش خواهد بود.	نیروی انسانی کارآمد	

<p>منظور در نظر گرفتن اصول و استانداردهای سلوک بشری است که رفتار افراد و گروه‌ها را تعیین می‌کند در حقیقت، اخلاق حرفه‌ای، یک فرایند تفکر عقلانی است که هدف آن محقق کردن این امر است که در سازمان چه ارزش‌هایی را چه موقع باید حفظ و اشاعه نمود که این ارزش‌ها می‌بایست مبتنی بر مبانی اخلاق اسلامی و در نظر گرفتن رضایت خداوند صورت گیرد.</p>	<p>اخلاق اسلامی حرفه‌ای</p>	
<p>تحولی بنیادین در حوزه پژوهش به‌گونه‌ای که تمام حیطه‌های قانون و مقرراتی، مدیریتی، محیطی و انسانی را در بر گرفته و منجر به تولید پژوهش نوآورانه شود.</p>	<p>تحول راهبردی در پژوهش علوم پزشکی</p>	<p>بند ۱۴ تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام</p>
<p>پژوهش‌هایی که فرایند شکل‌گیری، اجرا و محصول آن در یک فرایند به هم پیوسته و مرتبط با فیدبک‌های مثبت و منفی قرار گرفته و ارزش افزوده‌ای را برای علوم موجود و یا سیاست‌گذاری‌های جاری به همراه داشته باشد.</p>	<p>پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری</p>	
<p>اصطلاح قطب در دهه ۸۰ شمسی در کشور رایج شد و در واقع مفهوم Center of Excellence می‌باشد به دنبال آن، در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی وابسته به وزارت علوم و بهداشت قطب‌های علمی تأسیس شدند. با توجه به احکام اسلامی، بسیاری از مسلمانان به‌ویژه در حوزه پزشکی نیاز به رجوع به اطباء مسلمان دارند و در صورت وجود، ترجیح کامل دارند تا به این افراد، و نه غیرمسلمانان، مراجعه کنند. با توجه به جمعیت بیش از یک میلیارد نفری مسلمانان جهان، و نیاز بسیار شدید به حوزه پزشکی، با تبدیل ایران به قطب پزشکی، نفوذ معنوی کشورمان در بین کشورهای اسلامی به شدت افزایش می‌یابد.</p>	<p>قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام</p>	

بحث و نتیجه‌گیری

از مهم‌ترین و چالش‌برانگیزترین موضوعات حوزه سیاست‌گذاری نظام سلامت، تعیین و تبیین ارزش‌ها و اهدافی است که این سیاست‌ها را شکل می‌دهد (۵۲). در دوده اخیر، مفهوم «ارزش» به یک عنصر بنیادین در تحلیل سیاست‌گذاری سلامت تبدیل شده است و در کنار مفاهیم سنتی و مهمی چون «سلامت» و «شواهد» قامتی تعیین‌کننده یافته و حتی به آن‌ها جایگاهی ارزشی می‌دهد (۵۳). «نظام ارزشی و اخلاقی» قوی، مستدل، معقول، منسجم و معنادار، از نیازهای حیاتی نظام سلامت و سیاست‌گذاری سلامت است و ملاحظات اخلاقی و طراحی و تدوین چارچوب اخلاقی و ارزشی در اسناد و سیاست‌ها و به تبع آن ارزیابی و پایش اخلاقی سیاست‌ها جایگاه قابل توجهی یافته است (۵۴، ۵۵). یک نظام ارزشی و اخلاقی، تعیین‌کننده اهداف و مقاصد یک سیاست (ارزش‌های نهایی)، روند مناسب و درست توسعه، پیاده‌سازی و ارزیابی سیاست (ارزش‌های رویه‌ای) و معیارهایی هست که اساس و پایه یک سیاست یا تصمیم‌گیری هستند (ارزش‌های بنیادی).

سیاست‌های کلی سلامت (ابلاغی مقام معظم رهبری)، هرچند فاقد فصل یا بند مجزایی مبنی بر مبانی ارزشی یا اخلاقی است و «پیوست اخلاقی» نیز به همراه ندارد، لیکن بندبند این سند لبریز از مفاهیم ارزشی و اخلاقی بوده و به تحقیق هیچ‌بندی

سیاست‌های کلی سلامت یکی از جامع‌ترین اسناد بالادستی است که چارچوب کلی نظام سلامت ایران را ترسیم کرده است. مفاهیم مندرج در این مطالعه در چهار حیطه کلی مورد بحث قرار گرفته‌اند که عبارتند از: الف) نظام ارزشی و اخلاقی حاکم بر سیستم سلامت ایران، ب) عملکردهای نظام سلامت، پ) سبک زندگی سالم و ج) نظام آموزشی و پژوهشی ارزش محور. در ذیل به بحث در مورد هر حیطه پرداخته شده است.

الف - نظام ارزشی و اخلاقی حاکم بر سیستم سلامت ایران

علی‌رغم آن‌که مناظره و منازعات سنگین درباره مفهوم و نقش ارزش‌ها در روش و معرفت‌شناسی مطالعات سیاست‌گذاری حاکم است، توافقی عام بر ارزش مبنا بودن سیاست عمومی وجود دارد (۴۷ - ۴۹). ارزش‌ها، راه‌حل‌های سیاستی خاصی را برای مسایل و مشکلات عمومی مطرح می‌کنند، دامنه راه‌حل‌های سیاستی مدنظر سیاست‌گذاران را محدود می‌سازند، مفاهیم، نشانه‌ها و ابزار مورد استفاده سیاست‌گذاران برای مشروعیت بخشی به راه‌حل‌ها و اهداف تحت‌تأثیر قرار می‌دهند و نقش مهمی در مدیریت اختلافات و منازعات عرصه سیاست‌گذاری دارند (۵۰). به دیگر سخن، سیاست‌گذاری عمومی، مجموع فعل و انفعالات و تعاملاتی است که از طریق آن، ارزش‌ها در جامعه تخصیص و توزیع می‌یابند (۵۱).

جدول ۳ - چارچوب ارزشی حاکم بر سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری

بندهای سیاست‌های کلی سلامت														
۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
	*			*	*	*	*	*						عدالت
	*		*									*	*	کرامت و اختیار انسان
			*									*	*	مسئولیت‌پذیری
	*			*	*	*						*	*	حقوق مردم
	*					*				*				کارایی
*					*	*	*							اثر بخشی
				*	*									شفافیت
					*	*								شواهد معتبر
						*	*							پاسخگویی
														خودارزیایی
*					*	*			*			*		عزت نفس
					*									پایداری
*	*	*		*									*	پیش‌بینی‌پذیری
	*											*	*	حرفه‌مندی
														اتحاد و یکپارچگی
	*		*	*	*	*	*	*			*	*	*	مردم‌محوری
														جامعیت
	*		*										*	مشارکت
*		*							*	*				استقلال (ملی)
					*	*	*	*			*	*	*	بیشگیری
				*	*	*	*	*			*	*	*	سلامت
										*			*	ایمنی
	*			*	*	*				*				کیفیت
*	*									*		*		سرآمدی (ملی)

حیات اجتماع و هویت نظام‌ها و سیاست‌های عمومی (از جمله سلامت)، از اخلاق و ارزش‌ها معنا می‌گیرند و اخلاق معنای خود را وامدار الهی بودن ارزش‌ها و بایدهاست (۵۶).

ب - عملکردهای نظام سلامت

۱ - تولید

در بند ۷ تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم مورد تأکید قرار گرفته است. در مجموع ۶ حیطة برای تولید تعریف شده است که شامل؛ استراتژی و توسعه سیاست‌های مرتبط با سلامت، اقدام و هماهنگی بین بخشی، پاسخگویی و اعمال حاکمیت در سیستم سلامت، توجه به طراحی سیستم سلامت، قانون‌گذاری در نظام سلامت و تولید شواهد می‌باشد (۵۷). بنابراین وقتی بحث از تولید به میان می‌آید و تمام وظایف آن به عهده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در

نمی‌توان یافت که حداقل یکی از ابعاد سه‌گانه ارزشی فوق‌الذکر در آن ملحوظ نباشد. طی متن سیاست‌های ابلاغی، در مواردی به‌طور آشکار از لغت «ارزش» یا «اخلاق» استفاده شده، در مواردی به مفاهیم نزدیک همچون اصول، هدف و یا راهبرد اشاره کرده است، در مواردی به‌طور مشخص به ارزشی معین نظیر عدالت و شفافیت اشاره شده و بالاخره گزاره یا جمله‌ای به‌کار گرفته شده که در محتوا، تعریف یا مفهوم‌سازی، منطبق و بیان‌کننده مبانی ارزشی و اصول اخلاقی معینی است. جدول شماره ۳ ارزش‌ها و اصول لحاظ شده در این بسته سیاستی را با ترسیم طیفی از ابعاد سه‌گانه ارزشی و به تفکیک بندها به تصویر کشیده است.

نکته قابل توجه و به تعبیری وجه مشخصه منحصر به فرد نظام ارزشی - اخلاقی این سند، مبتنی بودن تمام وجوه نظام سلامت بر «اصول و ارزش‌های اسلامی» و حاکمیت توحیدی بر تمام ابعاد است. خداوند متعال، به عنوان وجود لایتناهی و نامشروط، منشأ مشروعیت و موجب معناداری تکالیف است. زندگی فرد، ادامه

نظر گرفته می‌شود به معنای الزام ورود این نهاد در تمام این حیطه‌ها است. در حال حاضر گرچه به صورت اسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وظیفه تولید نظام سلامت را در کشور به عهده دارد، اما از یک طرف گسستگی سیستم و وجود بازیگران مستقل موازی نظیر؛ شرکت‌های بیمه سلامت، ساختارهای قانونگذاری، بخش‌های دولتی یا خصوصی ارائه‌کننده خدمات سلامت و از طرفی تحولات و تغییرات ساختاری بسیاری که طی یکی دو دهه گذشته در این نهاد اعمال شده، موجب شکست یکپارچگی تولید در کشور ما شده است (۳۸-۳۹). آنچه که ضعف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی را به عنوان متولی دوچندان نموده است درگیری بیش از حد این ارگان در ارائه مستقیم خدمت و پیچیدگی ساختاری سازمانی آن است. عدم توان این نهاد عریض و طویل در تدوین و اجرای برنامه جامع بلندمدت که حداقل تمام بخش‌های درونی خود را در بر بگیرد و اثرپذیری بیش از حد آن از نظام اقتصادی، اجتماعی و سیاسی این وزارتخانه را در موضع انفعالی از نظر سیاست‌گذاری و اصلاحات قرار داده است (۳۹). البته مطالعات بین‌المللی نیز حاکی از دشواری تأمین تولید یکپارچه در کشورها بنابه دلایلی نظیر توان وزارت بهداشت، تغییرات سریع مدیریتی و ساختار سیاسی اجتماعی جوامع و تأثیر آن بر نظام سلامت، است (۵۷). علی‌رغم تأکید اسناد بالادستی از جمله سیاست‌های ابلاغی بر لزوم مشارکت جامعه، بخش خصوصی و سایر بخش‌ها در کنار بخش دولتی و به‌طور اخص وزارت بهداشت و نیز استقرار نظام پایش و ارزیابی در بخش سلامت، متأسفانه تاکنون تعریف شفاف و عملیاتی در این زمینه توسط وزارت بهداشت و یا مجموعه حاکمیتی ارائه نشده است (۵۸).

۲- تأمین مالی

تأمین مالی عادلانه و پایدار در سند ابلاغی در چند بند (۷ و ۹) و به‌طور اخص در بند ۱۰ به وضوح مورد تأکید قرار گرفته است زیرا نظام تأمین مالی را می‌توان به قلب تپنده نظام سلامت تشبیه کرد. تأمین مالی زمانی عادلانه است که هر کس به اندازه توان پرداخت و به اندازه نیاز از خدمات بهره‌بردار (۵۹). یکی از اهداف تأمین مالی آن است که افراد را در برابر

هزینه‌های کمر شکن سلامت محافظت کند. اگر چه روند تأمین مالی و جمع‌آوری درآمد متنوع هست ولی به‌طور کلی از دو منبع دولتی و یا خصوصی بهره می‌برند (۶۰). در کانادا عمده‌ترین روش تأمین مالی از طریق مالیات است، در حالی که در آلمان عمده تأمین مالی از طرق بیمه‌های سلامت صورت می‌گیرد که مبتنی بر اشتغال است (۶۱، ۶۲). حساب پس‌انداز انفرادی در سنگاپور با هدف انتقال بار هزینه به مصرف‌کنندگان خدمات برای بستری شدن در بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گرفت (۶۳). همچنین پذیرش توریسم سلامت در کشورهای شرق آسیا به عنوان یک محل تأمین مالی بخش سلامت مود توجه بوده به‌گونه‌ای که تنها کشور سنگاپور در سال ۲۰۰۶ بالغ بر ۱/۲ میلیارد دلار از این محل درآمد داشته است (۶۴). آنچه از نحوه جمع‌آوری درآمد در ۳ نوع تأمین مالی فوق بیان شد نشان‌دهنده تنوع در نحوه جمع‌آوری است. این در حالی است که تأمین مالی دولتی در ایران به‌طور کلی از محل فروش نفت و درآمد مالیاتی انجام می‌گیرد، گرچه درآمدهای مالیاتی نیز به‌طور شفاف بودجه پایداری برای نظام سلامت نبوده و تخصیص اعتبارات از محل مالیات بر ارزش افزوده نیز فراز و نشیب‌های زیادی داشته است.

در زمینه انباشت منابع نیز در کشور ما به‌طور عمده در دو سازمان بیمه سلامت و تأمین اجتماعی صورت می‌گیرد. اگر چه در این میان تنوع بالای صندوق‌های بیمه‌گر که به‌نوعی از بودجه‌های دولتی بهره می‌گیرند مانع از انباشت مناسب منابع می‌شود، اما تجربیات کشورهای دیگر نشان می‌دهد که وجود تنها یک صندوق بیمه‌گر بدون رقیب نیز به تدریج باعث ضعف پاسخگویی، پایین ماندن کیفیت خدمات و عدم پاسخگویی مناسب به بیمه‌شدگان همراه با هزینه‌های اداری بالا می‌شود. در برخی از کشورها نظیر آلمان که مراقبت‌ها بیشتر از طریق بیمه خرید خدمت می‌شود و صندوق‌های متنوع بیمه در رقابت با یکدیگر هستند تضمین اثربخشی و کیفیت خدمات ساده‌تر است (۶۵).

یکی از شاخص‌های عدالت در تأمین مالی، سهم بودجه عمومی در تأمین مالی سلامت است. مقایسه بین شاخص‌های اصلی مخارج سلامت ایران با کشور آلمان که دارای یک نظام تأمین مالی پایدار است و کره جنوبی که از لحاظ برخی شاخص‌ها

انسانی نیست، اما کاربرد کلمه اسلام در این مفهوم بر بار معنوی خدمت از جهت ارائه خدمت به یک مخلوق الهی که اشرف مخلوقات می‌تواند باشد، برای کسب رضای الهی به جهت تأمین سلامت و آرامش موجودی که عبادت الهی را می‌کند و نیز اسبابی برای شفای مریضان می‌افزاید. با این فرض ارائه خدمت یک عبادت است و باید الزامات خاص آن یعنی راز داری، عدالت، خلوص، حفظ حریم افراد و پرهیز از هر شکلی از خیانت به بیمار را فراهم باشد.

۴ - طب سنتی روزآمد، ادغام یافته با طب مدرن، شاهد محور

بند ۱۲ از بندهای ۱۴ گانه سیاست‌های ابلاغی به ترویج، تبیین و بازشناسی طب سنتی اختصاص یافته که نشان از اهمیت آن دارد. در این بند بر لزوم استانداردسازی و روزآمد کردن طب سنتی، ترویج کشت گیاهان دارویی همراه با توسعه فناوری تولید و عرضه آن، تبادل تجربه با سایر کشورها، برقراری تبادل و تعامل بین طب سنتی و طب نوین تأکید شده و همانطور که در بند ۷ نیز برای کل سیستم سلامت نیز آمده است، مسئولیت نظارت آن به وزارت بهداشت سپرده شده است. نکته قابل توجه این که امروزه در اغلب مناطق دنیا تمایل به استفاده از طب سنتی و مکمل بیشتر شده است و در این میان استفاده از منابع، روش‌ها و داروهای طبیعی هم در سطح جهان گسترش یافته است (۶۸-۷۰). از سال ۲۰۰۲ میلادی سازمان جهانی بهداشت، با ارائه تعریفی از طب سنتی و مکمل، توصیه به استفاده از این علوم برای تمام کشورها نمود و در سال ۲۰۱۴ میلادی دومین برنامه استراتژیک خود را در این زمینه ارائه داد (۷۱، ۷۲). طب سنتی ایران، یکی از مکاتب مهم طبی چند هزار ساله در فلات ایران است که پس از ظهور اسلام و در چارچوب عقیدتی و جهان‌بینی توحیدی، همراه با معرفت‌شناسی و انسان‌شناسی الهی، رشد و بالندگی بیشتری یافت (۷۳). از نکات بسیار مهم و یگانه طب سنتی ایران، تأکید آن بر پیشگیری و حفظ سلامتی فردی و اجتماعی با استفاده از روش‌های اساسی و تدابیر شش‌گانه سبک زندگی سالم است ضمن آن که برای درمان بیماری‌ها هم، در ابتدا توصیه به اصلاح سبک زندگی شده است و در مرحله بعد داروها و

مشابه ایران است، مشخص می‌کند که سهم دولت از کل هزینه‌های سلامت در این سه کشور به ترتیب برابر ۷۷، ۵۴ و ۴۱ است که در ترکیب با سایر شاخص‌های تأمین مالی سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های کل سلامت در آلمان ۷۳ درصد و در کره جنوبی ۲۵ درصد کمتر از ایران است (۶۶). در مجموع نگاهی به واقعیت‌های نظام تأمین مالی ایران نشان از آن دارد که با اهداف سیاست‌های ابلاغی فاصله زیادی دارد.

۳ - ارائه خدمت

از عملکردهای مهم دیگری که در این سند ملی مود اشاره قرار گرفته است، ارائه خدمات سلامت است. خصوصیتی که برای نظام ارائه خدمات سلامت برشمرده شده است شامل؛ در دسترس، با کیفیت، کارا، ایمن، اثر بخش، عادلانه، روزآمد، پاسخگو و یکپارچه بودن و نیز مبتنی بر ارزش‌های اسلامی - انسانی، نظام ارجاع و نظام سطح‌بندی خدمات و براساس راهنمای بالینی باشد. در این سند ارائه خدمات سلامت در نظام جمهوری اسلامی را تنها دولتی فرض نگرفته و بر استفاده از بخش عمومی و خصوصی در کنار بخش دولتی تأکید شده است. همچنین در بند ۹ به تعیین بسته خدمت پایه اشاره شده است که براساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت نقش اساسی در تأمین عادلانه و افزایش کارایی و اثر بخشی خدمات دارد (۳۳). همانند سایر اسناد بالادستی نظیر برنامه ششم توسعه محوریت خدمات سلامت با پزشک خانواده تعیین شده است (۱۱). متأسفانه یکی از کلیدی‌ترین ارکان نظام ارائه خدمت که همان پزشک خانواده است بنا به دلایل مختلف تا کنون در سطح ملی به یک الگوی قابل قبول واحد نرسیده است (۶۷). نکته بارز دیگر تأکید بر ارائه خدمات سلامت براساس ارزش‌های اسلامی - انسانی است. گرچه در مفهوم پاسخگویی، عدالت، ایمنی و همچنین براساس مستندات بین‌المللی «ارائه خدمات بیمار/ مردم محور» می‌توان مفهوم انسان‌محوری را یافت، اما تأکید این سند هم بر بعد انسانی و هم بر بُعد اسلامی است. مطمئناً بعد انسانی جدا از بُعد اسلامی نیست و مجموعه احکام، اخلاقیات و حتا اصول دین مبین اسلام در زمینه حقوق سلامت انسان‌ها در تخالف با بُعد

روش‌های درمانی توصیه می‌شود (۷۴، ۷۵) این نگاه مکتب طب سنتی ایران به سلامت فرد و جامعه، باعث می‌شود که شرایط بروز بیماری در جامعه کمتر شده، درمان تعدادی از بیماری‌ها، با استفاده از تدابیر اصلاح‌کننده سبک زندگی و تغذیه که مطابق با فرهنگ عامه جامعه هم هست، میسر شود. آنچه مسلم است اختلاف سلیقه‌های زیادی بین متخصصین طب سنتی، متخصص علم پزشکی نوین و سیاستگذاران در زمینه طب سنتی، روش‌های تشخیصی درمانی آن و نحوه ترویج و ادغام آن در نظام سلامت وجود دارد. متأسفانه امروزه تنوع مراکز ارائه خدمات طب سنتی و افراد مدعی عالم به این طب موجب شده تا از عطاری‌های فاقد مجوز از وزارت بهداشت تا کلینیک‌های غیرقانونی و کلینیک‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی مشغول ارائه خدمات طب سنتی باشند و عدم تولید وزارت بهداشت این بازار آشفته را به حال خود رها کرده تا بیماران کماکان سرگردان بدنبال درمان بیماری خود باشند (۷۶-۷۸).

پ - زندگی سالم

۱ - تغذیه و امنیت غذایی

توجه به بحث تغذیه و امنیت غذا و از دیگر نقاط قوت سیاست‌های ابلاغی است. با توجه به شواهد، کشور ما در معرض عوامل شوک امنیت غذایی متعددی است. براساس مطالعات هزینه خانوار در ایران، ۲۰ درصد جمعیت، دسترسی اقتصادی برای سیر شدن ندارند و ۵۰ درصد برای تأمین نیازهای سلولی خود با مشکل روبرو هستند (۷۹). براساس متاآنالیز انجام شده میزان ناامنی غذایی خفیف، متوسط و شدید به ترتیب ۲۸/۶ درصد و ۱۴/۹ درصد و ۶ درصد بوده است (۸۰). علی‌رغم پیشرفت قابل توجه اقتصادی در ۳۰ سال گذشته، ایران با موضوعات متعددی روبرو است که امنیت غذایی آن را تهدید می‌کند. در سطح ملی، ایران در حال تجربه ی گذر تغذیه است. این تغییرات نه تنها به درآمد بلکه با تغییرات عمیق‌تر در عادات غذایی مرتبط است. با وجود این که ایران بیشترین کاهش را در رتبه‌بندی جهانی گرسنگی (GHI) در خاورمیانه داشته است (۸۱) اما روندهای تغییر رژیم غذایی منجر به افزایش میزان سوتغذیه و چاقی شده است. وابستگی ایران به تجارت بین‌المللی،

آسیب‌پذیری آن را به بی‌ثباتی خارجی افزایش می‌دهد. بخش کشاورزی از عدم سرمایه‌گذاری رنج می‌برد و تغییرات آب و هوایی و استفاده از روش‌های سنتی و کم بازده تولید محصول را محدود می‌کند. نرخ بیکاری و تورم ایجاد شده از تحریم‌ها که قیمت کالاها را در ایران افزایش داده است می‌تواند منجر به افزایش وابستگی به غذاهای ارزان‌تر و غیرمغذی‌تر شود، که روند تغذیه و سلامت فعلی در ایران را بدتر می‌کند (۸۲). مطالعه نشان می‌دهد که با اجرای سیاست هدفمندی یارانه‌ها قیمت مواد غذایی افزایش و درآمد واقعی خانوارها کاهش یافته است. نتیجه این تغییرات افزایش هزینه‌های زندگی و کاهش سهم هزینه‌های خوراک خانوارهاست (۸۳).

همان‌گونه که در سیاست‌های ابلاغی نیز تأکید شده است تأمین امنیت غذا و تغذیه کشور فرایندی چند بخشی است و ارتقای آن نیاز به همکاری بخش‌های مختلف توسعه اعم از خصوصی یا دولتی و نیز مشارکت مردمی دارد. براساس تعاریف ذکر شده در مورد مفاهیم امنیت غذا و تغذیه نه تنها حاکمیت باید از دسترسی عادلانه و فراهمی مواد غذایی برای اقشار مختلف جامعه بلکه از سیری سلولی آن‌ها نیز اطمینان حاصل نماید و این مهم میسر نیست مگر با استقرار یک سیستم مراقبت مستمر و پایش شاخص‌های مربوطه درون جامعه (۸۴).

۲ - مخاطرات محیطی: زیست محیطی، روانی - اجتماعی و معنوی

در بندهای ۲ و ۶ سند به درستی به مسئله محیط زیست سالم شامل آب و هوای پاک و کنترل کلیه آلاینده‌ها اشاره شده است. شواهد حاکی از این است که بیش از ۸۲ درصد ایران از نظر آب و هوایی خشک و نیمه خشک است. کاهش بارندگی در چند سال اخیر به تشدید خشکسالی دامن زده است. براساس سناریوهای مطرح شده توسط IPCC، در صورتی که غلظت CO₂ تا سال ۲۱۰۰ دو برابر شود، میانگین دمای ایران ۱/۵ تا ۴/۵ درجه سانتی‌گراد افزایش خواهد یافت که منجر به تغییرات بسیار چشمگیر در منابع آب، مصرف انرژی، کاهش محصولات کشاورزی و سطح زیر کشت می‌شود. به علاوه، بالا آمدن سطح دریا در اثر گرم شدن کره زمین، مهاجرت جمعیت و ازدیاد آن،

محققان، قوانین مرتبط با تحقیق و تولید ایده، درگیری بخش خصوصی و حتی توسعه دیپلماسی علم و فناوری در سطح بین‌الملل را نیز در بر می‌گیرد. توجه به مفهوم قطب ضروری است تا سیاست‌گذاران دیدگاه فرا ملی را دنبال کنند.

اما در زمینه آموزش پزشکی مورد اشاره در بندهای ۱ و ۱۳ سیاست‌های ابلاغی، نه تنها بر توسعه کمی و کیفی آن بلکه بر سلامت محوری، مبتنی بر نیاز جامعه، پاسخگو و عادلانه بودن آن تأکید شده است. براساس این سند آموزش پزشکی کشور ما باید منجر به تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت لازم شود. این در حالی است که ایران از الگوی منحصر به فرد ادغام آموزش پزشکی با حوزه ارائه خدمات سلامت تبعیت می‌کند که کارایی و اثر بخشی آن و اینکه تا چه حد توانسته موجب آموزش جامعه و سلامت محور باشد یا به چه میزان کیفیت آموزش‌ها را در درازمدت ارتقاء داده و بنابراین پاسخگو و عادلانه بوده است مورد اختلاف نظر است (۸۸). نکته قابل توجه این است که براساس این سند ملی ارتقای نظام آموزشی و پژوهشی حوزه علوم پزشکی باید در همین بستر موجود صورت گیرد تا شاید بالاخره اهداف ادغام محقق شود.

تقدیر و تشکر

به این وسیله از حمایت‌های مالی و راهبردی فرهنگستان علوم پزشکی ایران به‌ویژه هیئت رئیسه محترم و تمام متخصصان و کارشناسی که در مصاحبه‌ها و یا پاسخ به پرسشنامه‌های دلفی محققان را باری دادند کمال تشکر می‌شود.

تخریب جنگل‌ها و فرسایش خاک را به دنبال داشته است که خود مزید بر علت است. تغییرات آب و هوایی، افزایش دما و خشکسالی اثر پیامدهای مخربی برای سلامت افراد دارد و منجر به افزایش مبتلایان به امراض قلبی و عروقی، مشکلات تنفسی، مالاریا و ... می‌گردد (۸۵). با نگاهی به مطالعات با تغییرات آب و هوایی و اثر آن بر سلامت جامعه، لزوم توجه به سیاست‌های ابلاغی بر عناصر محیط زیست به‌منظور کاهش عوارض تغییراتی از قبیل خشکسالی و کم‌آبی را دوچندان می‌کند.

ج - نظام آموزشی، پژوهشی جمهوری اسلامی ایران

طی یک دهه گذشته جایگاه ایران در پژوهش‌های علوم پزشکی در سطح بین‌الملل ارتقای چشمگیری داشته است. براساس شاخص اسکوپوس در سال ۲۰۱۵ ایران در بین کشورهای اسلامی از نظر چاپ و استناد مقالات رتبه اول را کسب کرده است. این دستاوردها همزمان با افزایش تعداد مراکز تحقیقاتی و نیروهای محقق شاغل در آن‌ها، افزایش بودجه‌های تحقیقاتی و افزایش تعداد ژورنال‌های ایرانی و ایندکس شدن آن‌ها در پایگاه‌های بین‌المللی نظیر اسکوپوس، پابمد و ISI بوده است (۸۶، ۸۷). البته با رجوع به متن سیاست‌های ابلاغی در بند ۱۴ نه تنها بر ارتقای جایگاه ایران در زمینه پژوهش بلکه به مسئله مرجعیت علمی و تبدیل ایران به قطب علمی و پژوهشی علوم پزشکی کشورهای اسلامی و منطقه و مبتنی بر اصول و ارزش‌های اسلامی و انسانی بودن این توسعه تأکید شده است. بنابراین به نظر می‌رسد بند مذکور فراتر از یک هدف تک بخشی را دنبال می‌کند و نگاه جامع و تحول اساسی در تمام مراحل شکل‌گیری یک تحقیق اعم از تربیت

A Review of General Health Policies Announced by the Supreme Leader of Iran

Hassan Joulaei, Nooshin Zarei, Vahid Keshtkar, Amir Keshavarzian, Parisa Keshani, Mohammad Ebrahim Zohalinezhad, Nahid Hatam, Zahra Kavooosi, Azimeh Ghorbanian, Kamran Bagheri Lankarani*, Mahmood AbbasI, Ali Ramezankhani, Ahmadali Noorbalatafti, Mogdeh Nateghi, Abbas Kebriaeizadeh, Fatemeh Mohammadi nasrabadi, Reza Dehnavieh, Vahid Rasi, MohammadMahdi Tadayon, Farnak Farzadi, Abdolali Mohagheghzadeh, S.Mahdi Seyedi, S.Reza Majdzadeh, Foroozan Akrami, Narges Tabrizchi, Mohammad Ali Mohagheghi

*Corresponding author: Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences. Shiraz, Iran.

Email: KBLankarani@gmail.com

Tel/Fax: 071-32309615

Abstract

Background and Aim: The general health policies have been announced by the supreme leader of Iran as a binding document in order to improve Iran's health system. In consideration of the fact that no attempt has been made yet to explain the concepts of this document we sought to discuss and make them practical in order that they may be more easily implemented.

Method: In the first stage, 14 research teams studied each article individually using library based qualitative research. The teams then merged the concepts based on the results of the studies of the first stage and explained them.

Results: Overall in this study, 92 concepts were identified and explained. Although, some concepts in two or more articles were repetitive, these concepts were placed where they were deemed to be most relevant to the topic.

Conclusion: One of the main features of this document in comparison to other national and international documents regarding health policies is the incorporation of human and Islamic values. This document is a dynamic, responsive, and fair health policy seeking to provide a healthy environment in which all health risks are controlled. Furthermore, the responsibilities of the society and the governance of other sectors necessary for development of an ideal society are well explained herein.

Keywords: Health Policy, Islam

منابع

1. Shadpour K. Reforming the health system in the Islamic Republic of Iran. *Hakim Research Journal* 2006; 9(3): 1- 18. [In Persian]
2. World Health Organization. World health report 2000, health system performance; 2000.
3. Jafari M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani S, Parkerton P, et al. Space or no space for managing public hospitals; a qualitative study of hospital autonomy in Iran. *The International journal of health planning and management* 2011; 26(3): e121-137. [In Persian]
4. Hatmi ZN, Malekpour M. Family physicians in Iran: success despite challenges. *The Lancet* 2010; 376(9752): 1541. [In Persian]
5. Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Family practice* 2013; 30(5): 551-9.
6. Marandi SA. The integration of medical education and health care services in the IR of Iran and its health impacts; 2009.
7. Heshmati B, Joulaei H. Iran's health-care system in transition. *The Lancet* 2016; 387(10013): 29-30.
8. Hatam N, Joulaei H, Kazemifar Y, Askarian M. Cost efficiency of the family physician plan in fars province, southern iran. *Iranian journal of medical sciences* 2012; 37(4): 253.
9. The National Health Research Institute of the Islamic Republic of Iran. Report on the assessment sheets of the health transformation plan, report on facing back-breaking and impoverished costs, before and after the health system transformation plan; 2015.
10. The Constitution of the Islamic Republic of Iran. Article 177 of the Constitution of the Islamic Republic of Iran. Available at: <http://www.ghanoonasasi.ir/Portal/home>
11. Program, Budget and Statistics Office of Education Research Organization, 1395, Law of the Sixth Five-Year Plan for Economic, Social and Cultural Development of the Islamic Republic of Iran (1396-1400); 1975.
12. Islamic Council Research Center, 1382. The perspective of the Islamic Republic of Iran in the horizon of 1404 AH. Available at: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/132295>
13. The health of the Islamic Republic of Iran in the fifth program of economic, social and cultural development. Report of November, eighth edition; 2018.
14. World Health Organization (WHO). *The World Health Report 2000: health systems and improving performance*. Geneva; 2000.
15. Winslow C-EA. *The Untilled Field of Public Health*. *Mod Med* 1920; 2: 183-91.
16. Akrami F, Abbasi M. Exploring the Prominence of Ethical Principles and Moral Norms in the Areas of Clinical Practice and Public Health. *Annals of Medical and Health Sciences Research* 2018; 8: 11-5.
17. Gostin LO, Wiley LF. *Public health law: power, duty, restraint*: Univ of California Press; 2016.
18. Fendall N. Declaration of Alma-Ata. *The Lancet* 1978; 312(8103): 1308.
19. Capacchione L. *The creative journal: The art of finding yourself* (2nd ed). New page books; 2001. Available at: <http://faculty.seattlecentral.edu/jwhorley/Dimensions.pdf>
20. Environmental Health Hazards. Available at: www.open.edu/openlearncreate/pluginfile.../2_environmental_health_hazards.doc
21. Capturing Experience Monitoring and Evaluation. Available at: <http://web.mit.edu/urbanupgrading/upgrading/issues-tools/tools/monitoring-eval.html>
22. World Health Organization, Genomic resource centre, patients' right. Available at: <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en>
23. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence Aawwimh; 2003
24. Induced demand, Wikipedia. Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Induced_demand
25. Pourreza A. Translation of health economics for developing

- countries. Tehran: Higher Institute of Management and Planning Education and Research; 2013.
26. Guidelines for the referral system and family doctor in urban areas of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education; 1969.
27. Evaluation of the Performance of Referral System in Family Physician Program in Iran University of Medical Sciences 2009. Hakim 2010; 13(1): 19-25. [In Persian]
28. Auliai Manesh A. Collection of birth certificates and health service standards of the country. Tehran: Parse Nagar; 1979.
29. Food and Drug Organization of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education. National pharmaceutical policy of the Islamic Republic of Iran. Winter edition; 2015. [In Persian]
30. Pinstrup-Andersen P. Food security: definition and measurement. Food security 2009; 1(1): 5-7.
31. National Research Council. Food insecurity and hunger in the United States: An assessment of the measure. National Academies Press; 2006.
32. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. International journal of social research methodology 2005; 8(1): 19-32.
33. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
34. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. Bulletin of the World Health Organization 2000; 78(6): 732-9.
35. Preker AS, Harding A. Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals: World Bank Publications; 2003.
36. Nutbeam D. Getting evidence into policy and practice to address health inequalities. Health Promot Int 2004 ; 19(2): 137-40.
37. Wikipedia, the free encyclopedia, strategic planning.
38. Wikipedia, the free encyclopedia, General government sector definition. Available at: https://en.wikipedia.org/wiki/General_government_sector
39. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. What is integrated care? 2011. Available at: www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf
40. Azar A. Assessment in the rural health and treatment sector in the third program and the beginning years of the fourth program of the development of health management magazine; 1963.
41. Hosseinzadeh AH, Shahryari M, Farji Behbahanizadeh M. Women and economic efficiency in the family based on a survey on Razavi conduct. Woman in Development & Politics. 2016; 14(3): 379-396. [In Persian]
42. Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. London: Royal Society of Medicine Press; 1989.
43. Dehnoye R, Nouri Hekmat S, Mirshkari N, Ghasemi S, Hanrou M. Health technology horizons. Kerman: Gera Publishing House; 2014.
44. Ministry of Cooperation, Labor and Social Welfare, Law on the Structure of the Comprehensive Welfare and Social Security System; 1963.
45. KPMG International Cooperative. Through the Looking Glass; A Practical Path to Improving Healthcare through Transparency, Swiss; 2017.
46. Andreula N, Chong A, Guillén J. Institutional Quality and Fiscal Transparency. Inter-American Development Bank; 2009.
47. Kenny N, Giacomini M. Wanted: A new ethics field for health policy analysis. Health Care Analysis 2005; 13(4): 247-60.
48. Kevin B. Smith, A Theoretical Introduction to Public Policy. Translated by Behzad Attarzadeh. Scientific and Cultural Publications; 2016.
49. Shams L, Sari AA, Yazdani S. Values in health policy—a concept analysis. International journal of health policy and management 2016; 5(11): 623.
50. Malekmohammadi HR, kamali Y. The studying concepts of paradigm, referential and advocacy coalition in public policy analysis. Political Quarterly; 2016: 46(1): 265-285.
51. Easton D. A systems analysis of political life; 1965.
52. Danis M, Clancy CM, Churchill LR. Ethical dimensions of health policy: Oxford University Press, USA; 2005.
53. Giacomini M, Hurley J, Gold I, Smith P, Abelson J. The policy analysis of 'values talk': lessons from Canadian health reform. Health Policy 2004; 67(1): 15-24.
54. Kenny NP, Melnychuk RM, Asada Y. The promise of public health: ethical reflections. Can J Public Health 2006; 97(5): 402-4.
55. Giacomini M, Kenny N, DeJean D. Ethics frameworks in Canadian health policies: Foundation, scaffolding, or window dressing? Health policy 2009; 89(1): 58-71.
56. Faramarz Karamelki A. The professional ethics of new writing. Qom: Majnoun Publication; 2014.
57. Alvarez-Rosete A, Hawkins B, Parkhurst J. Health system stewardship and evidence informed health policy; 2013.
58. Jabbari A, Rostami V. Stewardship's illnesses in health system of Iran. International Journal of Health System and Disaster Management 2013; 1(3): 129.
59. Wagstaff A. Measuring equity in health care financing: Reflections on and alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index: World Bank Publications; 2001.
60. Uzochukwu B, Ughasoro M, Etiaba E, Okwuosa C, Enzuladu E, Onwujekwe O. Health care financing in Nigeria: Implications for achieving universal health coverage. Nigerian Journal of Clinical Practice 2015; 18(4): 437-44.
61. Marchildon GP. Health systems in transition: Canada: University of Toronto Press; 2013.
62. Busse R, Blümel M. Health systems in transition. Health 2014; 16(2): 1-296, xxi.
63. MOH Singapore: Medisave for approved overseas hospitalization. MOH press release; 2010.
64. Pocock NS, Phua KH. Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. Globalization and health 2011; 7(1): 12.
65. Göppfarth D, Henke K-D. The German central health fund—recent developments in health care financing in Germany. Health Policy 2013; 109(3): 246-52.
66. World Health Organization. Health financing: resource tracking. available at: [www.who.int/health_financing /topics/resource-tracking/en](http://www.who.int/health_financing/topics/resource-tracking/en)
67. Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. Ann Fam Med 2011; 9(2): 100-3.
68. Posadzki P, Watson LK, Alotaibi A, Ernst E. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. Clinical Medicine 2013; 13(2): 126-31.
69. Posadzki P, Alotaibi A, Ernst E. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by physicians in

- the UK: a systematic review of surveys. *Clinical Medicine*. 2012; 12(6): 505-12.
70. Posadzki P, Ernst E. Prevalence of CAM use by UK climacteric women: a systematic review of surveys. *Climacteric* 2012; 16(1): 3-7.
71. Bodeker G, Ong C-K, Grundy C, Burford G, Shein K. WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine: World Health Organization; 2005.
72. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023. World Health Organization; 2013.
73. Mozaffarpur S, Shirafkan H, Taghavi M, Mirzapor M. Investigating the difference between principals of Iranian traditional medicine and modern medicine for providing a model for integrated medicine. *IHJ* 2014; 1 (1): 10-15.
74. Sadr S, Khodadoost M, Zahra P. An overview of the six principles of a healthy lifestyle in the sources of traditional medicine in Iran and the suggestion of how to introduce it into the country's health system. National conference on lifestyle and health of Yasouj University of Medical Sciences; 2019.
75. Jurjani A. Zakhireye Khwarazmshahi. Tehran University Publications; 1965.
76. Movahed M, Salehi A, Rayanpour R. Quality of Doctor-Patient Relationship and its Effect on Usage of Traditional and Complementary Medicine. *Journal of Isfahan Medical School* 2017; 35(421): 177-185.
77. Azarگون A, Zibaei M. The health system approach to the complementary and alternative medicine. *Journal of Research and Health* 2015; 5(1): 1-2.
78. Hosseini Z, Feizi H, Moradi R. Assessing supply and demand of medicinal plants in Shiraz apothecaries. *jiitm* 2017; 8(1): 123-133.
79. Ghassemi H, Harrison G, Mohammad K. An accelerated nutrition transition in Iran. *Public health nutrition* 2002; 5(1a): 149-55.
80. Mohammadi-Nasrabadi F, Omidvar N, Khoshfetrat M, Kolahdooz F. Household food insecurity in the Islamic Republic of Iran: a systematic review and meta-analysis/Insécurité alimentaire des ménages en République islamique d'Iran: revue systématique et méta-analyse. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2014; 20(11): 698.
81. WFP Iran Country Office. Food and Nutrition Security in Iran, A SUMMARY REPORT 2016. Available at: <https://docs.wfp.org/api/documents>
82. Soazic H. Strategic Analysis Paper. Iran's Food Security. Global Food and Water Crises Research Programme; 2014. Available at: <http://futuredirections.org.au>
83. Hosseini SS, Pakravan Charvadeh MR, Salami H. The Effect of Subsidy Reform Program on Food Security in Iran. *Iranian Journal of Economic Research* 2016; 21(67): 53-82.
84. Damari B, Abdollahi Z, Hajifaraji M, Rezazadeh A. Nutrition and food security policy in the Islamic Republic of Iran: situation analysis and roadmap towards 2021. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal* 2018; 24(02): 177-88.
85. Amiri M, Eslamian S. Investigation of climate change in Iran. *J Environ Sci Technol* 2010; 3(4): 208-16.
86. Kharabaf S, Abdollahi M. Science growth in Iran over the past 35 years. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences* 2012; 17(3): 275.
87. Akhondzadeh S, Ebadifar A, Eftekhari MB, Falahat K. Medical Science and Research in Iran. *Archives of Iranian Medicine* 2017; 20(11): 665-672.
88. Azizi F. Challenges and perspectives of medical education in Iran. *Research in Medicine* 2015; 39 (1): 1-3