

## به مناسبت اولین سمینار بین المللی نقشه راه سلامت جمهوری اسلامی ایران



در این شماره میخوانید:

- سخن نخست

- سیاستهای کلی سلامت

- چالشها و نارسایی های بخش بهداشت و درمان

- برگزیده خلاصه مقالات سمینار بین المللی نقشه راه جمهوری اسلامی ایران

# السلامة

صفحه	عنوان
۳	سخن نخست
۴	خلاصه گزارش سی و چهارمین جلسه شورای آینده نگاری و نظریه پردازی سلامت فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
۷	سیاست‌های کلی سلامت
۹	سخنرانان سمینار نقشه راه جمهوری اسلامی ایران
۱۱	چالشها و نارسایی های بخش بهداشت و درمان
۱۴	برگزیده مقالات سمیناربین المللی نقشه راه جمهوری اسلامی ایران
۲۱	کتاب به داشت بهداشت
۲۲	کارگاه ترجمان دانش



سال پنجم - شماره ۵۳  
آذر ۱۳۹۳

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:  
دکتر کامران باقری لنکرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:  
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

رئیس شورای سردبیری:  
سید مهدی احمدی

طراحی و صفحه آرایی:  
فرحناز ایزدی

برای دریافت مجله کلید سلامت به صورت الکترونیکی  
به آدرس زیر مراجعه فرمایید.  
<http://hkj.sums.ac.ir>

## سخن نخست

بسمه تعالی

ابلاغ سیاست های کلی سلامت در آغازین روزهای سال ۹۳ سرمایه ای گرانسنگ را در اختیار نظام سلامت قرار داده و در عین حال وظیفه مهم دست اندرکاران این عرصه را مضاعف نمود. در این ۱۴ بند محورها و نکات ارزشمندی نهفته است که باید مبنای کار در همه ی حیطه های مرتبط با سلامت باشد.

فهم مشترک از این سیاستها و یافتن الزامات اجرای آنها اولین قدم در این مسیر است. همایش بین المللی نقشه راه سلامت جمهوری اسلامی ایران که با حمایت سازمان ایسیسکو، فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران و با همکاری بسیاری از مراکز علمی و تحقیقاتی در این کشور و دانشگاه مانیتوبای کانادا برگزار می گردد تلاشی است در این جهت.

بی شک این تلاش را تنها می توان نقطه ای در مسیر پرفراز و نشیب اجرایی کردن این سیاستها دانست. اجرایی شدن این سیاستها، کاری یک شبه نیست و تلاشی مستمر و پیگیر و در عین حال عالمانه را می طلبد. خوشبختانه بعد از ابلاغ این سیاستها، دولت یازدهم کلید طرح تحول سلامت را زد و در بخش خدمات بستری اتفاقات مبارکی رخ داد که در مجموع در کاهش پرداخت هزینه از جیب مردم در این بخش موثر بود. اما واقعیت این است که از میانه دهه هشتاد، کانون هزینه های درمان از بخش بستری به سمت بخش سرپایی سوق پیدا نموده است و خدماتی نظیر دارو، تصویر برداری و آزمایشگاه که قبلا در سبد هزینه درمان جایگاه چندانی نداشتند به مرور اثرگذاری برجسته تری پیدا کرده اند.

ابلاغ تعرفه های جدید نیز که در برخی از اقلام افزایش تا سیصد درصد را دارد بر این اثرگذاری افزوده اند.

از همه اینها فراتر، نگاه جامع سلامت و توجه به بهداشت، پیگیری و ارتقای سلامت، استفاده از ظرفیت های بین بخشی و تلاش برای نهادینه کردن اصل سلامت در همه سیاست ها و تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین و سیاستهای اجرایی و مقررات که به خوبی در بند دوم سیاست های ابلاغی سلامت مورد تأکید قرار گرفته اند، احتیاج به برنامه ریزی راهبردی و اقداماتی فراتر از آنچه که به وقوع پیوسته دارد.

تجربه ایجاد شبکه ی بهداشتی درمانی کشوری و توجه به نحوه شکل گیری آن به ویژه ابتیاء این حرکت بر مطالعات مستند و سپس اقدام بر اساس مستندات و پیگیری مجدانه در این جهت و اصلاح ساختارها بر اساس نیازها، تجربه گرانسنگی است که میتواند امروز هم مورد استفاده قرار گیرد. کتاب (به داشت بهداشت) که در این همایش انشاا... رونمایی خواهد شد، سرمایه ای است بر این امر که با شناخت نقاط قوت و ضعف آن حرکت، امروز نیز بتوانیم تلاشی مستمر و پیگیر و در عین حال عالمانه را برای اجرایی شدن این سیاستها پایه ریزی کنیم.

در این همایش نشان و جایزه قطب الدین شیرازی نیز به یکی از محققان عرصه سلامت تقدیم خواهد شد. این جایزه و نشان که با راهنمایی رهبر عظیم شأن انقلاب اسلامی برای الگوسازی شکل گرفت و با حمایت حضرت آیه... العظمی مکارم شیرازی اجرایی شد؛ فرصتی است تا از تلاشگران تقدیر شود و برای آیندگان نشانه ای باشد تا راه را گم نکنند.

به هر حال این همایش را فرصتی برای تاکید بر بایسته ها می دانیم و امیدواریم که به دنبال آن گام های استوارتری برای اجرایی شدن این سیاستها برداشته شود.

دکتر کامران باقری لنگرانی  
رئیس سمینار

خلاصه گزارش سی و چهارمین جلسه شورای آینده نگاری و نظریه پردازی سلامت فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران پنجشنبه ۹۳/۶/۲۷

الف) مقدمه:

الگوی جامع سبک زندگی سالم در جامعه سالم تامین کننده تعالی و سعادت مادی و معنوی است و جز با مشارکت، همکاری و مداخله دیگر سازمانها و نهاد های اجتماعی که نقش موثری در ارتقاء سلامت جامعه دارند و قریب به ۷۵ درصد سلامت به عهده آنهاست میسر نمی باشد.

سازمان جهانی بهداشت در هشتمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت در هلستینکی که با حضور بیش از هزار نفر از نمایندگان کشور های جهان در خرداد ماه سال ۱۳۹۲ برگزار گردید. بیانیه ای را تحت عنوان «سلامت در همه سیاستها» صادر نمود و همه کشور های عضو اجرای این بیانیه را متعهد شدند. این کنفرانس با تاثیر پذیری از میراث غنی ایده ها، نظرات و شواهد بیانیه ۱۹۷۸ آلمانا در مورد مراقبتهای اولیه بهداشت و منشور اوتاوا در جهت ارتقای سلامت و دستیابی به عدالت در سلامت و تحقق سلامت به عنوان یک حق اساسی بشر، بیانیه جامع نشست هلستینکی را صادر کرد. شرکت کنندگان در کنفرانس معتقدند که بهره بردن از بالاترین سطح استاندارد های سلامت موجود، یکی از حقوق هر انسان بدون توجه به نژاد، مذهب، اعتقادات سیاسی، اقتصادی یا وضعیت اجتماعی آنها می باشد. و معتقدند، یکی از مسئولیتهای حکومت و دولت در برابر مردمش توجه کردن به سلامت آنها و عدالت در سلامت یکی از مضامین بیان عدالت اجتماعی است، بی عدالتی در سلامت در بین یا در داخل کشور ها قابل اجتناب بوده و از نظر سیاسی، اجتماعی و اقتصادی غیر قابل قبول و غیر منصفانه می باشد. سیاستهای موجود در همه بخشها می توانند بر سلامت جامعه و عدالت در سلامت تاثیرگذار باشند. سلامت مردم تنها مسئولیت بخشهای سلامت نیست، بلکه سلامت همچنین یک موضوع سیاسی، تجاری و سیاست خارجی است. بنابراین در مقابل نیاز های اساسی سلامت، لازم است کل حکومت و دولت فعالیت بیشتری داشته باشند. سلامت در همه سیاستها یک رویکرد به سیاست های عمومی در همه بخشهایی است که به طور نظام مند در تصمیمات اجرایی سلامت و هم افزایی های ممتد در جهت بهبود سلامت جمعیت و عدالت در سلامت فعالیت می کنند. در واقع رویکرد سلامت در همه سیاستها، مسئولیت سیاستگذاران در برابر اثرات سلامت در تمام سطوح سیاست گذاری را نمایش می دهد. سلامت در همه سیاست ها یک پاسخ عملی و کاربردی به چالش های موجود در برابر سلامت و عدالت در سلامت و نهایتا عدالت اجتماعی است و می تواند به عنوان یک چهار چوب برای قانون و ابزار های کاربردی محسوب شود که اهداف سلامت، اجتماع و عدالت را با توسعه اقتصادی ترکیب کند و منجر به مدیریت شفاف تضاد ها و تمایلات در این راستا شود. همچنین این رویکرد می تواند رابطه با همه بخشها، از جمله بخش های خصوصی را در جهت نیل به نتایج مثبت

سلامت در جامعه مورد حمایت قرار دهد. از یک سو، توصیه شرکت کنندگان در کنفرانس که اولویت های سلامت و عدالت را همچون یک مسئولیت اصلی حکومتها و دولتها در برابر مردمشان می دانند و برای داشتن سلامت و رفاه، انسجام سیاسی را به عنوان نیاز فوری موثر می دانند و اعتراف می کنند که اجرای این رویکرد نیاز به مصلحت اندیشی، شجاعت و پیش بینی راهکار های مناسب دارد. و از دولت ها خواستارند، الزامات و تعهدات خود را در برابر سلامت و رفاه مردمشان به انجام رسانند. و به وسیله درگیر کردن اصول رویکرد سلامت در همه سیاستها و اقدام براساس شاخصهای اجتماعی سلامت، تعهد خود را به سلامت و عدالت در سلامت به عنوان یک اولویت سیاسی انجام دهند. از سوی دیگر، در مقطع زمانی قرار داریم که، برنامه ششم توسعه اجتماعی، اقتصادی کشور برای ارائه به مجلس در دست تدوین می باشد و هر یک از متولیان و مجریان بخشهای توسعه به دنبال حمایت های سیاسی برای تقویت ظرفیت خود در اجرا و پیشبرد اهداف سازمانی خود و کشور هستند و شرایط به گونه ای فراهم است که با همدلی، هماهنگی و حمایت همه بخش های مرتبط با تصویب مجموعه سیاست های موثر، شاهد ارتقا سلامت و دستیابی به اهداف چشم اندازی کشور خواهیم بود. لذا فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در راستای اهداف ذاتی و جهت ایجاد هماهنگی بیشتر بین بخشهای وظیفه مند، جلسه سی و چهارم شورای آینده نگاری و نظریه پردازی را به این امر مهم اختصاص داد تا موضوع «سلامت در همه سیاست ها» با حضور ۶۰ نفر از اعضا، وزراء، مسئولین کمیسیونها و نمایندگان مجلس شورای اسلامی، مسئولین کمیته های تدوین برنامه ششم توسعه در بخشها و نهاد های مختلف و تعدادی از خبرگان کشوری مورد بحث قرار گیرد.

جلسه ساعت ۸ صبح روز پنجشنبه ۹۳/۶/۲۷ در محل سالن اجتماعات فرهنگستان با خیر مقدم و تشکر جناب آقای دکتر مرندی رئیس فرهنگستان علوم پزشکی و شورای آینده نگاری و نظریه پردازی سلامت و سخنانی کوتاه درباره سلامت، نظام سلامت، سیاست گذاری سلامت و سلامت در همه سیاست ها آغاز شد، سپس آقایان دکتر تقدیسی رئیس انجمن علمی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت با عنوان «برنامه ششم توسعه، فرصت طلایی جهت بستر سازی ارتقاء سلامت همه جانبه جامعه» و دکتر محمد حسن قربانی نماینده مجلس شورای اسلامی تحت عنوان «مروری بر رویکرد استراتژیک سلامت در همه سیاستها» در برخی کشور ها و آقای دکتر علیرضا دلاوری رئیس دبیرخانه سیاستگذاری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت عنوان «استقرار دیدمان سلامت در همه سیاستها- مروری بر ساختار، کارکرد، دستاوردها و چالشهای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در دولت یازدهم» گزارشهای جامعی ارائه نمودند و در دو سوم وقت مانده حاضران جلسه به بحث و مذاکره درباره موضوعات مطرح شده پرداخته و نشست ساعت ۱۱:۱۵ دقیقه پایان یافت.

## ب) موضوع:

سلامت در همه سیاستها - چالش ها و فرصت ها

## ج) محور های اصلی بحث:

۱. برنامه ششم توسعه، فرصت طلایی جهت بستر سازی ارتقاء سلامت همه جانبه جامعه
۲. مروری بر رویکرد استراتژیک سلامت در همه سیاستها در برخی کشورها
۳. استقرار دیدمان سلامت در همه سیاستها
۴. مرور بر ساختار ها، کارکردها، دستاوردها و چالشهای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در دولت یازدهم

## د) چالشهای اصلی:

۱. عدم تبیین و تعریف کامل و روشن از سلامت و ابعاد آن، عدم استقرار کامل نظام سلامت، مراقبت های سلامت همه جانبه، جامع مطلوب و هدایت شده.
۲. کم توجهی به عوامل تاثیر گذار و تعیین کننده سلامت نظیر سلامت معنوی، روانی، نهاد های مدنی، روحانیت و حوزه های علمیه.
۳. کم توجهی به برخی موضوعات و موقعیت های تاثیر گذار بر سلامت نظیر تکامل جنین و فرزند پروری، رفتار در خانواده، مدرسه، محیط کار و...
۴. عدم اهتمام کامل در جلب مشارکت مردمی در همه مراحل برنامه ریزی، و نظارت برنامه های بهداشتی و دفاع و صیانت از حقوق آنها.
۵. عدم تلاش کافی برای تامین همکاریهای بین بخشی جهت تحقق سلامت در همه سیاستها.
۶. عدم توجه کافی به عوامل تعیین کننده اجتماعی سلامت.
۷. عدم اجرای برخی قوانین موجود در رابطه با سلامت.
۸. عدم توجه کافی به نقش اساسی برخی بخشها و وزارتخانه ها نظیر صدا و سیما، اقتصاد و دارایی، تجارت و همه نظامهای اجتماعی در سلامت.
۹. دیده نشدن رصد کلان و دیده بانی سلامت و تولید آن در قوانین و سیاستها و عدم اجرای دقیق و صحیح وظایف بخش های نظارتی بر عملکرد و کیفیت خدمات.
۱۰. عدم پیوستگی بین برنامه ها، و اجرای برنامه های جزیره ای در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۱. عدم حضور و ایفای نقش موثر تشکل ها، سازمانها مردم نهاد و موسسات علمی در تدوین قوانین مربوط به سلامت.
۱۲. عدم استفاده مناسب از دو نقطه قوت موجود، شورای عالی سلامت و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در راستای تحقق سلامت همه جانبه یکپارچه و مطلوب.
۱۳. نامشخص بودن اولویت گذاری، تدوین و اجرای برنامه ها بدون اولویت بندی.
۱۴. عدم اهتمام کامل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای استقرار و تداوم رویکرد سلامت در همه سیاستها.
۱۵. عدم شرکت فعال و منظم مسئولین ارشد و وزراء در جلسات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی.
۱۶. عدم پذیرش حاکمیت دستگاههای درگیر حاکمیت سلامت توسط برخی دستگاهها.

۱۷. نادیده گرفتن دو فاکتور مهم، داده های Intelligent data and information system (سیستم اطلاعاتی به روز و پویا) و سیستم نظارتی در نظام سلامت.
۱۸. نامشخص بودن رصد کننده مقررات، و عدم استفاده از توانایی مردم در مراحل مختلف برنامه های سلامت.
۱۹. ایجاد شک و تخریب در بخش هایی از جامعه به علت بی دقتی در طرح برخی مباحث با هدف اصلاح یک چالش.
۲۰. وجود برخی تبلیغات آسیب رسان به سلامت در رسانه ها علی رغم ممنوعیت قانونی در ماده ۳۷.

## پیشنهاد های کلی:

۱. وجود سیاستهای سلامت در همه بخشها می توانند بر سلامت جامعه و عدالت در سلامت تاثیر بگذارند.
۲. سلامت در همه سیاستها یک پاسخ علمی و کاربردی به چالش های موجود در برابر سلامت و عدالت در سلامت و نهایتاً عدالت اجتماعی است.
۳. عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و امورات زندگی که در ارتباط با متاثر از عوامل روانی هستند، باید در ساستها لحاظ شوند.
۴. برنامه ششم توسعه، مقطع حساس و فرصت مناسب جهت بستر سازی ارتقای سلامت همه جانبه جامعه می باشد.
۵. سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری به ویژه بند های ۲ و ۴ و ۸ و ۱۲ به عنوان جامع ترین سند بخش سلامت در اولویت اقدامات قرار گیرد.
۶. نظر به اعلام تعهد به سلامت دولت یازدهم و شخص رئیس جمهور و نقش وزیر بهداشت در دولت، در روند اجرایی تدوین برنامه ششم توسعه، لازم است همه بخشهای مرتبط با سلامت با همه توان از برنامه ها و مجموعه پیشنهادی دولت حمایت کنند.
۷. در رابطه با برنامه های سلامت، اصل اساسی اجرای قانون است، علی رغم وجود قانون، در اجرای آن است و اجرای دقیق قانون لازمه تحقق سیاستهاست.
۸. باید در تدوین برنامه ششم توسعه برخی قوانین موجود را که با دیدگاه اجرایی شدن تدوین نشده اند، مورد توجه قرار دهند.
۹. مبنای اولویت گذاری معلوم شود و کارها و مداخلات بدون اولویت بندی صورت نگیرد و مهمترین اولویتهای متن سیاستهای مورد توجه قرار گیرد.
۱۰. همکاریهای بین بخشی باید تقویت و برای اجرای سیاستهای ابلاغی همکاری همه دستگاههای سیاستگذار، برنامه ریز و اجرایی نه فقط به عنوان حمایت کننده بلکه به عنوان بخشی از نظام حکمرانی تبیین و مشارکت نمایند.
۱۱. جهت تقویت رویکرد سلامت محور، باید حضور ساختاری سلامت در همه سیاستها در برنامه ششم توسعه تقویت شود.
۱۲. باید سلامت پارادایم عمومی باشد. پذیرش و توجه فقط رئیس جمهور به آن کافی نیست.
۱۳. لازم است در درون وزارت بهداشت اقدامات جزیره ای کاهش یابد و برنامه های پراکنده به یک برنامه جامع و یکپارچه تبدیل شود.

مورد استناد قرار می گیرد دقت کافی بعمل آید.

۲۸. علی رغم وجود برخی کاستی ها در برنامه های کنترل دخانیات کشور ترکیه، این برنامه می تواند یکی از نمونه های آشکار کننده اهمیت اجرای سلامت در همه سیاست ها باشد.

۲۹. مصرف دخانیات و قاچاق مواد دخانی مشکل بزرگی است که ورود همه دستگاه ها را طلب می کند. لازم است فرهنگستان در تنظیم و تقدیم لایحه ای برای مالیات دخانیات به مجلس، دولت را کمک کند.

۳۰. سلامت مختص درمان یا حوزه وزارت بهداشت نیست، سلامت مسئولیت همگانی است و باید در سایت های عمده شکل بگیرد.

۳۱. در شورای عالی سلامت و امنیت غذا، پایداری در سیاست ها بسیار مهم است، نباید با تغییر دولت ها فعالیت ها متوقف شود. ( مثل ۵۲ شاخص سلامت که با حضور همه سازمان ها عضو شورا تصویب و برای اجرا ابلاغ شد. و به محض تغییر دولت راکد شد.)

۳۲. برای همکاری با معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور، از سوی جناب آقای دکتر مرندي تعداد ده نفر از افراد داوطلب به جناب آقای دکتر پور محمدی معرفی می شوند.

۳۳. تقدم پیشگیری بر درمان که در سیاستهای کلی ابلغی مورد تاکید قرار گرفته است باید در همه سیاست ها و برنامه ها انعکاس یابد.

۳۴. برای نهادینه شدن نگرش سلامت در همه سیاست ها به عنوان اصولی ترین زیر ساخت جامعه مدنی در جمهوری اسلامی ایران تلاش همگانی لازم است.



فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

۱۴. لازم است سه عامل مهم و سود آور، اینکه چه کسی باید مقررات را رصد کند و اینکه همه موظف باشند به سلامت توجه کنند و توانمند سازی وزارت بهداشت و استفاده از مردم مورد توجه کامل قرار گیرند.

۱۵. از فرصت فراهم شده در برنامه ششم توسعه برای اصلاح شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به لحاظ ساختار و وظیفه و تقویت دبیرخانه آن به نحو مطلوب استفاده شود.

۱۶. تقویت و توسعه مشارکت مردم و نقش آنها به عنوان تعیین کننده سلامت، ساماندهی و انجام کار های بین بخشی، برنامه آموزش برای ظرفیت سازی سلامت و سامان دهی تلفیقی در پایش بودجه ریزی و رویکرد عمودی و افقی در همه واحدها از موارد مهم در سیاستگذاری هستند.

۱۷. برای دریافت پاسخ مثبت همکاری از بخشهای دیگر، حوزه سلامت باید قادر باشد آنها را توجیه کند. و برای حمایت طلبی توانمندی لازم را داشته باشد.

۱۸. رصد کلان و دیده بانی سلامت باید خوبی دیده شود و جایگاه دیده بان سلامت در همه سیاستها تعیین شود.

۱۹. شورای عالی سلامت و امنیت غذایی بستر مناسب برای استقرار و تداوم رویکرد سلامت در همه سیاستها است برای تحقق سیاستها این شورا باید فعال تر شود.

۲۰. پذیرش حاکمیت همه دستگاههای درگیر در ارتقاء سلامت و گنجاندن موارد قانونی مورد نیاز در برنامه ششم مورد توجه قرار گیرد.

۲۱. معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور در تدوین برنامه ها، نقش ویژه ای برای تمامی تشکل ها، سازمانهای مردم نهاد، فرهنگستانه، موسسات علمی و دانشگاههای تعریف و انرا تقویت نماید.

۲۲. استقبال معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور از کار های مشترک با فرهنگستان و تشکل های مرتبط با حوزه بهداشت در تبیین و تدوین وضع بهداشت و آسیب ها و ارائه آن به شوراها برنامه ریزی کشور فرصت مناسبی برای مشارکت بوجود آورده است و انتظار می رود بخش های مرتبط از آن استقبال کنند.

۲۳. ساختار و شاخص های توسعه انسانی در سازمان مدیریت در حال تدوین است و در این زمینه فرهنگستان و سایر حوزه های سلامت می توانند با نقد و اصلاح، در تبدیل آن به سندی راهبردی همکاری موثر نمایند.

۲۴. شاخص توسعه مناطق (۲۵۰۰ شاخص) در معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور تدوین و براساس آن سامانه رصد تنظیم شده است. رصد بخشی که در حوزه سلامت خواهد بود می تواند موضوع همکاری با فرهنگستان باشد.

۲۵. راهبرد های وزارت بهداشت و فرهنگستان به بخشهای متقاضی به ویژه وزارت نفت، اعلام شود، تا در ارائه پیشنهاد های برنامه ششم توسعه آن بخش ها مورد بهره برداری قرار گیرد.

۲۶. فرهنگستان سیاستهای ارسالی اخیر معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور خدمت مقام معظم رهبری، را از طریق مکاتبه با آقای دکتر پور محمدی برای تقویت هماهنگی پیگیری نماید.

۲۷. در صحت اعداد و ارقامی که در گزارشات فرهنگستان

## سیاست‌های کلی سلامت

حضرت آیت‌الله خامنه‌ای رهبر انقلاب اسلامی در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی سیاست‌های کلی «سلامت» را که پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام تعیین شده است، ابلاغ کردند. متن سیاست‌های کلی سلامت که به رؤسای قوای سه‌گانه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام ابلاغ شده، به شرح زیر است:

بسم‌الله‌الرحمن‌الرحیم

### سیاست‌های کلی سلامت

۱- ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی-اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه.

۱-۱- ارتقاء نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای.

۱-۲- آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه.

۲- تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان‌سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت:

- ۱-۲- اولویت پیشگیری بر درمان.
- ۲-۲- روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی.
- ۲-۳- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی.
- ۲-۴- تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.
- ۲-۵- ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی.
- ۲-۶- اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی.
- ۳- ارتقاء 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 ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی.
- 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.
- ۵- ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.
- ۶- تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبب 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.
- ۷- تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل:
  - ۱-۷- تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
  - ۲-۷- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.
  - ۳-۷- تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی.
  - ۴-۷- هماهنگی و ساماندهی امور فوق‌مطابق ساز و کاری است که قانون تعیین خواهد کرد.
  - ۸- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع از طریق:
  - ۱-۸- ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی.

- ۲-۸- افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها.
- ۳-۸- تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقاء سلامت و توانمندسازی آنان.
- ۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:
- ۱-۹- همگانی ساختن بیمه پایه درمان.
- ۲-۹- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.
- ۳-۹- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.
- ۴-۹- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان.
- ۵-۹- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.
- ۶-۹- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.
- ۷-۹- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.
- ۱۰- تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:
- ۱-۱۰- شفاف سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها.
- ۲-۱۰- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد.
- ۳-۱۰- وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت.
- ۴-۱۰- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.
- ۱۱- افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۱۲- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران.
- ۱-۱۲- ترویج کشت گیاهان دارویی تحت نظر وزارت جهاد کشاورزی و حمایت از توسعه نوآوری‌های علمی و فنی در تولید و عرضه فرآورده‌های دارویی سنتی تحت نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۲-۱۲- استاندارد سازی و روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده‌های مرتبط با آن.
- ۳-۱۲- تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه طب سنتی.
- ۴-۱۲- نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر ارائه خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی.
- ۵-۱۲- برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم‌افزایی تجربیات و روش‌های درمانی.
- ۶-۱۲- اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه.
- ۱۳- توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور.
- ۱۴- تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه ریزی 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.









## سخنرانان سمینار نقشه راه سلامت جمهوری اسلامی ایران

	مشارکت بخش خصوصی و دولتی در ارتقای سلامت	دکتر مسعود افتخادیان
	تحقیق سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین	دکتر حسینعلی شهرزاری
	الزامات اجرایی سایت های جمعیتی	دکتر سید امیرحسین فاضلی زاده هاشمی
	مدیریت بحران	دکتر محمد رئیس زاده
	همبستگی آموزش و پژوهش در نظام سلامت	دکتر بهرام عین الهی
	نظام نوآوری در بخش سلامت	دکتر سید موبد علویان
	تجربه جنگ پشوتانه نظام سلامت	دکتر سید مسعود خاتمی
	جایگاه طب سنتی در آینده سلامت ایران	دکتر محمدرضا شمس اردکانی
	تدوین برنامه توسعه ششم	دکتر سید حمید پورمحمدی
	تفریق های اقتصادی نظام سلامت	دکتر سید مسعود میرکاتلمی
	Social determinants of oral and general health	Dr. Wael Sabbah
	Socioeconomic inequality in the provision of dental services in publicly funded health care system and the link between oral and general health	
	Cross-national differences and similarities in reducing health inequalities – a perspective from a country in transition	Dr. Myung ki
	General review on current status of Health Impact Assessment in Korea and its application to other developing countries	

	چالش های تغذیه در ایران	دکتر احمدرضا دستغری
	چالش های خانواده و زن	دکتر مریم اردبیلی
	کارنامه نظام سلامت در حل معضلات عوامل اجتماعی	دکتر علیرضا اولیائی منش
	مدل سازی در تصمیم گیری و اجرا در نظام سلامت	دکتر حمیدرضا خانکجه
	پیشگیری پویا	دکتر کورش اعتماد
	پایش و ارزشیابی در نظام سلامت	دکتر علی اکبر حدادوست
	مخاطرات پیش پیش رو در نظام سلامت ایران	دکتر رضا دهنویه
	نقش ایران در سیاستهای بین المللی و تأثیرات آن برای نظام سلامت	دکتر محمد حسین نیکبام
	ارزایی مدل های تحول در نظام سلامت در جهان	دکتر آرش رشیدیان
	الزامات ارتقای سلامت روان	دکتر محمدباقر صابری زعفرانی
	پیشرفت هاو ناکامی های در اجرای برنامه های توسعه کشور در بخش سلامت	دکتر امجدوار رضایی میر قلند
	کارنامه اقتصاد کلان سلامت	دکتر محمدحسن طریقت منفرد
	ارتقای دسترسی همگانی به خدمات سلامت	دکتر امید براتی

## سخنرانان سمینار نقشه راه سلامت جمهوری اسلامی ایران

	مراسم افتتاحیه	دکتر علیرضا مرندی		NHS in evaluation PHC now more than ever	Dr. Salman Rawaf
	تا مرجعیت علمی ایران	دکتر فریدون عزیزی		Evidence based policy making Monitoring and evaluation of health system	دکتر شهین شوشتری
	بیمه سلامت	دکتر محمدجواد کبیر		The design of health policies and health care: Commitment from the public administration. The universal right to health care Holistic consideration of the human being, as a starting point in planning public health system.	Dr. Juan Abascal Antino Ruiz
	تمام وقتی ضرورت و الزامات	دکتر مسعود پزشکیان		بیمه سلامت	دکتر انوشیروان محسنی بندپی
	بیمه سلامت	دکتر محمد تقی نوربخش		مراسم افتتاحیه	دکتر ابرج حریرچی
				اقتصاد مقاومتی	دکتر حسن کرمانی
				تدوین برنامه توسعه ششم	دکتر حمید پوراسفیری
				ارزیابی طرح تحول با رویکرد پوشش همگانی سلامت	دکتر سید رضا مجدزاده
				ایسیسکو	دکتر عباس صدیقی
				وزارت بهداشت	دکتر علی اکبر سیاری

## چالشها و نارسایی های بخش بهداشت و درمان

دکتر محمد حسن طریقت منفرد

### ۲- آموزش پزشکی:

طبق قانون اساسی آموزش عالی رایگان باید به لحاظ کمی متناسب با نیاز جامعه باشد که این امر در برنامه ریزی ها رعایت نشده است و به لحاظ کیفی هم اوضاع بی مشکل نیست. به عنوان مثال پزشکان عمومی علیرغم دوره طولانی تحصیل، جهت پاسخگویی پیشگیری، مراقبت های اولیه و طب عمومی متناسب با نیاز روز جامعه و تکلیف قانونی به عنوان پزشک خانواده تربیت نشده اند. ضمن اینکه تعارض منافع حیطة فعالیت آنها را بسیار محدود نموده است و آموزش متخصصین نیز مشکل بسیار جدی برای کشور به وجود آورده است بدین صورت که در گذشته دو رشته مادر تخصصی داخلی و جراحی وجود داشت که به بسیاری از خدمات تخصصی اشراف نسبی داشتند و علیرغم ظهور تخصص ها و فوق تخصص ها در کشور های موفق متخصصین این دو تخصص مادر در نقاط کم جمعیت انجام وظیفه نموده و فقط موارد پیچیده را به مراکز مجهز تر ارجاع می دهند. وجود دو متخصص پر توان و چند بعدی در این رشته ها که دوره آموزشی کامل شش تا هشت ساله در کشورهای موفق دارند می تواند بیمارستان های مناطق کم جمعیت را از نظر اکثریت قریب به اتفاق نیازهای تخصصی منطقه اداره نمایند. حضور همیشگی این دو متخصص در مناطق غیر برخوردار که امکان زندگی دائمی در آنها وجود ندارد، از طریق طرح اقماری میسر می گردد. متأسفانه مسئولین بهداشت و درمان کشور با تقلید نامعقول و بی موقع از کشورهای پرجمعیت کوچک که چندین برابر ما در آن زمان پزشک داشتند، این دو رشته مادر تخصصی را با کاهش دوره های آموزشی به حدود بیست رشته تخصصی و فوق تخصصی تکه تکه نمودند و با تدوین ضوابط نامعقول اصرار می ورزند که متخصصین فقط در رشته تخصصی مربوط فعالیت نمایند. این تصمیم می خردانه آموزشی از یک طرف امکان تأمین نیروی تخصصی در نقاط کم جمعیت و غیر برخوردار را غیر ممکن ساخته و اقدامات مثبت نظام را در ایجاد مراکز خنثی نموده، بطوریکه جهت تأمین خدمات تخصصی در شهرهای کوچک نیاز به متخصصین بسیاری است که تربیت آنها میسر نیست و اگر هم تربیت شوند، در نقاط کم جمعیت بیمار کافی برای این تعداد متخصص وجود ندارد و از طرف دیگر امکانات قابل ملاحظه ای را از حیز انتفاع

الف) عدالت در توزیع نیروهای متخصص بهداشت و درمان  
ب) آموزش علوم پزشکی  
ج) نحوه توزیع اعتبارات مالی  
د) نظارت  
ه) دارو و غذا  
و) پاسخگویی

### ۱- عدالت در توزیع نیروی متخصص بهداشت و درمان:

با هدایت و حمایت نظام جمهوری اسلامی مراکز بهداشتی درمانی بسیاری در مناطق دوردست و بعضاً غیر برخوردار جهت دسترسی و برخورداری عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی احداث و تجهیز گردیده که بر خلاف امید اولیه مردم در زمان ساخت به علت عدم بهره برداری مطلوب، این مراکز به آئینه دق و نارضایتی مضاعف آنها تبدیل شده است. علت این پدیده دل آزار این است که هیچ ضابطه در تربیت و توزیع عادلانه نیروی انسانی که با هزینه مردم تربیت شده اند جهت ارائه خدمت به آنها وجود ندارد. در کشورهای موفق ضمن اینکه نیروی متخصص به اندازه نیاز و متناسب با وضعیت بومی مناطق انتخاب و تربیت می شوند، مجوز فعالیت صرفاً براساس نیاز منطقه صادر می گردد تا از تراکم نیرو در برخی نقاط و عدم وجود آنها در نقاط دیگر جلوگیری گردد. لازم به ذکر است که در کنار بی عدالتی در برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی برای احاد جامعه، در بین فراهم کنندگان خدمات (گروه پزشکی) نیز بی عدالتی از نظر امتیازات و درآمد، تا بیش از یک هزار برابر است. این تفاوت درآمد در کشورهای موفق غالباً کمتر از ۵ برابر است. به عنوان مثال، حق الزحمه یک کمک بهیار کمتر از ۵ هزار تومان در ساعت است، در حالی که حق الزحمه یک متخصص بعضاً بیش از ده میلیون تومان برای یک ساعت فعالیت میسر و پرداخت می شود. متأسفانه روند فعلی یعنی افزایش تعرفه حق العلاج پزشکان بدون ایجاد تعادل در آنها و عدم توجه به تناسب درآد بین گروه های مختلف پزشکی و پیراپزشکی بی عدالتی های موجود را گسترش می دهد، البته اعمال عدالت به سایر امور نیز مغفول مانده است. بند ۱۳ سیاستهای ابلاغی نیز به ضرورت توسعه عادلانه تربیت و توزیع نیروی انسانی پزشکی اشاره نموده است.

ساقط و جمعیت محرومی را محرومتر نموده است.

### ۳- رعایت صرفه و صلاح جامعه در بخش:

الف: طب سنتی و مکمل: به علت محدودیت جهان شمول منابع بهداشت و درمان، کشورهای متبکر طب نوین نیز بدنبال ارائه خدمات کم هزینه بوده و درصد قابل ملاحظه ای از نیازهای خود را از طریق طب سنتی و مکمل تأمین می کنند. به همین دلیل یافته های طب سنتی را در دانشکده های مربوطه مبتنی بر شواهد علمی تکمیل نموده، آموزش داده و مورد استفاده قرار می دهند. بند ۱۲ سیاستهای کلی سلامت نیز با بیان لزوم بازشناسی، تبیین ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران، به این مهم اشاره می کند و همچنین در ۱۲-۵ به برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم افزایی تجربیات و روش های درمانی تأکید دارد. گفتنی است، طب سنتی و مکمل در اقصی نقاط دنیا و در کشورهای توسعه یافته به عنوان یکی از روشهای اصلی ارائه خدمت کاربردهای فراوانی دارد، به عنوان مثال طب سوزنی که مبدا آن خاور دور است، در فرانس و اتریش تکامل یافته و بطور گسترده در اغلب کشورهای غربی مورد استفاده قرار می گیرد. بند ۱۲-۳ سیاستهای کلی نیز، خواستار تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه طب سنتی شده است. در ایران علیرغم وجود ذخائر غنی طب اسلامی و بومی پس از مقاومت بیست و چند ساله، دانشکده های تأسیس شده در چند سال گذشته صرفاً مشغول تربیت متخصص طب سنتی و مکمل هستند، در حالی که آموزش گسترده گروه پزشکی و بویژه پزشکان عمومی گذشته از ایجاد اشتغال، نزدیک به ۵۰٪ هزینه های دارو و پاراکلینیکی سرپائی (وابستگی خارجی) را کاهش خواهد داد. به نظر می رسد توسعه طب سنتی در کشور، که از راهکارهای جدی کاهش هزینه های بخش بهداشت و درمان و کارآمد نمودن این حوزه است، مستلزم بازنگری جدی در آموزش فراگیر نیروهای گروه پزشکی می باشد و صرف تربیت متخصص مشکل گشا نخواهد بود.

ب: راهنماهای بالینی: در کشور های پیشرو کنترل هزینه خدمات تخصصی و فوق تخصصی همچنین مصارف القائی که مورد توجه بند ۵ سیاستهای کلی سلامت بوده، از طریق استفاده از راهنماهای درمانی میسر می گردد که این مورد نیز در بند ۵ سیاستهای ابلاغی سلامت ذکر شده است. در کشور ما به علت عدم استفاده از این تکلیف قانونی بعضاً برای یک درمان مشابه که کشورهای ثروتمند کمتر از ۵۰ دلار هزینه می کنند بیش از هزار دلار هزینه می شود. در بند ۲۲ ماده قانون برنامه پنجم این موضوع تکلیف شده است. (راهنماهای درمانی در سال ۹۱ و ۹۲ تدوین شده نیاز به اصلاح، تکمیل و روز آمد نمودن مستمر دارد)

### ۴- نحوه توزیع اعتبارات مالی

تخصیص اعتبارات به دو روش انجام می گیرد:

- ۱- بیسمارکی: پرداخت مبتنی بر عملکرد (پرداخت هزینه صرفاً در مقابل دریافت خدمت) از طریق نظام بیمه ای.
- ۲- بورجی: واگذاری اختیار مصرف منابع به فراهم کننده خدمت.

روش دوم (بورجی) بعلت گسترش، تنوع و گرانی روزافزون خدمات بهداشت و درمان و انتظارات مردم یا منسوخ شده و یا مانند کشور انگلستان در دهه ۱۹۹۰ تغییرات اساسی (در جهت مشارکت بیشتر سایر شرکای اجتماعی) یافته است که هنوز هم از بهره وری مطلوب برخوردار نیست. - در حال حاضر حدود ۶۵٪ اعتبارات دولتی بهداشت و درمان بدون مشخص بودن خروجی و بازدهی قابل محاسبه، در اختیار فراهم کننده خدمت قرار می گیرد. (روش بورجی)

حدود ۳۵٪ بقیه از طریق نظام بیمه ای جمع آوری می شود. لکن الزامات نحوه مصرف آن که تعادل منابع با مصارف را تضمین می کند در اختیار فراهم کننده خدمت است. (مانند تعریف بسته خدمات، تدوین راهکارهای طبابت بالینی و اجرای پزشک خانواده و...)

- پراکندگی تخصیص اعتبارات تعیین سرانه و تعرفه واقعی را مقدور نمی سازد، پاسخگویی را حذف می کند، همه ذینفعان را از حقوق خود محروم نموده و حاکمیت را همواره در افکار عمومی بدهکار جلوه می دهد. مؤثرترین نظارت علمی و عملی در زمان پرداخت هزینه توسط نظام بیمه ای به عنوان نماینده مردم و حاکمیت در جایگاه شخص ثالث مقدور می گردد. واضح است که نظارت به عملکرد خود، توسط مجریان هیچگاه سامان نمی گیرد.

بعنوان مثال در صورت تجمیع اعتبارات عمومی موجود، سرانه بهداشت و درمان در سال ۹۳ بیش از ۴۰ هزار تومان برای آحاد مردم خواهد شد. در حالیکه در وضع موجود سرانه مورد محاسبه که مبنای تعیین تعرفه می باشد، برای روستاییان حدود ۱۰ هزار تومان لحاظ می شود که این موضوع هیچ تناسبی با عدالت مد نظر قانون اساسی، سیاستهای کلی و قوانین جاری ندارد. بند ۷-۲ سیاستهای کلی سلامت نیز صراحتاً از بیمه ها به عنوان ابزار مدیریت منابع نظام سلامت نام برده است.

- تا به امروز مقررات موجود مانع شکل گیری نظام بیمه ای براساس تعریف جهانی و علمی شده است زیرا فراهم کنندگان خدمت که سرنوشت بهداشت و درمان را بعهده دارند اصولاً تمایل به نظارت جدی بر عملکرد و رفتار خود ندارند. ضمن اینکه اصرار بر این است که اگر نظام بیمه ای علمی ایجاد شد، تحت سیطره فراهم کنندگان خدمت باشد. بند ۷ سیاستهای کلی نیز با بیان لزوم تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت خواستار جدا بودن بخش خرید خدمت از ارائه آن شده اند.

### ۵- نظارت:

به دلیل اهمیت صیانت از سلامت، کرامت و منابع مالی و سایر حقوق مردم در بخش بهداشت درمان نظارت بسیار جدی است. بعضاً در کشورهای غربی ارائه خدمات درمانی غالباً با پوشش حقوقی و قضایی وکلای بیماران نظارت می شود تا از سهل انگاری، اجحاف و عوارض آن جلوگیری شود. متولی نظارت در کشور ما، خود فراهم کننده و ارائه دهنده خدمات است. به حقوق تضییع شده

مردم نیز در نظام پزشکی و پزشک قانونی غالباً» توسط پزشکان رسیدگی می شود که نمی توانند کاملاً» بی طرف باشند. مغفول ماندن نظارت، کیفیت خدمات را به حداقل می رساند و عوارض بی شماری را در پی دارد، نقش های حاکمیت نظارتی، اجرائی، تولید خدمات و پرداخت مبتنی بر عملکرد از هم تفکیک نشده و در همه حوزه ها افراد مسئول از صنف پزشکی انتخاب شده اند. حذف نظارت به معنای حذف حقوق بیمار است، نظارت هر بخش معمولاً» نمی تواند توسط نظارت شوندگان سامان گیرد. توجه به سیاستهای ابلاغی به ما نشان می دهد که در بندهای مختلف، نظارت به عنوان وظیفه تولید بر شمرده شده است. (۷-۱ و ۹-۴) و از سوی دیگر، بند ۷ سیاستهای ابلاغی بر تفکیک وظایف نظارتی تولید از ارائه خدمت تأکید دارد. کیفیت خدمات نیز در بندهای متعددی در سیاستهای کلی سلامت مورد توجه قرار گرفته است، از جمله بند ۸ و ۹-۳ و ۷-۹ و ۱۰-۲.

#### ۶- دارو:

موضوع تأمین دارو یکی از مواردی بوده که در بندهای متعدد مورد توجه سیاستهای ابلاغی سلامت قرار گرفته است. بند ۴ با بیان لزوم ایجاد و تقویت زیر ساخت های مورد نیاز برای تولید فرآورده ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین المللی، و همینطور بند ۵ این سیاستها با توجه به لزوم ساماندهی تقاضا و نظام سطح بندی و طرح ژنریک و الزامات دیگری که ذکر شده، همه در راستای ساماندهی هزینه های دارویی بوده است. افزایش قیمت دارو ها بخصوص داروهای وارد شده به کشور در یک دهه گذشته از رشد غیر قابل توجهی برخوردار بوده که در این رابطه می شود به چند عالم اشاره نمود:

۱- نحوه تجویز پزشکان در داروهای گران قیمت که بعضاً» در کشور مبدأ هنوز در مرحله آزمایش های بالینی (Clinical trial) هستند، بشدت تحت تأثیر شرکت های دارویی است. استفاده از راهنماهای بالینی (بند ۵ سیاستهای کلی سلامت) و نظارت بیمه های مستقل و مقتدر می تواند این مشکل را حل کند.

۲- مسئولین اثرگذار در نهادهای تصمیم گیر حاکمیتی بعضاً» خود وارد کننده و تولید کننده دارو هستند. این در حالی است که در بخشی از تبصره ۲ ماده ۲۲ قانون برنامه پنجم توسعه آورده شده کارکنان ستادی وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی و سازمانهای وابسته، هیأت رئیسه دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، رؤسای بیمارستانها و شبکه های بهداشتی درمانی مجاز به فعالیت در بخش غیر دولتی درمانی، تشخیصی و آموزشی نیستند. ۳- تولیدات داخلی به دلیل عدم حمایت و ورود همزمان داروهای مشابه خارجی گرفتار اختلالات جدی شده اند. ۴- طرح مترقی ژنریک که می توانست نفوذ تراستهای دارویی در کشور را به حداقل برساند، تقریباً» به طور کامل مورد بی توجهی قرار گرفته است و متعاقب آن به سرعت از اعتماد مردم و پزشکان به داروهای داخلی کاسته شده و زمینه ورود بی ضابطه تولیدات دارویی خارجی

به کشور فراهم شده. بند ۵ سیاستهای کلی سلامت به لزوم استفاده از این طرح اشاره نموده و همچنین بند ۴ نیز صراحتاً» به پیگیری تقویت تولید داخلی دارو پرداخته. ۵- عوامل فوق حاصل عدم نظارت جدی تولید می باشد، چرا که متولیان این حوزه غالباً» در واردات و تولید دارو ذینفع هستند. ۶- در کشورهای موفق مسئولیت کنترل و نظارت در کیفیت دارو به عهده بالاترین نهادهای علمی مستقل است که در تجارت دارو مشارکت ندارند. در حالیکه در کشور ما کمتر از ۵۰ نفر در سالهای پس از انقلاب به نوبت تصدی پستهای معاونت و مدیریت و نظارت دارو را در وزارت بهداشت به عهده دارند که پس از اتمام دوره به مدیریت شرکتهای دارویی باز می گردند. این چرخش بعضاً» چندین بار تکرار شده است. لذا سرنوشت این امر مهم در دست مدیرانی است که صد درصد در تولید و تجارت داروها ذینفع هستند و به سختی می توانند منافع مصرف کننده را رعایت کنند.

#### ۷- غذا:

تولید، نگهداری و فرآوری مواد غذایی، به علت عدم رعایت استفاده علمی، کیفی و کمی از کودها و سموم شیمیائی، و نحوه نگهداری و همچنین فرآیند فرآوری، با مشکلات جدی در رابطه با ایجاد بیماریهای غیر واگیر و نو پدید مواجه است که وزارت بهداشت بعنوان مسئول اصلی نظارت بر این حوزه موفق به ساماندهی این مهم نشده است. ضمن اینکه برنامه مدونی در این رابطه وجود ندارد.

#### ۸- پاسخگویی (در مقابل مراجعه کننده، حاکمیت، سیاستگذار و ناظر):

- پاسخگو اصلی در کشورهای موفق مجریان صف مقدم خدمت می باشند که از اختیارات لازم در چهار چوب ضوابط، همراه با نظارت دقیق توسط حاکمیت برخوردارند و سایر شرکای اجتماعی پیگیر پاسخگویی از آنها هستند، در ساختار فعلی:

- کلیه اختیارات در ستادهای وزارت و دانشگاه متمرکز می باشند مسئولین و کارکنان بخش ها و درمانگاهها به عنوان مجریان صف عملاً» مورد اعتماد نبوده و از هیچ اختیاری برخوردار نیستند و نمی توانند مسئولیت پاسخگویی را داشته باشند.

- عدم اعتماد و بی حرمتی به ده ها هزار متخصص گروه پزشکی در صف مقدم خدمت که از نظر علمی و توانایی تفاوت چندانی با پرسنل ستادی ندارند و افقد اختیارند، باعث سلب مسئولیت از آنها و بی تفاوتی کامل در مراکز ارائه خدمات گشته و بهره وری مراکز و کسب رضایت بیماران را به حداقل رسانده است.

- دیوان سالاری حاکم در ستادها که اختیارات ساماندهی ارتباط ۷۰ میلیون جمعیت و صدها هزار خدمات دهنده را به خود اختصاص داده و عملاً» نمی تواند پاسخگو باشد (در حالیکه اصرار بر تمرکز دارند) نارسایی های موجود را با فرافکنی به کمبود منابع و بی توجهی حاکمیت محول نموده و تمرکز گرایی بیشتر را طلب می کند.

## برگزیده مقالات سمینار نقشه راه سلامت جمهوری اسلامی ایران

### Holistic consideration of the human being, as a starting point in planning public health systems

*Authors. Abascal Ruiz, Juan Antonio \*; Aguirre Muñoz, Jesús Ramón\*\**

*\* Medical Doctor. Medical specialist in Preventive Medicine and Public Health. Academician of Royal Academia of Medicine.*

*Chief assistant to the CEO of the Center for Studies and Development of Health ( Private Center). Zaragoza.*

*\*\* Medical Officer of Public Health Care in Home Assistance. Specialist in Medicine Family and Community. Senator for the province of Córdoba. Spokesman of Commission Health and Social Affairs. Senate of Kingdom of Spain.Madrid.*

#### INTRODUCTION:

Planning process in health systems is a process dynamic, active and iterative. The planner team will have achieved its first success when your proposal and is recognized in this society as the partner necessary for dynamic progress of the individual as a whole human and transcendent.

For all the above is so we consider necessary «the Holistic philosophy « as the philosophical basis for to «health planning» and for the maintenance of «Sanitary Assistance Public System» as need expressed by society

#### MATERIAL AND METHODS:

We used the method of social anthropology to lay the reality of the society under study. We reviewed the consideration of «Health» and treating of his need expressed in the Constitution, which is the social basis of ethical and moral. In the Constitution is expressed the right to health. The Administration of State have the obligation to translate this need in laws that are collateral to an expressed need arises.

The need for a «map of health care» in a framework of provision and public regulation» is a «holos” integrated into other» holos” interrelated.

#### RESULTS:

This holistic consideration, allows accept ,as programmatic basis, need for the formulation of a public healthcare plan as overcoming «paradigms « and create one «sintagma»

The «I» and «the other» are a transcendent beings, full of possibilities;That is a reality we must help develop. Only from the social reality , in its holistic dimension, will increase satisfaction of all citizen.

#### CONCLUSIONS:

1. The holistic consideration prevents confuse «everything» with «all».
2. Health systems seeking universality of health care always achieve social recognition if are based in the social reality and in their sense moral and ethical.
3. The State has the requirement of considering them as “Preferential Goods», and need of your legal supervision.

*Please: questions and concerns to e-mail [jramon.aguirre@senado.es](mailto:jramon.aguirre@senado.es) ; address correspondence to [j.a.abascal@asistidos.com](mailto:j.a.abascal@asistidos.com)*

**Title: The design of health policies and health care: Commitment from the Public Administration. The universal right to health care**

*Authors: Aguirre Muñoz, Jesús Ramón\*; Abascal Ruiz, Juan Antonio\*\**

*\* Medical Doctor. Specialist in Medicine Family and Community. Senator for the province of Córdoba. Spokesman of Commission Health and Social Affairs. Senate of Kingdom of Spain. Madrid.*

*\*\* Medical Doctor. Medical specialist in Preventive Medicine and Public Health. Academician of Royal Academia of Medicine. . Chief assistant to the CEO of the Center for Studies and Development of Health. Zaragoza.*

**Introduction:**

The challenge of being or not an advanced AND complex society, not only is based in solidarity as the cohesive force; also the recognition of existence of asymmetries are forces for social integration. The limit on the design of health policy is only the the Constitution

Once the law recognizes this right the administrative system has to implement norms of state for allow citizens your effective exercise this right.

**Material and Method:**

We have divided this paragraph in to two sections , citing only the basic laws and commitments

The role of administration in the application of Laws and layout aimed normal development of health activity

1. General Health Law . Law 2012/16 on financial security of the Spanish National Health System. RD-Law 2012/16 on the common health asistencial service portfolio.

2. Law 2007/7, of 12 April, the Basic Statute of Civil Servants.

Initiatives for consideration of the Public Health system as social enterprise.

- Revised text of the General Law on Social Security
- Mutuels of Voluntary Social Welfare.

**Results:**

- The first problem we have found in the need for addressing the universal right to health care from knowledge developed with methodological criteria .

- The second is create in society clear rules of conduct with the use of the assets generated by the entire society and funded for the State.

After analysis and discussion of the material, using holistic and Socratic methods, and legal limit of the Constitution, the conclusion is clear and conclusive.

**Conclusions:**

In the holistic perception is the State who must be have integrative capacity, experience and and knowledgeable staff sufficient in the Administration and laws

It is impossible to realize the right to health protection if not part of a true positive legislation and political commitment and genuine involvement of the State Administration for achieving that goal.

*Please: questions and concerns to e-mail jramon.aguirre@senado.es ; address correspondence to j.a.abascal@asistidos.com*

## Evidence-informed Health Policy-making

*Dr. Shahin Shoostari*

*Associate professor of community health sciences and family social sciences  
University of Manitoba, Canada*

Evidence-informed health policy-making is an approach to make policy decisions. Its aim is to ensure that the policy decisions are well-informed by the best quality research evidence available. There are many factors that are involved in the development of health policies and decisions. The entire process of policymaking might not be systematic and transparent. Within this process, however, it is extremely important to make sure that systematic processes are used to identify research evidence that is of high quality to be used as the basis for decision making. Health officials and all those involved in the planning and delivery of health services must access and be able to appraise the quality of research evidence, and use that in determining the existing health problems, and priorities, and in addressing them. In practice, unfortunately there is not always a strong connection between research and policy. This “knowledge to action” gap most often leads to making decisions that fail to address the pressing health needs of the entire population, or specific groups within the population. Poorly-informed health decisions will hinder the appropriate allocation of resources, leading to planning and delivering health services and programs that are not effective, efficient, or equitable. In this presentation, the process of making well-informed health policy decisions will be reviewed. In addition, examples will be provided to demonstrate how high quality research evidence can be used for population-based health planning and policy development.

## Monitoring and Evaluation in Health System: Comprehensive Community Health Assessments

*Dr. Shahin Shoostari*

*Associate professor of community health sciences and family social sciences  
University of Manitoba, Canada*

A comprehensive community health assessment (CHA) is a dynamic ongoing process that is used to identify characteristics, strengths and needs of a community. It helps to establish health priorities for a community and therefore facilitates collaborative action planning aimed at improving community health, access to services and quality of life. Comprehensive CHA is a key component of the health planning cycle. For regional health planning, it is important that the decisions and policies are informed by the valid and reliable information on community characteristics, health status, access to care, health system performance, and equity obtained through comprehensive CHAs. Monitoring, and Evaluation are tools that we can use to ensure that services and programs that are developed through regional health planning are meeting the community needs that were identified through comprehensive CHA. To monitor equity in health, access to care and services, we need to develop a management information system and track the “outputs” of each program. In addition, we need to evaluate the effectiveness of the programs. In this presentation, the complex process for comprehensive CHAs in the Canadian Province of Manitoba will be discussed. In addition, examples will be provided to showcase how population-based health information collected through comprehensive CHAs assist with the evaluation of specific health programs at the community-level.



## Dynamic prevention of chronic disease

*Etemad K<sup>1</sup>, Heidari A<sup>2</sup>, Kabir M J<sup>3</sup>*

### Introduction:

Dynamic prevention model is a systematic, evidence-informed approach to designing comprehensive and strategic interventions focused on chronic disease prevention. The model was developed using a collection approach to account for multilevel influences and determinants of individual and population health, quality of life, and Non communicable disease risks. It is focused on the four pillars of health promotion and intervention practice (evidence, evaluation, development, and delivery) and moves through three fundamental phases: identification of risk factors and sensitizing concepts; mediating mechanisms and modifiable contexts; and program development, delivery, and evaluation

Policy approaches to disease prevention tend to have a greater impact on the whole community than individually oriented approaches do. These programs recognize the need to foster behavior change by removing policy-imposed barriers to good health and enacting policies that encourage healthy behavior. Policies have both direct and subtle effects on public health. Direct effects tend to be more measurable and may include risk factor prevalence, disease incidence or prevalence, disability, and mortality. More subtle effects may occur prior to outcome changes.

### METHODS:

Framework for Policy Development and Implementation:

Identification of Health Risks and Preventive Options, Intervention Development, Policy Development, Policy Enactment and Assurance, monitoring & evaluation, updating program.

Yet less is known about the dynamic interplay and causal links between social norms and health behaviors. Laws to reduce exposure of some risk factor, such as secondhand smoke appear to have influenced both social norms and smoking behaviors but it is difficult to establish the direction of causal path between smoking norms and behaviors. Social norms approaches to behavior change focus on the directionality of norms influencing behavior

### CONCLUSION:

It should be considered as a necessity of prevention of chronic disease to improve health determinants

## Cross-national differences and similarities in reducing health inequalities – a perspective from a country in transition

*Dr. Myung Ki*

Marked disparities in the risk of morbidity and mortality between and within developing countries pose health policy concerns. This presentation will review some empirical studies in investigating cross-national differences focusing on health inequalities and then will describe the differences in public health challenges to health inequalities in response to demographic shift and global economic downturn etc. It will explore the relevance of a range of potential determinants of health (such as socioeconomic factors, work environment, health care system, and diet and nutrition) which are mostly developed and tested in the advanced countries but are adopted by and applied in the developing countries. It will provide evidence that differences in health context are already established in almost every country and that the determinants of health that are subtle and specific to each health problem are also understood. This talk, at the same time, will outline the common ground for which global guide can contribute. Finally, it will highlight some successes including improved awareness of health inequalities with implications for action in developing countries.

**System evaluation versus program assessment as key functions in the health system management***AliAkbar Haghdoost, epidemiologist, Kerman University of Medical Sciences*

There is no doubt that monitoring and evaluation (M&E) is a key component in management; however its applications, scopes and models have to be tailored in every systems according to needs, and opportunities.

From different aspects, M&E approaches may be classified. From one aspect, we can differentiate internal and external evaluations. In internal evaluation, role-plays are continuously monitor activities and explore processes to detect the defects in order to improve the productivity of a system. For example, medical staff in a hospital may control all processes themselves to minimize the burden of nosocomial infections by spotting their faults continuously. While in external evaluation, an evaluator from outside of the hospital may observe and review all relevant activities to highlight pitfalls.

From a different aspect, an evaluation might be implemented to compare the performance of equivalent systems, i.e., ranking of organizations with or without an analytical feedback; or to accredit the eligibility of systems to discriminate accepted and unaccepted ones.

However, the system evaluation is extensively different from the program evaluation. In system evaluation, we explore if an organization is a functional union with acceptable performance. While in the program evaluation, we check if specific objectives of a program are being met.

As an example, we may check if different parts of a hospital work efficiently with each other, and role-plays are being linked functionally (system evaluation); while we may check the vaccination program in a province by assessing the coverage of effective vaccination among children.

The indicators of these two models are quite different. In the system evaluation, we have to check if different components of a system with defined specific tasks are worked constantly. For instance, in order to evaluate or rank the public health sector of different provinces, some indicators such as the background and experience of their directors, the number of intra-sectorial meetings, and the mechanism of internal evaluation may be defined.

In fact, to address to the objectives of any program, it has to be implemented in a functional system. In other words, any public health program works more effectively if it is implemented in a sharp and well-organized health system. However, it seems that in the current M&E activities in the health system of Iran, not enough attention has been paid to the system evaluation; and most of M&E projects are being reviewed the health programs mainly.

**Innovation in Health System Delivery***Seyed-Moayed Alavian, M.D,**Professor of Internal Medicine, Gastroenterology and Hepatology. Director of Iran Hepatitis Network, Editor-in-chief of Hepatitis Monthly, Tehran, Iran.**Email: alavian@thc.ir***Abstract:**

All nations are working to improve their healthcare delivery systems. The growth of chronic illness and aging populations, in particular, has placed a substantial burden on healthcare systems in both developed and developing countries. Population aging, rapidly increasing costs of healthcare and the growing burden of chronic Non-Communicable diseases are challenges to health systems worldwide. These challenges need to new approaches to healthcare delivery and comprehensive population health management. The innovations should be on, The Patient-Centered Medical Services, New payment arrangements that reward for health outcomes achieved rather than paying a fee for each service rendered, use the networks for specific goals, using new facilities in Internet and mobile devices for increasing the people awareness. The issues will discuss more in my presentation.

## Post-partum morbidity in mothers who had cesarean section compared to normal vaginal delivery; a cohort study in Fars province

Maharlouei N\*, Lankarani KB

Health Policy Research Center, School of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

**Background:** The rates of cesarean section (C-section) deliveries are rapidly increasing in many countries, including Iran. One of the reasons is low level of knowledge regarding its complications. In this study we aimed to compare post-partum complications of cesarean delivery and normal vaginal delivery.

**Method:** This is a part of cohort study started in 2011 in Fars Province. In the first stage of the study mothers who were in their 30-20 weeks of pregnancy and living in Fars Province, at least for 6 months, were invited to participate. In the second stage, we called them 6 months after they gave birth to their baby. A check list was filled which included some questions regarding maternal postpartum complications such as vaginal bleeding, major depressive disorder, infection (surgical wound, breast, and urinary tract), severe pain, uterine rupture. We also asked whether the mothers needed hospital admission due to delivery complications. Preventing a prolonged telephone call, we used demographic, obstetrical and gynecological information obtained in the first stage of the study. Pvalue less than 0.05 were considered significant.

**Results:** Of all 4186 interviewees, %37.7) 1580) had normal vaginal delivery (NVD), and the rest had cesarean delivery (CD). Participants' mean age was significantly higher in CD group compared to NVD group;  $5 \pm 27.3$  years versus  $5.1 \pm 26.6$  years; (Pvalue < 0.001). Post-partum vaginal bleeding were reported significantly (Pvalue < 0.001) higher in mothers who had CD compared to NVD; %5.4) 142) and %2.8) 45), respectively. However, no differences were found neither in the duration of hospital admission nor in frequency of blood transfusion between both groups. While significantly more mother in CD group experienced urinary tract infection (Pvalue = 0.01), the frequency of wound infection was indifference in both groups. %11.5) 302) of mothers who had CD reported unbearable pain after delivery which was significantly (Pvalue < 0.001) higher than those who had NVD (%6.5 ;103). Uterine rupture was reported in 97 mothers (%3.7) in CD group and 45 mothers (%2.6) in NVD group, without any statistical differences (Pvalue = 0.07). Asking about post-partum hospital admission, revealed that it was significantly (Pvalue = 0.03) higher in CD group compared to NVD group, %6.4) 158) and %4.7) 73), respectively.

**Conclusion:** The results of our study showed mothers who had CD suffered from more post-partum morbidities compared to those who had NVD. Therefore, except from %15-10 of CDs which have medical indications, gynecologist and mothers should think twice before choosing this method of delivery.

**Key Words:** complications, cesarean delivery, normal vaginal delivery, post-partum morbidity

## Social determinants of oral and general health

Dr. Wael Sabbah

Socioeconomic inequalities exist in utilization of both general and oral health services. However, the separation of oral health services from other health services has decreased the attention of health policy makers to the field of oral health services and increased, as a result, the disparities and inequalities in utilization of oral health services. This presentation summarizes the direction and nature of the association between oral and general health, general health manifested in oral condition, possible causal relationship between oral health and general health and comorbidities. The presentation discusses different studies on each of the three directions of the relationship highlighting current work investigating a role for maintaining good oral health on nutritional intake and the possible impact on systemic condition. The similar relationship between different indicators of socioeconomic position with each of oral and general health indicators will be highlighted. The presentation then discusses different pathways linking socioeconomic position to oral and general health, namely, behavioural, psychosocial, and use of services. The presentation discusses relevance to the Iranian population and recommendation for future research and for policies.

## HTA ابزاری برای توسعه سلامت

رضا تبریزی، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، ازهراالی، کارشناس ارشد HTA<sup>۱</sup>، مریم اکبری، کارشناس ارشد اپیدمیولوژی<sup>۱</sup>  
 ۱. مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

**زمینه:** پیشرفت فناوری در طول سال های گذشته تغییر قابل توجهی در درمان و مراقبت های پزشکی به وجود آورده است. پزشکی مدرن و فناوری ها چنان با هم آمیخته شده اند که پزشکان برای درمان و تشخیص بیماری ها، به استفاده از این فناوری ها نیازمندند. ارزیابی فناوری سلامت (HTA) شکلی از پژوهش در حیطه سیاست است که به طور منظم عواقب کوتاه مدت و بلند مدت کاربرد فناوری سلامت، دسته ای از فناوری های مربوطه یا مباحث مرتبط با فناوری را از لحاظ سلامت و کاربرد منابع بررسی می کند.

**مقدمه:** این مقاله یک مطالعه مروری است که به بررسی متون در حوزه ارزیابی فناوری سلامت می پردازد. مکتوبات و مقالات مرتبط با موضوع از کتابخانه و اینترنت انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفته است.

**نتایج:** با توجه به کمیابی منابع در بخش سلامت، تصمیم گیری ها به خصوص انتخاب فناوری های گران قیمت باید بر اساس شواهد باشد. هدف نهایی HTA آماده سازی درون داد مناسب برای سیاستگذاران است. HTA همانند یک پل بین علم و سیاستگذاری عمل می کند که سطوح مختلف کاربرد آن از سیاستگذاری تا مدیریت و کاربرد بالینی است. همواره در تمام دنیا، صرف منابع مالی در زمین های خاص، مستلزم کاهش منابع به همین میزان از سایر بخش ها خواهد بود، لذا ارزیابی فناوری سلامت می تواند بعنوان ابزار مدیریتی تلقی شده و در سطوح مختلف تصمیم گیری ها، مدیریت نظام سلامت را یاری نماید تا با تصمیم گیری های سازمانی مبتنی بر شواهد، به میزان قابل قبولی کارایی و اثربخشی سازمان را بدست آورد.

**نتیجه گیری:** ارزیابی فناوری سلامت پتانسیل بی نظیری برای کمک به سیاست گذاری، برنامه ریزی استراتژیک، مدیریت و اجرای فناوری ها در مراقبت سلامت دارد. HTA می تواند به عنوان ابزاری استراتژیک برای برقراری ارتباط بین تحقیق و سیاست مورد استفاده قرار بگیرد.

**کلیدواژه:** ارزیابی فناوری سلامت، HTA، توسعه، سلامت

# بهداشت بهداشت

دانش و تجارب مدیران ارشد و خبرگان در روند

توسعه شبکه های بهداشتی ایران



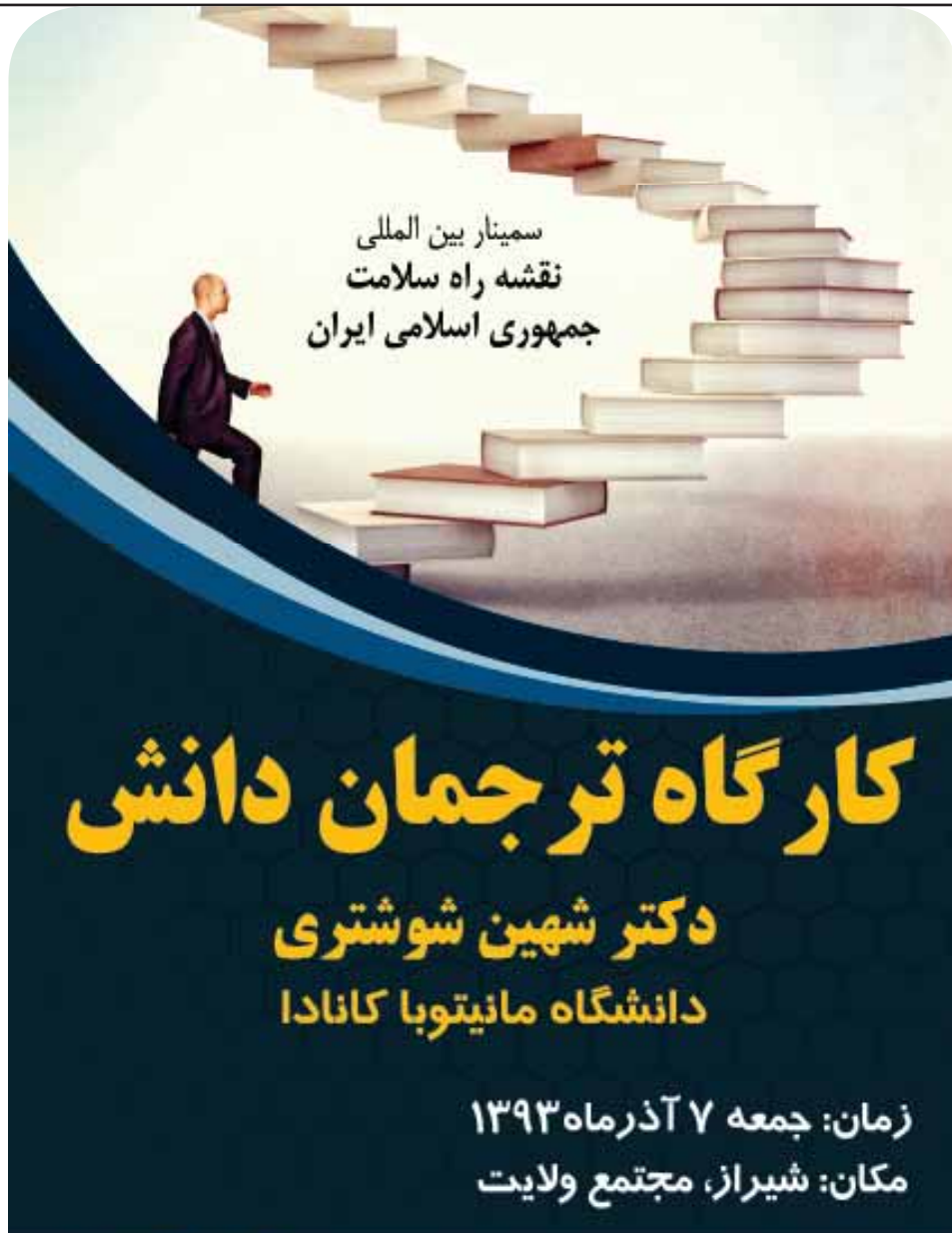
مؤلفان:

کلمران باقری لنگرانی  
رحمت الله حافظی  
سید محمد علیپور  
سید علیرضا متولیان  
حسام رمضان پورخاکی  
محمدعلی فیاض بخش  
محمدحسین شاکری  
بهنام هنریز  
سولماز قهرمانی

طراح: فرحناز پیری

پیشینه های تاریخی بهداشت در کشور، تاریخچه ای از اقدامات انجام شده در حوزه بهداشت عمومی کشور ارائه گردیده است. بخش دوم کتاب، توسعه بهداشت عمومی در کشور را از زبان دست اندرکاران طرح بیان می کند. در آغاز وضعیت بهداشت عمومی و اقدامات انجام شده در این حوزه، در سال های پیش از پیروزی انقلاب اسلامی بیان گردیده سپس به بیان وضعیت توسعه بهداشت عمومی در کشور در سال های پس از پیروزی انقلاب پرداخته شده است. موضوعاتی از قبیل واکسیناسیون سراسری، توسعه شبکه های بهداشتی کشور، یکپارچه سازی خدمات در شبکه های بهداشتی، ساختار شبکه های بهداشتی درمانی و رکود در توسعه شبکه، در این بخش ارائه شده است. در بخش سوم کتاب، بخشی از دانش استخراج شده از تجارب مستند شده را در قالب تحلیل ارائه شده است. این تحلیل ها بر مبنای مستندات مورد مطالعه و مطالب ارائه شده در جلسات تدوین شده اند که البته بخش اعظم آنها در لایه های مصاحبات مندرج در کتاب آمده است. این تحلیل ها، نشان دهنده مجموعه عوامل اثرگذار بر پیشرفت و رکود شبکه های بهداشتی کشور و ارتباط میان آنهاست.

رونمایی کتاب «به داشت بهداشت» به قلم پروفسور کامران باقری لنگرانی در سمینار بین المللی نقشه راه سلامت جمهوری اسلامی ایران بهبود وضعیت شاخص های بهداشتی در کشور، مرهون تلاش های افرادی است که شاید هیچ گاه نامی از آن ها برده نشده باشد، ولی اثر اقدامات ایشان، به میلیون ها نفر از مردم ایران زندگی بخشیده است. هرچند آنچه ما می بینیم، اثرات اقدامات این بزرگان است، و لیکن دانش و تجارب آنها که اندوخته سالیان متمادی خدمت آنهاست، گنجینه ارزشمندی است که تلاش برای حفظ و نشر آن، وظیفه مهمی است که سرمایه ای ارزشمند برای آیندگان ایجاد خواهد نمود. کتاب «به داشت بهداشت» به قلم پروفسور کامران باقری لنگرانی و سایر همکاران در سمینار بین المللی نقشه راه سلامت جمهوری اسلامی ایران که در تاریخ ۵ و ۶ آذرماه ۱۳۹۲ در شیراز و به میزبانی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت برگزار خواهد شد، مورد رونمایی قرار خواهد گرفت. در نخستین فصل این کتاب، برای برقراری ارتباط خواننده با راویان موضوعات کتاب، گزیده کوتاهی از زندگی نامه و سوابق اجرایی بعضی از مصاحبه شوندگان ارائه شده است. سپس در فصل دوم، به منظور آشنایی خواننده با



سمینار بین المللی  
نقشه راه سلامت  
جمهوری اسلامی ایران

# کارگاه ترجمان دانش

دکتر شهین شوشتری  
دانشگاه مانیتوبا کانادا

زمان: جمعه ۷ آذرماه ۱۳۹۳  
مکان: شیراز، مجتمع ولایت



<http://ihrm.sums.ac.ir>

به دلیل شناسایی کیفیت والای تحقیقاتشان- دکتر شوشتری چندین جایزه دریافت نموده اند از قبیل: جایزه ی پژوهشی از موسسه بین المللی تحقیق علمی بر روی ناتوانی فکری و جایزه ی لیاقت از دانشگاه مانی توبا. اهداف کارگاه:

- ۱) ارتقا ی سطح آگاهی حاضرین در کارگاه در باب مفهوم- مدلها و متودهای ترجمان دانش
- ۲) افزایش سطح آگاهی حاضرین در کارگاه در مورد اینکه چگونه می توان ترجمان دانش را در برنامه ها و تحقیقات بهداشت عمومی به کار برد
- ۳) تسهیل بحث و بررسی در مورد فاکتورهای آسان سازی و بازدارنده ی ترجمان دانش در برنامه ها و تحقیقات بهداشت عمومی

دکتر شهین شوشتری پروفیسور مشاور در علوم بهداشت جامعه و علوم اجتماع خانواده از دانشگاه مانی توبا می باشند. موضوعات بنیادین تحقیقاتشان من باب ارتقاء سرمایه گذاری بر روی عنوان بهداشت و سلامت و دوران ساختاردهی سالم مخصوصا زمانی که مرتبط با جمعیت آسیب پذیر بوده می باشد .

دکتر شوشتری اصلی ترین محقق در چندین امتیاز گروهی در مورد موضوع ترجمان دانش بوده که توسط موسسات کانادایی پژوهش بر سلامت و بهداشت سرمایه گذاری شده- همچنین به عنوان دستیار محقق در چندین امتیاز گروه فدرال و ایالتی سرمایه گذاری شده در مورد موضوع سلامت و تندرستی فعال بوده و قابلیت دستیابی به سرویسهای بهداشتی برای افراد با ناتوانی رشدی را نیز داشته است.

مجلات مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



**Shiraz E Medical Journal**  
SEMJ is a peer reviewed online quarterly journal published by Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran  
ISSN: 1735-1391



<http://emedicalj.com>



**مجله کلید سلامت**  
Health Policy Research Center



<http://hkj.sums.ac.ir>



**Women's Health Bulletin**  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
pISSN: 2345-5136  
eISSN: 2382-9990



<http://womenshealthbulletin.com>



**International Journal of School Health**  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
eISSN: 2383-1219  
pISSN: 2345-5152



<http://intjsh.com>



**Social Pharmacy Journal**



<http://socialpharmacyjournal.com>

5<sup>th</sup> International Conference on:  
**Reducing Burden of Traffic Accidents: Challenges and Strategies**  
پنجمین سمینار بین المللی کاهش سوانح ترافیکی، چالش ها و راهکارهای پیش رو

# ایمپنهاد عابرین پیاده Pedestrian Safety

شیراز ۶، ۷ اسفندماه ۱۳۹۳  
25,26<sup>th</sup> February 2015  
Shiraz, Iran



[www.health-policy.org](http://www.health-policy.org)



Together We Can  
Save Millions  
of Lives.

