

مروری بر مفاهیم سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری

نویسندگان: حسن جولایی^۱، نوشین زارعی^۲، وحید کشتکار^۳، امیر کشاورزبان^۴، پرینا کشانی^۵، محمدابراهیم زهلی‌نژاد^۶، ناهید حاتم^۷، زهرا کاووسی^۸، عظیمه قربانیان^۹، کامران باقری‌لنکرانی^{۱۰*}، محمود عباسی^{۱۱}، علی رمضانخانی^{۱۲}، احمد علی نوربالا تفتی^{۱۳}، مژده ناطقی^{۱۴}، عباس کبریایی‌زاده^{۱۵}، فاطمه محمدی نصرآبادی^{۱۶}، رضا دهنویه^{۱۷}، وحید راثی^{۱۸}، محمدمهدی تدین^{۱۹}، فرانک فرزندی^{۲۰}، محمدابراهیم زحلی‌نژاد^{۲۱}، عبدالعلی محقق‌زاده^{۲۲}، سیدمهدی سیدی^{۲۳}، سیدرضا مجدزاده^{۲۴}، فروزان اکرمی^{۲۵}، نرگس تبریزی^{۲۶}، محمدعلی محقی^{۲۷}

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 این که 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، فوق تخصص 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. استادیار، دکترای تخصصی طب ایرانی، گروه طب ایرانی و تاریخ پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۲۲. استاد، دکترای تخصصی فارماکونوزی، مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
۲۳. استادیار، دکترای فیزیولوژی گیاهی، پژوهشگاه ملی مهندسی ژنتیک و زیست فناوری، تهران، ایران
۲۴. استاد، دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲۵. 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
۲۶. دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲۷. استاد، دکترای تخصصی جراحی عمومی و دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

روش کار: در مرحله اول ۱۴ تیم تحقیقاتی به‌طور مجزا و با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای 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.

کلید واژه‌ها: سیاست‌های کلی سلامت، مفاهیم، ارزش‌های اسلامی - ایرانی

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 حق 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 ازجمله 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، واکنس 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 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 مستقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های مستقن 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 نهادهای سازنده 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 به‌صورت 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 به‌گونه‌ای 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 به‌صورت 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. به‌علاوه، 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).

رشد معنویت و اخلاق اسلامی جامعه با استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت	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.
بند ۲ تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات ۲	رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت نظام پایش، نظارت و ارزیابی حقوق بیماران 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).
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	سلامت روانی سبک زندگی اسلامی - ایرانی 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). 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 طيبة 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.
بند ۴ ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی	تحکیم بنیان خانواده فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی عبارتست از به‌کارگیری، حاکمیت اخلاق و حفظ حقوق همه اعضای خانواده در راستای محکم کردن ریشه‌های زندگی مشترک خانوادگی. فرآورده‌ها و مواد اولیه‌ای که بتواند منطبق بر استاندارد British Pharmacopoeia، یا استانداردهای تعریف شده توسط کمپانی تولیدکننده مواد اولیه باشد. محصولات زیستی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی 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.
بند ۵ ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام	ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی تقاضای القایی شامل تضمین کیفیت هرگونه کالا، وسایل، ابزار، لوازم، ماشین‌آلات، کاشتنی‌ها، مواد، معرف‌ها، کالبراتورهای آزمایشگاهی و نرم افزارها که توسط تولیدکننده برای انسان جهت تشخیص، پیشگیری، کند کردن روند بیماری و یا درمان به کار می‌رود، می‌باشد. 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 با فروش خدمت غیرضروری به بیماران یا مراجعان به نظام سلامت می‌گردد که با توصیه و سفارش افراد متخصص اجرا می‌شود(۲۵).

سیط‌بندی 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	نظام سطح بندی خدمات سلامت	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 سطح‌بندی نظام ارجاع می‌گویند (۲۷).
	راهنماهای بالینی	راهکارهای ملی طبابت بالینی شامل مجموعه توصیه‌های بالینی هستند که به روش نظام‌مند 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).
	طرح ژنریک	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: 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. 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. 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. بیمه: در این سطح صرفاً اعمال پوشش بیمه براساس نام عمومی می‌باشد و بیمار مابه‌التفاوت برند و ژنریک را از جیب پرداخت می‌کند.
	نظام دارویی ملی	سیاست ملی دارویی سندی بالادستی است که مشخص‌کننده 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).
	نظارت کارآمد	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.
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	امنیت غذایی	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).
	امنیت تغذیه‌ای	مواد مغذی (Nutrients) با تأمین مواد اولیه برای سوخت‌وساز سلولی، بقا، 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.
	ایمنی غذایی	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.

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 عارضه سویی، 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.	معیارهای جهانی امنیت غذایی	
The Food Insecurity Experience Scale (FIES) معیارهای سازمان خواربار و کشاورزی و Codex Alimentarius for food میزان سوءتغذیه	معیارهای جهانی فرآورده‌های بهداشتی ایمن	
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 درحیطه 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	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
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).		
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	

^۱ “the effective trusteeship of national health”

^۲ Agency theory

- 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).	عدالت 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 سوددهی و رعایت عدالت صورت پذیرد.	
ارائه خدمت مطلوب منظور ارائه خدمت به مشتری با کیفیت مطلوب و منطبق با استانداردها و با در نظر گرفتن نیاز خریدار خدمت می‌باشد.	برنامه ریزی‌های راهبردی 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).	
نظام بیمه سلامت بیمه سلامت، سازوکاری است که طی آن یک بیمه‌گر، بنا به ملاحظات 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.	بخش دولتی 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).	
بخش خصوصی خصوصی به بخشی اطلاق می‌شود که در مالکیت افرادی خاص قرار داشته باشد و صرفاً مالکین آن از سود آن بهره‌مند شوند.	بخش عمومی 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.	
کیفیت خدمات درجایست که خدمات مراقبت سلامت، احتمال دستیابی به پیامدهای سلامت مورد نظر را برای اشخاص و جمعیت‌ها، افزایش می‌دهد.	ایمنی خدمات 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.	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
مراقبت‌های یکپارچه 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).	اطلاع‌رسانی شفاف به معنای در دسترس قرار دادن اطلاعات به طور مستمر و در هر مکان ممکن برای گروه‌های مخاطب	
اثربخشی میزان تحقق اهداف، نتایج قابل مشاهده، ارزش افزوده، توانایی ایجاد شده و بهبود شاخص‌ها	کارایی 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 به دست آمده با ورودی‌های مصرف شده میزان کارایی را مشخص می‌کند (۴۰).	

	بهره‌وری	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).
	تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت	تصمیم‌گیری مبتنی بر یافته‌های علمی اشاره به تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد دارد و گویای اهمیت اتخاذ تصمیم بر اساس مطالعات و تجارب گذشته می‌باشد. به عبارتی دیگر، استفاده آگاهانه از بهترین شواهد موجود (همچون اطلاعات به‌روز از تحقیقات مرتبط و معتبر در مورد اثرات اشکال مختلف ارائه مراقبت سلامت) برای تصمیم‌گیری درباره ارائه مراقبت به افراد بیمار و یا ارائه خدمات سلامت (۴۲)
	تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در آموزش	تلاشی نظام‌مند برای فراهم ساختن بهترین شواهد تجربی در تصمیم‌گیری برای برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت و ارزیابی برنامه‌های آموزشی
	ارزیابی فناوری‌های سلامت	فعالیتی بین رشته‌ای است که به صورت نظام‌مند عملکرد فنی، ایمنی، اثربخشی بالینی، هزینه اثربخشی، پیامدهای سازمانی، اجتماعی، ملاحظات حقوقی و اخلاقی یک فناوری سلامت را بررسی می‌کند (۴۳)
	نظام حاکمیت بالینی	چارچوبی که در رابطه با تداوم کیفیت ارائه خدمات مراقبت سلامت و حفظ استانداردهای مراقبتی به وسیله ایجاد محیطی متعالی برای مراقبت بالینی مسئول می‌باشد.
	برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و معلولان	برنامه‌ای که افراد معلول را قادر سازد به سطح مطلوبی از عملکرد جسمی، روحی، فکری، روانی و اجتماعی رسیده و آن را حفظ کند. همچنین افزایش داریابی‌ها و توانمندی‌های افراد فقیر به‌منظور مشارکت، مذاکره، کنترل و پاسخگویی مؤسساتی که زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهند.
بند ۹ توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی	توسعه کمی بیمه‌های سلامت	دستیابی به پوشش فراگیر و همگانی خدمات سلامت
	توسعه کیفی بیمه‌های سلامت	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 سنوایی می‌باشد.
	پوشش همگانی بیمه‌ای سلامت پایه	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).
	بیمه تکمیلی	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. درواقع 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.
	بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی	– 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. – 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.

	بازار رقابتی در ارائه خدمات سلامت	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.
	حق فنی واقعی	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.
	نظام پرداخت	مجموعه‌ای از ابزار، عوامل فنی، قانونی و اجتماعی است، که ارزش پولی را بین پرداخت‌کننده و گیرنده وجه، منتقل می‌کند. به بیان ساده‌تر، سیستم پرداخت زیرساخت‌های فناوری و قانونی که انتقال ارزش میان دو طرف معامله را، میسر می‌سازد.
	نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد	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 به منظور 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
بند ۱۰ تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت	درآمد عادلانه	تعریف و تأمین درآمدی مبتنی بر توانایی‌ها، مهارت‌ها و عملکرد گروه‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
	تأمین مالی پایدار	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.
	شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها محصولات و مواد و خدمات زیان آور سلامت	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). کلیه محصولات، مواد و خدماتی است که در محیط پیرامون انسان‌ها وجود داشته و در کوتاه‌مدت و یا بلندمدت سلامت او را تهدید می‌کند.
بند ۱۱ افزایش آگاهی، مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه 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	مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه	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.
	طب سنتی ایران	طب سنتی به مجموعه تمامی علوم و تجربیات نظری و عملی (شامل کلیه اقدامات بهداشتی، رویکردها، اطلاعات و باورهای) که به اشکال مختلف دارویی، برای حفظ سلامتی و همچنین پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌ها به کار 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، قرابادین کبیر، مخزن الادویه و کامل الصناعه.
بند ۱۲ بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران	بازشناسی طب سنتی ایران	بازنویسی، ترجمه و بررسی منابع مکتوب طب سنتی در ایران و جهان تهیه و تدوین تاریخ شفاهی درمانگران سنتی مناطق مختلف ایران
	تبیین طب سنتی ایران	مشخص کردن جایگاه طب سنتی در ترویج سبک زندگی سالم در جامعه و در نظام سلامت کشور.
	ترویج طب سنتی ایران	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.

نهادینه نمودن طب سنتی ایران	فراهم کردن شرایط تا خدمات طب سنتی در نظام سلامت تعریف شده، مورد استفاده عمومی قرار گیرد
استانداردسازی روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی	تهیه «گاید لاین‌های» (راهنماهای بالینی تشخیص و درمان) بیماری‌های شایع، مطابق بر منابع و آموزش‌های طب سنتی
روزآمد کردن 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
تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه 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
خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی	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.
تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین	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
توسعه کیفی نظام آموزش پزشکی	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 کمی نظام آموزش پزشکی	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 زیادتى 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.
نظام آموزش پزشکی سلامت محور	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 مبتنی بر جامعه	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 پاسخگو	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 عادلانه	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.
نیروی انسانی کارآمد	منظور سرمایه انسانی سالم، شایسته، کارکن، 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.

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.	اخلاق اسلامی حرفه‌ای	
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.	تحول راهبردی در پژوهش علوم پزشکی	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
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.	پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری	
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.	قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام	

بحث و نتیجه‌گیری

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).

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 بنبند این سند لبریز از مفاهیم ارزشی و اخلاقی بوده و به تحقیق هیچ‌بندی

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		
	*			*	*	*	*	*						ارزش‌های بنیادی	عدالت
	*		*									*	*		کرامت و اختیار انسان
			*									*	*		مسئولیت‌پذیری
	*			*	*	*						*	*		حقوق مردم
	*					*				*				ارزش‌های روبه‌ای	کارایی
*					*	*	*								اثر بخشی
				*	*										شفافیت
					*	*									شواهد معتبر
						*	*								پاسخگویی
															خودارزیایی
*					*	*			*			*			عزت نفس
					*										پایداری
*	*	*		*									*		پیش‌بینی‌پذیری
	*											*	*		حرفه‌مندی
															اتحاد و یکپارچگی
	*		*	*	*	*	*	*			*	*	*		مردم‌محوری
														ارزش‌های نهایی	جامعیت
	*		*										*		مشارکت
*		*							*	*					استقلال (ملی)
					*							*			پیشگیری
				*	*	*	*	*			*	*	*		سلامت
										*			*		ایمنی
	*			*	*	*				*					کیفیت
*	*									*		*			سرآمدی (ملی)

حیات اجتماع و هویت نظام‌ها و سیاست‌های عمومی (ازجمله 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 حیطه 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 به‌کارگرفته 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 منحصربه‌فرد 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.

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 انسان محوری 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

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 طبیبی 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 شش گانه 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

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 یاری 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 دوجندان 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

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: General health policies, Islamic Iranian values, Concepts

منابع

۱. شادپور ک. اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، مجله پژوهشی حکیم، پاییز ۸۵، دوره نهم، شماره سوم.
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).
4. Hatmi ZN, Malekpour M. Family physicians in Iran: success despite challenges. The Lancet. 2010;376(9752):1541.
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.
۹. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، گزاره برگ‌های ارزیابی طرح تحول سلامت، گزاره برگ مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزا، قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت. شماره ۱، ۱۳۹۵
۱۰. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، اصل ۱۷۷ گانه قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران. قابل دسترسی در <http://www.ghanoonasasi.ir/Portal/home>
۱۱. دفتر برنامه، بودجه و آمار سازمان تحقیقات آموزش، ۱۳۹۵، قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶ - ۱۴۰۰)، اسفند ماه ۱۳۹۵.
۱۲. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۲. چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی، قابل دسترسی در <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/132295>
۱۳. سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی،
- اجتماعی و فرهنگی. گزارش آبان‌ماه ۱۳۸۸ ویرایش هشتم
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 from: <http://faculty.seattlecentral.edu/jwhorley/Dimensions.pdf>.
20. Environmental Health Hazards. Available from: www.open.edu/openlearncreate/pluginfile.../2._environmental_health_hazards.doc.
21. Capturing Experience Monitoring and Evaluation. Available from: <http://web.mit.edu/urbanupgrading/upgrading/issues-tools/tools/monitoring-eval.html>.
22. World Health Organization, Genomic resource centre, patients' right. Available from: <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/> May 15, 2018.
23. World Health Organization (2003) Department of Mental Health and Substance Dependence Aawwimh.
24. Induced demand, Wikipedia, available at: https://en.wikipedia.org/wiki/Induced_demand.
۲۵. پوررضا، ابوالقاسم، در ترجمه اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه، ویتز، سوفی و همکاران، چاپ اول، ۱۳۸۳.
۲۶. دستورالعمل نظام ارجاع و پزشک خانواده در مناطق شهری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. خرداد ۱۳۸۹.
۲۷. پورشیروانی ن، داود. رئیسی، پوران. ارزیابی عملکرد نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی ایران: ۱۳۸۷.

- مجله پژوهشی حکیم. بهار ۸۹.
۲۸. اولیایی منش ع و دیگران. مجموعه شناسنامه‌ها و استانداردهای خدمات سلامت کشور، تهران؛ پارسه نگار، ۱۳۹۲.
۲۹. سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. سیاست ملی دارویی جمهوری اسلامی ایران. ویرایش زمستان ۱۳۹۵.
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. 2006: National Academies Press.
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 DE. Getting evidence into policy and practice to address health inequalities. *Health Promotion International*. 2004.
۳۷. دانش‌نامه آزاد ویکیپدیا، برنامه‌ریزی راهبردی.
38. Wikipedia ,the free encyclopedia, General government sector definition. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/General_government_sector (May 15, 2018).
39. Shaw S, Rosen R, Rumbold B. 2011. What is integrated care? Available from: www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf.
۴۰. آذر ع و همکاران. ارزیابی استان‌ها در بخش بهداشت و درمان روستایی در برنامه سوم و سال‌های ابتدای برنامه چهارم توسعه مجله مدیریت سلامت. ۱۳۸۳.
۴۱. حسین‌زاده ع و همکاران. ۱۳۹۵. زنان و بهره‌وری اقتصادی در خانواده براساس سیری در سیره رضوی، مجله زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۴، شماره ۳، صص: ۳۷۹-۳۹۶.
42. Cochrane AL. Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. Reprinted in 1989 in association with the BMJ. Reprinted in 1999 for Nuffield Trust by the Royal Society of Medicine Press, London, ISBN 1-85315-394-X.
۴۳. دهنویه ر، نوری حکمت س، میرشکاری ن، قاسمی س، هنرور م.
- افقیابی فناوری سلامت. کرمان: انتشارات گرا، ۱۳۹۴.
۴۴. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳.
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.
۴۸. کوین بی اسمیت، درآمدی نظری به سیاست‌گذاری عمومی. ترجمه بهزاد عطارزاده، انتشارات علمی فرهنگی، ۱۳۹۶.
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.
۵۰. کمالی ی، و ملک محمدی ح. بررسی مفاهیم پارادایم، مرجعیت و ائتلاف حامی در تحلیل سیاست‌گذاری عمومی. فصلنامه سیاست، دوره ۴۶، شماره ۱، بهار ۱۳۹۵، صفحه ۲۶۵-۲۸۵.
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. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*. 2006;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.
۵۶. فرامرز قراملکی ا. اخلاق حرفه‌ای نگارشی نو، نشرمنون، قم، ۱۳۹۳.
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, Envaladu E, Onwujekwe O. Health care financing in Nigeria: Implications for achieving universal health coverage. *Nigerian*

بیمار و ارتباط آن با میزان استفاده از طب سنتی و مکمل. مجله دانشکده پزشکی اصفهان. ۱۳۹۶؛ دوره ۳۵، شماره ۴۲۱

77. Azargoon A, Zibaei M. The health system approach to the complementary and alternative medicine. *Journal of Research and Health*. 2015;5(1):1-2.

۷۸. حسینی ز، فیضی ح، مرادی ر. بررسی عرضه و مصرف گیاهان دارویی در عطاری‌های شهر شیراز. طب سنتی اسلام و ایران: ۱۳۹۶، دوره ۸، شماره ۱

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 from: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000021105/download/?_ga=2.69555542.713753734.1527880436-1781677.۳۶۵,۱۵۲۷۷۵۳۲۹۶

82. Soazic Heslot. Strategic Analysis Paper. Iran's Food Security. Global Food and Water Crises Research Programme 2014. Available from: http://futuredirections.org.au/wp-content/uploads/2014/08/Iran_Food_Security.pdf.

۸۳. حسینی س، پاکروان چروده م، سلامی حا. The Effect of Subsidy. Reform Program on Food Security in Iran. پژوهش‌های اقتصادی ایران. ۲۰۱۶؛ ۲۱(۶۷):۵۳-۸۲.

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 (AIM)*. 2017;20(11).

۸۸. عزیزی ف. چالش‌ها و چشم‌اندازهای آموزش پزشکی در ایران. *Research in Medicine*. 2015;39(1):1-3

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).

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. Göppfardth 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 from: www.who.int/health_financing/topics/resource-tracking/en.

67. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Annals Family Med*; 2011.

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*. ۱۲-۵۰۵:(۶)۱۲;۲۰۱۲.

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.

۷۳. مظفرپور ش، تقوی ه، میرزاپور م. بررسی تفاوت مبانی طب سنتی ایران با طب رایج، برای ارائه یک الگوی طب تلفیقی. نشریه اسلام و سلامت. ۱۳۹۴؛ ۱(۱):۵-۱۰.

۷۴. صدر ش، خدادوست م، زهرا پ. مروری بر اصول شش‌گانه سبک زندگی سالم در منابع طب سنتی ایران و پیشنهاد چگونگی ورود آن در نظام سلامت کشور. همایش سراسری سبک زندگی و سلامت دانشگاه علوم پزشکی یاسوج ۱۳۸۹.

۷۵. جرجانی ا. ذخیره خوارزمشاهی. انتشارات دانشگاه تهران؛ ۱۹۶۵.

۷۶. موحد م، صالحی ع، رایان پور ر. مطالعه کیفیت رابطه پزشک -