فصلنامه مطالعات حقوق
Journal of Legal Studies
شماره بیست و یکم. بهار ۱۳۹۷، صص۲۴۹-۲۲۷ Vol 2. No 21. 2018, p 227-249
شماره شاپا (۶۳۹۵-۲۵۳۸) ISSN: (2538-6395)

نقش سیاست های کلی سلامت مصوب ۱۳۹۳ در تحقق معیارهای حق بر سلامت

جمیله جعفریان اصل[۱]. دکتر علی حاجی پور کندرود[۲*]
۱. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده حقوق عمومی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
Jafarian347@yahoo.com
۲. استادیار، دانشکده حقوق، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران
نویسنده مسئول Hajipour62@yahoo.com

چکیده
سلامت انسان‌ها به عنوان یک حق اساسی، دارایی و سرمایه ارزشمندی برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع است. قوانین کشورهای مختلف از این حق به عنوان اساسی‌ترین حق مردم کشور خود نام برده‌اند. بسیاری از دولت‌مردان در برنامه‌های انتخاباتی خود این مسئله را به عنوان یک اصل، عنوان می‌کنند. در جمهوری اسلامی ایران نیز سلامت به عنوان یک حق در قانون اساسی شناخته شده است. اصل ۲۹ قانون اساسی، حق بر خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای همگان به رسمیت شناخته است. همچنین، قوانین و مقررات زیادی در رابطه با سلامت تصویب شده و اقداماتی اتخاذ شده است. از جمله این اقدامات، ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت از طرف مقام معظم رهبری می‌باشد که تحقق معیارها و موازین حق بر سلامتی ایفاء نموده است. سیاست های کلی سلامت نقش موثری در حمایت از حق بر سلامت اشخاص ایفاء کرده است. مفاد ابلاغیه جامع و کامل است و می‌تواند اهداف مترقی جمهوری اسلامی ایران مبنی بر عدالت اجتماعی، مشارکت مردم، همکاری بین بخشی، تناسب و تکنولوژی مناسب را پوشش داده و عملی کند. همچنین بررسی این سیاست‌ها می‌تواند تا حدود زیادی در تحقق معیارها و موازین حق بر سلامت تأثیرگذار باشد.

واژه‌های کلیدی: حق بر سلامت، معیاهای بین المللی، نظام حقوقی ایران، سیاست‌های کلی حق بر سلامت مصوب ۱۳۹۲، چالش‌ها.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

مقدمه

سلامت، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جزء مهمترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان ها محسوب شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره‌مند شدن انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است، لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن، همواره یک اولویت مهم بوده است. نظام سلامت که شامل کلیه زیرساخت‌های توسعه یافتگی از قبیل نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی و همچنین کلیه موسسات، تشکل‌ها، منابع و افراد شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌ها، شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، مراکز تحقیقاتی، مطب‌های پزشکان، دندانپزشکان و ماماها، آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی‌ها و سایر مراکز تشخیصی تولید، توزیع و ارایه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت می‌شود، مسئولیت اصلی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد مردم را به عهده دارد. بنابراین مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای تندرستی مردم و جامعه است. نیازهایی که تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، همواره در حال تغییر است. از سوی دیگر بیماری‌ها و عوامل مخاطره آمیز سلامت هم دائماً در حال تغییر بوده و به خصوص در دوره حاضر تحولات بسیار سریعی را تجربه می‌نمایند. پاسخگویی به این تغییرات مهمترین استدلالی است که بر اساس آن باید نظام سلامت را متحول کرد و ارتقا داد. از اینکه ایجاد تحول و ارتقای مستمر نظام سلامت در چه بخش، موارد یا موضوعاتی، چگونه، با چه سازوکارهای قانونی، در چه دوره زمانی، با برخورداری از چه منابعی و نهایتا با چه هدفی انجام گیرد؟ ذینفعان آن چه کسانی خواهند بود؟ تا چه مدت و در چه وسعتی پایدار می‌ماند؟ سئوالاتی هستند که همواره سیاست‌گذاران، مدیران و کارشناسان حوزه سلامت را وادار به مطالعه، اندیشیدن، استدلال، خلاقیت و نوآوری می‌نماید. نظام سلامت با چهار عملکرد اصلی (تولیت، تامین منابع، خلق منابع و ارائه خدمت) در صدد است به سه هدف اصلی خود که شامل تأمین سلامت، رضایت و عدالت است، نائل شود. سیاست‌گذاری یکی از کارکردهای تولیت نظام سلامت و شاید چالش برانگیزترین کارکرد برای مطالعه، اندیشیدن، استدلال، خلاقیت و نوآوری به منظور ایجاد تحول و ارتقای کل یا بخشی از نظام سلامت می‌باشد. امروزه فرایند سیاست‌گذاری مثل خیلی از کارکردها و وظایف دیگر با رشد سریع علم و فنآوری اطلاعاتی و ارتباطی دستخوش تغییرات چشمگیری قرار گرفته و از طیف خرد فردی، سلیقه‌ای، تجربه نشده به سمت خرد جمعی، برخوردار از تجارب دیگران و با تأکید بر پیش‌بینی و ارزیابی مزایا و معایب احتمالی در حال جابه‌جا شدن است.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

۱- مفهوم حق

پیدایش مفهوم حق به معنای جدید یعنی«حق داشتن» در مقابل معنای قدیمی«حق بودن» به سده‌ی سیزدهم و آثار فیلسوف فرانسیسکان ویلیام[1]اهل اوکام بر می گردد(راسخ، ۱۳۸۱: ۱۵۱). حق در معنای حق بودن در مقابل «باطل» قرار می گیرد، اما در معنای حق داشتن می تواند در مقابل تکلیف قرار گیرد که این مسأله محصول کوشش‌های نظری و عملی آزادی خواهانه و برابری خواهانه‌ی انسان در دوران مدرن است. «حق بودن» در معنای ارزشی یعنی «خوب بودن» به این صورت که اگر عملی حق است یعنی بر اساس اصول اخلاقی مورد قبول و تأیید می‌باشد. برای مثال می توان از کمک به فقرا نام برد که از نظر اخلاقی عملی خوب و اخلاقی است. اما حق در ترکیب «حق داشتن» با حق بودن فرق دارد. در این معنا حق داشتن ضرورتا به معنای انجام عملی خوب و اخلاقی نیست (همان منبع: ۱۸۷). بلکه وقتی از حق داشتن بحث می‌نمائیم مراد ما این است که ذی‌حق در موقعیت ویژه ای قرار گرفته است. به عبارت دیگر محق بودن یک فرد در یک نظام حقوقی بدین معناست که آن نظام حقوقی فرد را در موقعیت ویژه ای قرار داده است. در معنای مدرن حقوق در دو مفهوم «نوعی» و «شخصی» به کار می‌رود. منظور از حقوق «نوعی» مجموعه‌ی قواعد و مقررات ناظر بر روابط گوناگون فردی و اجتماعی است که برای تابعان خود ایجاد حق و تکلیف می‌کند. براساس این تعریف افراد ضمن برخورداری از حقوق مکلف به انجام یا خودداری از اعمالی نیز هستند و حقوق «شخصی» به معنای مجموعه‌ی امتیازاتی است که افراد طبق قواعد و قوانین از آن برخوردار می‌شوند و دیگر افراد و جامعه مکلف به رعایت و احترام به این حقوق می باشند (هاشمی، ۱۳۸۴: ۳).

۲- مفهوم سیاست سلامت

مجموعه سیاست‌ها و برنامه‌هایی است که دولت برای گسترش سلامت همگانی و ارتقای توانمندی شهروندان با هدف کاهش نابرابری اجتماعی اتخاذ می‌کند.

سیاست سلامت از ابعاد سیاست اجتماعی است و توسعه آن به عنوان یکی از مسئولیت‌های دولت ها مطرح می‌شود. این سیاست که با رفاه فردی و اجتماعی مرتبط است می‌تواند تحت تأثیر جهت‌گیری و رویکرد دولت‌ها قرار گیرد. اما در باره این که در ایران دولت‌های گوناگون چه جهت‌گیری نسبت به سیاست سلامت داشته‌اند دریافت دقیقی وجود ندارد (خاتمی، ۱۳۷۹: ۲۷).

یکی از موضوعات مرتبط با سیاست اجتماعی مطالعه رهیافت ها و کنش‌های حکومت‌ها و دولت ها نسبت به موضوعات رفاهی است. از آنجایی که جهت گیری‌های سیاسی، عقاید، گرایش‌ها، اعتقادات، ارزش ها، ایدولوژی و کلیشه‌ها تعیین کننده خط مشی دولت‌ها و سیاست‌های آنان در ابعاد اجتماعی و اقتصادی است. شناسایی موقعیت‌های ایدولوژیکی بازیگران سیاسی و نیز تحلیل دقیق تأثیرات، پیامدها و برون

1. Franciscan William

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

دادهای سیاست ها از اهمیت فراوانی برخوردار است. این تصور وجود دارد که دولت‌ها بر اساس ایده‌ها و رویکردهای گوناگون سیاسی، جهت‌گیری‌های متفاوتی در سیاست‌های اجتماعی خود دارند. ساختار اقتصاد سیاسی در ایران سبب شده تا رویکرد دولت نقش مهم‌تری را در تعیین سیاست‌های اجتماعی ایفا نماید. از این‌رو فهم تحول، ساختار و نقش دولن در ایران از الزامات ضروری فهم بهتر سیاست اجتماعی است. اما رویکرد و نقش دولت نسبت به سیاست اجتماعی در ایران به ویژه پس از انقلاب ۱۳۵۷ش، که ادعا می‌شود دولت‌هایی با رویکردهای سیاسی متفاوت داشته است، چندان مورد توجه مطالعات حوزه سیاست اجتماعی نبوده است (باقری لنکرانی، ۱۳۸۹: ۸۷).

با استناد به اصل ۲۹ قانون اساسی و با توجه به ساختار اقتصاد سیاسی ایران، دولت کنشگر اصلی سیاست سلامت تلقی شده و این سیاست نظیر سیاست‌های اجتماعی دیگر، محصول عملکرد دولت محسوب می‌شود.

۳- لزوم رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها

پیاده سازی رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها»، در یک سیستم، دولت را قادر می‌سازد تا پاسخ‌دهی به نیازهای سلامت و تندرستی مردم یک جامعه یکپارچه عمل کند. رویکرد «سلامت در همه سیاست‌ها» اثرات سایر خط و مشی‌ها و قوانین بر روی سلامت را از طریق تعیین کننده‌های سلامت در نظر می‌گیرد. تعیین کننده‌های سلامت می‌توانند به طور مستقیم و آنی از سیاست‌ها مداخلات در بخش‌های مختلف متأثر شوند. رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها وقتی تحقق می‌یابد که قوانین و سیاست‌های سلامت محور در همه بخش ها طراحی، برنامه ریزی و اجرا شود. این رویکرد همچنین اثرات سیاست‌های موجود را نیز ارزیابی می‌کند و هدف نهایی آن، افزایش سیاست‌گذاری مبتنی بر اطلاعات، آگاه ساختن سیاست‌گذاران با ایجاد پیوند بین سیاست‌ها و مداخلات، تعیین کننده‌های سلامت و پیامدها و نتایج سلامت است؛ به طوری که هدف نهایی این رویکرد از میان برداشتن شکاف نابرابری سلامت می‌باشد (وحدانی نیا، ۱۳۸۹: ۷۶).

سیاست‌ها می‌توانند دارای کارکرد مثبت و منفی بر تعیین کننده‌های سلامت باشند. برای مثال، سلامت قلب به دنبال ایجاد تغییراتی در سیاست‌ها و قانونگذاری در سایر بخش‌ها اعم از سازمان‌های متولی امر و غیر آن صورت گرفته است که موجب افزایش کیفیت غذا، کاهش استعمال دخانیات و سیگار و افزایش کیفیت غذا، کاهش استعمال دخانیات و سیگار و افزایش فعالیت بدنی گردیده است (کریمی، ۱۳۸۶: ۲۵).

نکته مهم و اساسی این است که بدانیم سیاست‌های تعیین کننده سلامت به هیچ عنوان دارای خنثی نیستند. به دنبال چالش‌های اجتماعی غیر قابل اجتناب یکپارچه‌سازی، سیاست‌ها و خط مشی‌ها بیش از گذشته دارای اهمیت است. بسیاری از سیاست‌های ملی در بخش تجارت و صنعت، بازارهای داخلی و کشاورزی در جهت رشد سیاست‌ها از سطح ملی به سطح بین المللی است، اما گاهی این رابطه معکوس خواهد شد و

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

تحت فشارهای جهانی لازم است که سیاست‌های بین المللی در سطوح ملی مورد بررسی و اقدام قرار گیرند. دو استراتژی و راهبرد در پیاده سازی این رویکرد تعریف شده است. در حالت اول، مواردی که سود دو جانبه بین بخش بهداشت و سایر سازمان‌ها وجود داشته باشد، ترکیب اهداف به راحتی امکان‌پذیر است و شرایط «برنده- برند»، ایجاد خواهد شد. در حالت دوم، وقتی که اهداف سلامت با اهداف پایه و اولیه سایر سیاست ها مطابقت نمی‌کند، در این صورت در نظر گرفتن اهداف سلامت به عنوان هدف اصلی و پایه در اولویت قرار دارد، در این صورت یک راهبرد تک محوری وجود خواهد داشت (مصطفی نژاد، ۱۳۸۷: ۴۵).

دموکراسی، مشارکت عمومی، و شفاف‌سازی سیاستگذاری سه پیش نیاز مهم برای ارزش‌گذاری مفهوم سلامت در سایر سازمان‌ها است. پیش نیازهای مذکور که در فرایند سیاست‌گذاری سایر سیاست‌ها نه فقط سیاست های سلامت گنجانده شده است، شامل شفاف‌سازی فرایند سیاست‌ها با توجه به محدوده زمانی معلوم، برقراری یک مذاکره و ارتباط خوب با متولیان سایر سیاست‌ها، آگاهی از دانش بهداشتی کافی و همچنین در نظر گرفتن سیاست‌های انتخابی و جایگزین است. بنابراین داشتن اطلاعات بهداشتی در هر گونه سیاست گذاری مبتنی بر شواهد ضروری است. این آگاهی باید بتواند کمک کند که سیاست اتخاذ شده روی سلامت چه تأثیری دارد؟

سلامت یک مفهوم مثبت است که بر منابع اجتماعی و شخصی و همچنین ظرفیت‌های فیزیکی تأکید می‌کند. اگرچه نقش بخش سلامت به عنوان بخش فعال و حمایت کننده در همکاری‌های بین بخشی است. و باید بیشترین تلاش‌ها برای تقویت همکاری با سایر سازمان‌ها در بخش بهداشت مد نظر قرار گیرد. اما ارتقای سلامت نه فقط مسئولیت بخش بهداشت است، بلکه فراتر از شیوه زندگی سالم که فقط نقش مردم را می بیند به سوی توسعه محیط حمایت کننده از سلامت مردم حرکت می‌کند. تحقیقات اخیر نشان داده است که عوامل بسیاری خارج از مراقبت‌های بهداشتی تأثیر زیادی بر سلامت دارند. از سیاست‌های کشاورزی که غذای روی میز شام ما را تحت تأثیر قرار می‌دهد تا تصمیمات ملی زیست محیطی که ما را در معرض خطر ابتلاء به بیماری قرار داده است، همه به طور مستقیم و غیر مستقیم در انتخاب شیوه زندگی ما چه سالم و یا ناسالم و غیر بهداشتی اثر دارد. بدون هیچ مصالحه‌ای باید با تجزیه و تحلیل، رد پای هر سیاست را بر روی سلامتی کشف کرد. از سیاست‌های سیستم حمل و نقل و آموزش و پرورش گرفته تا انرژی و تجارت، بی شک بر روی سلامت جامعه اثرگذار است. البته باید توجه داشت که فقط سیاست‌های کلان در سطح بین المللی و ملی مدنظر نمی‌باشد و به طور قطع باید به سیاست‌های اتخاذ شده در سطح منطقه‌ای و محلی نیز توجه گردد. بدین معنی که گاهی سیاست اتخاذ شده توسط یک مدیر مدرسه یا معلم یک کلاس است که می‌تواند بر سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی دانش آموزان تأثیر مثبت یا

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

منفی داشته باشد. بنابراین چالش اصلی، آگاه ساختن سایر بخش‌ها از اثرات تصمیماتشان بر سلامت و ادغام اهداف سلامت با سایر سیاست‌ها است (جان بیلیس و همکاران[1]، ۱۳۸۸: ۱۰۹).

٤- سیاست‌های کلی سلامت

ارائه خدمات با کیفیت و اثر بخش سلامت، همواره از مهم ترین دغدغه‌های حکومت‌ها و دولت‌ها بوده، هست و خواهد بود چرا که همیشه و به ویژه در جهان معاصر، پس از امنیت دومین نیاز ملت‌ها سلامت است. در کشور ما نیز ابلاغ سیاست‌های کلان سلامت از سوی مقام معظم رهبری و اجرای طرح تحول نظام سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را می‌توان نقطه عطفی در تاریخ ارائه خدمات سلامت دانست. طرحی که با حمایت‌های مؤثر رییس جمهور محترم، اعضای دولت اعتدال و تدبیر و نمایندگان مردم آغاز شد و گسترش یافت؛ چنان که امروز سلامت به یکی از اولویت‌های سیاستگذاران و دولتمردان کشور تبدیل شده است. حوزه مهمی که در گذشته نقش خود را این گونه ارزشمند نیافته بود. در این مبحث به بررسی و تحلیل بندهای سیاست‌های کلی سلامت می‌پردازیم:

٤-١- بند ١ سیاست های کلی سلامت

در تمدن اسلامی، رعایت ارزش‌های انسانی در ارائه خدمات پزشکی از اهمیت والایی برخوردار است؛ به طوری‌که در قرآن کریم و در سوره مائده به اهمیت احیای نفس آن طور اشاره شده است: کسی که در نجات جان یک نفر بکوشد، مانند آن است که در نجات جان همه انسان‌ها کوشیده است. همچنین پیامبر بزرگوار اسلام نیز بر دانش پزشکی ارج نهاده و آن را هم طراز دانش دینی قرارداده است.

این آموزه‌ها در حالی است که به اذعان بسیاری از سیاستگذاران نظام سلامت، یکی از ریشه‌ای ترین کمبودها که مشکلات زیادی را در نظام سلامت کشور ایجاد نموده است، فقدان مبانی نظری و فلسفی بومی و منطبق با ارزش‌های حاکم بر کشور و جامعه ایرانی است.

با وجود منابع غنی که از صدر اسلام و پس از آن به همت ائمه اطهار و عالمان دینی در حوزه سلامت و سبک زندگی اسلامی- انسانی، ارائه و گردآوری گردیده است؛ متأسفانه امروزه شاهد آن هستیم که در اغلب موارد دیدگاه کلی حاکم بر نظام سلامت کشور ما یک دیدگاه غیربومی است که با ترکیبی از اصول انسان شناسی غربی بنا نهاده شده است.

از سوی دیگر مختصات نظام کنونی سلامت و آموزش پزشکی با آنچه از مکاتب ایرانی سلامت و آموزش پزشکی برجای مانده است نیز همخوانی ندارد. برای نمونه در مکتب «خوزی» که مکتب پزشکی قدرتمند عصر ساسانیان در ایران بوده و نمونه‌های موفق دانشگاه و بیمارستان جندی شاپور را به دنیا معرفی نموده

1. John Billys et al.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

است، تعریف کاملاً متفاوتی از سلامت ارائه شده است. در این دیدگاه، سلامت از دیدگاه بیمار تعریف می‌گردد و فرد زمانی سالم است که خود احساس سلامتی می‌کند. در این تعریف، سلامت یک وجود اعتباری دارد، زیرا وابسته به «فرد» و «اندیشه و احساس فرد» است. طبیعی است که در چنین مکتبی بیمار از چه جایگاه رفیعی برخوردار است و سیستم سلامت تنها به منزله کارگزاری است که وظیفه خدمت رسانی به افراد را برای دستیابی مجدد به سلامتی دارد و نه تصمیم‌گیری و اجرای تصمیمات بالینی بدون دریافت دیدگاه ها، ترجیحات و مشارکت بیمار.

نمونه دیگر از این پارادوکس را می‌توان در تفاوت دیدگاه نسبت به ارزش سلامتی در مکتب اسلام و نظام پزشکی حال حاضر دید؛ امروزه تشویق تخصص‌گرایی در درمان بیماران باعث توجه صرف به درمان بیمار در بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی و بی توجهی به پیشگیری از بیماری و کنترل عوامل ایجاد کننده بیماری در خانواده و جامعه پیرامون بیمار شده است؛ گویی بیماری جسمی بیشتر از سلامتی ارزش دارد و تنها زمانی که افراد بیمار شوند، نظام سلامت باید به آنها توجه کند و خدمت ارائه دهد. این درحالی است که طبق آیه ۱۶ سوره مائده ارزش سلامت در حدی است که از آن به عنوان پاداشی برای نیکوکاران یاد شده است. «خداوند به وسیله آن (قران)، کسانی را که خشنودی او را دنبال می‌کنند به راه‌های سلامت که تأمین کننده نیکبختی آنهاست رهنمون می‌شود. . . ». طبق این آیه، سلامت مفهومی بسیار فراتر از سلامت جسمانی داشته و به سلامت روانی و معنوی نیز اشاره دارد (آل کجباف، ۱۳۹۲: ۱۴۵).

۲-٤- بند ۲ سیاست های کلی سلامت

تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت اولویت پیشگیری بر درمان، روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی، کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی، تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای، ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی و اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی از موضوعات بند دو سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت به شمار می‌رود. مقام معظم رهبری در این بند سیاست‌های کلی، تدوین قوانین و سیاست‌های اجرایی کشور را با محوریت موضوع سلامت مطرح نموده اند. امروزه بر کسی پوشیده نیست که نیروی انسانی خلاق و توانمند، نیروی محرکه پیشرفت و رسیدن به تعالی در هر جامعه‌ای می‌باشد.

در عین حال پر واضح است که صرف وجود نیروی انسانی برای توسعه و پیشرفت کافی نبوده و باید این افراد از توان جسمی و آمادگی ذهنی لازم برخوردار باشند از این رو شعار «انسان سالم، محور توسعه» مطرح گردیده است. اما تحقق این شعار در عصر حاضر با توجه به شرایط محیطی و اقلیمی موجود و تهدیدات گوناگونی که از جوانب مختلف سلامت انسان را تهدید می‌کند، امر ساده‌ای نمی‌باشد و لازم

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

است در درجه اول تدوین قوانین کشوری و سیاست‌گذاری‌های کلان جامعه در حوزه‌های مختلف با محوریت سلامت باشند و در مرحله بعد پیاده سازی قوانین و اجرای سیاست‌ها، با حفظ پایبندی به اصول سلامت محور انجام شوند.

به منظور حفظ و ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی آحاد مردم، لازم است در تدوین سیاست‌ها و راهبردهای کلان کشور و همچنین در طراحی و اجرای برنامه‌ها در حوزه‌های مختلف مقوله سلامت در اولویت قرار گیرد.

در عین حال متناسب با پیشرفت‌هایی که در تکنولوژی رخ می‌دهد و تغییراتی که در شرایط محیطی و اجتماعی اتفاق می‌افتد لازم است برنامه‌های بهداشتی و درمانی نیز اصلاح شده و ارتقاء یابند. به همین منظور باید متولیان امر سلامت در حوزه‌های مختلف از طریق پژوهش‌های مرتبط اولاً تغییرات را رصد نموده و ثانیاً راهکارهای حفاظتی و ارتقایی را بررسی نموده و بهترین آنها را پیشنهاد دهند.

بازنگری برنامه‌های جاری سلامت در کشور و به روز نمودن آنها، تقویت نظام‌های پایش و نظارتی در برنامه‌ها و ارزشیابی‌های استاندارد از جمله راهکارهای موثر برای حفظ سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها و معضلات تهدید کننده سلامت در جامعه می‌باشند. توجه به مسائل مطرح شده نه تنها موجبات ارتقای وضعیت سلامت در کشور را فراهم می‌نماید، بلکه جایگاه کشور را در بین کشورهای منطقه بهبود بخشیده و دستیابی به اهداف ایران ۱۴۰۴ را نیز تسهیل می‌نماید (سخنرانی دکتر صافی زاده، ۱۳۹۳: قابل دسترسی در سایت http://news.kmu.ac.ir).

۳-٤- بند۳ سیاست‌های کلی سلامت

ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی- ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی (اسلامی تبار، ۱۳۹۵: ۵۰۲).

دین مبین اسلام وجود آدمی را متشکل از دو بعد روانی (غیر مادی) و جسمانی (مادی) معرفی می‌کند و سلامت هر یک را در گرو سلامت دیگری و متأثر از آن می‌داند. مفهوم سلامت روان در قرآن با جامعیت و غنای بیشتر و با افقی وسیع تر نسبت به دانش روز روان شناسی، مطرح شده است به طوری که در این دیدگاه خدامحوری اساس دستیابی به سلامت روان است که با اصلاح بینش انسان، او را به مسیر ایمان و عمل صالح رهمنون می‌سازد.

پژوهش‌های انجام شده بر ارتباط مستقیم بین کارایی خانواده با دینداری و سلامت روان صحه گذارده‌اند. اسلام نیز برای پیشگیری و بهداشت روانی در دوران مختلف زندگی از دوره جنینی تا کودکی، جوانی و ازدواج، والدگری و کهنسالی دستورات و ارشاداتی دارد. از سوی دیگر از دیدگاه اسلام، سنت و روایات؛ نهاد خانواده عامل اصلی تأثیرگذار در تأمین سلامت روان اعضای خانواده می‌باشد و به اهمیت خانواده

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

سالم به ویژه نقش مادر در تربیت فرزندان و ارتقای سلامت روانی و رفع تنش در زندگی فردی و اجتماعی می‌پردازد.

به نظر می‌رسد در فرهنگ و فضای ایرانی- اسلامی، سلامت روانی و معنوی به عنوان عوامل تأثیرگذار بر سلامت فرد و جامعه به شمار می‌روند و ارائه تعریفی جامع و کامل از سلامت روانی بر اساس مبانی ناب اسلام و تعیین شاخص‌های دقیق و تبیین ارتباط آن با ارکان، نهادها و عناصر درونی جامعه براساس فرهنگ، باورها و ارزش‌های حاکم بر جامعه ایرانی- اسلامی با هدف ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ترویج سبک زندگی اسلامی- ایرانی، ضروری می‌نماید (حسین پور، ۱۳۹۳/۲/۱۰).

٤-٤- بند٤ سیاست‌های کلی سلامت

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 بین المللی از جمله مواردی به شمار می‌رود که رهبر معظم انقلاب در بند چهار سیاست‌های ابلاغی حوزه سلامت به آن اشاره کرده‌اند.

استقرار همه جانبه نظام سلامت نیازمند تأمین ابزارهای مختلفی است. هر کدام از این ابزارها حلقه‌ای از زنجیره‌های در هم تنیده این نظام را شکل داده و در نهایت شبکه‌ای منسجم و هدفمند شکل می‌گیرد که در تمامیت خود مأموریت اصلی که همانا تأمین و تضمین سلامت آحاد جامعه است را محقق می‌سازد. سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری با وجود رعایت ایجاز به بهترین وجهی بر این ابزارها و ویژگی‌های مد نظر برای هر کدام، انگشت تأکید گذاشته است. بر اساس بندهای چهارده گانه سیاست‌های ابلاغی، این ابزارها از یک سو شامل ساختارهای اداری تولید کننده، نظارت کننده، و یا ارائه دهنده خدمات سلامت چه خصوصی و چه دولتی است. از دیگر سو نیروی انسانی متخصص و متعهد را مد نظر قرار می‌دهد. و در جایی دیگر به شکلی درخور به اهمیت و جایگاه ابزارهای مادی تأمین سلامت که همانا دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی هستند می‌پردازد. بدیهی است با عنایت به اهمیتی که این ابزارها دارند، می‌بایستی نگاه بنیادین بر تولید بومی آنها باشد.

موضوع مهم دیگری که مطرح می شود؛ این است که بومی شدن تولید به خودی خود به هیچ وجه کافی نیست. بلکه این کیفیت و استاندارد رقابتی محصولات و ملزومات تولید داخل است که از یک سو مصرف کننده داخلی را به مصرف کالای داخلی ترغیب و از دیگر سو مزیتی رقابتی را برای کشور فراهم می کند تا بتواند در جنگ اقتصادی در میدان بازارهای بین المللی گام به گام حوزه ی نفوذ و تأثیر خود را گسترش دهد. این امر نیز در بخش موخر بند چهار به نحو بارزی مورد اشاره واقع شده است (عباسی، ۱۳۹۵: ۱۸۵).

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

٥-٤- بند ٥ سیاست‌های کلی سلامت

ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی 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.

تجویز و مصرف منطقی دارو ضرورتی است که متأسفانه باید اذعان نمود، کشور هنوز با آن فاصله‌ای طولانی دارد. مطالبه داروی زیاد و نامناسب و القای این تقاضا به تجویز کنندگان و زنجیره‌ی تأمین کنندگان معضلی است که از یک سو اصل سلامت آحاد جامعه که هدف غایی این سیاست‌ها است را تحت تأثیر قرار داده است و از دیگر سو ذخیره‌ی دارویی کشور را همواره با کمبود کاذب مواجه می‌نماید. این وجه از مصرف گرایی را نیز می‌توان از یک سو با فرهنگ سازی و نهادینه کردن الگوی زندگی اسلامی ایرانی مد نظر مقام معظم رهبری تعدیل نمود و از سوی دیگر با اعمال انضباط در تجویز و مصرف در نظام ارائه خدمات سلامت محدود کرد. بند پنجم از سیاست‌های ابلاغی به موثرترین تاکتیک‌های اعمال این انضباط اشاره دارد.

٦-٤- بند ٦ سیاست‌های کلی سلامت

تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی از جمله مواردی به شمار می‌روند که رهبر معظم انقلاب در بند شش سیاست‌های ابلاغی بیان فرموده‌اند.

پر واضح است که تغذیه و امنیت غذایی به صورت مستقیم نقش بسیار به سزایی در سلامت جسم داشته و به صورت غیر مستقیم سلامت روحی و روانی و همچنین سلامت اجتماعی را تحت شعاع قرار می‌دهد؛ لذا بایست در سطح کلان کشور راهکارهایی اندیشیده شود تا با کمک سازمان‌های متولی و مرتبط در این امر با هماهنگی یکدیگر ضمن تأمین امنیت غذایی برای مردم، به همه اقشار جامعه این اطمینان داده شود که از نظر مواد غذایی و تغذیه مناسب، سیاست گذاران به صورت جدی اقدام می‌نمایند.

بدیهی است در مقوله امنیت غذایی هم موضوع کمیت و توجه به حداقل‌های لازم از گروه‌های غذایی و هم کیفیت مواد غذایی باید مدنظر باشد. البته توجه به کیفیت محصولات و سالم بودن آنها نه تنها برای مواد غذایی مطرح است بلکه کلیه تولیداتی که توسط افراد جامعه مصرف می‌شوند باید از کیفیت قابل قبول برخوردار بوده و در تولید این فرآورده‌ها و محصولات استانداردهای لازم رعایت گردد.

از جمله تهدیدات فعلی سلامت در جوامع، کاهش فعالیت فیزیکی در گروه‌های مختلف جامعه می‌باشد. اگرچه با صنعتی شدن و توسعه شهرنشینی در کشورها، مردم از رفاه نسبی برخوردار شده‌اند و نسبت به

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

گذشتگان خود از این حیث از وضعیت بهتری برخوردارند، منتهی به موازات آن فعالیت فیزیکی و تحرک بدنی نیز کاهش یافته است.

در ضمن تغییر در رژیم‌های غذایی و استفاده از غذاهای آماده و پرکالری نیز امروزه مرسوم شده است که به همراه کم تحرکی موجبات سیر صعودی فراوانی افزایش وزن و چاقی را در جوامع فراهم آورده است. از این رو شاهد افزایش وقوع بیماری‌های غیرواگیر و مزمن مرتبط با این عوامل در جوامع و از جمله کشور هستیم.

فراهم نمودن زمینه‌های انجام فعالیت فیزیکی و توسعه اماکن ورزشی و به ویژه توجه به گسترش ورزش‌های همگانی در کاهش مشکلات فعلی، امری غیرقابل انکار می‌باشد.

ایران در منطقه گرم و خشک از جهان قرار گرفته است و همواره با کمبود آب مواجه می‌باشد و از جمله دغدغه‌های مسئولان کشور همواره تأمین آب آشامیدنی سالم می‌باشد. لذا صیانت و حفظ منابع آبی که در اختیار است از واجبات می‌باشد و باید تمامی دستگاه‌ها در این زمینه از هیچ تلاشی دریغ نکنند و از جمله مهمترین اقدامات پرهیز از آلوده نمودن منابع آب و مدیریت مصرف آن می‌باشد.

از طرف دیگر با توسعه صنایع و استفاده روزافزون از سوخت‌های فسیلی، آلودگی هوا نیز بر تهدیدات سلامت اضافه شده است. بی‌توجهی در سالم نگهداشتن هوا و آلوده نمودن آن، زمینه ابتلاء به انواع بیماری‌های ریوی، قلبی و عروقی و سرطان‌ها را فراهم نموده است.

اگر جوامع در رابطه با کمبود آب و خشکسالی‌ها نقش مستقیمی ندارند منتهی در آلوده نمودن هوا نقش غیرقابل انکار دارند، لذا باید در برنامه‌های توسعه کشور در زمینه‌های مختلف همواره به سالم نگهداشتن هوا توجه شود (صافی زاده، ۱۳۹۳/۲/۲۰).

۷-٤- بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت

تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل:

۷-۱- تولیت نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۷-۲- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.

۷-۳- تدارک خدمات توسط ارائه کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی.

۷-۴- هماهنگی و ساماندهی امور فوق مطابق ساز و کاری است که قانون تعیین خواهد کرد.

جهت بهره‌مند شدن آحاد مردم جامعه از سطح سلامت قابل قبول، می‌بایست بین سازمان‌های مختلف که به نوعی در حوزه سلامت فعالیت می‌کنند تقسیم کار مناسبی صورت گیرد و هر کدام از آنها فعالیت منطقی و

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

از قبل تعریف شده‌ای را انجام دهند. در این رابطه می‌توان نظام سلامت را به مدرسه‌ای تشبیه کرد که در آن هر کس باید کار خود را انجام دهد، مدیر مدرسه می‌بایست اموری نظیر برنامه‌ریزی های اصلی، جذب معلمان بهتر و نظارت بر کار آنها را بر عهده داشته باشد و سعی کند از طریق مذاکره با جاهای مختلف برای مدرسه بودجه جذب کند، هر کدام از معلمین هم می‌بایست درس اختصاصی خود را آموزش دهند. اگر این تناسب نقش‌ها در مدرسه به هم بخورد، به هدف اصلی که مدرسه بدنبال آن است دست پیدا نمی‌کند، مثلاً چندان مرسوم نیست که مدیر مدرسه سر کلاس آمده و شروع به درس دادن به دانش آموزان بکند. در نظام سلامت هم باید یکی نقش مدیر مدرسه (تولیت) را بازی کند که وزارت بهداشت است و بقیه نیز به کارهای تخصصی خودشان در خصوص سلامت مردم بپردازند(دهنویه، ۱۳۹۳/۲/۲۴).

قطعاً تداخل فعالیت سازمان‌های مختلف در نظام سلامت نظیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های زیر مجموعه آن، وزارت رفاه و سازمان های زیرمجموعه آن در کنار سازمان‌هایی نظیر بهزیستی و هلال احمر و. . . موجب می‌شود که برخی از نقش‌ها و وظایف توسط چندین سازمان انجام شود و برخی وظایف دیگر اصلاً هیچ سازمان متولی نداشته باشند.

بنابراین جهت عملکرد مناسب نظام سلامت لازم است که هر کس کار خود را به درستی انجام دهد. قطعاً اگر وقت تصمیم گیرندگان در وزارت بهداشت صرف پرداختن به مشکلات کم اهمیت و روزمره شود، فرصت کافی برای برنامه‌ریزی و پرداختن به امور مهم‌تر به آنها دست نخواهد داد. در صورت تعریف، تفکیک و انجام مناسب این نقش‌ها در نظام سلامت می‌توان انتظار داشت که ضمن افزایش سطح سلامت جامعه، شأن و حرمت مردم در هنگام دریافت خدمات حفظ شده و به مردم به هنگام دریافت خدمات فشار مالی چندانی وارد نشود. این تعریف نقش‌ها موجب هماهنگی مناسب سازمان‌های مختلف تأثیرگذار بر سلامت جامعه می‌گردد (مطلق و همکاران، ۱۳۸۹: ۱۲۱).

۸-٤- بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت

افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق برنظام سطح بندی و ارجاع.

تعداد زیادی از افراد برای هر مسئله ساده به جای مراجعه به پزشک عمومی و پیگیری درمان، به پزشکان متخصص مراجعه می‌کنند و پس از سرگردانی بین مطب متخصصان مختلف و انجام آزمایش‌ها و تصویربرداری از نقاط مختلف بدن و ایجاد هزینه بالا برای خود و سیستم سلامت، کمترین نتیجه را از درمان می‌گیرند؛ این درحالی است که همزمان تعداد زیادی بیمار به شدت نیازمند آن خدمات تخصصی هستند که دیگران به صورت غیرضروری اشغال کرده‌اند و بودجه بسیار محدود نظام سلامت که باید صرف درمان بیماران نیازمند شود با اینگونه مراجعات و تست‌های تشخیصی، هدر می‌رود.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

آیا عادلانه‌تر نیست که بیمارانی که نیاز به اقدامات تخصصی ندارند توسط پزشکان عمومی درمان شوند و وقت پزشکان متخصص به درمان بیماری‌های پیچیده‌تر اختصاص داده شود؟ و یا اینکه در اغلب موارد از امکانات ارزان تر تشخیصی مانند سی‌تی اسکن استفاده شود و از تکنولوژی گران‌قیمت و پیچیده تری مانند ام. آر. آی تنها برای موارد ضروری استفاده شود؟

محدودیت‌های امکانات نظام سلامت و نیروهای متخصص باعث می‌شود که کلیه مردم نتوانند به سادگی به خدمات تخصصی و فوق تخصصی در محل زندگی خود دسترسی داشته باشند. این درحالی است که در ۸۰- ۹۰ درصد موارد بیماری‌ها با استفاده از امکانات تشخیصی و درمانی اولیه و ارزان قیمت به راحتی قابل پیشگیری و درمان بوده و نیازی به خدمات پیچیده پزشکی ندارند.

لذا لازم است نظام سلامتی ایجاد شود که در آن هر بیماری که نیازمند خدمات اولیه پزشکی است، بتواند به راحتی به این خدمات دسترسی داشته باشد و نیز بیمارانی که نیازمند خدمات تخصصی و پیچیده پزشکی هستند، بدون تبعیض و یا پرداخت هزینه‌های کمرشکن، در مراکز تخصصی مداوا شود.

همانگونه که مقام معظم رهبری نیز به درستی تبیین فرموده‌اند، بهترین راه‌حل برای این مسئله ساماندهی خدمات سلامت در۳ سطح اول، دوم و سوم می باشد تا با سطح بندی خدمات، دسترسی سریع افراد نیازمند به خدمات تخصصی از طریق نظام ارجاع میسر گردد (نوری حکمت، ۱۳۹۳/۲/۲۸).

ارائه خدمات با کیفیت در سطوح پائین، استفاده مناسب از خدمات تخصصی برای بیماران نیازمند، برقرار ارتباط قوی دوسویه در سرتاسر نظام ارجاع برای پیگیری درمان بیمار، تعیین ملاک‌های دقیق برای ارجاع بیمار به سطوح بالاتر و آموزش آن به پرسنل سطوح مختلف، از مهمترین الزامات موفقیت نظام ارجاع در جلب اعتماد جامعه برای همکاری با آن می‌باشد.

علاوه بر این ضرورت دارد در چنین نظامی که برای ارائه خدمات سلامت طراحی می‌شود، گروه‌های آسیب پذیر مورد توجه ویژه قرارگرفته و دسترسی آسان‌تری به خدمات مورد نیاز داشته باشند. معلولین و جانبازان به دلیل وابستگی جدی به خدمات ویژه و آسیب پذیری نسبت به هر گونه تأخیر یا کوتاهی در ارائه خدمات، در اولویت قراردارند و باید خارج از مسیر متداول در نظام ارجاع و با پوشش قابل قبول هزینه‌ها، پذیرش شوند تا ضمن پاسخگویی به نیازهای درمانی، شان و جایگاه این افراد در جامعه نیز حفظ شود (زمانی، ۱۳۸۵: ۳۰).

۹-٤- بند ۹ سیاست‌های کلی سلامت

بیم و ترسی که همواره در انسان از مبتلا شدن به بیماری‌ها در خصوص توانایی پرداخت هزینه‌های درمان وجود داشته موجب شکل گرفتن بیمه‌های سلامت جهت رفع این دغدغه گردیده است. تأکید بر عملکرد مناسب بیمه سلامت در کشور، از مدت‌ها قبل دغدغه مقام معظم رهبری بوده است، اینکه بیمه‌ها تا چه حد در ایفای این نقش در نظام سلامت کشور موفق بوده‌اند جای سئوال وجود دارد.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

به طور کلی انتظاری که از بخش بیمه سلامت در کشور می‌رود این است که:

الف: کلیه آحاد جمعیت کشور تحت پوشش حداقل خدمات که با عنوان بیمه پایه شناخته می‌شود قرار گیرند. به عبارت دیگر از آنجا که در قانون اساسی، سلامت جز حقوق همه مردم کشور ذکر شده، بنابراین باید همه مردم کشور حق استفاده از حداقل خدمات سلامت را در قالب پوشش بیمه سلامت داشته باشند و نباید به هر دلیلی هر گروه یا قشر خاص از جامعه را از دریافت خدمات این بیمه پایه سلامت محروم کرد. آمار نشان می دهد که علی رغم تلاش‌های صورت گرفته در این خصوص هنوز جمعیت قابل توجهی (حدود ۱۰ درصد) از مردم کشور، هیچ نوع بیمه درمانی ندارند.

ب: بیمه‌ها دسترسی به سطح قابل قبولی از خدمات را در قالب بیمه پایه به تمام جمعیت کشور فراهم سازند. آیا در شرایط فعلی تعهدات بیمه‌ها شامل حداقل نیازهای سلامت مردم می‌شود؟ آیا تعریف درستی از این حداقل نیازهای سلامت مردم در کشور وجود دارد و بیمه‌ها بر اساس این تعریف، خدمات پایه را تحت پوشش خود قرار می‌دهند؟ شواهد نشان می‌دهد که متأسفانه در این خصوص چندان رویه مشخصی در نظام بیمه سلامت کشور وجود ندارد. احتمالاً در شرایط کنونی بیمه‌ها از منابع دولتی و بیت المال، داروها و خدماتی را تحت پوشش دارند که شاید چندان تأثیری بر بهبود بیماری نداشته باشد و برعکس برخی داروها و خدمات موثر بر سلامتی را تحت پوشش خود نداشته باشد.

در کنار بیمه‌های پایه که خدمات ضروری را به مردم ارایه می‌دهند، خدمات ضروری دیگری که به دلایل مختلف (که مهمترین آنها محدودیت منابع مالی است)، در بسته پایه قرار نمی‌گیرند، می‌بایست به شکلی مناسب توسط بیمه‌های تکمیلی تحت پوشش قرار گیرند و نظارت مناسبی بر کار این بیمه‌های تکمیلی وجود داشته باشد.

ج: بیمه موجب شود که مردم بتوانند با پرداخت منطقی و نه چندان تأثیرگذار بر زندگی خود، به این خدمات دسترسی داشته باشند. اما آیا در شرایط فعلی این انتظار برآورده شده است؟ آمار نشان می‌دهد که سهم مردم در پرداخت هزینه‌های درمانی بسیار قابل توجه بوده و همین موضوع موجب به اصطلاح کمرشکن شدن هزینه‌های درمان برای بسیاری از مردم می‌شود. بسیاراند افرادی که در کشور دچار یک مشکل سلامت پرهزینه شده و مجبورند خانه و زندگی خود را جهت درمان خرج نمایند.

در کنار نقش‌های ذکر شده بالا، لازم است که با تقویت نقش بیمه‌ها، قدرت انتخاب بیمه را برای انتخاب پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارایه دهندگان خدمات سلامت جهت بستن قرارداد با پزشکان و بیمارستان‌هایی که خدمات بهتری به مردم ارایه می‌دهند، افزایش داد. همچنین با واقعی کردن تعرفه‌های خدمات سلامت بر اساس روش‌های منطقی و در کنار آن پرداخت منطقی تعرفه‌ها از طریق فراهم ساختن منابع مالی لازم (نه صرفاً از طریق مردم)، بیمه‌ها بهتر قادر به ایفای نقش خود خواهند بود (دهنویه، ۱۳۹۳/۲/۲۹).

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

۱۰-٤- بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت

هزینه‌های سلامت در جامعه به علت عواملی نظیر افزایش تعداد افراد مسن در جامعه، ورود تکنولوژی‌ها و دستگاه‌های گران قیمت جدید در حوزه سلامت، ظهور بیماری‌های جدید و عوامل دیگر روز به روز در حال افزایش است.

دنیای اکنون مانند دنیای سابق نیست که اثری از داروها و خدمات گران قیمت به بیماران خاص وجود نداشت، دستگاه‌های گران‌قیمت تشخیصی درمانی چندانی وجود نداشت، تخصص‌های مختلف پزشکی مثل الان وجود نداشت، مراجعه به پزشکان به اندازه اکنون نبود، ارایه خدمات بی مورد و غیر ضروری بسیار کمتر از اکنون بود و بسیاری از بیماری‌های روحی روانی کنونی وجود نداشت و یا در سطحی اندک مشاهده می‌شد.

پاسخ دادن به این نیازها و تغییرات رخ داده، نیازمند تأمین منابع مالی لازم می باشد و لازم است که با فراهم سازی منابع مالی مشخص و کافی، سعی شود به شیوه‌ای منطقی به این نیازهای سلامت در جامعه کنونی پاسخ داده شود.

جهت برآوردن مناسب نیازهای مالی در بخش سلامت کشور می‌بایست از دو موضوع زیر اطمینان حاصل نمود:

- اول اینکه؛ منابع مالی لازم را برای برآورده کردن حداقل نیازهای سلامت افراد جامعه از کانال‌های مختلف فراهم شود.
- دوم اینکه؛ بعد از فراهم ساختن منابع مالی لازم، بتوان به روشی درست و منطقی این منابع را صرف سلامت مردم کرد.

به عبارت دیگر در کنار نگرانی تأمین پول لازم برای برآوردن نیازهای سلامت مردم، می‌بایست این دغدغه هم وجود داشته باشد که این منابع را چگونه در نظام سلامت خرج کرد(دهنویه، ۱۳۹۳/۳/۴).

آیا منطقی است که سرنوشت این بودجه محدودی که در نظام سلامت کشور وجود دارد، دارویی شود که نهایتاً توسط فرد مصرف نمی‌شود و سر از سطل زباله در می‌آورد؟ آیا منطقی است که این بودجه محدود، صرف خرید دستگاهی شود که اصلاً نیازی به وجود آن در این منطقه وجود ندارد و صرفاً باعث کسب درآمد برای گروهی خاص می‌شود؟ آیا منطقی است که این بودجه محدود صرف ارایه خدمت به بیماری شود که بخاطر کوتاهی در ارایه خدمت دچار عفونت بیمارستانی شده و مجبور شده مدت بیشتری در بیمارستان اقامت داشته باشد؟ متأسفانه مثال‌های بی‌شماری از این دست نشان می‌دهد که چندان از همین بودجه محدود خود در بخش سلامت نیز استفاده نمی شود. بنابراین در خصوص این موضوع مهم لازم است ابتدا سعی شود ضمن تعیین وضعیت درآمدها و هزینه‌ها در بخش سلامت، سعی نمود درآمدهای بیشتری را برای رفع نیازهای بی‌شمار مردم جامعه جذب نمود.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

۱۱-٤- بند ۱۱ سیاست‌های کلی سلامت

افزایش آگاهی، مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

سلامتی از یک سو یک مسئولیت فردی و از سوی دیگر یک موضوع عمده بهداشت عمومی می‌باشد، بنابراین حفظ و ارتقاء آن نیازمند تلاش و کوشش مشترک کلیه اجزای جامعه یعنی افراد، سازمان‌ها و دولت می‌باشد (صافی زاده، ۱۳۹۳/۳/۷).

سلامتی اساساً یک مسئولیت فردی است و کالایی نیست که کسی به دیگری اهدا نماید.

هیچ برنامه دولتی یا اجتماعی در زمینه بهداشت قادر نیست به تنهایی مردم را سالم سازد، بلکه افراد جامعه خود باید بخش عمده‌ای از مسئولیت را خود بر عهده گیرند و در این راستا خود فرد و خانواده وی نقش بسیار مهمی دارند.

البته برای حفظ و توسعه سلامتی در جامعه، اگرچه این مراقبت از خود لازم است منتهی کافی نیست و ارکان جامعه نیز برای تحقق این مهم باید همکاری لازم را داشته باشند.

حوزه‌های مختلف جامعه می‌توانند با برنامه‌ریزی و مدیریت برنامه‌ها، تأمین تسهیلات لازم، فراهم نمودن تدارکات و بهره گیری از مشارکت مردمی در امور بهداشتی همکاری داشته و زمینه‌های گسترش سلامت را در جامعه فراهم نمایند. بدون شک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طراحی برنامه‌های سلامت محور و مداخله‌های مرتبط نقش کلیدی و محوری داشته و لازم است اولاً با سیاست گذاری‌های کلان در حوزه سلامت، خطوط محوری را تعیین نموده و ثانیاً با توان علمی و تخصصی خود در زمینه سلامت نظارت و ارزشیابی‌های برنامه‌ها را برعهده گیرد (مطلق و همکاران، ۱۳۸۹: ۵۶).

۱۲-٤- بند ۱۲ سیاست‌های کلی سلامت

کشور ایران با پیشینه تاریخی قبل و بعد از اسلام در علوم گوناگون از جمله طب همواره پیشتاز بوده است. شرایط خاص آب و هوایی و وسعت سرزمین سبب گردیده کشور ایران چهار فصل بوده و پوشش غنی از گیاهان داشته باشد و موقعیت قابل توجهی از نظر گیاهان دارویی و داروهای گیاهی و سنتی داشته باشد.

مردم ایران با پیشینه فرهنگی و باور قلبی علاقه ویژه‌ای به طب سنتی دارند، اما همین علاقه سبب شده است طب سنتی دستخوش تاخت و تاز فرصت طلبان و افراد سودجویی قرارگیرد که با روی آوردن به خرافات و یا تجویز درمان‌های غیرعلمی، به سلامت جامعه صدمه وارد نموده و به تدریج مردم را نسبت به کارآمدی طب سنتی اصیل ایرانی- اسلامی بدبین می‌نمایند.

با توجه به اهمیت نظارت بر درمان‌های مبتنی بر طب سنتی، رهبر فرزانه انقلاب با ظریف بینی همیشگی خود، در رهنمودهای ارزشمندشان در ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت و در بند ۱۲، در مورد طب سنتی

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

ایران و ضرورت توجه به آن و مقوله داروهای گیاهی، وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حیطه‌های ترویج، آموزش، نظارت و اصلاح سبک زندگی با قوانین مذکور در طب سنتی علی الخصوص رعایت شرایط مناسب تغذیه، را تبیین نموده اند (مهربانی، ۱۳۹۳/۳/۱۰).

آموزش علمی طب سنتی ایران به تولیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشکده‌های طب سنتی ابزار مفیدی جهت استانداردسازی و روز آمدشدن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده‌های مرتبط با آن می گردد.

بدین ترتیب در صورتی‌که از میان داوطلبان تحصیل در این رشته افرادی انتخاب شوند که تنها جهت خدمت به بندگان خدا و با خلوص نیت گام در این راه گذارند امید می‌رود باز بتوان شاهد حضور رازی ها، ابن سینا ها و جرجانی‌ها که با نام خدا درمان را شروع می کردند و با توکل به آن ذات الهی ادامه داده و در نهایت نیز با فروتنی شاکر درگاهش بودند و جز به رضایش به هیچ نمی اندیشیدند، بود.

از اصول طب سنتی، اصلاح الگوی زندگی در جهت حفظ سلامتی و علی الخصوص توجه ویژه به تغذیه سالم است که پرداختن به این مهم نیز از وظایف اصلی آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد.

بر اساس تحقیقات سازمان بهداشت جهانی، مردم هر منطقه نظر به ویژگی‌های خاص جسمانی در طی قرون، طب سنتی متناسب با وضعیت خاص زندگی خود داشته اند که تقویت و بکارگیری آن نتایج مثبتی در سلامت جوامع خواهد داشت.

از طرفی پویایی هر علمی نیاز به تبادل اطلاعات با سایرین دارد. لذا طب سنتی ایران نیز با پرداختن به این مهم، از گذشته تاکنون و پس از این به افزایش تجربیات خود و تبادلات فرهنگی دانشگاهی ایران و سایر کشورها خواهد پرداخت. در این راستا گسترش طب سنتی اصولی در ایران یکی از ابزار های تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین جهت هم افزایی تجربیات و روش های درمانی و تسکین آلام دردمندان می‌باشد.

حمایت از تولید علمی فرآورده‌های دارویی طب سنتی از جمله مواردی است که وزارت جهاد کشاورزی، وزارت صنایع و وزرات بهداشت درمان و آموزش پزشکی مستقیماً در آن دخیل می‌باشند.

داروهای مورد استفاده در طب سنتی ایران عمدتاً منشا گیاهی دارند. جهت خودکفایی در این راستا، بایستی به ترویج کشت گیاهان دارویی با در نظر گرفتن شرایط آب و هوایی خاص آنها، از تجربیات ارزشمند و تسهیلات در دسترس وزارت جهاد کشاورزی استفاده نمود.

همچنین جنبه نظارتی در حیطه‌های دارویی و درمانی طب سنتی از جمله نکات ظریفی می‌باشد که تنها در صورتی محقق می گردد که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تنها متولی آموزش و ارزیابی و نظارت بر این مقوله از سلامت باشد (باقیانی مقدم، ۱۳۸۵: ۴۰).

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

۱۳-٤- بند ۱۳ سیاست‌های کلی سلامت

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.

نظام آموزش نیروی بهداشتی درمانی و نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی دو روی یک سکه هستند. آموزش نیروی انسانی کارآمد مستلزم انطباق موثر دانشکده‌های علوم پزشکی با نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است؛ زیرا کارکنان بهداشتی درمانی نمی‌توانند صرفاً در دانشکده و آزمایشگاه و مستقل از محیط جامعه، آموزش ببینند.

در کشور ایران وظایف دانشکده‌های علوم پزشکی و نظام‌های مراقبت سلامت در قالب روابط بسیار پیچیده‌ای باهم ادغام شده‌اند. پس از انقلاب اسلامی و با شروع جنگ تحمیلی، فشارهای وارد بر نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی افزایش یافت و تکاپوی مسئولان برای بهبود و ارتقاء وضعیت سلامت در جامعه مشکلات مربوط به کمبود نیروی انسانی متخصص بهداشتی درمانی و ظرفیت محدود تربیت نیروهای بیشتر را آشکار ساخت. بنابراین در سال ۱۳۶۲ طرحی از طرف شورای عالی انقلاب فرهنگی ارائه گردید تا وزارت بهداری را منحل نموده و وزارت جدیدی تحت عنوان «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» تأسیس نمایند که علاوه بر ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جامعه، تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی را نیز عهده دار شود. در نتیجه این قانون، به ناگهان ظرفیت تولید نیروی متخصص گروه پزشکی افزایش یافت زیرا وزارت بهداشت می‌توانست از بیمارستان‌های واجد شرایط خود به عنوان محیط جدید آموزش دانشجو و از پرسنل متخصص خود به عنوان اساتید دانشجویان، استفاده نماید(نوری حکمت، ۱۳۹۳/۳/۱۱).

یکی دیگر از اصلی‌ترین پیامد ادغام آموزش دانشجویان در وزارت بهداشت، می‌تواند پاسخگویی نظام آموزشی به نیازهای جامعه می‌باشد. امروزه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از معدود دستگاه‌هایی است که محصولات خود را در آینده به کار می‌گیرد و بیش از هر سازمان دیگری این امکان را دارد تا همان نیروی انسانی را که به آن نیاز دارد، آموزش دهد. این بدان معناست که وزارت بهداشت می‌تواند با توجه به نیاز بازار کار نسبت به پذیرش دانشجو در رشته‌های مختلف اقدام کند و با انجام برنامه ریزی از تربیت نیروهایی که در آینده شغلی برای آنها وجود ندارد، جلوگیری نماید. همچنین با بازنگری مداوم برنامه‌های درسی، دانشجویان را مطابق با نیازهای حال و آینده جامعه، تربیت نماید.

از سوی دیگر باید تربیت دانشجو در نزدیک‌ترین مکان به صحنه زندگی مردم و با توجه به معضلات سلامت جامعه، انجام شود تا بتدریج خدمات باکیفیت مورد نیاز جامعه به صورت عادلانه و با هزینه منطقی در دسترس تمام مردم قراربگیرد. به عنوان مثال، در سال‌های اخیر بی توجهی به این مهم در آموزش دانشجویان پزشکی باعث شده است که بخش عمده برنامه آموزش دانشجویان در بیمارستان‌های آموزشی

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

تخصصی و فوق تخصصی آموزش صورت پذیرد درحالی‌که پزشکان عمومی باید بعد از فارغ التحصیلی به عنوان پزشک خانواده در مراکز بهداشت و درمانگاه ها، بیماران سرپایی را درمان نمایند. پاسخگویی نظام آموزشی به سلامت مردم جامعه موضوعی نیست که با یک سری اقدامات سطحی تحقق یابد؛ بلکه برای تحقق این امر لازم است کلیه گروه‌های آموزشی دانشگاه‌ها علاوه بر بیمارستان‌های آموزشی با سایر نهادهای تأثیرگذار بر سلامت مردم مرتبط شوند (عباسی، ۱۳۸۲: ۱۳۷).

۱۴-٤- بند ۱٤ سیاست‌های کلی سلامت

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.

این بند در حقیقت تأکیدی بر هدف در نظر گرفته شده در سند چشم انداز ایران ۱۴۰۴ دارد که در آن جایگاه ایران به عنوان قدرت اول منطقه، در نظر گرفته شده است. راهکار در نظر گرفته شده جهت تحقق این موضوع در حوزه علم و فناوری نظام سلامت، تحول پژوهش و تحقیقات علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری ذکر شده است که می‌طلبد با دیدی عمق تر به مفهوم آن توجه شود.

جهت فهم راحت‌تر موضوع، قبل از هر چیز لازم است اشاره‌ای به معنی نوآوری بشود. به طور کلی نوآوری شامل شکل گیری یک ایده جدید و تبدیل شدن آن ایده به یک کالا (نظیر دارو یا تجهیزات پزشکی جدید) و یا یک خدمت (نظیر یک روش جدید درمانی برای درمان یک بیماری) می‌شود. به عنوان مثال اگر ایده درمان بیماری ام اس در ذهن محققی شکل بگیرد و بعد از آزمایش‌های فراوان این محقق موفق به ارایه روش درمانی جدید برای درمان بیماری ام اس شود، در این حالت گفته می‌شود که نوآوری رخ داده است.

در حالت ایده‌آل می‌بایست پژوهش‌هایی که در زمینه سلامت در کشور انجام می‌شود را به سمت نوآوری بیشتر سوق داد. به عبارت دیگر در این رویه جدید، هدف مطلوب پژوهش‌ها، کمک به تولید خدمات و کالاهای جدید در نظام سلامت جهت پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه ذکر شده است (دهنویه، ۱۳۹۳/۳/۱۱).

تجربه نشان داده است که نمی‌توان تنها با در نظرگرفتن و تقویت یک یا دو عامل سرعت نوآوری در بخش سلامت را به میزان محسوسی افزایش داد، بلکه تحول چشمگیر در نوآوری در بخش سلامت، نیازمند توجه به فاکتورهای مختلفی است که در نظر گرفتن همه آنها در کنار هم موجب موفقیت نظام سلامت کشور در ارایه خدمات و محصولات نوآورانه و پاسخگو به نیازهای مردم و البته اندک اندک مطرح شدن در سطح منطقه خواهد شد. به عبارت دیگر تصور اینکه صرفاً با صرف پول بیشتر در بخش پژوهش سلامت کشور می‌توان نظام سلامتی با خدمات و محصولات مفید و نوآورانه داشت، تصور درستی نمی‌باشد.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

اما این فاکتورهای تعیین کننده و موثر بر میزان نوآوری در نظام سلامت کشور چه مواردی می‌باشند؟ یکی از این فاکتورها سیاستگذاری مناسب، همه جانبه نگر و با ثبات در امر پژوهش می‌باشد. اگر قرار باشد با تغییر مداوم مدیریت‌ها، سلیقه‌های جدید تعیین کننده مسیر پژوهش‌های سلامت باشد نمی‌توان به صورتی موثر پیگیر امور به ثمر نشستن پژوهش‌های سلامت در کشور شد.

عامل دیگر تأمین منابع مالی لازم برای پروراندن ایده‌های تولید شده در نظام سلامت کشور است. همچنین در این خصوص تربیت نیروی انسانی لازم و ماهر که توانمندی تولید ایده را داشته باشد، اهمیت دارد. حمایت از شرکت‌های تازه تأسیس و دانش بنیان (که فارغ التحصیلان دانشگاه‌ها با سرمایه اندک آنها را راه اندازی نموده اند)، از طریق راه اندازی و تقویت مراکز رشد حوزه سلامت، وضع مقررات لازم جهت حفظ حقوق افراد نوآور و فرهنگ سازی در گروه‌های مختلف تأثیر گذار از جمله دیگر فاکتورهای موثر بر نوآوری نظام سلامت کشور هستند (جهانی، ۱۳۹۱: ۷۷).

نتیجه‌گیری

در ایران، قانون اساسی و بسیاری از اسناد بالادستی حق بر سلامت را به عنوان یک حق بنیادین به رسمیت شناخته اند و آن را در نظام حقوقی خود شناسایی کرده اند. در این راستا دولت موظف است که یک برنامه جامع یا سیاست ملی برای تحقق آن در نظر بگیرد و در جهت ایجاد شرایط مناسب برای دسترسی همه افراد ملت به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی تلاش کرده و با سیاست گذاری و برنامه ریزی مناسب به حمایت کیفری از این حقوق بپردازد و به نظر می‌رسد با توجه به تأکید قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به این حق و به رسمیت شناختن آن به عنوان حقوقی بنیادین که قانون اساسی را از این حیث به عنوان یک قانون اساسی پیشرو در جایگاه ممتازی قرار داده است پرداختن به حق بر سلامت در سیاست‌های کلی نظام و برنامه ریزی و سیاست گذاری و قانون گذاری‌های حمایتی به ویژه حمایت کیفری از آن در قوانین داخلی یکی از ضرورت‌های اساسی است که باید مورد توجه قانون گذار قرار گیرد. سیاست های کلی سلامت در سال ۹۳ با تأیید رهبر معظم اسلامی ابلاغ شد. در این سیاست‌ها مقرر شد که؛ در حوزه پزشکی برخلاف سایر حوزه‌ها، پزشک با روح و جسم بیمار در ارتباط است و به همین علت باید مبانی اخلاقی مستحکمی در کار پزشکی حکمفرما باشد و رازداری و مسائل اخلاقی به طور بسیار قوی در آموزش دانشجویان پزشکی مورد توجه قرار بگیرد. اعتماد بین پزشک و بیمار موجب می‌شود فرایند درمان مطلوب‌تر انجام شود. علاوه بر موضوع اخلاق، بر آداب حوزه پزشکی نیز در این بند تأکید فراوان شده است. عدم اطلاعات کافی بیمار از دارو و شرایط تخصصی درمان و اوضاع سخت بیمار موضوع اخلاق را در جامعه پزشکی مورد تأکید ویژه قرار می‌دهد. درخصوص بند دوم سیاست‌های سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری: تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات دومین بند این سیاست‌ها است که نقش مهم بهداشت حرفه‌ای را یادآور می‌شود. ارتقاء سلامت

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی – ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقای شاخص‌های سلامت روانی به عنوان بند سوم سیاست‌های ابلاغی می باشد.

موضوع تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی به عنوان بند ششم در شرکت‌های سرمایه‌گذاری تأمین‌اجتماعی مورد بررسی و ملاحظه قرار خواهد گرفت. درخصوص تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارکات خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به عنوان بند هفتم سیاست‌های ابلاغی، این بند از دغدغه‌های اصلی در سازمان تأمین‌اجتماعی است امکان انتخاب در خرید راهبردی و قدرت انتخاب‌گیرندگان خدمات از موارد قابل ملاحظه و توجه این سازمان است. در این بند تفکیک وظایف متولیان سلامت تأکید شده و سیاست‌گذاری و متولی‌گری حوزه سلامت برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته و در این بند فعالیت سازمان تأمین‌اجتماعی نیز به رسمیت شناخته شده است. 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 موضوعات قابل تأملی است که نیازمند فرهنگ‌سازی و ایجاد گفتمان است، که در بند ۸ اشاره شده است. درخصوص تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت به عنوان بند دهم حوزه سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری؛ با اولویت قرار گرفتن درمان در برنامه دولت و اختصاص منابع پایدار به این بخش مشکلات درمانی مردم تا حدود زیادی مرتفع می‌شود. استانداردسازی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران را به عنوان بند دوازدهم مورد تأکید می باشد. این سیاست‌گذاری‌ها کمک می‌کند تا رفتارها را مدیریت کرده و اولویت‌ها را در یک جامعه مشخص به پیش برد. سیاست‌ها می‌توانند از ابعاد و زوایای مختلف مدنظر قرار گیرند. سیاست‌های مربوط به سلامت در جایگاه ویژه‌ای قرار می‌گیرند تا بر اکثر و یا تمام حوزه‌های شخصی و حرفه‌ای تأثیرگذار باشند. برای اینکه قوانین و مقررات از تأثیرات بلند مدت و انسجام لازم برخوردار باشند، ناگزیر باید در چارچوب یک سیاست منطقی و پایدار قرا داشته باشند.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

فهرست منابع و مآخذ

۱- اسلامی تبار، شهریار. (۱۳۹۵). مبانی حقوق سلامت، چاپ اول، تهران، مجد.

۲- آل کجباف، حسین. (۱۳۹۲). مفهوم و جایگاه حق بر سلامت در اسناد بین المللی حقوق بشر، فصلنامه حقوق پزشکی سال هفتم، شماره بیست و چهارم.

۳- باقری لنکرانی کامران. (۱۳۸۹). درآمدی بر عدالت در نظام سلامت، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شیراز، شیراز، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت.

۴- باقیان مقدم، محمد حسین. احرام پوش، محمدحسن. (۱۳۸۵). اصول و کلیات خدمات بهداشتی، تهران، نشر آثار سبحان.

۵- جان بیلیس، استیو اسمیت و دیگران. (۱۳۸۸). جهانی شدن سیاست، روابط بین الملل در عصر نوین (زمینه تاریخی، نظریه‌ها، ساختارها، فرآیندها)، ترجمه ابوالقاسم راه چمنی و دیگران، تهران، موسسه فرهنگی مطالعات و تحقیقات بین المللی ابرار معاصر ایران.

۶- جهانی، محمدعلی. نصیری‌پور، امیراشکان. نقشیه، علی و یمین فیروز، موسی. (۱۳۹۱). جهانی شدن خدمات بیمارستانی، بابل، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل.

۷- حسین پور، مریم. (۱۳۹۳). سخنرانی در مورد سیاست‌های کلی سلامت، مشاور رئیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان در امور زنان و خانواده. سخنرانی ۱۳۹۲/۲/۱۰. http://news.kmu.ac.ir

۸- خاتمی، سیدمحمد. (۱۳۷۹). گزیده سخنرانی های رئیس جمهور درباره توسعه سیاسی، توسعه اقتصادی و امنیت، سال نخست. (جلد اول)، تهران، انتشارات طرح نو.

۹- دهنویه، رضا. (۱۳۹۳). سخنرانی در مورد سیاست‌های کلی سلامت، معاون پژوهشی پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان. http://news.kmu.ac.ir

۱۰- راسخ، محمد. (۱۳۸۱). حق و مصلحت، چاپ اول، انتشارات طرح نور.

۱۱- زمانی، سید قاسم. (۱۳۸۵). شبیه سازی درمانی و حق بر سلامتی در قلمرو حقوق بین الملل بشر، پژوهش حقوق و سیاست شماره ۱۹.

۱۲- صافی زاده، حسین. (۱۳۹۳). سخنرانی در مورد سیاست‌های کلی سلامت، رئیس مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان. http://news.kmu.ac.ir

۱۳- عباسی، محمود. (۱۳۸۲). مجموعه مقالات حقوق پزشکی، جلد دوم، موسسه فرهنگی انتشاراتی حیان.

۱۴- عباسی، بیژن. (۱۳۹۵). حقوق بشر و آزادی های بنیادین، تهران، نشر دادگستر.

۱۵- کریمی، وهاب. (۱۳۸۶). ضرورت یک سیاست اجتماعی در ایران، راهبرد، شماره ۴۵.

۱۶- مصطفی نژاد، عباس. (۱۳۸۷). مبانی علم اقتصاد و سیاست، تهران، نشر غزال.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

۱۷- مطلق، محمداسماعیل. شریعتی، محمد. ملکی، محمدرضا. توفیقی، شهرام. نصرالله پور شیروانی، سیدداود و حاجی سیدعزیزی، پری. (۱۳۸۹). ارزیابی عملکرد حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران بر اساس مدل EFQM، بابل، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، جایزه ملی بهره‌وری و تعالی سازمانی ایران و مدل درمانی بابل.

۱۸- مهربانی، میترا. (۱۳۹۳). سخنرانی در مورد سیاست‌های کلی سلامت، رئیس دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. http://news.kmu.ac.ir .

۱۹- نوری حکمت. (۱۳۹۳). سخنرانی در مورد سیاست‌های کلی سلامت، رئیس اتاق فکر دانشگاه علوم پزشکی کرمان. http://news.kmu.ac.ir.

۲۰- وحدانی نیا، ولی اله. (۱۳۸۹). تحلیل سیاست و سیاست گذاری عمومی، پارادایم سلامت در نظام سیاستگذاری عمومی (یافتن چارچوب مفهومی صحیح برای اقدام؟، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران.

۲۱- هاشمی، سید محمد. (۱۳۸۴). حقوق بشر و آزادی‌های اساسی، نشر میزان، چاپ اول.

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]

[Downloaded from jlawst.ir on 2026-11-17]