نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره سوم، پاییز ۹۷، صفحات ۳۸۹ تا ۳۹۹

تبیین بند ۱۴ سیاست‌های کلی سلامت، با تأکید بر مدل‌های ارتباطی و اجرایی

نویسنده:
سیدمهدی سیدی[۱]

چکیده

زمینه و هدف: با ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت در سال ۱۳۹۳، چراغ راه و هدایت نظام سلامت کشور و نیز مهمترین سند بالا دستی سلامت در دسترس همگان قرار گرفت. در بند ۱۴ این سیاست به موارد بسیار مهمی مانند پژوهش، نوآوری، مرجعیت علمی و تبدیل شدن جمهوری اسلامی به قطب پزشکی اشاره شده است. بخشی از اهداف این بند چشم‌اندازی و بخش‌های دیگر آن قابل حصول در کوتاه‌مدت است. سیاست‌گزار تحول راهبردی در پژوهش علوم پزشکی را با رویکرد نظام ملی نوآوری خواستار است که باید بتواند با برنامه‌ریزی مرجعیت علمی را حوزه علوم سلامت به‌دست دهد و جمهوری اسلامی ایران را به قطب پزشکی جهان اسلام مبدل سازد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی ترکیبی از روش‌های معمول از جمله مطالعه منابع، اسناد بالا دستی، تحلیل وضعیت موجود، پانل نخبگان، پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر انگلیسی و فارسی استفاده و سپس مناسب‌ترین مدل‌ها ارائه شد.

یافته‌ها و نتیجه‌گیری: بند ۱۴ سیاست‌های کلی سلامت مشتمل بر سه بخش مرتبط ولی مجزا از یکدیگر است. لذا ابتدا لازم است تا این سه بخش به‌طور کامل درک برای نتیجه‌گیری و تحقق هر بخش مدل‌های ارتباطی پیشنهاد شود. در این بند به تحول در راهبردهای پژوهش علوم پزشکی اشاره شده که نشان از عدم بهره‌وری راهبردهای فعلی دارد. همچنین راهبردهای جدید بایستی در راستای نظام نوآوری و پیوسته و درهم تنیده باشد تا بتواند علم را به ثروت و خدمات مبدل سازد. از سوی مرجعیت علمی خواسته دیگری است که باید برای آن برنامه‌ریزی شود و در این مسیر تبدیل کشور به قطب پزشکی جهان اسلام محقق شود. برای تحقق این اهداف چهار مدل ارتباطی ارائه شده و برای اجرایی‌سازی یک مدل مفهومی و یک مدل اجرایی پیشنهاد شده است که در آن اجرایی سازی، نظارت و ارزیابی و بازخورد تمهید شده است.

کلیدواژه: اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی، پژوهش، رهبری

مقدمه

سیاست‌های کلی سلامت جامع‌ترین سندی است که در حوزه سلامت در کشور تدوین و توسط مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳ به سران سه قوه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت ابلاغ شده است. این سیاست‌ها بنا بر اصل ۱۱۰ قانون اساسی لازم‌الاجرا است (۱) و با توجه به مواد مندرج در این سند، اصلی‌ترین مجری آن را می‌توان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برشمرد. از الزامات تحقق اهداف مندرج در این سند بالا دستی، همکاری و هم‌افزایی سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های کشوری با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است.

با توجه به تجربه سایر سیاست‌های کلی کشور، لازم است تا این سند به‌طور دقیق مورد بررسی قرار گیرد و ابعاد مواد مندرج در آن تبیین شود تا اجرایی‌سازی و تحقق اهداف آن امکان‌پذیر گردد.

۱. دانشیار، پژوهشگاه ملی مهندسی ژنتیک و زیست فناوری، تهران، seyedi@nigeb.ac.ir

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

فرهنگستان علوم پزشکی با توجه به اساسنامه خود (۲) و نیز با احساس مسئولیت خود در این زمینه، تصمیم گرفت تا ابعاد بندهای مختلف این سند را تبیین نماید و بدین منظور یک طرح کلان را مصوب نمود تا در آن بندهای مختلف به گروهی از افراد متخصص محول شود تا علاوه بر تبیین هر بند، ارتباط آن با بندهای دیگر نیز به‌صورت یکپارچه دیده شود. بدین منظور جلسات متعددی در فرهنگستان با حضور مجریان هر ۱۴ بند برگزار تا علاوه بر دریافت نظرات، مجریان مواد مختلف در جریان پیشرفت‌های یکدیگر قرار گیرند و بتوانند از آن‌ها در راستای هماهنگی با کارهای خود استفاده کنند.

پس از حدود شش ماه از ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت، سیاست‌های کلی علم و فناوری از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شد (۳). در این سند بالا دستی به‌طور مبسوط به بحث علم، فناوری و نوآوری پرداخته شده است ولی متاسفانه مواد مندرج در این سند تبیین نشده است. با توجه به اینکه بند ۱۴ سیاست‌های کلی سلامت با تعدادی از مواد سیاست‌های کلی علم و فناوری هم‌پوشانی و هم‌راستایی دارد، لذا تبیین بند ۱۴ می‌تواند در سیاست‌های کلی علم و فناوری نیز مورد استفاده قرار گیرد. در ابتدا لازم است تا بند ۱۴ سیاست‌های کلی سلامت بیان شود:

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.

بند ۱۴ سیاست‌های کلی سلامت دارای سه بخش اصلی است که سیاست‌گذار باتوجه به رصد وضع موجود تا تاریخ ابلاغ سند به تدوین آن‌ها اقدام نموده است. با توجه به عدم امکان دسترسی به اسناد پشتیبان بند ۱۴، برای درک مفهومی این بند لازم است تا به‌طور بسیار مختصر و مجزا به تبیین تعاریف و مفاهیم و نیز چیستی و چرایی این سه بخش پرداخته شود. بدیهی است درصورتی‌که این امر تا حد امکان و به‌طور شفاف تبیین شود سایر مراحل با در نظر گرفتن راهبردهای کلان و خرد، ارتباط سه بخش ظاهراً مجزا در این بند، و در نهایت تنظیم شاخص‌ها و مراحل اجرایی‌سازیی با سهولت بیشتری همراه خواهد شد. لذا، در این بخش به‌طور بسیار مختصر تلاش شده تا تعاریف، مفاهیم کلیدی، چیستی و چرایی هر یک از بخش‌های سه‌گانه به‌طور مجزا بیان شود.

روش مطالعه

پژوهش حاضر با ترکیب روش‌های توصیفی و کیفی به انجام رسید. برای تبیین بند ۱۴ و ارائه مدل‌ها از اسناد بالادستی، مرور منابع و مستندات موجود، تحلیل وضع موجود استفاده و به تعریف مفاهیم پرداخته شد و در یک پانل نخبگانی و براساس اجماع چیستی و چرایی هر بخش صورت پذیرفت. برای تدوین مدل‌های اجرایی از منابع فارسی و انگلیسی استفاده و هر مدل در با صاحبنظران به بحث گذاشته شد و مدل نهایی ارائه شد.

یافته‌ها

بخش اول بند ۱۴: تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری

تعاریف، مفاهیم کلیدی، چیستی و چرایی:

با مداقه کوتاهی بر این بخش از بند ۱۴ چنین بر می‌آید که راهبردهای فعلی و درحال اجرا درخصوص پژوهش‌های علوم پزشکی کارکرد خود را به‌طور نسبی (و یا کامل) از دست داده‌اند. نکته ظریف این است که سیاست‌گذار از کلمه تحول (و نه تغییر) استفاده نموده است،که نشان‌دهنده الزام برای زیر و رو سازی نظام فعلی و در حال اجرای پژوهش در حوزه علوم پزشکی است و اعمال برخی تغییرات رو بنایی هدف این بخش از سیاست‌های کلی نبوده است. لذا نیاز به تغییرات اساسی در بسیاری از بخش‌ها و نیز تدوین راهبردهای جدید ضروری به‌نظر می‌رسد. در ادامه این بخش از بند ۱۴، سیاست‌گذار در واقع برای تدوین‌کنندگان راهبرد اجرایی راهنما قرار داده است و الزام به توجه به نظام نوآوری را گوشزد نموده است. به عبارت دیگر، بایستی نظام نوآوری در بخش سلامت و راهبردهای جدید پژوهش برای عملکرد بهینه این نظام تدوین و سازوکارهای اجرایی آن‌ها تمهید شود. در ژاپن و در سال ۲۰۱۴، پس از بررسی و آسیب‌شناسی دقیقی که در پژوهش‌های پزشکی صورت گرفت، طرح ارتقای تحقیق و توسعه پزشکی در این کشور مدون شد (۴). مسئولیت کلان و راهبردی این طرح عظیم با بالاترین مقام اجرایی این کشور، یعنی نخست وزیر ژاپن است. در این طرح برای

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

آسیب‌های خرد و کلان پژوهش در این کشور راهکارهای جدی تمهید شده و با یک برنامه اجرایی زمان‌بندی شده در حال اجراست. جالب است که علی‌رغم تصور کلی، بسیاری از آسیب‌هایی که در نظام نوآوری ژاپن دیده شده، با آسیب‌های موجود در کشورمان شباهت دارد. سیاست‌گذار در کشورمان با توجه به اسناد پشتیبان، به این آسیب اساسی توجه نموده که علی‌رغم انجام پژوهش‌های نسبتاً زیاد در حوزه علوم پزشکی در کشورمان، نتایج و دست‌آوردهای ملموس و اجرایی زیادی در سطح جامعه که برآیند و حاصل این پژوهش‌ها باشد، مشاهده نمی‌شود. این آسیب مختص نظام علم و فناوری کشورمان نیست و در بسیاری از کشورها، و حتی کشور پیشرفته صنعتی مانند ژاپن)، عدم ورود دستاوردهای پژوهش به سطح جامعه چه از حیث اقتصادی و یا اجتماعی، یکی از دغدغه‌های اصلی سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان است. در نظام‌های پیشرفته، فرایندهای پژوهش، فناوری، تجاری سازی، و صادرات به‌صورت زنجیروار و متصل به هم دیده شده است. شاید بتوان این فرایند را به دو امدادی تشبیه کرد که در آن چهار دونده شرکت دارند و هر یک می‌توانند تا محدوده مشخصی بدوند و چوب را به دونده بعدی بسپارند. محدوده و مسافتی که هر دونده باید طی کند و حدود ثغور آن مشخص و از قبل تعیین شده است، لذا این چار دونده هیچ برخورد و یا موازی‌کاری با دونده قبلی و یا بعدی ندارند. هدف چهار دونده تلاش حداکثری برای پیروزی بر رقبا و رسیدن به خط پایان در حداقل زمان ممکن است. جالب است که هر دونده در محدوه خود آزاد است که چگونه حرکت کند و شاید سخت‌ترین بخش دو امدادی سپردن چوب به دونده بعدی است. برای سهل نمودن این بخش بسیار مهم، هر دونده در انتهای مسیر با دونده بعدی تا حدودی به‌صورت موازی حرکت می‌کند تا به‌سرعت یکسانی برسند به‌طوری‌که انتقال چوب با سهولت امکان‌پذیر شود و از رها شدن چوب جلوگیری شود. رها شدن و به زمین رسیدن چوب به معنای شکست در دو امدادی است. در این دو، معمولاً سریع‌ترین و آماده‌ترین فرد در جایگاه دونده چهارم قرار می‌گیرد تا بتواند کاستی‌های احتمالی سه دونده قبلی را جبران نماید و زودتر به خط پایان برسد. مدال در دو امدادی به‌طور مجزا به هر چهار نفر اعطا می‌شود. این دو را نمی‌توان با یکی از مهیج‌ترین و پربیننده‌ترین مسابقات دو، یعنی دو صد متر مقایسه کرد. در دو صد متر، تنها یک دونده وجود دارد و حداکثر تلاش خود را برای رسیدن زودتر به خط پایان به‌کار می‌گیرد. پس از عبور از خط پایان کار دونده تمام و مدال دریافت می‌کند. این در حالی است که در دو امدادی سه دونده اول پس از طی مسافت مشخص کار خود را پایان یافته نمی‌دانند و باید چوب را به دونده آخر بسپارند. در کشورمان منظومه نوآوری به جای دو امدادی، به‌صورت دو صد متر دیده شده و دونده‌های دیگر یا وجود ندارند و یا به‌حدی ضعیف هستند که هیچ‌گاه به خط پایان نمی‌رسند و لذا نمی‌توانند چوب را به دونده بعدی (که او هم ضعیف و ناتوان است) تحویل دهند. این نگاه غیرسیستمیک به مقوله‌ای سراسر سیستمیک باعث شده تا انتقادات زیادی به بخش نوآوری و حتی پژوهش وارد آید. آئین‌نامه ارتقای اعضای هیئت علمی، جوایز علمی، شرایط فراغت از تحصیل دانشجویان کارشناسی ارشد و دکترا را شاید بتوان با مدال دونده برابر دانست. لذا پس از انتشار یک تا چند مقاله، عضو هیئت علمی ترفیع پیدا می‌کند، جایزه پژوهش و ..... را دریافت می‌کند، رتبه سالیانه می‌گیرد، و دانشجو هم به‌واسطه مقاله دانش‌آموخته می‌شود. این در نظام نوآوری کشورمان یعنی گذشت از خط پایان و رسیدن به پایان ماموریت. سیاست‌گذار در بند ۱۴ خواستار زیرو رو کردن این فرایند است و تبدیل نگاه غیرسیستمیک (دو صد متر) به نگاه سیستمیک (دو چهار صد متر امدادی) با نگاه نظام نوآوری است.

برای نوآوری تعاریف زیادی وجود دارد ولی یکی از کامل‌ترین و موجزترین تعاریف در ادبیات غرب را می‌توان این‌گونه بیان کرد:

از اندیشه تا بازار. به بیان ساده در نظام نوآوری از پدید آمدن ایده تا ورود محصول حاصل از آن به بازار، بایستی در یک نظام و فرایند به هم پیوسته و مرتبط با بازخوردهای مثبت و منفی قرار گیرند. در یک تعریف کوتاه‌تر و جدیدتر، نوآوری بدین‌صورت تعریف می‌شود: (خلق حرفه) (Job Creation). مطابق این تعریف، نوآوری زمانی محقق می‌شود که بتواند در جامعه اشتغال ایجاد کند و به این وسیله تأثیر بسزایی بر اجتماع و اقتصاد خواهد داشت. این امر در صورتی به انجام می‌رسد که کلیه زیر نظام‌ها و نظام‌های بخشی در یک نظام کلان، به نام "نظام ملی نوآوری" جای گرفته باشد. درغیراین‌صورت آسیب‌هایی مانند عدم ارتباط دانشگاه و صنعت، عدم تأثیر پژوهش‌های انجام یافته در اقتصاد و اشتغال، بیکاری دانش‌آموختگان، مهاجرت مغزها، و .... به‌وضوح و فراوان دیده

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

می‌شود. اگر چه سال‌هاست در کشور در خصوص تدوین نظام ملی نوآوری بحث‌های زیادی شده و برخی اقدامات برای شکل دادن آن نیز صورت گرفته، ولی کشور هنوز فاقد یک نظام ملی نوآوری قوام یافته و پویاست. با این‌حال، در حوزه سلامت نیاز به تدوین یک نظام بخشی سلامت بشدت احساس می‌شود تا بتوان در سایه آن از بسیاری از آسیب‌های جاری در حوزه پژوهش جلوگیری کرد. در سال‌های اخیر به این امر توجه شده و برخی خلاءها پر شده است، ولی هنوز نگاه سیستمیک حکم‌فرما نیست. از سوی دیگر سیاست‌گذاری به‌هم پیوسته و منسجمی نیز در کشور صورت نگرفته است.

در غرب و به‌ویژه در آمریکا، در دو دهه پنجاه و شصت میلادی نوعی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بر علوم شکل گرفت که در آن تمرکز بر تحقیق و توسعه بود (۵). این تمرکز باعث شد تا زیرساخت‌ها و برنامه‌های تحقیق و توسعه قوام یابد. در دهه هفتاد و هشتاد میلادی سیاست‌گذاری بر فناوری شکل گرفت و تمرکز اصلی بر فشار فناوری و کشش بازار بود. از سوی دیگر فناوری‌های مرتبط با مهندسی در این دوره تقویت شد. پس از این دو دوره سیاست‌گذاری، دوره سوم که دهه نود و دهه اول هزاره جدید را پوشش داد بر نوآوری متمرکز شد که در آن تمرکز اصلی بر تاسیس انستیتوها بود. از نقاط بارز این دوره بیست ساله، می‌توان به تقویت انتقال دانش اشاره کرد. از سال ۲۰۱۰ سیاست‌گذاری بر "نوآوری باز" قرار گرفته است که در آن تمرکز اصلی بر مردم است. در این برهه بر نوآوری باز و خلق تعاونی دانش تأکید می‌شود. با توجه به تاریخچه بسیار مختصر گفته شده، کشورهای پیشرفته صنعتی سیاست‌های گام به گامی را اجرایی کردند و برای هر دوره حداقل بیست سال زمان صرف نمودند تا هر مرحله به‌طور کامل شکل گیرد و به بلوغ کامل برسد. این بلوغ باعث شده تا سیاست‌گذاری در مرحله بعد بر ساختار فکری و فیزیکی دوره قبل قرار گیرد. به بیان دیگر خشت‌های سیاست‌گذاری بر روی خشت‌های کار گذاشته قبلی استوار شده تا دیوار ساخته شده از استحکام کافی برخوردار شود.

در کشورمان در قبل از انقلاب اسلامی پژوهش‌های بسیار اندکی در حوزه‌های مختلف سلامت صورت می‌گرفت و شروع جدی پژوهش را می‌توان به اتمام جنگ تحمیلی مرتبط کرد. اگرچه در طول دفاع مقدس بر حسب نیازهای جبهه‌ها، پژوهش‌های مفیدی صورت گرفت. در واقع از ابتدای دهه هفتاد شمسی بحث انتشار مقالات در مجلات خارجی و تأثیر آن در آینده شغلی پررنگ شد و رقابتی در بین دانشگاه‌ها در این خصوص به‌وجود آمد. گرچه بسیاری از پژوهش‌های صورت گرفته در این دوره (وحتی بسیاری درحال‌حاضر) معطوف به حل مشکلات داخلی نبود، ولی با انتشار مقاله (به‌ویژه مقالات بین‌المللی) هم دانشگاه‌ها راضی بودند و هم محققان. به عبارت دیگر انتشار مقاله پایان کار محسوب می‌شد. از ده سال قبل اگر چه تلاش شد تا سیاست‌های فناوری تدوین شود ولی با توجه به اینکه هنوز سیاست‌های پژوهش به‌درستی به بلوغ کامل خود نرسیده بود، این سیاست‌ها با موفقیت‌های کمی روبرو بوده و هنوز هم شاخص‌های برتری دانشگاه‌ها نسبت به یکدیگر عمدتاً بر تعداد مقالات، ضریب تأثیر، و .... قرار گرفته است. اگر چه تعداد مقالات خود شاخص مهمی است ولی شاخص کیفیت مقالات نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. متاسفانه هنوز به شاخص کیفیت اهمیت تأثیرگذاری داده نشده است و این امر باعث شده تا رتبه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور حتی در آسیا بسیار پایین باشد. به عبارت دیگر، رشد در تعداد و رشد کیفیت مقالات با یک شتاب مساوی همراه نبوده و در واقع رشد به‌صورت کاریکاتوری صورت گرفته است. در این رشد، بخش کمیت بسیار بزرگ و بخش کیفیت نحیف و کوچک است. اصولاً قرار دادن خشت فناوری بر کاریکاتور پژوهش لرزان بوده و از استواری کافی برخوردار نخواهد بود. سیاست‌های جزیره‌ای دیگری نیز به‌طور محدود (و عمدتاً به تقلید از کشورهای پیشرفته صنعتی) و بدون پشتوانه نظری کافی و زیرساخت‌های مورد نیاز تمهید و اجرایی شده است ولی با توجه به آنچه گفته شد عدم بلوغ پژوهش، هر سیاست بعدی در حوزه نوآوری را با توفیق بسیار کمی روبرو خواهد کرد.

با توجه به موارد گفته شده، سیاست‌گذار از یک سو بر تقویت پژوهش از مسیر تحول راهبردی تأکید داشته و از سوی دیگر نگاه چند وجهی و دو امدادی را مدنظر داشته و لذا بر نظام نوآوری، که کلیه دوندگان در هماهنگی و همراستایی با هم حرکت می کنند، تأکید داشته است. نظام نوآوری از بخش‌های مختلفی تشکیل شده که تعدادی از آن‌ها در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و بسیاری از آن‌ها در خارج از این وزارتخانه قرار دارد. لذا برای

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

موفقیت نظام نوآوری، بایستی تمام بخش‌ها به‌طور همزمان وجود داشته باشد و در هماهنگی با هم عمل کنند.

بخش دوم بند ۱۴: برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه خدمات پزشکی

در این بخش سیاست‌گذار بر موضوعی به نام مرجعیت علمی تمرکز دارد. این امر در واقع هدفی چشم‌اندازی است و شاید تحقق آن در کوتاه‌مدت امری مشکل باشد ولی در این بخش از بند ۱۴ بر برنامه‌ریزی برای رسیدن به چنین هدفی تأکید شده زیرا گرچه این امر قابل تحقق است، ولی لازمه آن برنامه‌ریزی دقیق برای رسیدن به چنین هدف بزرگی است. سیاست‌گذار مرجعیت را در سه بخش مجزا ولی مرتبط با هم در نظر گرفته است و لذا به‌طور همزمان بر مرجعیت در علوم مختلف حوزه پزشکی و سلامت، فنون مرتبط با آن‌ها و نیز ارائه خدمات پزشکی تأکید دارد. چیستی و چرایی این بخش بدین‌دلیل است که علی‌رغم سابقه بسیار طولانی و موفق کشورمان در امر پزشکی در گذشته، و موفقیت‌های اخیر در این امر به‌ویژه در سال‌های اخیر، کشورمان به مرجعیتی که لیاقت آن را داشته دست نیافته است. امری که می‌توانست حداقل در برخی زمینه‌ها تحقق یابد. داشته‌های کشور در طول سالیان دراز تعدادی دانشمندان برجسته در سطح بین‌المللی، ظهور برخی فناوری‌ها برای اولین بار در سطح جهان در کشورمان، و نیز ارائه برخی خدمات پزشکی در حد استانداردهای بین‌المللی می‌باشد، ولی با این وجود تاکنون کشورمان به‌عنوان مرجع شناخته نشده است. شاید مهمترین نقیصه در این میان عدم باوری است که در میان بسیاری از افراد دخیل وجود دارد و براساس همین آسیب‌شناسی است که سیاست‌گذار بر این موضوع در این بخش از بند ۱۴ تأکید داشته است.

مرجع در لغت به معنای محل رجوع است و مرجعیت با توجه به دسته‌بندی‌های مختلف تعاریف متفاوتی دارد. مرجعیت گاه فردی است، مانند ابوعلی سینا که توانست با تلاش‌های خود حتی چند صد سال پس از مرگش و از طریق کتاب‌هایش مورد رجوع جهانیان قرار گیرد. مرجعیت‌گاه ساختاری است مانند دانشگاه جندی‌شاپور که علاوه‌بر سرآمدی و مرجعیت در طب، فرایندهایی در آموزش، پژوهش و ارائه خدمات پزشکی را تدوین کرده بود که سال‌ها پس از تعطیلی آن دانشگاه مورد استفاده و تقلید دیگر مراکز مطرح پزشکی جهان قرار گرفت. مرجعیت‌گاه کشوری است که دراین‌صورت یک کشور به‌واسطه داشتن یک علم، یا محصول، و یا خدمات به‌عنوان مرجعیت جهان می‌رسد مانند صنعت فرش در ایران. گاه مرجعیت موضوعی است که برای مثال می‌توان از مرجعیت در علم، فناوری و یا ارائه خدمات پزشکی نام برد. حتی گاه مرجعیت از حیث موضوعی به بخش‌های کوچک‌تر تقسیم می‌شود که برای مثال می‌توان از مرجعیت در آموزش، پژوهش، سطح فناوری، مالکیت فکری، تجاری‌سازی، اقتصاد علمی و ... نام برد. در هر حال در مرجعیت بایستی از یک آستانه بسیار بالا برخوردار بود به‌طوری‌که ابتدا در سطح شهری، استانی و سپس در سطح ملی مورد رجوع قرار گرفت و پس از مدتی در سطح منطقه‌ای و بعد از آن در سطح بین‌المللی مطرح شد. بنابراین برای تحقق مرجعیت نیاز است تا برنامه‌ریزی‌های دراز مدتی به انجام رسد تا این امر تبدیل به فرایند شود و بتوان از یک آستانه مشخص بالاتر رفت. این بدین معنی است که سیستمی تمهید شود تا به‌طور دایم بتواند در بخش‌های مختلف مرجع تولید کند. به عبارت دیگر به برخی استثناها نباید دلخوش بود بلکه بایستی بتوان فرآیندی را تمهید کرد که از آن مرجعیت در بخش‌های مختلف حاصل شود. برای تحقق این امر بایستی از مراحل اولیه یعنی کودکان و نوجوانان کار آغاز شود و لذا تحول در نظام آموزشی دوره ابتدایی و متوسطه امری ضروری است که به‌دنبال آن باید تحول در نظام آموزش عالی به‌ویژه در حوزه سلامت صورت گیرد. مرجعیت علمی موضوعی است که در بسیاری از کشورها بر آن تأکید شده و از کشورهایی که برنامه جدی برای آن دارد می‌توان به عربستان و روسیه اشاره کرد.

بخش سوم بند ۱۴: تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام

درحال‌حاضر و علی‌رغم تمامی تلاش‌های صورت گرفته و پیشرفت‌های مناسبی که در حوزه پزشکی و به‌ویژه ارائه خدمات در کشور، ایران به‌عنوان قطب پزشکی منطقه و یا جهان اسلام محسوب نمی‌شود و افراد نیازمند منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام برای دریافت علوم، فنون و دریافت خدمات پزشکی از این منطقه و یا جهان اسلام بیشتر به کشورهای پیشرفته صنعتی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

مراجعه می‌کنند. سیاست‌گذار با عنایت به وقوف به این واقعیت، تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام را خواستار شده است. با توجه به احکام اسلامی، بسیاری از مسلمانان به‌ویژه در حوزه پزشکی نیاز به رجوع به اطبای مسلمان دارند و در صورت وجود، ترجیح کامل دارند تا به این افراد، و نه غیر مسلمانان، 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 به‌شدت افزایش می‌یابد و کشورمان در قلوب امت اسلامی جای می‌گیرد. هم اکنون و با توجه به تبلیغات مسموم دشمنان جمهوری اسلامی ایران، تلاش‌های زیادی صورت گرفته تا نفوذ معنوی کشورمان به‌ویژه در میان کشورهای اسلامی به‌شدت محدود شود و لذا با تبدیل شدن به قطب پزشکی بسیاری از این تبلیغات نقش بر آب خواهد شد. از منظر مادی و اقتصادی در صورت تبدیل شدن ایران به قطب پزشکی، عواید اقتصادی زیادی به کشور سرازیر خواهد شد که نه تنها حوزه پزشکی، بلکه سایر بخش‌ها، از جمله گردشگری، از آن بهره‌مند خواهد شد. اگرچه گردشگری سلامت امروزه از بخش‌های مهم گردشگری محسوب می‌شود، ولی کشورمان با عنایت به حوزه وسیع داشته‌های خود، از آن بهره مناسبی نبرده است.

سیاست‌گذار با توجه به ادبیات رایج در کشور از کلمه "قطب" استفاده نموده است. این اصطلاح در دهه ۸۰ شمسی در کشور رایج شد و در واقع مفهوم Center of Excellence که در ادبیات جهانی وجود داشت، به "قطب" در کشورمان ترجمه شد. به‌دنبال آن، در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی وابسته به وزارت علوم و بهداشت قطب‌های علمی تأسیس شدند. پس از مدتی به دلیل درک ناکافی از این مفهوم، قطب‌ها از منظر کمی افزایش شدیدی یافت و رقابتی ناسالم برای تاسیس قطب شکل گرفت که این امر بدین دلیل بود که افزایش تعداد قطب‌ها به‌عنوان یکی از موفقیت‌های مسئولین در این وزارتخانه‌ها تلقی می‌شد و لذا تأسیس قطب تسهیل شد و به‌تدریج کارکرد و ماهیت آن به فراموشی سپرده شد.

سیاست‌گذار در این بخش به قطب به‌عنوان محل رجوع سرآمد اشاره دارد و دایره شمول را نیز کشورهای آسیای جنوب غربی و جهان اسلام مشخص نموده است. مشخصه اصلی این کشورها در قیاس با جمهوری اسلامی ایران، توسعه نایافتگی در حوزه پزشکی است که مزیتی بزرگ را برای کشورمان فراهم می‌آورد ولی داشتن مزیت به تنهایی به معنای تحقق این بخش از بند ۱۴ نیست و این امر نیاز شدید به برنامه‌ریزی دراز مدت کشور دارد.

مدل‌های ارتباطی بخش‌های مختلف در بند ۱۴ سیاست‌های کلی سلامت در اجرا

چنانچه در قبل اشاره شد بند ۱۴ سیاست‌های کلی سلامت دارای سه بخش کلی است که سیاست‌گذار با توجه به اشتراکات در ماهیت و کارکرد، این سه بخش ظاهراً مجزا را در کنار یکدیگر قرار داده است. ارتباط این بخش‌ها با یکدیگر می‌تواند به چند صورت برقرار شود که در زیر به اختصار به آن‌ها پرداخته می‌شود. اهمیت این بخش در آن است که برای اجرایی‌سازی سیاست و نیز راهبردهای اجرایی بایستی بتوان بهترین نوع ارتباط را برگزید. هر یک از انواع ارتباطات ذکر شده دارای نقاط قوت و ضعف خود هستند و برگزیدن یکی از آن‌ها بایستی براساس اهداف اجرا، منابع مالی، نیروی انسانی، زیرساخت‌های فیزیکی، موارد قانونی و حقوقی، و ..... باشد.

۱ ـ مدل ارتباط خطی و سلسله مراتبی

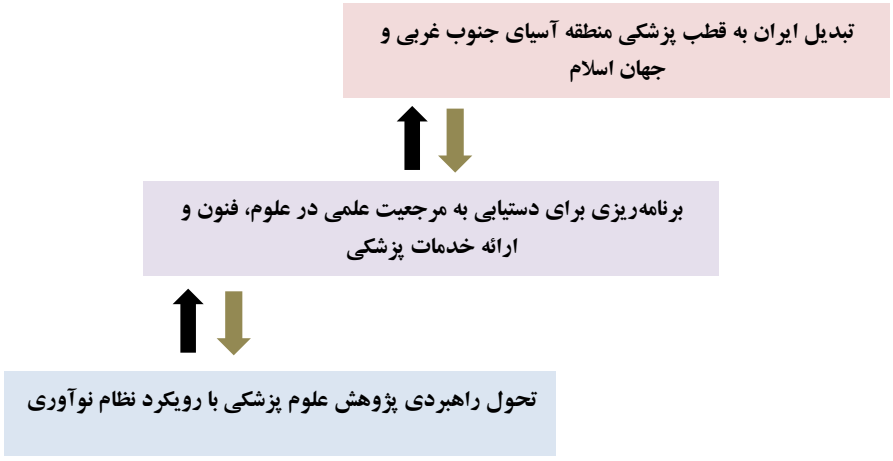
در این نوع ارتباط، یک ارتباط عمودی براساس سلسله مراتب هر یک از بخش‌ها در نظر گرفته می‌شود. در این نوع ارتباط، یکی از بخش‌ها به‌عنوان پایه و اصل، بخش دوم بر روی بخش اول، و بخش سوم در بالا قرار می‌گیرد. این نوع ارتباط بر این اصل استوار است که ابتدا بخش پایه‌ای بایستی به انجام رسد و سپس بخش فوقانی و در نهایت بخش سوم. از مزیت‌های این مدل این است که تمرکز اصلی در ابتدا به بخش پایه‌ای و سپس به بخش‌های بعدی است.

۲ ـ مدل ارتباط پلکانی

این مدل شباهت‌های زیادی با مدل بالا دارد و سلسله مراتب عمودی در آن وجود دارد ولی در این مدل چنین در نظر گرفته می‌شود که اگرچه شروع و مرحله اصلی اجرا با مرحله پایه‌ای است ولی دو بخش دیگر نیز در بخش‌های محدودی شروع به کار می‌کنند. نکته قابل توجه در این مدل بازخورد دو بخش بالایی بر

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

شکل ۱- مدل ارتباط خطی و سلسله مراتبی



شکل ۲- مدل پلکانی

یکدیگر و بر بخش پایه‌ای است. نکته مثبت این مدل آن است که برخی اقدامات در بخش‌های دوم و سوم که می‌تواند زمان بر باشد از شروع اقدامات اجرایی بند ۱۴ می‌تواند عملی شود. از نکات منفی این مدل می‌توان به خطر عدم تمرکز و نیاز به مدیریت هوشمند در اجرایی‌سازی است. در صورت عدم وجود یک مدیریت کارا، توزیع منابع و انتخاب اولویت‌ها در هریک از بخش‌ها می‌تواند نادرست انتخاب شود و در نهایت اگرچه بخش‌هایی به انجام رسیده ولی به‌دلیل توزیع نامناسب هیچ فازی به اتمام نرسیده است.

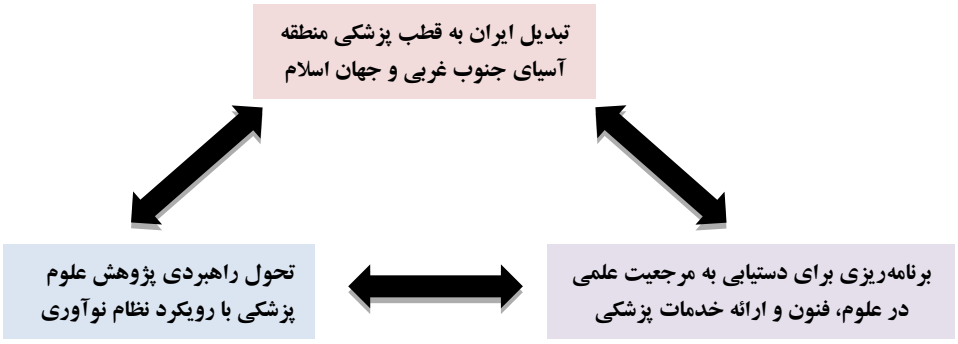
۳ ـ مدل ارتباط دورانی

در این مدل نسبت دو مدل قبلی آزادی عمل بسیار بیشتری وجود دارد و در واقع هیچ‌یک از بخش‌ها بر دیگری اولویت ندارد. این مدل نیز مدلی بازخوردی است و بازخورد هر بخش به بخش‌های دیگر ورود می‌کند، لذا در هر لحظه هریک از بخش‌های می‌توانند از وضعیت بخش‌های دیگر مطلع و خود را با تغییرات صورت گرفته تطبیق دهند. از مزایای این مدل پویایی و انعطاف‌پذیری زیادی که برای هر بخش در نظر گرفته شده است. از نکات منفی مهم این مدل کنترل و مدیریت هر یک از سه بخش است و در صورت عدم اعمال آن ممکن است رشد یکی از بخش‌ها به‌صورت کاریکاتوری صورت گیرد و در نهایت هیچ‌یک از بخش‌ها به اتمام نرسد.

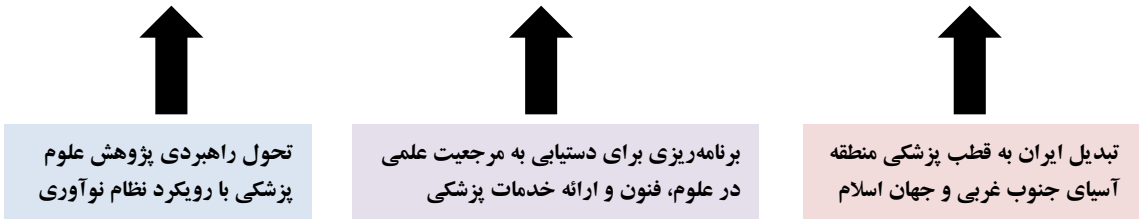
۴ ـ مدل ارتباط موازی

در این مدل مانند مدل قبلی هیچ‌یک از بخش‌های بند ۱۴ سیاست‌های کلی بر دیگری ارجح نیست و به‌طور همزمان هر سه بخش اجرایی‌سازی راهبردها را آغاز می‌کنند. این مدل بر این پایه

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]



شکل ۳- مدل دورانی



شکل ۴- مدل موازی

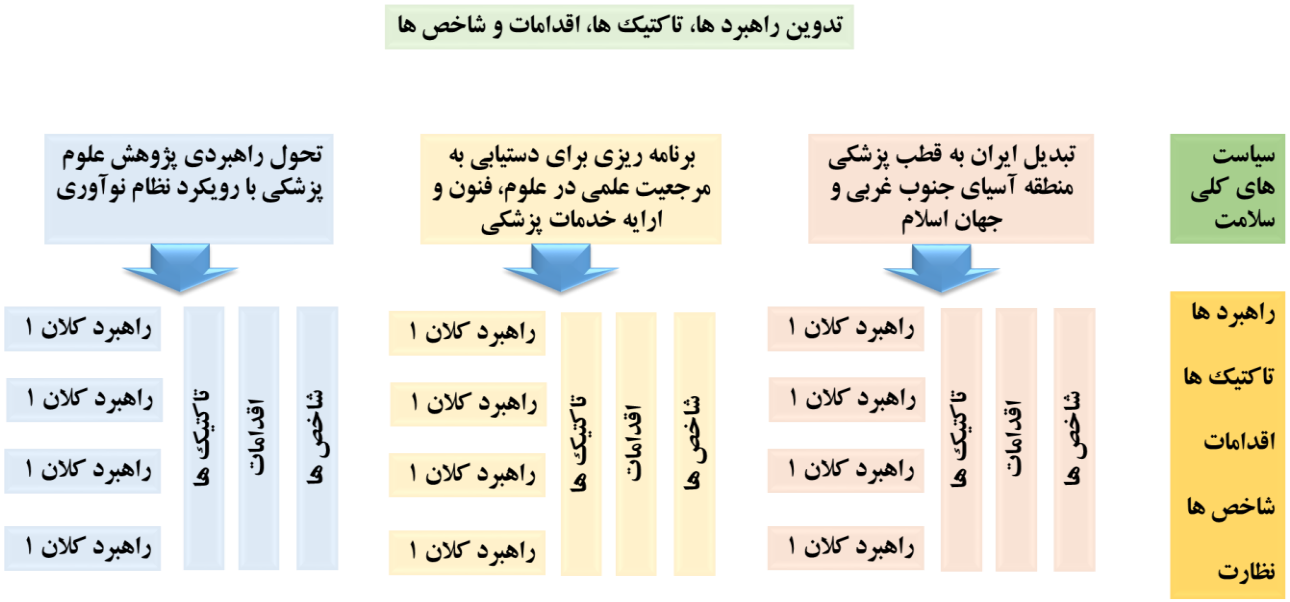
استوار است که برای اجرا کردن راهبردها سه گروه راهبری مستقل انتخاب و راهبردهای هر بخش به آن‌ها سپرده می‌شود تا اقدامات اجرایی را آغاز کنند. مزیت این مدل در آن است که گروه‌های مستقل با تمرکزی که بر اجرایی‌سازی بخش خود دارند می‌توانند در زمان مشخص آن را به پایان رسانند و مدیریت کلان پروژه تنها یک نظارت عالیه را به انجام می‌رساند. یکی از اصلی‌ترین نقاط ضعف این مدل لزوم در دسترس بودن منابع کامل برای اجرایی‌سازی هر سه بخش می‌باشد.

لازم به ذکر است که مدل‌های ارائه شده در بالا براساس تجربیات امور اجرایی چند ده ساله کشورمان تنظیم شده است و لذا برای اجرایی‌سازی راهبردهای تمهید شده در بند ۱۴ سیاست‌های کلی سلامت (و نیز سایر مواد این سیاست) لازم است با توجه به منابع (مالی و نیروی انسانی)، قوانین بالا دستی، اهداف توسعه‌ای کشور، و .... یکی از مدل‌ها انتخاب شود. بنابر آنچه گفته شد مجری بند ۱۴ به‌تنهایی قادر به انتخاب یکی از مدل‌های اجرایی نیست و ضروری است تا انتخاب مدل اجرایی با هم‌فکری نخبگان اجرایی کشور صورت پذیرد.

مدل مفهومی و اجرایی بند ۱۴ سیاست‌های کلی سلامت

برای در دست داشتن تصویری واضح از مفهوم و مراحل کلان اجرایی، مدل زیر برای بند ۱۴ سیاست‌های کلی سلامت ارائه شده است. در سمت راست، سیاست کلی قرار دارد که در مرحله فعلی و با تلاش فرهنگستان علوم پزشکی راهبردهای اجرایی برای کلیه مواد در حال تدوین است. در بسیاری موارد راهبردها بایستی به اقدامات اجرایی منجر شود و تدوین راهبرد کلان به‌تنهایی شاید نتواند اهداف اجرایی را تأمین نماید. از طرف دیگر برای اقدامات نیز بایستی بتوان از میان تاکتیک‌های مختلف بهترین تاکتیک را که می‌تواند در فضای جامعه به بهترین نتیجه منجر شود، انتخاب شود و در تناسب با آن اقدامات اجرایی تمهید و به مرحله اجرا گذاشته شود. مهمترین وظیفه در این زمان رصد میزان اجراست و این مهم بدون داشتن شاخص‌های قابل اندازه‌گیری امکان‌پذیر نیست. لذا برای هر اقدام بایستی شاخص تعیین شود. درخصوص شاخص‌ها، مؤلفه‌هایی از قبیل عنوان شاخص، تعریف شاخص، استانداردسازی، روش اندازه‌گیری، سازمان اندازه‌گیری کننده، و مراجع وجود دارد. شاخص‌هایی که دارای این وجوه باشند به‌دلیل استاندارد بودن قابل

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]



شکل ۵- مدل مفهومی بند ۱۴ از سیاست‌های کلی سلامت

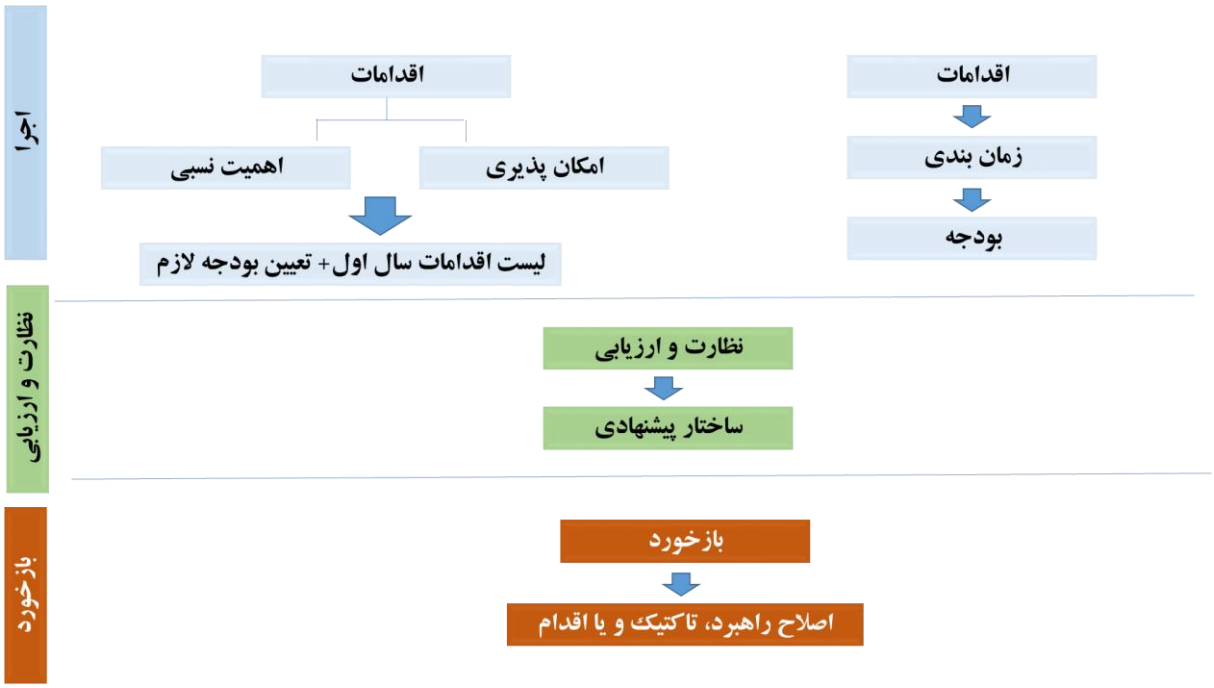
ارائه به مرجع رسمی آمار، که در کشورمان طبق قانون "مرکز آمار ایران" است می‌باشد و لذا این مرکز می‌تواند آن‌ها را به‌طور سالانه در گزارش‌های آماری رسمی کشور منتشر کند. علاوه بر این، درصورت استاندارد شدن شاخص‌ها قابلیت ارائه به مراجع بین‌المللی نیز وجود دارد. در مجموع اندازه‌گیری شاخص‌ها به گروه نظارت و ارزیابی این امکان را می‌دهد تا به‌طور شفاف پیشرفت مراحل اجرایی را رصد کنند و در صورت بروز اشکال در برخی بخش‌ها بتوانند تغییرات لازم را در زمان مناسب اعمال کنند. از سوی دیگر همان‌طور که در بخش قبلی بیان شد شورای اجرایی‌سازی باید بتواند از میان تمامی راهبردها و اقدامات ارائه شده از سوی مجریان بندهای چهارده‌گانه سیاست‌های کلی سلامت، اولویت‌بندی مناسبی را به انجام رسانند و مراحل پایه‌ای را در کانال اجرا قرار دهند. لذا ممکن است برخی اقدامات با تأخیر نسبت به برخی اقدامات دیگر به انجام رسد. این وظیفه، وظیفه‌ای بسیار مشکل است و نیاز به تفکر شبکه‌ای دارد که در آن هاب‌های مختلف وجود دارد. به عبارت دیگر کل راهبردها و اقدامات بایستی در یک سیستم کلان دیده شود و اجرای هر یک از اقدامات با نگاه سیستمی تصمیم‌گیری شود. از سوی دیگر مدیریت این پروژه کلان نیز نیاز به تخصص و تجربه کافی دارد.

شکل ۵ شکلی شماتیک و بسیار ساده شده است که در آن تلاش شده تا اجزای اصلی در بند ۱۴ از یکدیگر تفکیک و به‌طور ساده‌ای به تصویر کشیده شود. اینکه چه راهبردهایی انتخاب شود، برای اجرای راهبرد از چه تاکتیک‌ها و تکنیک‌هایی استفاده شود، کدام یک از راهبردها جزو راهبردهای پایه‌ای باشند که در فاز اول اجرایی شوند، برای هر راهبرد چند شاخص قابل اندازه‌گیری و کمی استاندارد شده وجود داشته باشد، گروه نظارت و ارزیابی چگونه به رصد بپردازد و ..... تمامی سئوالاتی هستند که در صورت بدون پاسخ ماندن نتیجه‌گیری از این پروژه کلان و بسیار مهم کشور در هاله‌ای از ابهام قرار می‌گیرد.

چنانچه قبلاً گفته شد در مرحله اجرای اقدامات بند ۱۴ سیاست‌های کلی (و نیز سایر مواد) می‌توان از مدل ارائه شده در شکل ۶ بهره گرفت.

لازم به ذکر است که توجه به موارد ذکر شده در این مدل اجرایی برای به ثمر رسیدن تمامی تلاش‌های مجریان محترم در تدوین راهبردها ضروری است. البته انتظار اجرایی‌شدن تمامی اقدامات در نظر گرفته شده در بند ۱۴ (و نیز سایر اقدامات در مواد دیگر سیاست‌های کلی سلامت)، در کوتاه مدت انتظاری دور از ذهن است زیرا قبل از اجرایی‌شدن اقدامات مراحل زیرساختی زیادی وجود دارد که شاید از مهمترین موارد آن بتوان به ایجاد عزم ملی در کلیه دست‌اندرکاران، تأمین زیرساخت نیروی انسانی کارآمد، تأمین مالی، تامین زیرساخت‌های فیزیکی، و ... اشاره کرد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]



شکل ۶- مدل اجرایی‌سازی بند ۱۴ از سیاست‌های کلی سلامت

به‌طورکلی در چنین مواردی از سناریونگاری استفاده می‌شود و در آن سه سناریو خوش‌بینانه، واقع‌بینانه و بدبینانه تدوین می‌شود تا در صورت تغییر در شرایط کلان کشور، هیچ‌یک از پروژه‌های اجرایی با توقف همراه نشود بلکه تنها از یک سناریو به سناریو دیگر نقل مکان دهد. این امر خود پروژه‌ای بسیار مهم است که بایستی پس از اختتام این بخش از کار توسط افراد خبره به انجام رسد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب با حمایت مالی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران است. بدین‌وسیله مراتب قدردانی و تشکر از هیئت رئیسه محترم فرهنگستان علوم پزشکی، صاحب نظران و خبرگان مشارکت کننده در این پژوهش را اعلام می‌دارم.

Article 14 of the General Health Policy: Conceptual and Implementation Models

Seyed Mahdi Seyedi[1]

Abstract

Background and aim: Article 14 of the General Health Policy Document refers to changing the research strategy in accordance with national innovation system, become leader in science, technology and services in medical sciences, and also become center of excellence in medical services for south-west of Asia and Muslim world. The purpose of this study was to draw different conceptual and implantation models.

Methods: This study was conducted by using descriptive and qualitative methods. For designing the models, text and documents were reviewed and expert panels were used. Data were analyzed using framework analysis.

1. Department of Plant Biotechnology, National Institute of Genetic Engineering and Biotechnology, Tehran, IR Iran seyedi@nigeb.ac.ir

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]

Result and conclusion: Since article 14 consist of three different sections, one of the most important prerequisite for implementation is a suitable conceptual model. This study proposed four conceptual model. In accordance, one implementation model also proposed. According to internal conditions in the country (institution, economy, politics, etc.) one of the models can be selected. It is also possible to move from one model to another, with changing the environment.

Key words: Health Care Reform, Leadership, Research

منابع

1. The Constitution of the Islamic Republic of Iran. Available at: http://www.behdasht.gov.ir
2. Statutes of the Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran. Available at: http://www.ams.ac.ir
3. General science and technology policies. Available at: http://www.leader.ir
4. The Plan for Promotion of Medical Research and Development, Headquarters for Healthcare Policy. Japan; 2014. Available at: http://www.mext.go.jp
5. Yusuf S, Nabeshima K. How universities promote economic growth. The World Bank; 2007

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-08]