نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره اول، خرداد ۱۳۹۷، صفحات ۶۳ تا ۷۵

تبیین سیاست‌های ابلاغی در حوزه سلامت؛ تلفیق مداخلات حاصل از بندهای ۱۴ گانه

نویسندگان:
دکتر رضا دهنویه*، دکتر سیدرضا مجدزاده، دکتر علی‌اکبر حق‌دوست، دکتر نرگس تبریزچی، علی مسعود، سارا قاسمی، سمیه نوری‌حکمت، آتوسا پورشیخعلی، دکتر حسن جولایی، دکتر هانیه سجادی

چکیده

زمینه و هدف: برای اجرایی شدن سیاست‌های ابلاغی در حوزه سلامت، گام نخست تبیین ابعاد مختلف هر سیاست برای متولیان این حوزه است. در این زمینه فرهنگستان علوم پزشکی کشور، متناسب با ۱۴ سیاست ابلاغی، اقدام به تعریف ۱۶ مطالعه مرتبط با بندهای مختلف این سیاست‌ها کرد. مطالعه حاضر با هدف تلفیق مداخلات معرفی شده در بندهای مختلف این سیاست‌ها، طراحی و اجرا شده است.

روش کار: مطالعه حاضر به روش کیفی و در سال ۱۳۹۷ انجام شد. مداخلات اولویت‌دار مطالعات ۱۶ گانه تبیین سیاست‌های ابلاغی توسط تیم تلفیق، انتخاب و با استفاده از روش تحلیل کیفی و مبتنی بر چارچوب اهرم‌های کنترل نظام سلامت طبقه‌بندی شد.

یافته‌ها: در مجموع ۱۴۹ مداخله برای اجرایی سازی سیاست‌های ابلاغی انتخاب شد. مداخلات در قالب پنج گروه تلفیق و ارائه شدند. ۴۶ مداخله ساختاری، ۵۵ مداخله فرایندی، ۳۹ مداخله راهبردی، ۹ مداخله محتوایی و ۲۳ مداخله رفتاری تعیین شد.

نتیجه‌گیری: از منظر ساختاری مداخلات در زیرگروه‌های نیروی انسانی، مدیریت اطلاعاتی، فراهم‌سازی حمایت مالی، یکپارچه‌سازی قوانین، از منظر فرایندی زیرگروه‌های بازنگری و تدوین برنامه، مکانیزم پرداخت و پایش و ارزشیابی، از منظر راهبردی زیرگروه‌های سازماندهی، ارتباطات درون‌بخشی و برون‌بخشی و بازتعریف نقش‌ها و از منظر محتوایی توجه به ارزش‌ها و از منظر رفتاری زیرگروه‌های رفتار ارائه‌کننده، مردم و آموزش مورد نظر است.

جمع‌بندی مداخلات در قالب پنج اهرم کنترل نظام سلامت نشان می دهد از منظر تأمین منابع، نیاز به تأمین مالی پایدار، در زمینه پرداخت نیاز به اتخاذ رویکردهایی از قبیل پرداخت مبتنی بر عملکرد، در زمینه سازماندهی، توجه به گسترش نظام ارجاع، در زمینه قوانین و مقررات، جهت‌دهی قوانین در راستای حذف تقاضای القایی و در نهایت به منظور در جهت مدیریت رفتار ذی‌نفعان در راستای بهبود کیفیت؛ افزایش فرهنگ بهره‌وری در سازمان مورد نیاز می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: ارائه یکپارچه مراقبت‌های بهداشتی، سیاست بهداشت، سیاست‌گذاری

مقدمه

طی دو دهه اخیر، جامعه بین‌المللی به این اجماع رسیده است که سلامت، نه تنها پیوندی عمیق با عرصه‌های اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی دارد، بلکه محور و معیار سنجش پایداری آن‌ها نیز محسوب می‌شود (۱، ۲). این به آن معنی است که اگر وضعیت سلامت کشورها در تمامی ابعاد، یا در اکثر آن‌ها رو به بهبود باشد، بدون شک وضعیت توسعه کشورها رو به بهبود و پایداری خواهد گذاشت (۲).

* نویسنده مسئول

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

سیاست‌های سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری که در اجرای بند یک، اصل ۱۱۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی‌ایران، در سال ۱۳۹۳ ابلاغ شدند؛ نمونه بارز توجه به تمامی ابعاد سلامت، مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت و ارتباط ویژه سلامت با توسعه پایدار در کشور است (۳). این سیاست‌ها نه تنها به این دلیل که توسط بالاترین مقام مدیریتی کشور، ابلاغ شده؛ بلکه همچنین به دلیل اهمیت بالای سلامت در تمامی ارکان پیشرفت در جامعه و ارتباط تنگاتنگ این سیاست‌ها با اهداف توسعه، لازم‌الاجرا هستند.

سیاست‌های ابلاغی، به دلیل پیوند عمیق با ارزش‌های اسلامی و ایرانی می تواند سرلوحه مسئولان سلامت کشور در راستای اقدامات بنیادین برای تأمین سلامت مردم قرار گرفته و الگویی جامع را فرا روی آن‌ها قرار دهد. ابلاغ این سیاست‌ها در واقع نقشه راهی است که مسیر رسیدن به سلامت مطلوب را درکشور روشن می سازد (۳، ۴).

محورهای اصلی این سیاست‌ها شامل اصول و ارزش‌های انسانی ـ اسلامی، آگاه‌سازی، افزایش مسئوولیت‌پذیری و توانمندی افراد جامعه، توجه به تمامی ابعاد سلامت به‌خصوص بعد روان و بعد معنوی سلامت، اولویت پیشگیری بر درمان، ترویج تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، نظام سطح‌بندی، تقویت زیرساخت‌ها، ساماندهی تقاضا، امنیت غذایی، تفکیک وظایف تولیت، کیفیت و ایمنی خدمات، تحقق عدالت و ارتقای سلامت به‌ویژه در مناطق غیر برخوردار و اقشار نیازمند، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، تأمین منابع مالی پایدار و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام است.

برای اجرایی شدن این سیاست‌ها، گام نخست تبیین ابعاد مختلف هر سیاست برای متولیان حوزه سلامت است تا با ایجاد درک واحد و تشخیص صحیح، تدابیر لازم تعیین شود. فرهنگستان علوم پزشکی نیز به عنوان بازوی علمی و مشورتی و اتاق فکر سلامت کشور، سعی کرده است با تعریف پروژه‌های تبیین بندهای سیاست‌های ابلاغی در این مهم ایفای نقش کند. در این پروژه‌ها، ایجاد زبان مشترک نسبت به بندهای مختلف سیاست‌ها، تعریف جهت‌گیری و شاخص‌های مناسب جهت رصد این سیاست‌ها مدنظر قرار گرفته است.

شناخت عمیق مفاد و ابعاد هر سیاست به منظور ایجاد درک واحد از آن‌ها در بین تمامی ذینفعان و ایجاد زبان مشترک، در نهایت سبب اجرای صحیح آن‌ها خواهد شد. در این راستا متناسب با ۱۴ سیاست ابلاغی، از سوی فرهنگستان علوم پزشکی کشور، ۱۶ عنوان پژوهشی تعریف و با مشارکت مراکز تحقیقاتی و واحدهای دانشگاهی دارای تجربه مرتبط، سفارش داده شد. از آنجایی که سیاست‌های ابلاغی سلامت، بسته‌ای منسجم و یکپارچه است و اجزاء آن از یکدیگر قابل تفکیک نمی‌باشند؛ توجه به تمامی بندها و بخش‌های مختلف آن به صورت یکجا ضروری است. بنابراین تلفیق مداخلات شانزده پروژه موجود در مجموعه‌ای واحد و یکپارچه به منظور دستیابی به مستندی جامع و منسجم حائز اهمیت است. در کنار هم قرار گرفتن مداخلات لازم جهت تحقق تمامی سیاست‌ها، موجب ارائه یک تصویر کلی از مسیر تحقق آن‌ها خواهد شد.

روش کار

مطالعه حاضر به روش کیفی و در سال ۱۳۹۷ انجام شد. تیم تلفیق متشکل از نمایندگانی از مجریان پروژه‌ها به همراه دو نفر متخصص روش‌شناسی، مداخلات بندهای مختلف سیاست‌های ابلاغی را احصا و در ادامه بعد از ادغام موارد مشابه، فهرست کلی از مداخلات تهیه شد، سپس با استفاده از روش تحلیل کیفی تلفیق و کددهی انجام شد. مداخلات مختلف گزارش‌ها در نهایت، در گروه‌های مختلف ساختاری، فرایندی، راهبردی، محتوایی و رفتاری طبقه‌بندی گردید.

یافته‌ها

مداخلات حاصل از گزارش‌های ۱۴ گانه در قالب جداول زیر ارائه شده است. در مجموع مجموعه مداخلاتی پیشنهاد شد که اجرای آن‌ها می‌تواند زمینه‌ساز تحقق سیاست‌های ابلاغی در بخش سلامت شود.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

جدول۱ ـ مداخلات ساختاری

	مداخلات ساختاری
نیروی انسانی	۱. تدوین و اجرای برنامه حمایت و تشویق مدیران فعال و متعهد در زمینه به‌کارگیری ظرفیت‌ها و منابع موجود در جهت برآورده‌سازی کردن نیازهای اساسی سلامت کشور با تأکید بر اصول اعتقادی و عملیاتی کردن آن‌ها(۱) سلامت نیروی کار ۲. استقرار نظام جامع و یکپارچه سلامت شاغلین با محوریت وزارت بهداشت و مشارکت دستگاه‌های مرتبط(۲)
مدیریت اطلاعات	ایجاد زیرساخت اطلاعاتی ۳. ایجاد و راه‌اندازی پرونده الکترونیک سلامت(۵) ۴. ایجاد زیرساخت اطلاعاتی مرتبط با کیفیت خدمات از طریق تقویت نظام ثبت بیماری، ارتقای کیفیت پرونده‌های بالینی و نظام ثبت خطا(۶) ۵. یکپارچه‌سازی مدیریت اطلاعات آزمایشگاهی کنترل غذا و داروی کشور(۴) ۶. راه‌اندازی کامل سیستم ثبتی گردآوری داده‌های مالی بخش سلامت(۷) ۷. تهیه بانک اطلاعاتی جامع درخصوص وضعیت موجود طب سنتی و مکمل در داخل یا خارج کشور، آموزش، افراد و مراکز ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی طب سنتی و مکمل(۸) الزامات تولید داده‌های با کیفیت ۸. جهت‌دهی دستگاه‌های اجرایی، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده‌ها و مراکز دانش بنیان به منظور اختصاص سهم مشخصی از پژوهش‌ها به رفع خلاهای موجود در زمینه تهدیدکننده‌های سلامت و انجام پژوهش‌های کاربردی با تصویب قوانین و آیین‌نامه‌های مرتبط(۶) ۹. توسعه و بهبود برنامه‌های نشر پیام‌ها، اخبار، دستاوردهای پژوهشی سلامت و ترجمان مناسب نتایج(۹) ۱۰. بررسی‌های پیمایشی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و حوادث ترافیکی و جاده‌ای(۲) ۱۱. ایجاد نظام و سامانه الکترونیک کنترل اصالت و رهگیری و ردیابی کلیه کالاهای سلامت در کشور(۵)
فراهم‌سازی حمایت مالی	جمع‌آوری و انباشت مناسب منابع ۱۲. تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت از طریق اصلاح در نظام جمع‌آوری مالی، افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و افزایش مشارکت بخش‌های مختل متناسب با ایجاد مخاطرات ناشی از عملکرد آنان در تأمین مالی بخش سلامت (۷) ۱۳. تأمین و توزیع مناسب بودجه برای برنامه‌هایی حمایت از سلامت (توسط کلیه نهادهای متولی)(۱۰) ۱۴. ایجاد عوارض بر محصولات و فرآورده‌های غذایی آسیب‌رسان به سلامت و شاخص‌های زیست‌محیطی و اختصاص درآمدهای حاصل برای تولید وافزایش دسترسی به مواد غذایی سلامت محور و بهبود شاخص‌های زیست محیطی(۶) ۱۵. اخذ مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت تولید داخل و وارداتی و تخصیص آن به حوزه سلامت کشور(۱۱) ۱۶. بازبینی روش و سهم مشارکت مالی پرداخت‌کنندگان پیش‌پرداخت (۹) ۱۷. اصلاح و همسان‌سازی مبانی محاسباتی حق بیمه پایه سلامت مبتنی بر توان مشارکت افراد به صورت پیشرونده(۱۰) ۱۸. تخصیص هدفمند یارانه به بخش سلامت و توزیع هدفمند آن‌ها در درون نظام سلامت(۱۰) ۱۹. ایجاد درآمد و ارزش افزوده از سرمایه‌گذاری‌های هدایت شده و مدیریت وجوه و ذخایر دستگاه‌های اجرایی دولتی و عمومی، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در نظام سلامت(۱۰) ۲۰. طراحی الگوهای مختلف نحوه مشارکت مالی مردم در نقطه دریافت خدمت نظیر Deductible، Coinsurance و Copayment(۱۰) ۲۱. اصلاح الگوی صندوق‌های انباشت ریسک به صورت UNITARY یاINTEGRATED(۱۰) استفاده از مدل‌های مناسب تأمین مالی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

	مداخلات ساختاری
	۲۲. تنوع بخشی به مدل‌های تأمین مالی شرکت‌های دانش بنیان حوزه محصولات زیستی(۴) ۲۳. شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها در بخش سلامت(۱۰) تقویت حمایت از برخی برنامه‌ها و حوزه‌ها ۲۴. حمایت ویژه از فرصت‌های مطالعاتی خارج از کشور ۲۵. حمایت جهت استفاده از ظرفیت فرصت مطالعاتی هدفمند با نیاز نظام نوآوری زیست‌فناوری در سطح دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی معتبر(۴) ۲۶. طراحی مشوق‌های لازم برای دانشگاهها به منظور توجه و تمرکز بر راه‌اندازی مراکز رشد و پارک‌های علم و فناوری(۱۴) ۲۷. تأمین زیرساخت و منابع فیزیکی، اطلاعاتی و انسانی برای توسعه شبکه تحت وب نظام جامع و ادغام‌یافته گزینش، جذب و ارزیابی از دوره دانشجویی(۱) ۲۸. حمایت از طرح‌های تحقیقاتی پیشنهادی در زمینه فلسفه و نظریه‌پردازی اخلاق زیست پزشکی اسلامی(۱) ۲۹. افزایش سقف رقم تخصیص منابع مالی به بخش پیشگیری(۲) ۳۰. حمایت از بازسازی، تجهیز و تأسیس و دانشکده‌های طب سنتی با اختصاص بودجه‌های مصوب به دانشگاه‌های علوم پزشکی(۱۲) حمایت از گروه‌های خاص ۳۱. تدوین برنامه ویژه برای مدیریت هزینه‌ها و بیماران در معرض هزینه‌های فاجعه‌آمیز(۱۰) ۳۲. حمایت از بیماران صعب‌العلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی(۹) ۳۳. هدف‌مندی یارانه‌های مواد غذایی به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار(۶)
تعریف و یکپارچه‌سازی قوانین	مواد غذایی ۳۴. تثبیت قیمت مواد غذایی اساسی(شیر و لبنیات، گوشت، حبوبات)(۶) ۳۵. تدوین، بازنگری و تقویت قوانین و استانداردهای ملی مواد خوراکی و آشامیدنی(۶) بیمه ۳۶. تدوین و تصویب قانون یکی شدن بیمه‌های پایه و تصحیح قانون تأمین اجتماعی، قانون الزام (بند ب ماده ۳) و قانون بیمه خدمات درمانی و قانون ساختار رفاه و تأمین اجتماعی(۷) ۳۷. به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی(۹) بهداشت و درمان ۳۸. ممنوعیت خرید هرگونه خدمات، دارو و کالاهای سلامت از ارائه‌دهندگان دارای اشتغال دوگانه (Dual Practice)(۱۰) ۳۹. تدوین سیاست‌ها و قوانین درخصوص الزام به تدوین پیوست سلامت، پاسخ‌گو بودن سازمان‌ها درخصوص اثرات برنامه‌ها بر سلامت، تشویق و حمایت از سازمان‌های موفق در کنترل تعیین‌کننده‌های سلامت(۱۱) ۴۰. تدوین سیاست‌ها و قوانین جهت پذیرش مسئولیت مراقبت از افراد سالمند، بیمار، کم توان و ناتوان در خانواده(۱۱) ۴۱. یکپارچه‌سازی قوانین و الزام استفاده از راهنماهای بالینی(۵) ۴۲. تدوین قوانین و ضوابط جمع‌آوری، تولید، بسته‌بندی، فرآوری و صادرات گیاهان دارویی(۱۲) ۴۳. تبیین ساز و کارهای لازم برای حذف پدیده تقاضای القایی(۱۰) تجارت ۴۴. ایجاد زیرساخت‌های حقوقی، قانونی و اجتماعی در نظام ثبت اختراعات و تجاری‌سازی ۴۵. رایزنی با نهادهای قانونگذار به منظور تهیه الزامات اجرایی سازی استانداردها در حوزه محصولات وارداتی زیست فناورانه(۴) کیفیت ۴۶. تدوین قوانین مناسب برای الزام مدیران واحدهای ارائه کننده خدمات سلامت به ارتقای کیفیت خدمات خود و ارائه گزارش‌های ادواری به مردم(۸)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

مداخلات فرایندی در قالب سه گروه مداخلات مرتبط با تغییر در مکانیسم پرداخت، بازنگری و تدوین برنامه و پایش و ارزشیابی ارائه طبقه‌بندی شدند (جدول۲).

جدول ۲ ـ مداخلات فرایندی

مداخلات فرایندی	
مکانیسم پرداخت	تغییر در مکانیسم پرداخت ۱. تبدیل مکانیسم پرداخت گذشته‌نگر(Retrospective) کارانه (FFS) به مکانسیم‌های آینده‌نگر(Prospective) نظیر سرانه، Case Mix و پرداخت مبتنی بر عملکرد (Pay for Performance) (۱۰) ۲. استقرار نظام پرداخت آینده‌نگر با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد در سطوح دوم به همراه پاداش به ازای کیفیت و کمیت(۹) ۳. استقرار نظام پرداخت عملکردی به منابع انسانی سلامت به ازای کمیت و کیفیت(۹) ۴. ایجاد سازوکار لازم جهت استفاده از روش پرداخت مبتنی بر کیفیت در واحدهای ارائه‌دهنده خدمت (۸) ۵. استقرار نظام پرداخت ترکیبی با محوریت سرانه و پاداش به ازای کیفیت در سطح اول ارائه خدمات سلامت (۹) ۶. اصلاح نظام پرداخت متناسب با سطوح مختلف نظام سلامت و براساس رویکرد نظام مبتنی بر عملکرد (۷) تدوین بسته خدمتی ۷. تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذینفع(۹) ۸. طراحی فهرست خدمات بیمه پایه سلامت کشور مبتنی بر اولویت‌بندی خدمات، نیازسنجی جمعیت، نتایج مطالعات ارزیابی فناوری سلامت با اولویت خدمات بهداشتی و پیشگیرانه بالینی(۱۰) تعرفه خدمات ۹. تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت براساس قیمت واقعی(۹)
بازنگری وتدوین برنامه	بازنگری و به‌روزرسانی برنامه‌ها ۱۰. بازنگری و به‌روزرسانی برنامه‌های سلامت براساس اولویت‌های نظام سلامت، ارزشیابی‌ها و شواهد علمی به صورت نظام‌مند(۲) ۱۱. بازطراحی برنامه‌های سلامت روان در قالب استاندارد «برنامه‌های سلامت» و اجرای کشوری آن‌ها در ۸ حیطه اولویت‌دارِ مهارت‌های زندگی براساس آموزه‌های فرهنگ ایرانی و اسلامی، فرزندپروری و روابط خانوادگی، حمایت روانی اجتماعی در بلایا، پیشگیری از خودکشی، خشونت و انگ‌زدایی، سلامت جنسی خانواده(۳) تدوین سند بین بخشی ۱۲. تهیه برنامه جامع کلان بخش سلامت با محوریت PHC و با هدف پوشش همگانی سلامت(۷) ۱۳. تدوین و اجرای برنامه جامع تقویت ارتباط زمینه‌های علوم سلامت، بالینی، طب سنتی اسلامی ـ ایرانی با علوم پایه، علوم اسلامی، علوم انسانی و علوم اجتماعی(۱) ۱۴. تدوین و اجرای برنامه جامع غنی‌سازی اوقات فراغت و تفریحات سالم در ابعاد فردی، خانوادگی و اجتماعی در سنین مختلف و ارائه الگوی مناسب براساس آموزه‌های اسلامی- ایرانی و حمایت از توسعه و گسترش هدفمند نهادها و مؤسسات فعال این حوزه(۳) ۱۵. تدوین و اجرای برنامه جامع ورزش همگانی، قهرمانی و بومی‌و توجه به کارکردهای ورزش در ابعاد مختلف با تأکید بر اخلاق و آموزه‌های اسلامی و متناسب‌سازی زیرساخت‌ها و امکانات ورزشی هماهنگ با نیازهای زنان و مردان در مناطق شهری و روستایی(۳) ۱۶. تدوین و اجرای برنامه توانمندسازی جوانان در مهرورزی به همسر و روابط زناشویی مناسب، تقویت روحیه ایثار و سازگاری زوجین(۳) ۱۷. تدوین برنامه جامع ترویج تفکر و اخلاق پژوهش و فرهنگ نوآوری در جامعه دانش‌آموزی و دانشجویی کشور ۱۸. تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جامعه معلولان کشور(۸) ۱۹. تدوین و اجرای برنامه توسعه موقعیت‌های ارتقادهنده سلامت درمحل کار، مدارس، دانشگاه، بیمارستان، محلات، روستا، شهر و استان(۱۱) ۲۰. تهیه پیوست سلامت برای تمامی طرح‌های کلان توسعه‌ای(۷) تدوین استاندارد و راهنما- برنامه‌ریزی برای تدوین و تعیین استانداردها و شاخص‌های ارزیابی خدمات مراکز ارائه‌دهنده خدمات طب طب سنتی و مکمل (۱۲) ۲۱. استانداردسازی خدمات طب سنتی استفاده‌کننده از گیاهان دارویی(۱۲) ۲۲. استانداردسازی نظام ارائه خدمت براساس تعریف بسته خدمات، پروتکل‌های مراقبت کشوری و راهنماهای بالینی برای بیماری‌های شایع(۷) ۲۳. تهیه گزارش‌های تخصصی شناخت اقتضائات بومی استانداردهای ملی حوزه محصولات زیستی(۴) برنامه‌های توانمندسازی ۲۴. تدوین و اجرای برنامه توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی به منظور رعایت سبک زندگی سالم و مدیریت ناخوشی جزیی، بیماری مزمن و حاد، مراقبت از افراد سالمند، کم توان و ناتوان در خانواده(۱۱) ۲۵. تهیه برنامه توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع در جوامع محلی(۱۱)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

	۲۶. اجرای برنامه توانمندسازی پیام‌گزاران سلامت روان(۳) ۲۷. توانمندسازی انجمن‌ها و تشکل‌های صنفی در نظام سیاست‌گذاری حوزه محصولات زیستی(۴) برنامه‌های بخشی ۲۸. تدوین و اجرای برنامه کاهش سموم و آلاینده‌ها و کودهای شیمیایی در مزارع کشاورزی(۶) ۲۹. تدوین و اجرای برنامه کاهش استفاده از قند در محصولات غذایی به‌ویژه در نوشابه و آبمیوه(۶) ۳۰. تدوین و اجرای برنامه تأمین آب آشامیدنی سالم در مناطق فاقد دسترسی(۶) ۳۱. تدوین و اجرای برنامه تقویت جایگاه ارزیابی فناوری سلامت و رصد فناوری‌های نوین(۸) ۳۲. تدوین و اجرای برنامه افزایش محیط‌های عمومی مناسب برای ورزش‌های مختلف مانند دوچرخه‌سواری و پیاده‌روی(۶) ۳۳. طراحی، تدوین، تصویب و اجرای برنامه نظام‌بخشی نوآوری با رویکرد مرجعیت ۳۴. تشویق و ترغیب صندوق‌های پژوهش و فناوری به حرکت به سمت سرمایه‌گذاری خطرپذیر ۳۵. سالم‌سازی محصولات غذایی به منظور ارتقای سلامت مصرف‌کنندگان مانند غنی‌سازی مواد غذایی عمده با هدف افزایش دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای از جمله غنی‌سازی اجباری شیر مدارس با ویتامین D و غنی‌سازی اجباری آرد با ویتامین D و روی علاوه بر آهن و اسید فولیک(۶) ۳۶. تدوین و اجرای برنامه توسعه رستوران‌های حامی سلامت و رستوران‌های دارای سیب سلامت(۶) ۳۷. تدوین و اجرای برنامه شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر، توانمندسازی و و ارائه سبد غذایی حمایتی برای این گروه‌ها(۶) تقویت عملکرد بیمه‌ها ۳۸. افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی(۹) ۳۹. تدوین و اجرای برنامه توسعه بیمه‌های تکمیلی در تناسب با بسته‌های خدمات پایه و ضروری(۹) برنامه نظام ارائه خدمات سلامت ۴۰. اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع(۹) ۴۱. برنامه استقرار سطح بندی خدمات، نظام ارجاع، پزشک خانواده، تشکیل پرونده الکترونیکی سلامت و استقرار سامانه اطلاعاتی مناسب هزینه ای و عملکردی مبتنی بر بیمه الکترونیکی سلامت و پرونده الکترونیکی سلامت(۱۰) ۴۲. تدوین و تصویب برنامه تغییر نظام ارائه خدمت براساس ملاحظات سطح‌بندی خدمات(۸)
پایش و ارزشیابی	رعایت استانداردها ۴۳. استقرار نظام پایش و ارزشیابی رعایت استانداردهای اخلاق حرفه‌ای در حوزه‌های آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی(۱) ۴۴. ترغیب و الزام شرکت‌های دارویی به کسب استانداردها و تأییدیه‌های بین‌المللی نظیر GNP(۵) مدیریت منابع انسانی ۴۵. الزام همه دستگاه‌های اجرایی نسبت به تدوین و اجرای «برنامه عملیاتی بهبود وضعیت سلامت روان کارکنان خود مشتمل بر آموزش و ارائهٔ خدمات سلامت روان و مشاوره روان‌شناختی، براساس «بسته پایه خدمات سلامت روان کارکنان دولت»، تهیه شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی(۳) ۴۶. ایجاد ساختار نوین نظارتی و مدیریتی ادغام یافته عمل محور برای گزینش، جذب و ارزشیابی از دوره دانشجویی و استمرار آن در دوره مدیریت و تدریس (شامل اعضای هیات علمی و غیر هیات علمی)(۱) صیانت از حقوق مردم ۴۷. یکپارچگی نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی سلامت(۲) ۴۸. تشکیل ساز و کار اجرایی نظارت مؤثر بر صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی(۲) وضع جرایم ۴۹. ایجاد محدودیت و جریمه به تجویزکنندگان خارج از مقررات و نظام سطح‌بندی(۵) بهداشت و درمان ۵۰. افزایش نظارت و کنترل ادواری کیفیت، بر تولید و محصولات کشورهای دارویی، استقرار نظام جامع ثبت خطاها، تخلفات و شکایات پزشکی و هماهنگ سازی نظام‌های رسیدگی‌کننده به آن‌ها(۵) ۵۱. نظارت بر مصرف هورمون و آنتی‌بیوتیک در مرغداری‌ها و دامداری‌ها(۶) پژوهش ۵۲. تدوین استانداردهای نظارت بر پژوهش‌ها و نشر دستاوردهای آن(۱۱) بیمه ۵۳. بازنگری در بستر قانونی برای مشمولیت فرآورده‌های دارویی گیاهی مورد تأیید وزارت بهداشت و درمان و آموزش و پزشکی در نظام بیمه کشور(۱۲) شفاف‌سازی ۵۴. ارائه بازخورد در خصوص کیفیت خدمات به ارائه‌دهندگان خدمات و جامعه(۸)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

مجموع ۳۹ مداخله راهبردی در جدول زیر نشان داده شده است. مداخلات مرتبط با این مداخله را می‌توان در چهار طبقه اصلی شامل سازماندهی، ارتباطات درون‌بخشی، ارتباطات بین بخشی و بازتعریف نقش‌ها طبقه‌بندی کرد.

جدول ۳ ـ مداخلات راهبردی

مداخلات راهبردی	
سازماندهی	نظارت، پایش و بازنگری ۱. ایجاد نظام کشوری ثبت، پایش و ارزشیابی صیانت از حقوق سلامت (صحت) و اتصال آن با نظام ثبت خطای پزشکی(۱) ۲. بازنگری و اصلاح نظام ارائه خدمات سلامت روان و مراقبت از بیماران(۳) ۳. تعریف نظام رصد کیفیت خدمات سلامت در کشور و تدوین شاخص‌های مناسب (رصد داخل و خارج کشور)(۸) ۴. بازنگری در نظام جامع تحقیق و پژوهش در حوزه گیاهان دارویی و فرآورده‌های طبیعی.(۱۲) ۵. بازنگری نظام جامع مدیریت کشت و بهره‌برداری گیاهان دارویی کشور.(۱۲) ۶. تشکیل کمیته‌های رصد استانداردهای تخصصی در حوزه‌های مختلف و ایجاد آگاهی در بین فعالان حوزه محصولات زیستی در زمینه استانداردهای روز دنیا(۴) ۷. تدوین نظام رصد خدمات دارویی در کشور(۵) بخشی/حوزه‌ای ۸. طراحی ساختار بخش محصولات زیستی(۴) اجتماعی ۹. ایجاد ساختارهای اجتماعی سالم برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه شامل تدوین پروتکل‌های اجرایی برای ادغام سلامت معنوی و اخلاق و آداب اسلامی در نظام سلامت(۱) ۱۰. ساماندهی حمایت خیرین از بیماری‌های صعب‌العلاج (۱۰) ۱۱. سازماندهی استفاده از داوطلبان سلامت و گروه‌های خودیار، همیار و همسال در سطح محله، منطقه و شهر و مراکز ارائه خدمات بهداشتی، درمانی، حمایتی، تسکینی (۱۱) ۱۲. تأمین بستر سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد شامل شبکه‌سازی مراکز پژوهشی، دانشگاه ها، پژوهشگران، دانشجویان تحصیلات تکمیلی در راستای جهت‌دهی و کاربردی‌سازی پژوهش‌ها (۷) بیمه و مالی ۱۳. استقرار کامل نظام بیمه پایه اجباری و مکمل سلامت(۷) ۱۴. تجمیع صندوق‌های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت(۹) ۱۵. ایجاد صندوق‌های سرمایه‌گذاری خطرپذیر مدیریتی ۱۶. حمایت از تشکیل مدیریت و یا اداره تعالی و توسعه طب سنتی در ستاد دانشگاه‌ها (۱۲) ۱۷. توسعه شرکت‌های دانش بنیان با ایجاد شتاب‌دهنده‌های تخصصی در این حوزه ۱۸. حمایت از تأسیس پایگاه‌های تولید فرآورده‌های دارویی، واکسن، بیولوژیک و تجهیزات پزشکی در بازارهای هدف(۴) ۱۹. تعیین ساختار مناسب برای اجرای برنامه‌های کیفیت خدمات سلامت با لحاظ کردن نقش کلیه سازمان‌های ذینفع (۸) ۲۰. ایجاد تولیت واحد در سیاستگذاری و راهبری علم و فناوری کشور و تبیین تعریف و مفاهیم مرجعیت علمی ایرانی اسلامی
ارتباطات درون‌بخشی	بهداشت و درمان ۲۱. پیاده‌سازی نظام اطلاع‌رسانی جامع فرصت‌های سرمایه‌گذاری صنایع دارویی، تجهیزات پزشکی، واکسن و محصولات زیستی (۴) تولیت ۲۲. یکپارچه سازی تولیت نظام سلامت کشور از طریق هماهنگ‌سازی ارگان‌ها براساس زمینه، محتوا و فرایند خدمت (Context, Content, Process)با مسئولیت و محوریت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی(۷) مکانیسم خرید ۲۳. خرید راهبردی با اولویت خرید از شرکت‌های تولید کننده داخلی دارو و تجهیزات پزشکی ۲۴. افزایش کارایی نظام مالی از طریق ساماندهی مدیریت منابع (تامین، تخصیص، توزیع و توسعه) استقرار نظام ارجاع و خرید راهبردی خدمات سلامت ۲۵. خرید راهبردی با اولویت خرید از شرکت‌های تولیدکننده داخلی دارو و تجهیزات پزشکی(۵)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

مداخلات راهبردی	
	۲۶. تضمین خرید مدت‌دار و محدود برای شرکت‌هایی که انتقال فناوری به کشور داشته‌اند(۴) مراکز تحقیقاتی ۲۷. شبکه‌سازی مراکز تحقیقاتی کشور براساس مأموریت و تقسیم کار ملی و تقویت ارتباط با این مراکز در جهت هم‌افزایی پژوهشی(۲) ۲۸. گسترش شبکه تحقیقات گیاهان دارویی و طب ایرانی و ایجاد انسجام و همکاری‌های مستمر و مؤثر میان کلیه مؤسسات و مراکز مرتبط با گیاهان دارویی و طب ایرانی (۱۲)
ارتباطات برون‌بخشی	جامعه ۲۹. ساماندهی نهادهای مؤثر (مساجد، مدارس و سایر پایگاه‌های اجتماعی) در تبیین حقوق سلامت آحاد جامعه(۱) بین‌المللی ۳۰. حمایت از تشکیل کنسرسیوم‌های بین‌المللی بین انجمن‌های تخصصی حوزه زیست فناوری با انجمن‌ها و نهادهای غیردولتی کشورهای پیشرو(۴) سطح‌بندی در شبکه‌سازی ۳۱. شبکه‌سازی در تمام سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی در جهت سهیم شدن در بهترین فعالیت‌ها و راهبردها برای ارتقای کیفیت و جهت‌گیری سلامت با توجه به تمامی ظرفیت‌ها و منابع موجود در داخل و خارج بخش سلامت(۲) جامعیت ۳۲. تعبیه مکانیزم تعامل همه ذینفعان ملی و بین‌المللی برای کاهش بیماری‌های مربوط به تغذیه(۶) ۳۳. شفافیت و اطلاع‌رسانی درباره حقوق متقابل مردم و نظام سلامت و مقررات رسمی(۱) ۳۴. حمایت از توسعه ارتباطات افقی بین انجمن‌ها جهت تبادل تجربیات و دانش فنی(۴)
بازتعریف نقش‌ها	۳۵. ایجاد/ فعال‌سازی کمیته‌های دانشگاهی برنامه‌ریزی اخلاقی (مبتنی بر ارزش‌های انسانی ـ اسلامی) در حوزه‌های آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی(۱) ۳۶. تعیین سهم و نقش دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی، بخش خصوصی و غیردولتی (سمن‌ها و شوراهای اسلامی) در ارتقای سلامت روان(۳) ۳۷. ساماندهی و هدایت تشکل‌های مردم‌نهاد فعال در زمینه‌های اجتماعی، سیاسی و اقتصادی موجود در جهت تقویت ارزش‌های فرهنگ اسلامیو نظارت بر آن(۳) ۳۸. فعال‌سازی ظرفیت‌های شورای ملی ایمنی زیستی به عنوان نهاد فرابخشی در حوزه محصولات زیستی(۴) ۳۹. ارتقای نقش غیرمستقیم و تولیتی وزارت بهداشت و کاهش نقش مستقیم آن در نظام تأمین مالی سیستم سلامت کشور(۷)

جدول ۴ ـ مداخلات محتوایی

مداخلات محتوایی	
ارزشی ـ آموزشی	۱. تهیه و تصویب سند جامع الگوی اسلامی‌ـ ایرانی شهرسازی و مسکن(۳) ۲. تدوین پیوست آموزش کیفیت خدمات سلامت و مداخله حوزه آموزش علوم پزشکی برای آموزش مفاهیم کیفیت خدمات(۸) ۳. تدوین برنامه آموزش و آگاه‌سازی جامعه در خصوص تقاضای القایی(۵) ۴. تدوین پروتکل‌ها و برنامه‌های مدون ارتقای سواد حقوقی مردم در راستای سلامت و خوب زیستی(۱) ۵. حمایت از طراحی بسته آموزشی ساده اصول حفظ‌الصحه برای دانش‌آموزان از ابتدایی تا متوسطه و سایر گروه‌های سنی، شغلی و جنسی جامعه(۱۲) ۶. تدوین و اجرای برنامه آموزش سلامت در مدارس از پیش‌دبستان تا دبیرستان(۱۱) ۷. تهیه راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد با مشارکت کلیه ذینفعان(۵) ۸. تهیه راهنماهای مبتنی بر شواهد در سطوح مختلف خدمتی در بخش سلامت با مشارکت کلیه ذینفعان(۸) ۹. طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه‌های غیرضروری درمان(۹)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

تعداد ۹ مداخله مورد نیاز در حیطه مداخلات محتوایی در تلفیق حاضر ارائه شدند. این مداخلات در زمینه ارزشی ـ آموزشی جمع‌بندی شدند. مداخلات ارائه شده سند جامع الگوی اسلامی – ایرانی شهرسازی، کیفیت آموزش و خدمات،تقاضای القایی، سواد حقوقی، سواد سلامت، راهنماهای بالینی را در بر می‌گرفتند.

جدول ۵ ـ مداخلات رفتاری

مداخلات رفتاری	
رفتار ارائه‌کننده	ارتقای کیفیت ۱. افزایش فرهنگ بهره‌وری و کیفیت تولید داخلی، معرفی کاهش قیمت تمام‌شده به عنوان ارزش ملی و ارتقای استانداردهای خدمات پس از فروش و نظام تبلیغات بازرگانی(۳) ۲. ایجاد سیستم انگیزشی مناسب در میان مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها برای ارتقای کیفیت(۸) تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد ۳. فرهنگ‌سازی در استفاده از نتایج تحقیقات و ارتقای سطح تصمیم‌گیری‌ها در بخش دولتی و غیردولتی براساس نتایج پژوهش‌های انجام شده(۱۴) ۴. استفاده از روش‌های مناسب آموزش جهت ارتقای آگاهی، نگرش و عملکرد ارائه‌دهندگان در خصوص کیفیت خدمات و استفاده از شواهد در تصمیم‌گیری‌ها(۵)
رفتار مردم	سواد سلامت و خوب زیستی ۵. ارتقای دانش تغذیه و فرهنگ و سواد غذا و تغذیه‌ای و استفاده از ظرفیت سایر سازمان‌ها و رسانه‌ها برای ارتقای سواد سلامت و تغذیه مانند رسانه‌های ارتباط جمعی، آموزش و اطلاع‌رسانی عمومی از طریق ساماندهی آموزش تغذیه و شیوه زندگی سالم در مقاطع تحصیلی آموزش و پرورش و آموزش عالی و تعیین حداقل دانش مورد انتظار به تفکیک هر یک از مقاطع تحصیلی(۶) ۶. تدوین و اجرای برنامه ارتقای سواد سلامت ایرانیان(۱۱) سبک زندگی ۷. بسترسازی برای ترویج سبک زندگی اسلامی و فرهنگ صرفه‌جویی، قناعت و مصرف صحیح و بهینه در حوزه‌های انرژی، آب، حمل و نقل، دارو، خوراک و پوشاک مبتنی بر آموزه‌های دینی، منافع ملی و توجه به اقشار محروم(۳) ۸. فرهنگ‌سازی عموم مردم و ترغیب مصرف محصولات داخلی و اجتناب از محصولات خارجی(۴) تعاملات اجتماعی ۹. طراحی و پیاده‌سازی الگوی تعاملات اجتماعی مبتنی بر فرهنگ اسلامی ـ ایرانی با تأکید بر خودباوری، جمع‌گرایی نهادی، نشاط، امیدواری، آینده‌نگری و خطرپذیری(۳) تخصص‌گرایی و تقاضا برای خدمات ۱۰. فرهنگ‌سازی از طریق رسانه‌های مختلف در جهت از بین بردن باورهای غلط تخصص‌گرایی بیش از حد در بین مردم(۵) آموزش همگانی ۱۱. تدوین و اجرای برنامه توسعه آموزش سلامت همگانی در رسانه‌های ارتباط جمعی با همکاری سازمان صدا و سیما و مطبوعات(۱۱) ۱۲. تعیین و استفاده از روش‌های مناسب آموزش و انتقال پیام یا توجه به محتوا پیام و گروه هدف با تأکید بر ایجاد آگاهی و نگرش و توانمندی مناسب(۱۱)
آموزش	کمیت نیروی انسانی ۱۳. استانداردسازی نسبت نیروی انسانی جذب شده به دانش آموخته علوم پزشکی در مطابقت با برنامه سطح‌بندی خدمات(۱) ۱۴. تربیت و توزیع نیروی انسانی آگاه در بخش‌های مختلف نظام سلامت به‌ویژه بخش پیشگیری متناسب با جمعیت(۲) ۱۵. آمایش نظام سلامت و جذب دانشجویان متخلق و متعهد متناسب با نیاز و تقاضا با توجه به ملاحظات اقلیمی و فرهنگی و اجتماعی(۱)

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

	مداخلات رفتاری
	کیفیت نیروی انسانی ۱۶. انتخاب مدیران ارشد براساس صلاحیت‌های حرفه‌ای لازم (۷) ۱۷. اعتباربخشی مراکز دانشگاهی معتبر، مجری آموزش‌های سلامت معنوی و مهارت‌های اخلاق و آداب اسلامی(۱) ۱۸. آموزش ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در ارتباط با حقوق مردم(۱) ۱۹. استفاده از روش‌های مناسب آموزش پزشکی جهت درمان مبتنی بر راهنماهای بالینی بهره‌گیری از شواهد علمی(۵) - حمایت از دوره‌های تربیت پژوهشگر در حیطه طب سنتی(۱۲) ۲۰. تربیت افراد متخصص جهت ایجاد ارتباطات علمی بین‌المللی ۲۱. آموزش دانش و فنون تجاری سازی در نظام آموزشی کشور ۲۲. برگزاری دوره فلوشیپ در کشورهای صاحب سبک طب سنتی و اعزام دانشجو و استادان به آنجا(۱۲)

جدول پنج تعداد ۲۳مداخله در زمینه تغییر رفتار را جهت پیاده‌سازی سیاست‌ها ارائه می‌دهد که در سه دسته رفتار مردم و رفتار ارائه‌کننده و آموزش قرار می‌گیرند. مداخلات ارائه شده در این زمینه نیز، حیطه‌های ارتقای کیفیت، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، سواد سلامت و خوب زیستی، دانش‌آموزان، سبک زندگی، تعاملات اجتماعی، تخصص‌گرایی و تقاضا برای خدمات و آموزش همگانی را شامل می‌شوند. طراحی و پیاده‌سازی الگوی تعاملات اجتماعی مبتنی بر فرهنگ اسلامی ـ ایرانی، افزایش فرهنگ بهره‌وری و کیفیت تولید داخلی، فرهنگ‌سازی در استفاده از نتایج تحقیقات و ارتقای سطح تصمیم‌گیری‌ها و ایجاد سیستم انگیزشی مناسب برای پزشکان در جهت استفاده ازراهنماها از جمله مداخلاتی است که در زمینه تغییر رفتار ذینفعان مختلف در جهت سیاست‌های ابلاغی باید مورد توجه قرار گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

با وجودی که تقسیم‌بندی فوق، از منظری متفاوت، مداخلات را تقسیم‌بندی نموده است ولی به نظر گروه تلفیق، یکی از چارچوب‌های جامع برای ارائه مداخلات، چارچوب اهرم‌های کنترل (control knobs) نظام سلامت است. این اهرم‌های کنترل شامل تأمین مالی، نظام پرداخت، سازماندهی، وضع مقررات و رفتار هستند. تیم تلفیق متشکل از نمایندگانی از مجریان پروژه‌ها به همراه دو نفر متخصص روش‌شناسی، مداخلات بندهای مختلف سیاست‌های ابلاغی را احصا و در ادامه پس از ادغام موارد مشابه، فهرست کلی از مداخلات تهیه شد، سپس با استفاده از روش تحلیل کیفی به روش تحلیل چارچوبی (Framework Analysis) و مبتنی بر چارچوب اهرم‌های کنترل نظام سلامت، عمل تلفیق و کددهی انجام شد. مداخلات مختلف گزارش‌ها در نهایت، در گروه‌های مختلف اهرم‌های کنترل (تأمین منابع، سازماندهی، پرداخت، قوانین و مقررات و رفتار) طبقه‌بندی شدند.

عوامل مهمی که می توانند پیامد یک سیستم سلامت را تعیین کنند اهرم‌های کنترل هستند (۲). این اهرم‌ها ابزاری هستند که به‌وسیله آن برنامه‌ریزان و سیاست‌مداران خواهند توانست در هر لحظه وضعیت سیستم سلامت را مشخص و برای آن برنامه‌ریزی کنند (Lea,2016). در مطالعه حاضر مداخلات مختلف از ۱۴ بند سیاست‌های ابلاغی گردآوری و در قالب اهرم‌های کنترل نظام سلامت شامل تأمین منابع، نحوه پرداخت، سازماندهی، ارتباطات درون بخشی و بین بخشی، کنترل و پایش و رفتار گروه‌های ذی‌نفع ارائه شدند.

تأمین منابع

تأمین منابع مالی پایدار برای سیستم سلامت از جمله مداخلاتی است که در تلفیق حاضر بدان اشاره شد. به‌طور اصولی تأمین مالی پایدار در پاسخگویی به بهبود وضعیت شاخص‌های حفاظت مالی، سیاست‌ها و برنامه‌های سیستم کمک‌کننده بوده و به‌علاوه پایداری سیستم سلامت وابسته به پیاداری منابع آن است. تأمین مالی پایدار نیازمند طراحی یک مکانیسم مناسب برای آن است تا از طریق آن خطر بیماری بین جمعیت توزیع شده، از هزینه‌های کمرشکن

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

اجتناب و در نهایت وضعیت سلامت جامعه بهبود یابد(۵، ۶).

تـأمین بسـتر سیاسـت‌گـذاری مبتنـی بـر شـواهد شـامل شبکه‌سازی مراکز پژوهشی، دانشگاه‌ها، پژوهشـگران، دانشـجویان در راستای جهت‌دهی و کاربردی‌سازی پژوهش‌هـا نیـز از جملـه مداخلاتی است که برای نهادینه‌سازی سیاست‌های ابلاغـی مـورد نیاز است. مطالعات نشان داده‌اند کـه وجـود شـبکه و کانـال‌هـای ارتباطی بین محققان و سیاست‌گذاران باعـث اسـتفاده از شـواهد پژوهشی در امر سیاست‌گذاری شده بـه‌عـلاوه ابزارهـایی از قبیـل خلاصه سیاستی‌ها در این زمینه کمک‌کننده خواهند بود(۷).

پرداخت

تصمیم‌گیرندگان و برنامـه‌ریـزان سیسـتم سـلامت تغییراتـی در روش‌های پرداخت نیروهای این سیستم پیشنهاد کرده‌اند تا از طریـق آن کیفیت مراقبت‌ها بهتر شده و هزینه‌ها کاهش یابد. چنـدین روش از این پرداخت‌ها نیازمند آن است کـه یـک روش خریـد مبتنـی بـر ارزش ایجـاد شـود، پرداخـت مبتنـی بـر عملکـرد از ایـن دسـته روش‌هاست. پرداخت مبتنی بـر عملکـرد در سـال ۲۰۰۰، بـه جهـت تشویق پرسنل برای ارائه خدمات بهتر و با هزینه کمتـر معرفـی شـد. در این روش پرداخت‌ها براساس یکسری شاخص‌های کیفیت تعریـف شده انجام می‌گیرد. به‌طورکلی این نوع پرداخت‌ها می‌تواند جـایگزین مناسبی برای پرداخت‌های گذشته‌نگر، که به نوبه خودانگیزه پزشـکان را به جهت ارائه خدمات اضافی افزایش داده و هزینه‌ها را بالا می‌برنـد، باشد(۸).

خریـد راهبـردی یکـی دیگـر از مـداخلات اسـت کـه در قسـمت پرداخت به آن اشاره شد. بـه‌طـورکلی بـا در نظـر گـرفتن هزینـه‌هـای روزافزون و نیازهای نامتناهی مردم، اسـتفاده از خریـد راهبـردی نیـازی ضروری برای سیستم سلامت است اما برای پیاده‌سازی آن مـی‌بایسـت زیرساخت‌های لازم برای آن اعم از مدیریت اطلاعات سـلامت و پرونـده الکترونیک سلامت راه‌اندازی و مورد استفاده قرار گیرند (۹).

سازماندهی

توجه کامل به ایجاد نظام ارجاع، تقویت نظام شـبکه، اجـرای پزشک خانواده و گسترش پرونده الکترونیـک بـه منظـور تقویـت خدمات پیشگیری در حوزه سلامت از جمله مداخلاتی اسـت کـه اجرای آن‌ها باعث نهادینه شدن سیاست‌های ابلاغی خواهـد شـد. در کنار مزایایی که رعایت نظام ارجاع و استفاده از پزشک خانواده برای سیستم سلامت دارد، استفاده از پرونده الکترونیـک سـلامت نیز موجب کـاهش هزینـه‌هـای سـلامت، بهبـود امکـان پیگیـری بیماران در نظام سلامت، افزایش اثربخشی خـدمات ارائـه شـده و مدیریت هزینه‌های مربوط به خدمات ارائه شده می‌شود(۱۰).

قوانین و مقررات

تبیین و تدوین قوانین و سازوکارهای لازم برای حذف پدیـده تقاضای القایی از جمله مداخلاتی اسـت کـه در ایـن دسـته قـرار می‌گیرد. تقاضای القایی یکی از مشکلات نظام سلامت ایران است که می‌تواند هزینه‌های بالایی را به سیستم سلامت تحمیـل کنـد. برای مقابله با ایـن پدیـده نیـاز اسـت متولیـان نظـام سـلامت بـا اقدام‌هایی از قبیل اتخـاذ روش علمـی مبتنـی بـر خریـد خـدمت توسط سازمان‌های بیمه‌گر، تصویب استانداردها و قوانین و تعیین چهارچوب درمان منطقی و علمـی را جـایگزین روش‌هـای قبلـی نمایند تا این پدید به کررات اتفاق نیافتد(۱۱).

رفتار

ایجاد سیستم انگیزشـی مناسـب در میـان مـدیران و کارکنـان بیمارستان‌ها برای ارتقای کیفیت از جمله مداخلاتی است که بـرای نهادینه‌سازی سیاست‌های ابلاغی بدان اشاره شده است. به‌طـورکلی رفتارهایی از قبیـل؛ تبعـیض و ناعادلانـه بـودن پرداخـت‌هـا، عـدم تشویق، حجم بالای کار، عدم مشارکت سیاسـت‌گـذاری؛ منجـر بـه پایین آمدن انگیزش کارکان سیسـتم سـلامت گردیـده اسـت(۱۲). اگر مداخلاتی که برای سیستم انجام می‌شود بـه نحـوی باشـد کـه رفتار نیروها در جهت عواملی از قبیل ارتقای کیفیت تقویت شـود و جنبه اثر مداخلات روی رفتار نیروهای مختلف دیـده شـود در دراز مدت می‌تواند پیامدهای مناسبتری برای سیستم داشته باشد.

جمع‌بندی مداخلات به دست آمده از تحلیل بندهای ۱۴گانـه سیاست‌های ابلاغی و پیاده‌سـازی آن‌هـا در چـارچوب اهـرم‌هـای کنترل نشان می‌دهد که برای نهادینه‌سازی کامـل سیاسـت‌هـا از منظر تأمین منابع نیاز به مداخلاتی از قبیل تامین مـالی پایـدار و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد می‌باشد. در زمینه نحوه پرداخـت

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

لازم است تا رویکرد پرداخت مبتنی بر عملکرد و توجه به روش‌های پرداخت آینده‌نگر مانند پرداخت سرانه مورد توجه قرار گیرد. در زمینه سازماندهی، ارتباطات درون‌بخشی و بین‌بخشی توجه به گسترش نظام ارجاع و پرونده الکترونیک سلامت، تقویت نظام‌های رصد خدمات، بازنگری و اصلاح مداوم برنامه‌های آموزشی و انجام اعتباربخشی مراکز دانشگاهی و کاهش تمرکزگرایی مورد نیاز است. در زمینه قوانین و مقررات و دستورالعمل‌ها، جهت‌دهی قوانین در راستای حذف تقاضای القایی، اصلاح قراردادهای خرید خدمت، تدوین استانداردهای نظارت بر پژوهش، قانونمند کردن بخش خصوصی و حمایت از انعقاد قراردادهای انتقال فناوری پیشنهاد می‌شود. و در نهایت در جهت مدیریت رفتار ذی‌نفعان در راستای بهبود خودبه‌خودی کیفیت ارتقای انگیزه کارکنان، افزایش فرهنگ بهره‌وری و کیفیت تولید داخلی، فرهنگ‌سازی از طریق رسانه‌ها، ترویج پذیرش سطح معقولی از خطا توسط سیستم و تدوین برنامه آموزش و آگاه‌سازی جامعه مورد نیاز می باشد.

تقدیر و تشکر

در تهیه مقاله حاضر از مطالعات انجام شده به سفارش و حمایت مالی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران استفاده شد این مطالعات توسط مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی سراسر کشور انجام گرفته است. بدین‌وسیله از زحمات تمامی پژوهشگرانی که در مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه بهداشت عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو پاستور ایران، مرکز تحقیقات اقتصاد داروی دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی شیراز، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مؤسسه عالی پژوهش‌های تأمین اجتماعی، گروه منابع مالی و روش‌های پرداخت در نظام سلامت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، سازمان بیمه سلامت ایران، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ طب دانشگاه علوم پزشکی فارس و معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری در تهیه و تدوین این مطالعه ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌نماییم.

Announcement of General Health Policies: The Merging of Interventions

Reza Dehnavieh*,S.Reza Majdzadeh , Aliakbar Haghdoost,Narges Tabrizchi,Ali Masood, Sara Ghasemi, Somayeh Noori Hekmat, Atoosa Pour Sheikh Ali ,Hassan Joulaei, Hanieh Sadat Sajadi .

*Corresponding author:Health Services Management Department, Management and Medical Information School, Haft-Bagh Blvd, Kerman, Iran.

Cell phone: +98-912-3405187. Fax: +98-341-3205221

E-mail: rdehnavi@gmail.com

Abstract

Background and Aim: In order for implementation of announced general health policies, the first step is to explain the various dimensions of each policy for the policymakers. In this regard the Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran in accordance with the 14 –article policies sought to explain 16 studies related to articles in this document. This study was designed and conducted to merge the mentioned interventions of the various articles in this policy document.

Method: This qualitative study was done in 2018. Interventions which had priority were explained and the announced policies were selected and were merged and classified by the teams using qualitative analysis based on the health policy framework.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]

Results: A total of 149 interventions were selected to implement in healthcare policies; these interventions were merged into 5 groups and were presented. There were 46 structural interventions, 55 outcomes interventions, 39 practical interventions, 9 content interventions and 23 behavioral interventions.

Conclusion: In conclusion interventions in health policy showed that the acquisition of financial resources should be provided as “fee-for-services” and structured upon a “referral framework” to improve the quality of healthcare rendered.

Keywords: Health Policy, Integrated Delivery of Health Care, Policy Making

منابع

1. Giddings B, Hopwood B, O'brien G. Environment, economy and society: fitting them together into sustainable development. Sustainable development 2002; 10(4): 187-196.
2. Roberts M, et al. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford university press; 2003.
3. Morad S, Kamali R. The pattern of allocative and adaptive efficiency in the resistance economy of the Islamic Republic of Iran (based on the general policies announced by the Supreme Leader). Security Horizons 2016; 7(25): 5-38. [In Persian]
4. Soleymani S, Peighami A. The components of the economic-social resilience model of the Islamic Republic of Iran (a case study of the general policies announced by the Supreme Leader). Basij Strategic Studies 2016; 19(71): 5-29. [In Persian]
5. World Health Organization. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Geneva: WHO; 2005.
6. Mehrolhassani MH, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezanian M, Dehnavieh R, et al. A Review of the Health Financing Policies Towards Universal Health Coverage in Iran. Iranian Journal of Epidemiology 201; 12(5): 74-84. [In Persian]
7. Choi BC, Li L, Lu Y, Zhang LR, Zhu Y, Pak AW, et al. Bridging the gap between science and policy: an international survey of scientists and policy makers in China and Canada. Implement Sci 2015; 11(1): 16.
8. Green EP. Payment systems in the healthcare industry: an experimental study of physician incentives. J Econ Behav Organ 2014;106: 367-78.
9. Ghoddoosi-Nejad J, Janati A, Arab-Zozani M, Imani A. Strategic Purchasing in Health System of Iran: A Review Study. Depiction of Health 2018; 8(4): 260-266. [In Persian]
10. Hillestad R, Bigelow J, Bower A, Girosi F, Meili R, Scoville R, et al. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. Health Aff (Millwood) 2005; 24(5): 1103-17.
11. Amiresmaili MR, Fatahpour AH, Barooni M, Rafiee N. Reasons of induced demand in delivering services to the insured by health insurance: a case study in Esfahan, 2013. Journal of Knowledge & Health 2017; 12(1): 1-7. [In Persian]
12. Vosoogh Moghaddam A, Damari B, Alikhani S, Salarianzedeh MH, Rostamigooran N, Delavari A, et al. Health in the 5th 5-years Development Plan of Iran: Main Challenges, General Policies and Strategies. Iranian Journal of Public Health 2013; 42(1): 42-49 .[In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-09-15]