

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

تهیه کنندگان

مجری:

دکتر علی رمضانخانی: استاد

همکاران اصلی:

دکتر عباس وثوق مقدم: استادیار

دکتر فاطمه رخشانی: استاد

دکتر نرگس تبریزچی: استادیار

دکتر مریم محمدی: استادیار

دکتر اعظم محمدلو: دانش‌آموخته دکتری تخصصی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

دکتر حسین وزیری: استادیار

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات پژوهش

مقدمه.....	۶
اهداف.....	۱۱
سؤالات.....	۱۱

فصل دوم: مروری بر متون و اطلاعات موجود

مطالعات انجام شده در خارج از کشور.....	۱۴
مطالعات انجام شده در ایران.....	۱۶

فصل سوم

روش انجام مطالعه.....	۱۸
-----------------------	----

فصل چهارم: یافته‌ها

خروجی مرحله اول

تعریف واژه‌ها.....	۲۱
فهرست ذی‌نفعان.....	۳۱

خروجی مرحله دوم

طبقه‌بندی شاخص‌ها و مداخلات تعیین شده برای زیربندهای بند ۲.....	۳۹
شاخص‌ها و مداخلات تعیین شده برای زیربندهای بند ۲.....	۴۲

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

وضعیت موجود و مقایسه با سایر کشورها..... ۶۱

پاسخ به سوالات در خصوص بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت..... ۷۱

توضیحی مختصر از بند ۲ سیاست‌ها کلی سلامت..... ۷۵

منابع..... ۷۹

فهرست جداول

- جدول ۱: فهرست ذی‌نفعان در هر زیربند از بند ۲ سیاست‌های کلان سلامت ۳۱
- جدول ۲: شاخص‌ها و مداخلات طبقه‌بندی شده ۳۸
- جدول ۳: شاخص‌ها و مداخلات تعیین شده ۴۱
- جدول ۴: شاخص امید به زندگی هنگام تولد بین ایران و ۲۴ کشور در سال ۲۰۱۵ ۵۹
- جدول ۵: مقایسه شاخص دسترسی به تسهیلات بهداشتی بین ایران و ۲۶ کشور ۶۰
- جدول ۶: مقایسه شاخص توزیع نیروی انسانی بین ایران و ۲۵ کشور در سال ۲۰۱۵ ۶۱
- جدول ۷: مقایسه درصد رشد جمعیت بین ایران و ۲۵ کشور در سال ۲۰۱۵ ۶۲
- جدول ۸: مقایسه میزان خام تولد به ازای هر هزار نفر جمعیت کشور بین ایران و ۲۵ کشور ۶۳
- جدول ۹: مقایسه میزان خام مرگ به ازای هر هزار نفر جمعیت کشور بین ایران و ۲۴ کشور ۶۴
- جدول ۱۰: مقایسه میزان مرگ و میر در حوادث جاده‌ای ۶۵
- جدول ۱۱: مقایسه شاخص میزان مرگ و میر مادران باردار بین ایران و ۲۴ کشور ۶۶
- جدول ۱۲: مقایسه شاخص میزان مرگ و میر کودکان بین ایران و ۲۴ کشور در سال ۲۰۱۵ ۶۷
- جدول ۱۳: مقایسه درصد کودکان یک‌ساله واکسینه علیه سل بین ایران و ۲۴ کشور ۶۸

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه:

سلامت در همه سیاست‌ها منعکس‌کننده یک طرح چند بخشی در جهت سیاستگذاری سلامت ملی یا دولت/سطح استانی یا حکومتی است که در آن بخش‌ها با هم همکاری می‌کند (اغلب از طریق فرایندهای همکاری، هماهنگی و یا ادغام) به منظور طراحی سیاست‌ها و برنامه‌هایی که مشتمل بر طرح‌های سلامت جمعیت برای پیشگیری از بی‌عدالتی می‌باشد (به عبارتی اینها طرح‌هایی هستند که به افزایش دسترسی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی محدود نمی‌شوند، این اقدامات شامل اثرات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت از قبیل آموزش، شرایط مسکن و یا کاهش فقر می‌باشد) (۱).

سلامت در همه سیاست‌ها بطور روزافزونی به عنوان یک استراتژی دولتی به منظور بهبود سلامت جامعه با اقدامات هماهنگ در سراسر بخش‌های بهداشتی و غیربهداشتی محبوب شده است. سلامت در همه سیاست‌ها، مکمل استراتژی‌های مرتبط با سلامت می‌باشد که به بهبود سلامت جامعه کمک می‌کند. هسته سلامت در همه سیاست‌ها، بررسی تعیین‌کننده‌های سلامت می‌باشد که می‌تواند برای سلامت تغییر کنند. به عبارتی دیگر ممکن است که فعالیت‌های متنوع بین بخشی در سلامت و سیاست بکار گرفته شوند اما تعیین‌کننده‌های سلامت به عنوان پلی بین سیاست و پیامدهای سلامت می‌باشد. رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها براساس این شناخت است که سلامت جامعه صرفاً حاصل فعالیت‌های بخش سلامت نیست، بلکه تا حدود زیادی ناشی از شرایط زندگی و سایر عوامل اجتماعی و اقتصادی می‌باشد و بنابراین بیشتر تحت تأثیر سیاست‌ها و اقداماتی فراتر از بخش سلامت می‌باشد (۲).

پیاده‌سازی سلامت در همه سیاست‌ها از تعهدات بین بخشی از جمله، تنظیم دستورکار و ظرفیت‌سازی مشتق می‌شود. دو استراتژی در بخش تنظیم دستورکار عبارتند از: افزایش آگاهی از اهمیت رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها از جمله اینکه چگونه هر بخش می‌تواند کمک کند و استفاده از رویکرد برد-برد که در آن بخش‌ها تا رسیدن به هدف با استفاده از رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها ایستادگی می‌کنند. ظرفیت‌سازی بخش‌ها برای اجرای بهتر سلامت در همه سیاست‌ها شامل ظرفیت‌سازی نهادی (به عنوان مثال زیرساخت، نیروی انسانی و منابع مالی) و ظرفیت کارشناسان (به عنوان مثال تخصص و آموزش) می‌باشد (۱).

پیاده‌سازی رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها در یک نظام، دولت را قادر می‌سازد تا در پاسخ‌دهی به نیازهای سلامت و تندرستی مردم جامعه، بصورت یکپارچه عمل کند (۳). چهار استراتژی متفاوت در پیاده‌سازی سلامت در همه سیاست‌ها عبارتند از؛ (۱) استراتژی سلامت که در آن اهداف بهداشتی در هسته عمل نگه داشته می‌شود. (۲) استراتژی برد-برد یا استراتژی منافع متقابل که به یافتن سیاست‌ها و اقداماتی که در تمام قسمت‌ها مفید هستند، می‌پردازد. (۳) استراتژی‌های همکاری که بر همکاری نظام‌مند و کارشناسی موجود در درخواست آنچه که بخش سلامت می‌تواند برای سایر بخش‌ها انجام دهد تا به آنها در دستیابی به اهداف‌شان کمک کند، می‌پردازد. (۴) استراتژی محدودیت آسیب که در آن اثرات بالقوه منفی سلامت را در طرح‌های سیاسی خارج از بهداشت که در حال بررسی هستند، شناسایی می‌کند (۴).

رویکردهای سلامت در همه سیاست‌ها از سایر طرح‌های بین بخشی در پیشبرد عدالت در سلامت به دو روش مهم قابل تمایز می‌باشد: اول؛ رویکردهای سلامت در همه سیاست‌ها در درجه اول توسط ساختارهای رسمی و مکانیسم‌های دولتی هماهنگ می‌شوند، هر چند که ممکن است شامل بازیگران غیردولتی، از جمله کسانی از بخش‌های دانشگاهی، خصوصی و جامعه / مدنی باشد. دوم؛ طرح‌های اتخاذ شده تحت رویکردهای سلامت در همه سیاست‌ها صراحتاً به سیاست‌ها یا برنامه‌های ساختاری یا بلندمدت دولت متصل می‌شوند (۱).

چالش‌های پیاده‌سازی سلامت در همه سیاست‌ها، مسئله‌ای در سطح اروپا می‌باشد و به احتمال زیاد تا مدت‌ها باقی خواهد ماند. همانطور که تاکنون چیزی به سرعت تغییر نکرده، ما نباید انتظار بیش از حدی در دستیابی خیلی سریع به دستاوردهای بسیار مهم داشته باشیم (۵). چالش‌های پیاده‌سازی سلامت در همه سیاست‌ها در عوامل متعددی دیده می‌شود اما سه عامل کلیدی شناخته شده عبارتند از؛ اول، سازگاری بخش‌ها با منافع اصلی، دوم؛ دامنه بخش‌ها که می‌تواند به بهبود تعیین‌کننده‌های سلامت رسیدگی کند و سوم از نظر هزینه‌ها که با مصرف بهداشت به حساب‌ها افزایش می‌یابد (۲).

حمایت عمومی و سیاسی برای پیاده‌سازی سلامت ضروری می‌باشد تا در سیاستگذاری جدی به نظر برسد. سلامت در بین بیشتر مردم از ارزش بالایی برخوردار است. دموکراسی، مشارکت مردمی و شفافیت سیاستگذاری از پیش نیازهای مهم برای این ارزش بالا می‌باشند تا به سمت سیاستگذاری سلامت پسند هدایت شود (۲).

ارزیابی اثر سلامت به عنوان یک فعالیت گسترده، متمرکز و مفید می‌باشد که بطور روزافزون به روش‌های پیچیده‌ای انجام می‌شود. تنوع فعلی عملکرد ارزیابی اثر سلامت برای قادرسازی طیف گسترده‌ای از فعالیت‌های مرتبط با ارزیابی اثر سلامت برای رسیدن به اهداف نهایی که حفظ و ارتقای سلامت عمومی می‌باشد، ادامه می‌یابد (۶). ممکن است که از ارزیابی اجتماعی و محلی و سطح استفاده از ارزیابی اثر سلامت آگاهی بیشتری داشته باشیم (۷)، اما از آگاهی نسبتاً کم و یا تفکر نسبتاً کمی در مورد نحوه حفظ سیاست‌های نظارتی و فضای منابع برخورداریم، بطوری که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت را در سطوح سیاست ملی یا فراملی تحت تأثیر قرار دهد (۸).

همانطور که در بالا ذکر شد بررسی تعیین‌کننده‌های سلامت، هسته سلامت در همه سیاست‌ها می‌باشد. تعیین‌کننده‌های سلامت عبارتند از؛ (۱) عوامل وراثتی، سن و جنس، (۲) عوامل سبک زندگی فردی، (۳) تأثیرات اجتماعی و جامعه، (۴) شرایط زندگی و کار، (۵) شرایط کلی اجتماعی اقتصادی، فرهنگی و محیطی (۲).

مقام معظم رهبری در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، سیاست‌های کلی سلامت را به عنوان مهمترین و جامع‌ترین سند بالادستی در خصوص سلامت کشور که توسط مجمع تشخیص مصلحت تدوین شده و کارکردها و اهداف چشم اندازی ایران تا سال ۱۴۰۴ شمسی را مشخص می‌کند در فروردین ماه ۱۳۹۳ ابلاغ کردند. یکی از این سیاست‌ها 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 تهدیدکننده 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 می‌باشد.

در این سیاست موضوع سلامت همه جانبه و انسان سالم مورد تأکید قرار گرفته است و سیاستگذار تأکید می‌کند که تمامی اقدامات مجلس و دولت در وضع قوانین و مقررات تنظیمی باید بر پایه تأمین و ارتقای هر چهار بعد سلامت باشد و بنابراین باید از اقدامات خلاف آن پیشگیری شود. ذیل این سیاست بر قبول اولویت پیشگیری بر درمان و به رعایت و التزام عملی دولت و نهادهای مسئول سلامت نسبت به این اصل تأکید می‌کند. به علاوه سیاستگذار در راستای اصلاح برنامه‌های سلامت با توجه به اولویت‌ها، روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت،

پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را مورد توجه قرار داده است.

بحث کاهش مخاطرات سلامت از دیگر موارد مهم در این سیاست است و کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی را سیاستگذار مورد تأکید قرار می‌دهد. پیوست سلامت با هدف پیش‌بینی و شناسایی مجموعه آثار و پیامدهای احتمالی یک اقدام بر سلامت تهیه و در قالب گزارش اجمالی و تفصیلی تدوین می‌شود و هدف از تهیه آن در طرح‌های مشمول، پیش‌بینی اثرات مهم گذرا و یا ماندگار یک طرح بر سلامت مردم تحت پوشش و کمک به انتخاب بهینه گزینه‌های طرح می‌باشد. از دیگر موارد مورد تأکید سیاستگذار، تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای است که نیازمند تهیه یک آئین نامه دقیق از سوی دولت و اجرای آن توسط همه ارگانها می‌باشد.

در سند چشم‌انداز سال ۱۴۰۴ آمده است که: «با اتکال به قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و عزم ملی و کوشش برنامه‌ریزی شده و مدبرانه‌ی جمعی و در مسیر تحقق آرمان‌ها و اصول قانون اساسی، در چشم‌انداز بیست‌ساله، ایران کشوری است توسعه‌یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه با هویت اسلامی و انقلابی، الهام‌بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و موثر در روابط بین‌الملل. جامعه‌ی ایرانی در افق این چشم‌انداز چنین ویژگی‌هایی خواهد داشت: برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب.» (۹).

بنا به اهمیت محوری سلامت در توسعه پایدار اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی در برنامه چشم‌انداز کشور در این بند از سیاستها، ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیایی جنوب غربی مورد تأکید قرار می‌گیرد. در انتهای این بند به مورد با اهمیت دیگری که نقش اساسی در تحقق همه سیاستها و عدالت در همه ابعاد سلامت و تاثیرگذار در اجرای صحیح همه فرآیندهای بهداشت اشاره می‌شود و خواستار ایجاد نظام پایش و ارزیابی عملکرد برای صیانت از حقوق مردم و مشتریان نظام سلامت است.

با توجه به ویژگی سیاستهای کلی، سیاستهای کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری نیز ممکن است برای برخی از مسئولین ابهاماتی را ایجاد کند. بنابراین لازم است نسبت به بندهای مختلف سیاست‌ها زبان مشترک بوجود آید، و با

تبیین آنها و ایجاد و درک واحد و تشخیص صحیح از ابعاد مختلف هر یک از بندهای ۱۴ گانه و زیر بندهای مربوط اولویت‌ها و فرآیند اجرا تعیین شود.

در حال حاضر و با گذشت سه سال از ابلاغ این سیاستها، شاهد کاستی و کندی جدی در اجرای آن هستیم و انتظار می‌رود شناخت عمیق این ابلاغیه و بندهای آن و درک صحیح و یکسان ذینفعان اقدامی مؤثر در اجرای بهتر و سریع‌تر سیاستهای ابلاغی باشد. لذا فرهنگستان علوم پزشکی با توجه به جایگاه مشورتی و وظیفه ذاتی خود پژوهش حاضر را سفارش داد تا با اجرا و نتایج بدست آمده از تعریف مفاهیم کلیدی بکار رفته در بند ۲ سیاستهای ابلاغی و تعیین راهبردهای تحقق سیاستهای کلی، در ایجاد توافق و یکپارچگی در تعریف واژگان و در نهایت مفهوم و هدف سیاستهای ابلاغی مؤثر باشد. بند ۲ سیاستهای ابلاغی عبارت است از تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت:

۱. اولویت‌پیشگیری بر درمان
۲. روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی
۳. کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی
۴. تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای
۵. ارتقای شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی
۶. اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی

اهداف

اهداف کلی

تبیین ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳ برای بهبود اجرای آنها

اهداف ویژه:

۱. تبیین سیاست‌ها شامل تعریف دقیق واژه‌ها و مفاهیم
۲. شناسایی شاخص‌های رصد کلان و مداخلات در راستای رسیدن به زیربندهای ماده ۲ سیاست‌های کلی سلامت
۳. تعیین مداخلات ضروری به منظور دستیابی به زیربندهای ماده ۲ سیاست‌های کلی سلامت
۴. اولویت‌بندی مداخلات ضروری به منظور دستیابی به زیربندهای ماده ۲ سیاست‌های کلی سلامت
۵. تحلیل ذینفعان مداخله‌های انتخاب شده در زمینه زیربندهای ماده ۲ سیاست‌های کلی سلامت
۶. آیا ارزیابی انطباق اولویت‌های مداخله استخراج شده با برنامه‌های نهادها و سازمان‌های ذینفع، از جمله برنامه ششم توسعه اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی کشور و ماده ۲ سیاست‌های کلی سلامت صورت گرفته است؟

سؤالات:

سؤال‌هایی که در خصوص بند ۲ سیاست‌ها مطرح می‌شوند:

۱. مقصود از خدمات و مراقبت‌های سلامت جامع و یکپارچه با رویکرد همه جانبه در سلامت چیست؟
۲. چگونگی تحقق و اجرایی کردن HIAP را مشروحاً ذکر نمایید؟

۳. تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین و سیاست‌های اجرایی و مقررات یعنی چه و چگونه باید اعمال شود؟
۴. مقصود از روزآمد کردن برنامه‌های بهداشتی و درمانی چیست؟
۵. برای کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی چه باید کرد؟
۶. در جهت دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی چه باید کرد؟
۷. مقصود از صیانت از حقوق سلامت مردم و بیماران چیست؟
۸. مقصود از حقوق سلامت مردم چیست؟
۹. مقصود از تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات چیست؟
۱۰. مقصود از شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها چیست؟

فصل دوم

مروری بر متون

و

اطلاعات موجود

مروری بر متون و اطلاعات موجود

در این پژوهش برخی مطالعات انجام شده از طریق جستجو در بانک‌های اطلاعاتی در دسترس بدست آمد و مبنای جستجوی مطالعات در این پژوهش، سلامت در همه سیاست‌ها، اولویت‌پیشگیری بر درمان، روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی، کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت، یوست سلامت، شاخص‌های سلامت و نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی بود. مطالعات در دو گروه «مطالعات انجام شده در خارج از کشور» و «مطالعات انجام شده در ایران» و بر اساس ترتیب زمانی انتشار مطالعات از قدیم به جدید، طبقه‌بندی شدند:

مطالعات انجام شده در خارج از کشور:

مطالعه‌ای تحت عنوان «تقویت پیاده‌سازی سلامت در همه سیاست‌ها: یک روش برای مطالعات موردی توضیحی واقع‌گرایانه» توسط Shankardass و همکاران در سال ۲۰۱۴ منتشر شد. این مطالعه یک روش جدیدی را برای مطالعات موردی توضیحی توضیف می‌کند که یک چشم‌انداز واقع‌گرایانه علمی را برای بررسی پیاده‌سازی سلامت در همه سیاست‌ها بکار گرفت. در ابتدا این مطالعه یک چارچوب مفهومی را برای توصیف بستر، مکانیسم‌های اجتماعی و پیامدهای مرتبط با پیاده‌سازی پایدار سلامت در همه سیاست‌ها تشکیل داد. سپس فرایند نظام‌مند توضیح پدیده‌های مورد نظر را با مقالات و مصاحبه‌های کلیدی اطلاع‌رسان توضیح داد و به جستجوی تم‌ها و الگوها پرداخت. در این مطالعه عوامل مؤثر بر پایداری پیاده‌سازی سلامت در همه سیاست‌ها موارد زیر ذکر شد: بستر فرهنگی، اقتصادی و سیاسی، نفوذ بین‌المللی، مشکلات سیاسی، ایدئولوژی سلامت و نظام سلامت، اولویت‌بندی سیاسی برای سلامت در همه سیاست‌ها، فرایندهای رسمی برای تقویت سلامت در همه سیاست‌ها، دسترسی به منابع برای هزینه‌های مورد نیاز و ظرفیت‌سازی فعالیت‌ها (۱۰).

مطالعه‌ای تحت عنوان «سلامت در همه سیاست‌ها به عنوان یک اولویت در سیاست سلامت: یک مطالعه موردی در مورد طراحی سیاست سلامت ملی در سال ۲۰۱۳ توسط Melkas انجام شد. این مطالعه توسعه ملی را با رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها در فنلاند در طی ۴ دهه گذشته توصیف می‌کند. در اوایل ۱۹۷۰ بهبود سلامت عمومی یک اولویت سیاسی عنوان شد و نیاز به تعیین کننده‌های سلامت مؤثر از طریق بخش‌هایی فراتر از بخش سلامت بود. این کار با سیاست تغذیه، سیاست پیشگیری از سیگار کشیدن و تصادفات شروع شد. فنلاند برای ترویج این کار، سلامت در همه سیاست‌ها به عنوان موضوع سلامت از اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۶ اتخاذ کرد. کار بین بخشی در مورد سلامت با بکارگیری برنامه‌های سلامت تکی تا برنامه‌هایی در مقیاس بزرگ و بیشتر با کار نظام مند براساس قانون و سارخترهای دائمی توسعه یافت. در سال ۲۰۰۰ کار در سطح محلی با تمرکز بیشتر و قوانین سخت‌تر و ارائه پشتیبانی کارشناس در پیاده‌سازی، تقویت شد. به تازگی، بر اهداف گستره و برنامه‌های بین بخشی دولتی و ذی‌نفعانی در خارج از دستگاه‌های اداری، تأکید دارد. پیشرفت‌های بزرگ در سلامت جامعه در طول چند دهه گذشته صورت گرفت. اگرچه، نابرابری‌های سلامت در سراسر گروه‌های اجتماعی بصورت غیرقابل قبولی بزرگ باقی مانده است. همچنین تصمیمات مهمی در مورد سیاست اقتصادی با اثرات متنوعی توسط گروه‌های اجتماعی بدون ارزیابی اثر سلامت گرفته شده و یا انجام ارزیابی‌ها نادیده گرفته شده‌اند (۱۱).

مطالعه‌ای تحت عنوان «سلامت در همه سیاست‌ها- ابتکار نهایی: پیشینه، اصول و موضوعات کنونی» در سال ۲۰۱۰ توسط Pуска و Stahl منتشر شد. در سال ۱۹۷۰ فنلاند اقدامات گسترده‌ای را در تغییر رژیم غذایی کشور به منظور کاهش مرگ و میر بالای مرتبط با بیماری‌های قلبی عروقی شروع کرد. این کار و سایر کارها در فنلاند سایر بخش‌ها را درگیر کرد که منجر به پیشرفت قابل توجهی در سلامت عمومی گردید و راهی را برای ابتکار سلامت در همه سیاست‌ها آغاز نمود. این ابتکار و اصول آن طرح‌های بعدی را در فنلاند تشویق می‌کند و آنها طرح‌های خود را با اتحادیه اروپا و سازمان جهانی بهداشت لینک کردند. این طرح در فنلاند منجر به بهبود خوبی در مقدار چربی در رژیم غذایی شد. به عنوان مثال در سال ۱۹۷۲، ۹۰ درصد مردم بر روی نان خود از کره استفاده می‌کردند و این میزان در سال ۲۰۰۹ به ۵ درصد رسید و سطح فشارخون و سیگار کشیدن در بین مردان کاهش یافت (۱۲).

مطالعه‌ای تحت عنوان «سلامت در همه سیاست‌ها: از بیان تا عمل» توسط Ollila در سال ۲۰۱۱ با هدف بررسی فرصت‌های تقویت پیاده‌سازی رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که فرصت‌ها برای

سلامت در همه سیاست‌ها از طریق تحلیل فرصت‌ها برای اصلاح تعیین‌کننده‌های سلامت از یک طرف و تحلیل روند سیاسی، طرح‌ها و بازیگران به ویژه زمینه‌هایی غیر از سلامت از طرفی دیگر، قابل‌شناسایی می‌باشد. این مطالعه به این نتیجه رسید که تلاش‌های منظم کارشناسان بهداشت عمومی، سیاست سلامت و سلامت بین‌الملل در شناسایی و اولویت‌بندی‌های مورد نیاز برای سلامت در همه سیاست‌ها، در تحلیل پیامدهای بهداشتی سیاست‌ها و طرح‌های سیاسی و ایجاد آنها، برای درک سیاستگذاران مهم می‌باشد. بهبود سواد سلامت مردم، سیاستگذاران و رسانه‌ها عاملی کلیدی در پیاده‌سازی سیاست‌های سلامت می‌باشد. همچنین پیش‌نیاز تقویت سلامت در همه سیاست‌ها، رویکرد مشارکت و شفافیت سیاستگذاری می‌باشد (۴).

مطالعات انجام شده در ایران:

مطالعه‌ای با عنوان «رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها» توسط رخشانی و زارعی در سال ۱۳۹۲ بصورت نامه به سردبیر منتشر گردید. در این مطالعه، چالش اصلی، آگاه ساختن سایر بخش‌ها از اثرات تصمیماتشان بر سلامت و ادغام اهداف سلامت با سایر سیاست‌ها ذکر گردید. این مطالعه اهمیت یکپارچه‌سازی و سیاستگذاری مبتنی بر اطلاعات و تأثیر سیاست بر سلامت را پررنگ‌تر می‌نماید و دسترسی سیاستگذاران و مجریان قوانین به اطلاعات معتبر بهداشتی را ضروری می‌داند و بیان می‌کند که سلامت تنها بخشی از انواع استراتژی‌های و سیاست‌های یک جامعه در جهت ارزش ساخت مفهوم سلامت و بستر یکپارچه‌سازی سیاست‌ها می‌باشد (۱۳).

آیه ۱۶ سوره مائده بیان شده است « خداوند هر که را از خشنودی او پیروی کند، به وسیله آن کتاب به راه‌های سلامت، رهنمون می‌کند». همچنین خداوند کریم در آیه ۱۳۴ سوره نساء می‌فرماید « و بدین سان انسان می‌تواند با پیوند به خدا، برنامه‌هایی که او برای زندگی بشر ارائه کرده به بزرگترین نعمت‌های الهی دست یابد و نه تنها آخرت بلکه سلامت، سعادت و خوشبختی دنیای خود را تأمین نماید. هر کس پاداش دنیا می‌خواهد، پاداش دنیا و آخرت نزد خداست». آیه ۲۹ سوره اعراف با بیان « بخورید و بیاشامید ولی اسراف نکنید» مردم را به اقدامات پیشگیرانه راهنمایی می‌کند، زیرا اسراف و زیاده‌روی در خوردن شرایط انواع بیماری‌ها را فراهم می‌کند. به عبارتی بررسی متون اسلامی نشان می‌دهد که یکی از اهداف اصلی و حکمت‌های مهم احکام و مقررات اسلامی، اقدامات پیشگیرانه می‌باشد و بر اهمیت پیشگیری و بهداشت تأکید دارد (۱۴).

فصل سوم

روش انجام مطالعه

روش انجام مطالعه:

در راستای دستیابی به اهداف پژوهش، اجرای این طرح طبق برنامه‌ای منظم در سه مرحله انجام گردید:

مرحله اول:

هدف از انجام این مرحله شناسایی و تبیین دقیق سیاست شامل: تعیین چارچوب مفهومی، تعریف دقیق واژه‌ها و مفاهیم کلیدی، ذی نفعان، شاخص‌های رصد کلان و راهبردهای اجرایی هر زیربند از بند ۲ سیاستها بود. در این مرحله به منظور تعریف دقیق واژه‌ها و مفاهیم کلیدی ابتدا منابع مکتوب علمی داخلی و خارجی از جمله مقالات منتشر شده، نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران، برنامه چهارم توسعه، برنامه پنجم توسعه، برنامه ششم توسعه، سلامت در جمهوری اسلامی ایران، جستجو مورد مطالعه و استفاده قرار گرفت، و واژه‌ها و مفاهیم کلیدی استخراج و مدون گردید.

برای تعیین ذی نفعان هریک از اجزای بند ۲ سیاست کلی سلامت، فهرست آنان با استفاده از نظرات تیم پروژه شناسایی شدند.

به منظور شناسایی شاخص‌های رصد کلان، ابتدا متون موجود در خصوص شاخص‌های استاندارد ملی و بین‌المللی و مستندات داخلی و خارجی مورد مطالعه قرار گرفتند از جمله شاخص‌های سازمان جهانی

بهداشت، دفتر منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، شاخص‌های اهداف توسعه پایدار، سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران، نقشه جامع علمی کشور، برنامه ششم توسعه، شاخص‌های تهیه شده برای سالنامه آماری سلامت، شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، شاخص‌های ملی سلامت، شاخص‌های سلامت سازمان جهانی بهداشت. سپس فهرستی از شاخص‌های مربوط به هر زیربند از بند ۲ با استفاده از نظرات تیم پروژه تهیه گردید.

مرحله دوم:

هدف از انجام این مرحله، تکمیل و انتخاب شاخص‌های رصد کلان زیربندهای بند ۲ سیاستها و اولویت‌گذاری راهبردهای کلی است. با استفاده از محتواهای بدست آمده در مرحله قبل، با اجرای نشست با اعضای تیم پروژه و تبیین نظرات آنها علاوه بر تعیین ذینفعان، معرفی شاخص‌ها و وضعیت موجود آنها و راهبردهای اساسی تهیه گردید. در این مرحله که بطور عمده از روش مطالعه کیفی استفاده شد. گزارش شاخص‌های رصد کلان و راهبردهای اولویت‌گذاری شده حاصل از نشست‌های اعضای تیم پروژه به روش تحلیل محتوای اسنادی مورد تجزیه قرار گرفت.

مرحله سوم:

هدف این مرحله تدوین فهرست اولویت‌گذاری شده نهایی شاخص‌های رصد سیاست در نظام سلامت کشور و راهبردهای تعیین شده در دو مرحله قبل برای هر کدام از زیربندهای سیاست ۲ می‌باشد. با استفاده از اطلاعات حاصل از دو مرحله قبل و نظر اعضای تیم پروژه، مفاهیم کلیدی، فهرست ذی‌نفعان، شاخص‌های رصد کلان و مداخلات مربوط به هر یک از زیربندهای بند ۲ سیاستهای کلی ابلاغی مقام معظم رهبری تحلیل و گزارش نهایی تهیه گردید.

فصل چهارم

یافته‌ها

خروجی مرحله اول: تعریف دقیق واژه‌ها و فهرست ذی‌نفعان

تعریف واژه‌ها:

نتیجه بررسی مستندات و متون، تهیه فهرستی از واژه‌های کلیدی از منابع بررسی شده بود. در این مرحله ۳۲ واژه کلیدی استخراج گردید. در این بخش، واژه‌های کلیدی در هر زیربند بطور مجزا مطرح شده است.

✓ تعریف واژه‌ها در بند ۲: تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات

۱. سلامت Health

زکریای رازی سلامت را به حاکمیت عقل سنجش‌گر بر خواسته‌ها، تصمیم‌ها و رفتارهای آدمی تعریف می‌کند و در موارد مختلف سه ملاک را به منزله نشانگر آن به کار می‌برد: حد وسط بین افراط و تفریط، حداقل کفایت و نیاز در برخورداری و سنجش بین لذت و رنج حاصل رفتار. سلامت و بیماری حاصل چالش مستمر بین عقل (عملی) و روح است (۱۵).

سلامت (WHO, 1948) به مفهوم رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی (۱۶).

سلامت به مفهوم انطباق و خودمدیریتی می‌باشد. سلامت انسان مجموعه‌ای از ویژگی‌های پویا و ابعاد قابل اندازه‌گیری می‌باشد (۱۷).

سلامت (منشور اوتاوا) کمتر به عنوان یک حالت انتزاعی و بیشتر به عنوان وسیله‌ای برای دستیابی به هدفی در نظر گرفته می‌شود که در قالب واژگان عملی می‌توان آن را بصورت منبعی که به مردم اجازه هدایت یک زندگی

بهره‌ور از نظر شخصی، اجتماعی و اقتصادی را می‌دهد، بیان می‌شود. سلامتی، منبعی برای زندگی روزمره است و هدف از زندگی بهره‌ور نمی‌باشد. سلامتی یک مفهوم مثبت است که تاکید بر منابع اجتماعی و شخصی در کنار قابلیت‌های جسمانی می‌نماید (۱۸).

سلامتی عبارت است از وضعیت کامل خوب جسمی، عاطفی، روانی، محیطی، روحی و اجتماعی و نه تنها فقدان بیماری (۱۹).

۲. ابعاد سلامت Health of dimensions

محیط زیست، فکری، ذهنی، شغلی، عاطفی، و ابعاد معنوی سلامت که برای کمک به تعیین وضعیت کلی فرد از سلامتی در تعامل با یکدیگر می‌باشند (۱۹) ..

۳. سلامت جسمانی:

عبارتست از فقدان بیماری و ناتوانی، عملکرد کافی جسمانی و فیزیولوژیک. سلامت جسمانی را نسبت به دیگر ابعاد سلامتی، ساده‌تر می‌توان ارزیابی کرد. سلامت جسمی ناشی از عملکرد درست اعضای بدن و توانایی انجام کارها است. از نظر بیولوژیکی، عملکرد مناسب سلول‌ها و اعضای بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمانی است (۲۰).

۴. سلامت روانی (سلامت روانشناسانه یا سلامت عاطفی):

در این بعد از سلامت، فقط نداشتن بیماری روانی مدنظر نیست، بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی، داشتن عکس العمل مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی جنبه مهمی از سلامت روانی را تشکیل می‌دهند. سلامت اجتماعی: عبارتست از؛ توانایی تعامل مؤثر با افراد دیگر و محیط اجتماعی، رضایت مندی از روابط بین فردی، ایفای نقش. بعد اجتماعی از ۲ جنبه قابل بررسی است: ۱. ارتباط سالم فرد با جامعه، خانواده، مدرسه و محیط شغلی، ۲. شاخص‌های بهداشتی (۲۰).

۵. سلامت معنوی (روحی):

عبارتست از؛ ایمان، هدف دار بودن زندگی، پای بندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن ظن. یکی از علل عمده بیماری‌ها و مشکلات روانی و عوارض جسمانی و اجتماعی، احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است (۲۰).

۶. انسان سالم Healthy person/Healthy people

فرانکل در معرفی انسان سالم به دو ظرفیت روحانی و متعالی انسان یعنی توانایی از خود فاصله گرفتن و از خود فرارفتن اشاره می‌کند. ویژگی‌های انسان سالم از دیدگاه وی عبارتند از: آزادی و اختیار، خودآگاهی و مسئولیت‌پذیری، ارزش‌مداری (خلاقیت، عشق، رنج)، معناجویی، یکتایی و بی‌همتایی و پاسخگویی به ندای وجدان (۲۱).

از دیدگاه قرآن و حدیث، مهمترین ویژگی انسان سالم، داشتن گوهر عقل است. سلامت جسم و روان در سایه عقل بدست می‌آید. عقل ابزار تشخیص نیک و بد، راهیابی به سوی معرفت و شناخت جهان، شناخت خود و جایگاه خویش در نظام خلقت، شناخت اهداف و وسیله‌های رسیدن به اهداف است. ارتباط با خود، ارتباط با خدا و ارتباط با اجتماع بطور تنگاتنگ و حلقه‌وار به هم متصل‌اند و در همدیگر تاثیر و تأثر دارند. فرد هر قدر به این فضائل نزدیک‌تر باشد، عاقل‌تر و سالم‌تر خواهد بود و به هر مقدار که از این صفات دور باشد، از سلامت روان فاصله می‌گیرد و بیماری جهل و به دنبال آن بیماری روان خواهد داشت (۲۲).

۷. سلامت در همه سیاست‌ها Health in all policies

سلامت در همه سیاست‌ها منعکس‌کننده یک طرح چند بخشی در جهت سیاستگذاری سلامت ملی یا دولت/سطح استانی یا حکومتی است که در آن بخش‌ها با هم همکاری می‌کنند (اغلب از طریق فرایندهای همکاری، هماهنگی و یا ادغام) به منظور طراحی سیاست‌ها و برنامه‌هایی که مشتمل بر طرح‌های سلامت جمعیت برای پیشگیری از جلوه‌ای از بی‌عدالتی می‌باشد (به عبارتی اینها طرح‌هایی هستند که به افزایش دسترسی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی محدود نمی‌شوند، این اقدامات شامل اثرات تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت از قبیل آموزش، شرایط مسکن و یا کاهش فقر می‌باشد) (۱).

سلامت در همه سیاست‌ها رویکردی است به سیاست‌های عمومی سرتاسر بخش‌ها که بطور نظام‌یافته‌ای اثرات تصمیمات بر سلامت را مورد توجه قرار می‌دهد، همیاری‌ها را جویا می‌شود و از اثرگذاران بار بر روی سلامت جلوگیری می‌کند تا بدین وسیله سلامت جمعیت و عدالت در سلامت را بهبود بخشد. رویکرد مذکور از مسئولیت و پاسخگویی سیاستگذاران برای اثرگذاری بر سلامت در کلیه سطوح سیاستگذاری کمال استفاده را می‌کند. رویکرد

سلامت در همه سیاست‌ها بر اثرات سیاست‌های عمومی بر نظام سلامت، تعیین‌کننده‌های سلامت و تندرستی اصرار می‌ورزد (۲۳).

۸. سیاست Policy

سیاست به معنی رویه یا خط مشی است که جهت‌گیری‌های بلندمدت و میان مدت یک سازمان را مشخص می‌نماید. به عبارت دیگر برنامه‌هایی است که در سطح کلان در سازمان‌ها مطرح بوده و در هر سطح، معنی خاص خود را دارد. باید توجه داشت که سیاست‌ها در خلاء به وجود نمی‌آیند و اغلب نتیجه تحلیل‌هایی هستند که با قضاوت‌های ارزشی آمیخته می‌شوند (۲۴).

سیاست عبارت است از جهت‌گیری‌های عمده برای دستیابی به اهداف کلان و راهبردی (۲۵).

۹. مقررات Regulation

قواعدی هستند که جهت هدایت اجرای قوانین طراحی شده‌اند، به عنوان مثال قواعدی که دولت از آن استفاده می‌کند تا روی افراد و نهادهای مختلف تأثیر بگذارد تا بتوانند رفتار خود را تغییر دهند (۲۴).

مقررات تنها شامل قوانین رسمی و مشرع می‌باشد نه پاداش‌ها یا تغییر رفتارها. وضع مقررات نیز شامل طیف کاملی از ابزارهای قانونی (به عنوان مثال قوانین، فرمان‌ها، دستورات، نظام‌نامه‌ها، قوانین اجرایی و راهکارها)، قوانین اعلام شده از سوی دولت یا نهادهای غیردولتی (مثلاً سازمان‌های نظارت بر خورد) تا سایر نهادهایی که دولت قدرت وضع مقررات را به آنها تفویض کرده است (۲۶).

۱۰. قوانین Law

قواعدی که بطور رسمی توسط سازمان‌های مرتبط با قانونگذاری یا رؤسای کنترل‌کننده جامعه، تدوین شده‌اند (۲۴).

مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها و قراردادها است که از سوی مجموعه‌ای از مؤسسات تدوین و به اجرا گذاشته می‌شود و به عنوان میانجی در پیوندهای اجتماعی بین مردم عمل می‌کند. به عبارت دیگر هر چیزی که تنظیم کننده رفتار انسان باشد، قانون نام دارد (۲۳).

✓ تعریف واژه‌ها در زیر بند ۱: اولویت پیشگیری بر درمان

۱.۱ اولویت‌بندی priority:

رتبه‌بندی جایگزین‌ها مطابق با ارزش و/ یا اثربخشی آنها (۱۹).

۱.۲ پیشگیری prevention:

پیشگیری از بیماری شامل اقداماتی است که از وقوع بیماری پیشگیری می‌کند مانند کاهش عوامل خطر، و همچنین مانع پیشرفت بیماری و کاهش پیامدهای آن نیز می‌شود (۲۷). پیشگیری اولیه بر اقدامات لازم در جهت کاهش موارد جدید یک اختلال خاص تمرکز دارد، پیشگیری ثانویه بر تشخیص زود هنگام اختلالات و درمان مؤثر تمرکز دارد و پیشگیری ثالثیه بر کاهش پیامدهای بلندمدت یک اختلال از طریق درمان مؤثر تمرکز دارد (۱۹).

۱.۳ درمان Treatment:

درمان یک فرایند طولانی مدت از مداخلات و نظارت برای کمک به فردی است تا مصرف اجباری دارو متوقف کند (۲۸).

✓ تعریف واژه‌ها در زیر بند ۲: روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی

۱.۴ برنامه‌های بهداشتی درمانی Health programs:

تمام فعالیت‌های یک مدرسه، جامعه و یا سازمان که مرتبط با خدمات بهداشتی، پزشکی، دندانپزشکی و روانشناسی، آموزش و محیط زیست می‌باشد و به سمت بهبود سلامت فردی و اجتماعی هدایت می‌شود (۱۹).

هدف از برنامه‌های بهداشتی، پیشگیری یا کنترل بیماری، آسیب، ناتوانی و مرگ می‌باشد (۲۹).

✓ **تعریف واژه‌ها در زیر بند ۳: کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی**

۱۵. مخاطرات سلامت Health risk factors:

علل اجتماعی، زیست محیطی و شیوه زندگی و یا رفتاری شناخته شده در افزایش خطر فردی یا احتمال ایجاد یک بیماری خاص یا آسیب (۳۰).

۱۶. عوامل خطر Risk factors

شرایط یا ویژگی‌هایی که احتمال یک بیماری و یا عفونت و یا تجربه آسیب را افزایش دهد (۱۹).

۱۷. کاهش مخاطرات Risk Reduction:

کاهش عواملی که فرد یا جامعه را در معرض خطر ایجاد یک مشکل بهداشتی یا بیماری قرار می‌دهد (۳۰).

۱۸. شواهد Evidence

نتایج تحقیقات نظام مند و همه جانبه جهت افزایش دانش (۲۴).

✓ **تعریف واژه‌ها در زیر بند ۴: تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای**

۱۹. پیوست سلامت Health appendix

مجموعه‌ای از دستورالعمل‌ها، روش‌ها و ابزارهایی که بصورت نظام‌مند، اثرات بالقوه و گاهی ناخواسته یک طرح یا پروژه را بر سلامت مردم و گسترش آنها را در جامعه ارزیابی می‌کند (۳۱).

✓ **تعریف واژه‌ها در زیر بند ۵: ارتقای شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی**

۲۰. شاخص Index

متغیر کمی یا کیفی است که مقادیر ساده و قابل اطمینان برای ارزیابی دست یافتن به تغییرات مرتبط با یک مداخله را به دست می‌دهد یا کمک می‌نماید که عملکرد را ارزیابی و تحلیل و تفسیر نماییم (۲۴).

شاخص در لغت به معنای نمودار، نشان دهنده یا نماینده و در اصطلاح، متغیری کیفی برای نظارت و پایش، یا متغیری کمی برای اندازه‌گیری و پیمایش محیطی و نیز مقایسه پدیده‌ها و تغییرات آنها در شرایط مختلف است (۳۲).

۲۱. شاخص سلامت Health index :

یک نشانگر از مشکل بهداشتی مانند مرگ و میر، ابتلاء، ناتوانی و وضعیت تغذیه‌ای که امید به زندگی را نشان می‌دهد. شاخص‌های سلامت برای سازمان‌های بهداشتی، ادارات بهداشت و درمان ضروری است و کشورها در تلاش برای کنترل بیماری و شاخص‌های بهداشتی و کارکنان بهداشتی درمانی به منظور برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و خدمات بهداشتی عمومی هستند (۳۰).

۲۲. شاخص توسعه انسانی Human Development Index (HDI) :

شاخص توسعه انسانی یک شاخص ترکیبی است با تمرکز بر سه بعد اساسی توسعه انسانی: برای هدایت یک زندگی طولانی و سالم، با اندازه‌گیری امید به زندگی در بدو تولد، توانایی برای کسب آگاهی، با اندازه‌گیری میانگین سالهای تحصیلی و سال‌های مورد انتظار تحصیلی، توانایی دستیابی به یک استاندارد مناسب زندگی و با اندازه‌گیری سرانه درآمد ناخالص ملی. شاخص توسعه انسانی دارای یک حد بالای ۱ می‌باشد (۳۳).

رتبه شاخص توسعه انسانی در سال‌های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۵ در ایران به ترتیب در رتبه ۶۸ و ۶۹ قرار داشت. که در سال ۲۰۱۵ شاخص توسعه انسانی برابر با ۰/۷۷۴، امید به زندگی در بدو تولد ۷۵/۶، سال‌های مورد انتظار تحصیلی ۱۴/۸، میانگین سال‌های تحصیلی ۸/۸، سرانه درآمد ناخالص ملی ۱۶/۳۹۵ و رتبه سرانه ناخالص ملی منهای رتبه توسعه انسانی ۲- گزارش گردید (۳۴).

۲۳. منطقه (Region):

منطقه از بعد سیاسی بخشی از سطح سیاره زمین اعم از خشکی، آبی یا تلفیقی که بر اساس عوامل انسانی دارای تجانس و هویت مشخص بوده و از سایر مناطق و نواحی مجاور متمایز می‌گردد. به عبارتی اگر عناصر ساختاری و

کارکردی یک منطقه جغرافیایی از بعد سیاسی نقش آفرین شود، منطقه جغرافیایی تغییر ماهیت داده و به صورت ژئوپولیتیک در صحنه ظاهر می‌گردد. به عبارت دیگر عناصر ساختاری و کارکردی یک منطقه زمانی که مورد توجه سیاست قرار بگیرد از ارزش و اعتبار ژئوپولیتیک برخوردار می‌گردد (۳۵).

۲۴. منطقه آسیای جنوب غربی (Southwest Asia Region):

منطقه آسیای جنوب غربی دارای وسعتی حدود ۱۲ میلیون کیلومتر مربع شامل ۲۵ کشور (ایران، پاکستان، افغانستان، ازبکستان، تاجیکستان، قرقیزستان، قزاقستان، ترکمنستان، گرجستان، ترکیه، قبرس، عراق، لبنان، فلسطین، سوریه، عربستان، امارات متحده عربی، قطر، کویت، یمن، اردن، عمان و بحرین) که پنج حوزه ژئوپولیتیک مهم جهان (آسیای مرکزی، قفقاز، شبه قاره هند، خلیج فارس و خاورمیانه) را در بر گرفته و در بین قاره‌های آفریقا، اروپا و سرزمینهای روسیه، چین و هند قرار دارد.

این منطقه با وجود پیشینه تاریخی - تمدنی چند هزار ساله و اشتراکات فرهنگی - دینی به عنوان غنی‌ترین کانون فرهنگی تمدنی جهان و دارا بودن منابع عظیم طبیعی، مزیت‌ها و ظرفیت‌های توسعه‌ای استثنایی، کماکان از مناطق کم‌توسعه یافته جهان محسوب می‌شود و فاقد الگویی از همکاری‌های توسعه جهانی است (۳۶، ۳۷).

✓ **تعریف واژه‌ها در زیر بند ۶: اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی**

۲۵. نظام system

مجموعه‌ای از اجزاء که به عنوان یک کلیت پیچیده به یکدیگر متصل هستند و یک کارکرد را ارائه می‌دهند (۲۳).

۲۶. حقوق بیماران Rights of patients:

حقوق بیمار عبارت است از دریافت مطلوب خدمات سلامت، در اختیار قرار دادن اطلاعات به بیمار به نحو مطلوب و به میزان کافی، حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت، ارائه خدمات سلامت مبتنی

بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) در رعایت اصل رازداری و دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات (۳۸).

۲۷. حقوق انسان Human rights

حقوق بشر اساسی‌ترین و ابتدایی‌ترین حقوقی است که هر فرد به طور ذاتی، فطری و به صرف انسان بودن از آن بهره‌مند می‌شود. این تعریف ساده عواقب و بازتاب اجتماعی و سیاسی مهمی را برای مردم و حکومت‌ها به دنبال دارد. مطابق اعلامیه جهانی حقوق بشر و سایر اسناد بین‌المللی این حقوق ویژگی‌هایی همچون جهان شمول بودن، سلب ناشدنی، انتقال ناپذیری، تفکیک ناپذیری، عدم تبعیض و برابری طلبی، به هم پیوستگی و در هم تنیدگی را دارا است. از این رو به تمامی افراد در هر جایی از جهان تعلق دارد و هیچ کس را نمی‌توان به صرف منطقه جغرافیایی که در آن زیست می‌کند، از حقوق بشر محروم کرد ضمن اینکه همه افراد فارغ از عواملی چون نژاد، ملیت، جنسیت و غیره در برخورداری از این حقوق با هم برابر و یکسانند و در این خصوص کسی را بر دیگری برتری نیست. این حقوق شامل حقوق طبیعی یا حقوق قانونی که در قوانین ملی و بین‌المللی موجودند می‌شود (۳۹).

۲۸. ارزشیابی Evaluation

میزان عملکرد یا نتایج واقعی را در مقایسه با اهداف پیش‌بینی شده و نتایج مورد انتظار نشان می‌دهد. ارزشیابی زمانی انجام می‌گیرد که کل کار یا قسمت مشخصی از آن به اتمام رسیده باشد (۲۴).

برخی دلایل ارزشیابی برنامه‌های بهداشت عمومی عبارتند از؛ پایش پیشرفت اهداف برنامه، تعیین اینکه آیا عناصر برنامه، پیشرفت مورد نظر در نتایج را فراهم می‌کند، مقایسه بین گروه‌ها به ویژه در بین جمعیت‌های در معرض خطر و مغایر با پیامدهای بهداشتی، یافتن فرصت‌ها برای ادامه بهبود کیفیت، اطمینان از اینکه برنامه‌های اثربخش حفظ و ذخیره می‌شوند و در برنامه‌های بی‌اثر هدر نمی‌روند (۲۹).

۲۹. پایش Monitoring

فرایندی است که اعلام می‌کند آیا فعالیت‌ها مطابق برنامه پیش‌بینی شده، انجام می‌گیرد یا خیر. در فرایند پایش، برنامه‌های در حال اجرا مورد کنترل قرار می‌گیرند (۲۴).

۳۰. سیاست‌های کلی General policy

سیاست‌های کلی و گسترده‌ای که تعقیب سلامت در یک جامعه را از طریق راه‌های اساسی و زیربنایی، شکل می‌دهند (۲۴).

۳۱. سیاست‌های عمومی Public policy

سیاست‌هایی که توسط سطوح رسمی و حاکمیتی، تدوین و اجرا می‌شوند مانند سیاست‌های دولت (۲۴).

۳۲. سیاست‌های ملی سلامت

مجموعه تصمیم‌هایی است که به قصد رسیدن به هدف‌های نهایی معین به اجرا گذارده می‌شود و منظور آن بهبود بخشیدن به موقعیت بهداشتی (ارتقای سطح سلامت، منابع تخصیص یافته به بخش سلامت)، سطح سواد سلامت مردم و راه‌های اعتلای آن) کشور است (۲۴).

فهرست ذی نفعان

ذی نفعان افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی هستند که بطور مستقیم یا غیرمستقیم از نتایج اقدامات ما سود خواهند برد. تعیین این دسته از افراد یا گروه‌ها و برقراری ارتباط درست و مناسب با آنها می‌تواند رسیدن به اهداف برنامه را تسهیل نماید. بدین منظور با استفاده از نظرات تیم پروژه، فهرستی از ذی نفعان در هریک از اجزای بند ۲ سیاست کلی سلامت، شناسایی شدند.

جدول ۱) فهرست ذی نفعان در هر زیربند از بند ۲ سیاست‌های کلان سلامت

مفهوم پایه	سازمان‌های ذی نفع	
تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	معاونت آموزشی
		معاونت پژوهشی
		معاونت درمان
		معاونت بهداشتی
		معاونت غذا و دارو
		معاونت اجتماعی
		معاونت توانبخشی

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

معاونت توسعه و نیروی انسانی		
دبیرخانه سیاستگذاری بهداشت		
سازمان نظام پزشکی		
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی		
سازمان های بیمه گر		
انجمن های علمی		
بخش دولتی		
بخش خصوصی		
فرهنگستان علوم پزشکی		
رسانه های جمعی		
مردم		
مجلس شورای اسلامی		
سازمان برنامه و بودجه		
وزارت آموزش و پرورش		
سازمان محیط زیست		
وزارت کشاورزی		
وزارت راه و شهرسازی		
سازمان های مردم نهاد		
سازمان بهزیستی		
شورای انقلاب فرهنگی		
معاونت آموزشی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	اولویت پیشگیری بر درمان
معاونت پژوهشی		
معاونت بهداشتی		
معاونت اجتماعی		
معاونت توانبخشی		
معاونت توسعه و نیروی انسانی		
دبیرخانه سیاستگذاری بهداشت		
انجمن های علمی		
بخش دولتی		

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

بخش خصوصی	
فرهنگستان علوم پزشکی	
رسانه های جمعی	
مردم	
مجلس شورای اسلامی	
سازمان برنامه و بودجه	
وزارت آموزش و پرورش	
سازمان محیط زیست	
سازمان های مردم نهاد	
سازمان بهزیستی	
شورای انقلاب فرهنگی	
معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی	
هلال احمر	
معاونت آموزشی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت پژوهشی	
معاونت درمان	
معاونت بهداشتی	
معاونت غذا و دارو	
معاونت اجتماعی	
معاونت توانبخشی	
دبیرخانه سیاستگذاری بهداشت	
انجمن های علمی	روزآمد نمودن برنامه های بهداشتی و درمانی
بخش دولتی	
بخش خصوصی	
فرهنگستان علوم پزشکی	
سازمان برنامه و بودجه	
سازمان بهزیستی	
شورای انقلاب فرهنگی	

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی		
معاونت آموزشی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی
معاونت پژوهشی		
معاونت درمان		
معاونت بهداشتی		
معاونت غذا و دارو		
معاونت اجتماعی		
دبیرخانه سیاستگذاری بهداشت		
معاونت توسعه و نیروی انسانی		
انجمن های علمی		
بخش دولتی		
بخش خصوصی		
فرهنگستان علوم پزشکی		
رسانه های جمعی		
مردم		
مجلس شورای اسلامی		
سازمان برنامه و بودجه		
سازمان محیط زیست		
وزارت کشاورزی		
وزارت راه و شهرسازی		
وزارت صنعت، معدن و تجارت		
مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران		
سازمان بهزیستی		
شورای انقلاب فرهنگی		
معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی		
معاونت آموزشی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای
معاونت پژوهشی		
معاونت درمان		
معاونت بهداشتی		

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

معاونت غذا و دارو		وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت اجتماعی		
دبیرخانه سیاستگذاری بهداشت		
معاونت توسعه و نیروی انسانی		
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی		
سازمان‌های بیمه‌گر		
انجمن‌های علمی		
بخش دولتی		
بخش خصوصی		
فرهنگستان علوم پزشکی		
رسانه‌های جمعی		
مردم		
مجلس شورای اسلامی		
سازمان برنامه و بودجه		
وزارت آموزش و پرورش		
سازمان محیط زیست		
وزارت کشاورزی		
وزارت راه و شهرسازی		
سازمان‌های مردم نهاد		
وزارت صنعت، معدن و تجارت		
مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران		
وزارت کشور		
سازمان بهزیستی		
شورای انقلاب فرهنگی		
معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی		
وزارت نفت		
معاونت آموزشی		
معاونت پژوهشی		
معاونت درمان		

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

معاونت بهداشتی		ارتقای شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی
معاونت غذا و دارو		
معاونت اجتماعی		
معاونت توانبخشی		
معاونت توسعه و نیروی انسانی		
دبیرخانه سیاستگذاری بهداشت		
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی		
سازمان نظام پزشکی		
سازمان‌های بیمه‌گر		
انجمن‌های علمی		
بخش دولتی		
بخش خصوصی		
فرهنگستان علوم پزشکی		
رسانه‌های جمعی		
مردم		
مجلس شورای اسلامی		
سازمان برنامه و بودجه		
وزارت آموزش و پرورش		
سازمان محیط زیست		
وزارت کشاورزی		
وزارت راه و شهرسازی		
سازمان‌های مردم‌نهاد		
وزارت صنعت، معدن و تجارت		
مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران		
وزارت کشور		
سازمان بهزیستی		
شورای انقلاب فرهنگی		
معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی		
معاونت آموزشی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

معاونت پژوهشی		اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی
معاونت درمان		
معاونت بهداشتی		
معاونت غذا و دارو		
معاونت اجتماعی		
معاونت توانبخشی		
معاونت توسعه و نیروی انسانی		
دبیرخانه سیاستگذاری بهداشت		
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی		
سازمان نظام پزشکی		
سازمان‌های بیمه‌گر		
انجمن‌های علمی		
بخش دولتی		
بخش خصوصی		
فرهنگستان علوم پزشکی		
مجلس شورای اسلامی		
سازمان برنامه و بودجه		
وزارت آموزش و پرورش		
سازمان محیط زیست		
وزارت کشاورزی		
وزارت راه و شهرسازی		
سازمان بهزیستی		
شورای انقلاب فرهنگی		
معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی		

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

خروجی مرحله دوم: وضعیت موجود (معرفی شاخص‌ها و وضعیت آنها) و لیست مداخلات

نتیجه بررسی مستندات و متون ملی و بین‌المللی، تهیه فهرستی جامع و کامل از تمامی شاخص‌های ارایه شده و مداخلات در منابع بررسی شده بود. در این مرحله ۷۷ شاخص و ۲۱۳ مداخله، استخراج و بازبینی شدند. با توجه به تعداد زیاد شاخص‌ها و مداخلات، کلیه شاخص‌ها و مداخلات توسط تیم پژوهش طبقه‌بندی شدند و نهایتاً شاخص‌ها در ۲۰ طبقه و مداخلات در ۳۵ طبقه قرار گرفت. شاخص‌های زیر بند اولویت‌پیشگیری بر درمان شامل ۲۶ شاخص در ۳ طبقه و ۵۵ مداخله در ۵ طبقه، زیربند روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی شامل ۱۳ شاخص در ۳ طبقه و ۲۳ مداخله در ۴ طبقه، زیربند کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی شامل ۶ شاخص در ۳ طبقه و ۴۴ مداخله در ۸ طبقه، زیربند تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای شامل ۸ شاخص در ۳ طبقه و ۳۰ مداخله در ۹ طبقه، زیربند ارتقای شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی شامل ۸ شاخص در ۳ طبقه و ۳۰ مداخله در ۴ طبقه و زیربند اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی شامل ۱۶ شاخص در ۵ طبقه و ۳۳ مداخله در ۵ طبقه می‌باشد.

طبقه بندی شاخص ها و مداخلات تعیین شده برای زیربندهای بند ۲ سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری

کلیه شاخص‌ها و مداخلات توسط تیم پژوهش طبقه بندی شدند و نهایتاً شاخص‌ها در ۲۰ طبقه و مداخلات در ۳۵ طبقه قرار گرفت.

جدول ۲) شاخص‌ها و مداخلات طبقه بندی شده

تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات		
زیربند	شاخص‌ها	مداخلات
اولویت پیشگیری بر درمان	<ul style="list-style-type: none"> ➤ نسبت نیروهای فنی ارائه‌دهنده خدمات در بخش بهداشت و درمان، پژوهش و آموزش پزشکی به جمعیت کشور ➤ درصد تخصیص منابع مالی در بخش بهداشت و درمان ➤ نسبت واحدهای ارائه خدمات پیشگیری به واحدهای ارائه خدمات درمانی 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تربیت و توزیع متناسب نیروی انسانی ➤ تخصیص متناسب منابع مالی ➤ اصلاح ساختار نظام سلامت ➤ مشارکت و همکاری درون بخشی و بین بخشی ➤ تدوین، تصویب، اصلاح و اجرای سیاست‌ها در جهت اقدامات پیشگیرانه
روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی	<ul style="list-style-type: none"> ➤ نسبت برنامه‌های آموزشی برگزار شده به منظور روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی به کل برنامه های بهداشت و درمانی ➤ درصد کارکنان آموزش دیده ➤ نسبت برنامه‌های پایش شده، ارزیابی شده و ارزشیابی شده به کل برنامه‌ها 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی ➤ پایش، ارزیابی و ارزشیابی برنامه‌ها ➤ حمایت طلبی از برنامه‌های بهداشتی درمانی بروز رسانی شده ➤ مشارکت و همکاری درون بخشی و بین بخشی
کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده	<ul style="list-style-type: none"> ➤ نسبت بودجه تخصیص داده شده دستگاه‌های اجرایی در زمینه کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تخصیص متناسب منابع انسانی و مالی ➤ مشارکت و همکاری درون بخشی و بین بخشی

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی	سلامت ➤ نسبت سازمان‌های غیردولتی و مردم نهاد فعال در کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت به کل سازمان‌ها ➤ درصد دسترسی به آب آشامیدنی سالم	<ul style="list-style-type: none"> ➤ سیاستگذاری به منظور کاهش آلاینده‌ها و مخاطرات تهدیدکننده سلامتی ➤ تدوین و اجرای برنامه‌های عملیاتی برای کاهش و پیشگیری و کنترل آلاینده‌ها و مخاطرات تهدیدکننده سلامتی ➤ اصلاح ساز و کار حمل و نقل و ترافیک ➤ افزایش سطح سواد سلامت ➤ ایجاد محیط کار سالم از طریق اجرای برنامه‌ها و خط‌مشی‌های ارتقای سلامت در محل کار، خلق محیط فیزیکی و فرهنگ حمایتی و تشویق زندگی سالم با همکاری مراجعین و کارکنان بیمارستان‌ها، مراکز با دانش‌آموزان و معلمان ➤ پژوهش در زمینه مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت
تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای	<ul style="list-style-type: none"> ➤ نسبت کارگاه‌های برگزار شده به منظور آشنایی با مفهوم پیوست سلامت به کل کارگاه‌های آموزشی ➤ نسبت طرح‌های کلان توسعه‌ای دارای پیوست سلامت به کل طرح‌های کلان توسعه‌ای ➤ نسبت طرح‌های کلان توسعه‌ای پایش و ارزشیابی شده دارای پیوست سلامت به کل طرح‌های کلان توسعه‌ای 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای ➤ پایش بین منابع مالی پایدار ➤ پایش و ارزشیابی طرح‌های کلان سلامت دارای پیوست سلامت ➤ تدوین و تنظیم پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای ➤ مشارکت و همکاری درون بخشی و بین بخشی ➤ در اولویت قرار دادن و درگیر شدن شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای ➤ حمایت‌طلبی از طرح‌های کلان دارای پیوست سلامت ➤ تدوین شاخص‌های رصد پیوست سلامت در طرح‌های کلان توسعه‌ای ➤ تحقق پوشش همگانی سلامت با اولویت برنامه‌های دارای پیوست سلامت برای ارتقای سلامت اقشار جامعه
ارتقای شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول	<ul style="list-style-type: none"> ➤ درصد دستیابی به شاخص‌های سلامت ➤ سطح سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تخصیص متناسب منابع انسانی و مالی ➤ اصلاح ساختار نظام سلامت

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

<ul style="list-style-type: none"> ➤ مشارکت و همکاری بین بخشی ➤ افزایش سطح سواد سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ امید زندگی 	در منطقه آسیای جنوب غربی
<ul style="list-style-type: none"> ➤ رعایت منشور حقوق بیمار و مردم ➤ افزایش پوشش همگانی بیمه ➤ اصلاح ساختار نظام سلامت ➤ مشارکت و همکاری بین بخشی و درون بخشی ➤ افزایش سواد سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ میزان رعایت حقوق بیمار و مردم ➤ میزان درصد رضایتمندی ارایه کنندگان خدمت ➤ درصد دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی ➤ سهم پرداخت از جیب مردم ➤ نسبت مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت 	اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی

شاخص ها و مداخلات تعیین شده برای زیربندهای بند ۲ سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری

در این مرحله ۷۷ شاخص و ۲۱۳ مداخله، استخراج و بازبینی شد.

جدول (۳) شاخص ها و مداخلات تعیین شده برای زیربندهای بند ۲ سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری

تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات		
زیربند	شاخص‌ها	مداخلات
اولویت پیشگیری بر درمان	<p>➤ نسبت نیروهای فنی ارائه‌دهنده خدمات در بخش بهداشت و درمان، پژوهش و آموزش پزشکی به جمعیت کشور</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت نیروهای انسانی شاغل در بخش پیشگیری به جمعیت • نسبت نیروهای انسانی شاغل در بخش درمان به جمعیت • نسبت توزیع نیروی انسانی در بخش پیشگیری به جمعیت • نسبت توزیع نیروی انسانی در بخش درمان به جمعیت 	<p>➤ تربیت و توزیع متناسب نیروی انسانی</p> <ul style="list-style-type: none"> • تربیت نیروی انسانی در بخش پیشگیری متناسب با جمعیت • توزیع نیروی انسانی در بخش پیشگیری متناسب با جمعیت • توانمندسازی نیروهای انسانی • آشنا کردن و افزایش آگاهی پزشکان در مورد پیشگیری • برآورد واقعی منابع انسانی مورد نیاز بخش سلامت در خدمات پیشگیری • آموزش و توانمندسازی کلیه کارشناسان معاونت بهداشت و درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور
	<p>➤ درصد تخصیص منابع مالی در بخش بهداشت و درمان</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت تخصیص منابع مالی برای بخش پیشگیری نسبت به بخش درمان • درصد انطباق وضعیت موجود توزیع منابع ساختاری بخش سلامت با برنامه سطح‌بندی مصوب • ضریب پراکندگی توزیع منابع ساختاری بخش سلامت در سطوح مختلف ارائه خدمت در کشور 	<p>➤ تخصیص متناسب منابع مالی</p> <ul style="list-style-type: none"> • بازنگری و افزایش سقف رقم تخصیص منابع مالی به بخش پیشگیری • مقایسه بودجه مورد نیاز و تخصیص بودجه • بازنگری و اصلاح برآوردها و تعریف حساب‌های ملی سلامت برای خدمات پیشگیری • بازنگری و اصلاح فرایند شیوه مطالبه و تخصیص منابع مالی و انتقال صحیح عملکرد بخش پیشگیری با ارائه شواهد قطعی و با اعتماد • روشن کردن و معلوم نمودن سهم بخش‌های مختلف از منابع در خدمات پیشگیری و درمان

<ul style="list-style-type: none"> • تبیین چگونگی سازمان‌دهی وضعیت تخصیص یارانه‌ها به بخش سلامت با اولویت پیشگیری • نظارت بر اجرای قوانین از سوی مجلس و اجرایی شدن برخی مصوبات مجلس • سرمایه‌گذاری در جهت ارتقای کیفی خدمات پیشگیری به عنوان راهبردهای اساسی برای جلوگیری از هدر رفتن منابع و بهره‌وری مناسب • بازننگری و افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص ملی <p>➤ اصلاح ساختار نظام سلامت</p> <ul style="list-style-type: none"> • برقراری کامل نظام ارجاع در همه سطوح، بازبینی و اصلاح نظام شبکه، اجرای برنامه پزشک خانواده و گسترش پرونده الکترونیک به منظور تقویت خدمات پیشگیری در حوزه سلامت • شفاف‌سازی و همه‌کس فهم کردن کارکردها و اهداف نظام سلامت با تأکید بر پیشگیری • بازشناسی و تقویت زیرساخت‌های اقتصادی اجتماعی فعلی کشور و جهت‌گیری اولویت دادن به پیشگیری • ادغام خدمات مربوط به پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی و تعیین‌کننده‌های اجتماعی در نظام سلامت • تعیین و اختصاص سهم پیشگیری، درمان و بازتوانی از منابع براساس سناریوها و درآمدهای موجود کشور • توجه به تفاوت مسائل کشورهای پیشرفته با کشورمان و تصمیم‌گیری و اقدامات پیشگیرانه با در نظر گرفتن مسائل و شرایط کشور • شبکه‌سازی در تمام سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی در جهت سهیم شدن در بهترین فعالیت‌ها و راهبردها برای ارتقای کیفیت و جهت‌گیری سلامت • اصلاح و توسعه فرایند ارائه خدمات پیشگیرانه • بازننگری و اصلاح برنامه سطح بندی خدمات سلامت با تأکید بر ارتقاء و ارائه خدمات در 	<ul style="list-style-type: none"> • نسبت برآورد حساب‌های ملی سلامت برای بخش پیشگیری به بخش درمان • سهم هزینه‌های بخش پیشگیری از بودجه عمومی دولت • سهم کل هزینه‌های بهداشت از تولید ناخالص داخلی • سهم هزینه‌های وزارت بهداشت به کل هزینه‌های بخش سلامت • سهم هزینه سلامت بخش دولتی از GDP • سرانه هزینه بهداشت عمومی PHC • سرانه هزینه سلامت • هزینه سرانه سلامت بر حسب دلار امریکا • سهم هزینه‌های بهداشت و درمان بخش دولتی به کل هزینه‌های بهداشت و درمان • سهم مؤسسات غیرانتفاعی خصوصی از هزینه‌های مصرفی نهایی بهداشت و درمان بخش خصوصی • سهم منابع مالی خارجی از هزینه‌های دولت در بخش سلامت <p>➤ نسبت واحدهای ارائه خدمات پیشگیری به واحدهای ارائه خدمات درمانی</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت واحدهای ارائه خدمات پیشگیرانه به واحدهای ارائه خدمات درمانی • نسبت واحدهای ارائه خدمات پیشگیری براساس نظام سطح بندی به کل واحدهای راه اندازی شده • نسبت سازمان‌های غیردولتی و مردم نهاد فعال در پیشگیری به سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمت
--	---

<p>سطح اول</p> <ul style="list-style-type: none"> توسعه منابع ساختاری بخش سلامت در کشور مبتنی بر خدمات پیشگیری تدوین و استقرار برنامه جامع آموزش بهداشت و ارتقای سلامت با هدف ارتقاء سلامت و توانمندسازی افراد جامعه ایجاد و متناسب‌سازی مدیریت نظام اطلاعات بهداشتی (HMIS: health management information system) با تأکید بر تشکیل بانک‌های اطلاعاتی سازمان‌ها و واحدهای فعال در زمینه پیشگیری بازتعریف و اصلاح فرایند واگذاری خدمات پیشگیری به بخش‌های غیردولتی طراحی و انجام برنامه‌های مداخله‌ای ویژه برای کاهش عوامل خطر بیماری‌های واگیر طراحی و انجام برنامه‌های مداخله‌ای ویژه برای کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور ارتقای سواد سلامت مردم متناسب نمودن محتوای آموزش و عرصه آموزش با رویکرد اولویت پیشگیری بر درمان حمایت از برنامه‌های بازآموزی که در آنها بر اولویت پیشگیری بر درمان تأکید دارند اجرای سند کشوری پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر پیگیری و تلاش در جهت عملیاتی شدن سند رشد و تکامل اولیه کودکان در سطح کشور سنجش ملی سواد سلامت اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در موقعیت‌های ارتقاءدهنده سلامت (مدارس، کارخانه‌ها و بیمارستان‌ها) توسعه برنامه‌های بهداشت موقعیت‌های ارتقاءدهنده سلامت (مدارس، کارخانه‌ها و بیمارستان‌ها) <p>➤ مشارکت و همکاری درون بخشی و بین بخشی</p> <ul style="list-style-type: none"> حمایت‌طلبی، هماهنگی و اهتمام در متقاعد کردن تصمیم‌گیران برای ارتقای خدمات 	<ul style="list-style-type: none"> درصد واگذاری خدمات پیشگیری نسبت واگذاری خدمات پیشگیری به خدمات درمانی نسبت سهم بخش غیردولتی از مراکز ارائه‌دهنده خدمات پیشگیری به مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی نسبت مراکز بهداشتی درمانی خودگردان درصد جمعیتی که به خدمات بهداشتی اولیه دسترسی دارند. 	
---	---	--

<p>پیشگیرانه</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارتباط با فرهیختگان و اصحاب هنر برای بهره‌گیری از ظرفیت آنها برای تقویت ارائه خدمات پیشگیرانه • برنامه‌ریزی برای سامان‌دهی، شناسایی و جذب منابع غیر دولتی و بهره‌گیری از حداکثر توان مردمی داخل کشور در ارائه خدمات پیشگیرانه • حمایت‌های قانونی و اجرایی از فعالیت‌های خیرین، سمن‌ها، مردم و بخش خصوصی در ارائه خدمات پیشگیرانه • تعامل، هماهنگی و همکاری با دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی به منظور بهره‌گیری از تمامی ظرفیت‌ها در توسعه و ارائه خدمات پیشگیرانه • تقویت ارتباط با مراکز تحقیقاتی و هم‌افزایی پژوهش‌ها • توسعه پژوهش‌های نظام سلامت و پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت جامعه • شناخت، سازماندهی، توانمندسازی و بکارگیری منابع انسانی، مالی و فیزیکی خارج از بخش سلامت در کنار منابع داخلی بخش سلامت در جهت اصلاح مدیریت آن قسمت به منظور ارتقای سلامت فرد، خانواده، اجتماع • استفاده از ظرفیت نهادها، سازمان‌های فرهنگی و آموزشی و رسانه‌ای کشور • فعالیت و مشارکت سازمان‌های غیردولتی و مردم نهاد در پیشگیری • جهت‌دهی سمن‌ها و خیرین از فعالیت‌های صرفاً درمانی به فعالیت‌ها و خدمات ارتقاءدهنده و پیشگیرانه سلامت • فعالیت‌های مشترک با سازمان‌های مردم نهاد برای پیشگیری از سرطان، دیابت، بیماری‌های قلب و عروق و پوکی استخوان • تقویت ساز و کار مدیریت مشارکتی از طریق انتشار اطلاعات منتخب و آموزش رهبری جامعه 		
---	--	--

<p>➤ تدوین، تصویب، اصلاح و اجرای سیاست‌ها در جهت اقدامات پیشگیرانه</p> <ul style="list-style-type: none"> • درون‌زا نمودن قوانین مربوط به توسعه برنامه‌ها و منابع پیشگیری • اهتمام کافی در اجرای قوانین و مقررات و اسناد بالادستی مرتبط با تأمین منابع مالی پایدار در نظام سلامت • تقویت و تحکیم سیاست‌های ملی در جهت برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های واگیر • تقویت و تحکیم سیاست‌های ملی در جهت برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر 		
<p>➤ اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی</p> <ul style="list-style-type: none"> • برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های فراگیر آموزش ضمن خدمت در راستای روزآمد کردن برنامه‌های بهداشتی درمانی • توانمندسازی مدیران و کارشناسان داخل و خارج نظام سلامت، ارائه‌دهندگان خدمت و سایر ذی‌نفعان در خصوص روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی • شفاف سازی وظایف سازمان‌ها <p>➤ پایش، ارزیابی و ارزشیابی برنامه‌ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • بازنگری برنامه‌های بهداشتی درمانی • ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی درمانی • ارزیابی برنامه‌های بهداشتی درمانی • پایش برنامه‌های بهداشتی درمانی • سنجش وضعیت برنامه‌های بهداشتی درمانی براساس استانداردها و حرکت به سمت استانداردها • گزارش‌های حاصل از بازنگری برنامه‌های بهداشتی درمانی • نظارت بر برنامه‌های بهداشتی درمانی 	<p>➤ نسبت برنامه‌های آموزشی برگزار شده به منظور روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی به کل برنامه‌های بهداشت و درمانی</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت کارگاه‌های آموزشی به منظور توانمندسازی کارکنان به کل کارگاه‌های آموزشی • نسبت دوره‌های آموزشی برگزار شده به ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی در طول سال • رتبه کارآمدی برنامه بهداشتی درمانی • نسبت برنامه‌های آموزش مداوم اجرا شده به منظور روزآمد شدن برنامه‌های بهداشتی و درمانی به کل برنامه آموزش مداوم <p>➤ درصد کارکنان آموزش دیده</p> <ul style="list-style-type: none"> • درصد کارکنان آموزش دیده در سطوح مختلف ارائه خدمات (محیطی، میانی، تخصصی) • نسبت شرکت کنندگان در برنامه‌های آموزش مداوم در طول سال <p>➤ نسبت برنامه‌های پایش شده، ارزیابی شده و ارزشیابی</p>	<p>روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی</p>

<ul style="list-style-type: none"> • انجام مطالعات تطبیقی • بازنگری و به روز رسانی کوریکولوم‌های آموزشی متناسب با نیازهای روز کشور در حوزه سلامت • تصویب سازوکارهای نظارتی و رسیدگی به گزارش‌های نظارتی ➤ حمایت طلبی از برنامه‌های بهداشتی درمانی بروز رسانی شده • حمایت از برنامه‌های بهداشتی درمانی بروز رسانی شده • تدوین مستندات حمایت‌طلبی از تجربه‌های موفق اقدامات انجام شده مؤثر در روزآمدنمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی و انتشار آن برای سازمان‌های مرتبط ➤ مشارکت و همکاری درون بخشی و بین بخشی • جلب هماهنگی و مشارکت کلیه ذی‌نفعان (مشتریان درونی و بیرونی) در روز آمد کردن برنامه‌های بهداشتی درمانی • تعامل، هماهنگی و همکاری با دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی به منظور بهره‌گیری از تمامی ظرفیت‌ها در روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی • تشکیل بانک‌های اطلاعاتی سازمان‌ها یا واحدهای فعال در زمینه روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی • تقویت ارتباط با مراکز تحقیقاتی و هم‌افزایی پژوهش • همکاری مشترک حوزه‌های مختلف با یکدیگر • شبکه‌سازی در تمام سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی در جهت سهیم شدن در بهترین فعالیت‌ها و راهبردها برای ارتقای کیفیت و جهت‌گیری سلامت • واگذاری اختیار به دانشگاه‌ها و شهرستان‌ها • تقویت ساز و کار مدیریت مشارکتی از طریق انتشار اطلاعات منتخب و آموزش رهبری جامعه 	<p>شده به کل برنامه‌ها</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت برنامه‌های پایش شده به کل برنامه‌ها • نسبت برنامه‌های ارزشیابی شده به کل برنامه‌ها • نسبت برنامه‌های ارزیابی شده به کل برنامه‌ها • نسبت گزارش‌های حاصل از بازنگری برنامه‌های بهداشتی درمانی به کل گزارش‌ها • میزان اصلاحات مبتنی بر بازخوردهای حاصل از انجام برنامه‌های بهداشتی درمانی • درصد برنامه‌های بهداشتی درمانی بازنگری شده • نسبت مطالعات تطبیقی انجام شده برای اصلاح برنامه‌های بهداشتی درمانی به کل مطالعات تطبیقی 	
---	--	--

<p>➤ تخصیص متناسب منابع انسانی و مالی</p> <ul style="list-style-type: none"> • سازمان‌دهی و مدیریت منابع مالی • توسعه نیروی انسانی مجرب، متخصص و آموزش دیده در زمینه روش‌های مدرن و روز دنیا برای شناسایی آلاینده‌ها و و مخاطرات تهدید کننده سلامتی <p>➤ مشارکت و همکاری درون بخشی و بین بخشی</p> <ul style="list-style-type: none"> • فعالیت و مشارکت سازمان‌های غیردولتی و مردم نهاد در کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت • مشارکت بین بخشی در کاهش آلاینده‌ها و و مخاطرات تهدید کننده سلامتی • استفاده از بسیج مردمی برای کاهش آلاینده‌ها و و مخاطرات تهدید کننده سلامتی • همکاری مشترک حوزه‌های مختلف با یکدیگر • استفاده از توان و ظرفیت‌های ملی و بین المللی برای ارتقای روش‌های شناسایی آلاینده‌ها و و مخاطرات تهدید کننده سلامتی • ایجاد یک نهاد بین‌بخشی قوی در سطح دولت، متشکل از گروه‌های کاری بین‌بخشی جهت هماهنگی نمودن و شکل دادن اقدامات در زمینه مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت • تقویت ساز و کار مدیریت مشارکتی از طریق انتشار اطلاعات منتخب و آموزش رهبری جامعه • استفاده از ظرفیت نهادها، سازمان‌های فرهنگی و آموزشی و رسانه‌ای کشور • شبکه‌سازی در تمام سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی در جهت سهیم شدن در بهترین فعالیت‌ها و راهبردها برای ارتقای کیفیت و جهت‌گیری سلامت • تقویت ارتباط با مراکز تحقیقاتی و هم‌افزایی پژوهش‌ها • جلب مشارکت فعالانه مردم در سیاستگذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و اجرا 	<p>➤ نسبت بودجه تخصیص داده شده دستگاه‌های اجرایی</p> <p>در زمینه کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت</p> <p>➤ نسبت سازمان‌های غیردولتی و مردم نهاد فعال در کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت به کل سازمان‌ها</p> <p>➤ درصد دسترسی به آب آشامیدنی سالم</p> <ul style="list-style-type: none"> • درصد جمعیتی که به منابع آب بهسازی شده دسترسی دارند. • درصد جمعیتی که به آب سالم دسترسی دارند. • نسبت دسترسی جمعیت به تسهیلات بهداشتی بهسازی شده • نسبت جمعیتی که از تسهیلات بهداشتی استفاده می‌کنند. 	<p>کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی</p>
--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • جلب مشارکت حداکثری سیاستگذاران و تصمیم‌گیرندگان کل کشور به منظور ارتقای سلامت • ایجاد ساختارهای اداری یکپارچه و منسجم به طوری که نقش آنها به روشنی تعریف شده و مسئولیت‌پذیر و پاسخگو باشند. • شناخت، سازماندهی، توانمندسازی و بکارگیری منابع انسانی، مالی و فیزیکی خارج از بخش سلامت در کنار منابع داخلی بخش سلامت در جهت اصلاح مدیریت آن قسمت به منظور ارتقای سلامت فرد، خانواده، اجتماع ➤ سیاستگذاری به منظور کاهش آلاینده‌ها و و مخاطرات تهدید کننده سلامتی • سیاستگذاری به منظور افزایش نقش مردم در مدیریت کاهش آلاینده‌ها و مخاطرات تهدید کننده سلامتی • شفاف سازی وظایف سازمان‌ها • بازنگری و اصلاح ساختار جهت تقسیم درست و مناسب وظایف میان نهادهای مسئول • فعال شدن همه‌جانبه و مؤثر شورای سیاستگذاری سلامت • تشکیل کمیسیون محیط زیست در مجلس شورای اسلامی • بهره‌گیری از ظرفیت‌های مجلس شورای اسلامی و مرکز پژوهش‌های مجلس جهت ترمیم خلاءهای قانونی و نظارت بر حسن اجرای قوانین به خصوص تدوین قوانین کنترلی و بازدارنده مناسب در برابر تخلفات و همچنین بازنگری در تناسب جرایم با تخلفات ➤ تدوین و اجرای برنامه‌های عملیاتی برای کاهش و پیشگیری و کنترل آلاینده‌ها و مخاطرات تهدید کننده سلامتی • ترسیم نقشه راه و تدوین برنامه‌های عملیاتی مبتنی بر تحلیل عوامل خطر • تدوین برنامه‌های ویژه برای مدیریت بحران‌های ناشی از آلودگی‌های تهدید کننده سلامت • احیاء و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای شهر سالم، روستای سالم 		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • ارائه تصویری دقیق و واقعی از شیوع و میزان آلاینده‌ها و مخاطرات تهدیدکننده سلامتی در پایان هر سال • بهره‌گیری از فناوری‌های روز دنیا برای کاهش و پیشگیری و کنترل آلاینده‌ها و مخاطرات تهدیدکننده سلامتی • تدوین مستندات حمایت‌طلبی از تجربه‌های موفق اقدامات انجام شده مؤثر در کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت و انتشار آن برای سازمان‌های مرتبط • تحقق پوشش همگانی سلامت با اولویت برنامه‌های کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت برای ارتقای سلامت اقشار جامعه <p>➤ اصلاح ساز و کار حمل و نقل و ترافیک</p> <ul style="list-style-type: none"> • خودروسازان موظف به رعایت استانداردها در ساخت اتومبیل باشند. • اصلاح طراحی خودروها • نظارت لازم بر خودروها وجود داشته باشد و شرایط فنی خودروها بررسی شود. • توسعه زیرساخت‌های حمل و نقل • افزایش سطح سواد سلامت • ارتقای فرهنگ ترافیک • متناسب نمودن ساختار سازمانی، اقدامات و سرمایه‌گذاری در زمینه حمل و نقل سبز • توسعه و ترغیب استفاده از سیستم‌های حمل و نقل انبوه • اطلاع‌رسانی در مورد عوامل تهدیدکننده سلامت و راههای مقابله با آنها از طریق رسانه‌ها • آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت اجتماعی خود • ارائه برنامه‌ای منسجم برای ارتقای فرهنگ عمومی در کاهش آلاینده‌ها و مخاطرات تهدیدکننده سلامتی <p>➤ ایجاد محیط کار سالم از طریق اجرای برنامه‌ها و خط‌مشی‌های ارتقای</p>		
---	--	--

<p>سلامت در محل کار، خلق محیط فیزیکی و فرهنگ حمایتی و تشویق زندگی سالم با همکاری مراجعین و کارکنان بیمارستان‌ها، مراکز با دانش‌آموزان و معلمان</p> <p>➤ پژوهش در زمینه مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت</p> <ul style="list-style-type: none"> • تولید محتوا و شواهد علمی مورد نیاز از طریق مطالعات تطبیقی و ملی • توسعه پژوهش‌های نظام سلامت و پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت جامعه • ایجاد پایه قوی شواهد در زمینه مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت و استفاده از آن‌ها برای جلب مشارکت و سیاستگذاری‌ها • تأسیس مرکز ارزیابی خطر در کشور 		
<p>برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای</p> <ul style="list-style-type: none"> • برگزاری دوره‌های آموزشی با مفاهیم پیوست سلامت • برگزاری کارگاه ظرفیت سازی با پیوست سلامت • توانمندسازی مدیران و کارشناسان داخل و خارج نظام سلامت، ارائه دهندگان خدمت و سایر ذی‌نفعان در خصوص تهیه پیوست سلامت در در توسعه طرح‌های کلان • توانمندسازی به منظور به کارگیری پیوست سلامت جهت ارزیابی اثرات سیاست‌ها/برنامه‌ها بر سلامت و عدالت در سلامت <p>➤ پیش بینی منابع مالی پایدار</p> <p>➤ پایش و ارزشیابی طرح‌های کلان سلامت دارای پیوست سلامت</p> <ul style="list-style-type: none"> • طراحی سامانه داوری گزارش‌های پیوست سلامت • ارائه گزارش پیوست سلامت در دو دوره ساخت و بهره‌برداری 	<p>نسبت کارگاه‌های برگزار شده به منظور آشنایی با مفهوم پیوست سلامت به کل کارگاه‌های آموزشی</p> <p>➤ نسبت طرح‌های کلان توسعه‌ای دارای پیوست سلامت به کل طرح‌های کلان توسعه‌ای</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت طرح‌های کلان توسعه‌ای واجد پیوست سلامت به سایر طرح‌های کلان توسعه‌ای • درصد پیاده‌سازی دستورالعمل‌های پیوست سلامت • نسبت طرح‌های کلان دارای استانداردهای پیوست سلامت به طرح‌های کلان فاقد استانداردهای پیوست سلامت • نسبت طرح‌های کلان دارای استانداردهای پیوست سلامت که به درستی اجرا می‌شوند <p>➤ نسبت طرح‌های کلان توسعه‌ای پایش و ارزشیابی شده دارای پیوست سلامت به کل طرح‌های کلان</p>	<p>تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای</p>

<ul style="list-style-type: none"> • تهیه گزارش پیوست سلامت صرفاً توسط مشاورین حقیقی و حقوقی ذیصلاح که صلاحیت آنها به تصویب مراجع قانونی رسیده باشد. • برنامه پایش مداوم بمنظور پیگیری پیامدهای اجرای طرح و اثرات آن بر سلامت، ارزیابی مجدد و انطباق‌پذیری طرح‌ها با استانداردهای پیوست سلامت • شناسایی و تعیین طرح‌های کلان دارای پیوست سلامت و فاقد پیوست سلامت ➤ تدوین و تنظیم پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای • تهیه دستورالعمل‌های عمومی و تخصصی در تهیه پیوست سلامت • تنظیم استانداردهای عملیاتی پیوست سلامت • تصویب استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای • تدوین و تصویب قانون برای اجرای اجباری استانداردهای ملی پیوست سلامت • شفاف‌سازی وظایف سازمان‌ها • ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز ➤ مشارکت و همکاری درون بخشی و بین بخشی • ارتباط با فرهیختگان و اصحاب هنر برای بهره‌گیری از ظرفیت آنها برای تقویت طرح‌های کلان دارای استانداردهای پیوست سلامت • برنامه‌ریزی برای سامان‌دهی، شناسایی و جذب منابع غیر دولتی و بهره‌گیری از حداکثر توان مردمی داخل کشور • حمایت‌های قانونی و اجرایی از فعالیت‌های خیرین، سمن‌ها، مردم و بخش خصوصی در اجرای طرح‌های کلان دارای پیوست سلامت • تعامل، هماهنگی و همکاری با دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی به منظور بهره‌گیری از تمامی ظرفیت‌ها در توسعه طرح‌های کلان دارای پیوست سلامت • پیش‌بینی مشارکت‌های مردمی در کلیه طرح‌ها و پروژه‌های دارای پیوست سلامت 	<p>توسعه‌ای</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت طرح‌های کلان دارای استانداردهای پیوست سلامت • پایش شده به کل طرح‌های کلان • نسبت طرح‌های کلان دارای استانداردهای پیوست سلامت • ارزشیابی شده به کل طرح‌های کلان • نسبت طرح‌های کلان دارای استانداردهای پیوست سلامت • ارزیابی شده به کل طرح‌های کلان 	
--	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • تشکیل بانک‌های اطلاعاتی سازمان‌ها یا واحدهای فعال در زمینه پیشگیری از توسعه طرح‌های کلان فاقد پیوست سلامت • تقویت ساز و کار مدیریت مشارکتی از طریق انتشار اطلاعات منتخب و آموزش رهبری جامعه • شناخت، سازماندهی، توانمندسازی و بکارگیری منابع انسانی، مالی و فیزیکی خارج از بخش سلامت در کنار منابع داخلی بخش سلامت در جهت اصلاح مدیریت آن قسمت به منظور ارتقای سلامت فرد، خانواده، اجتماع <p>➤ در اولویت قرار دادن و درگیر شدن شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای</p> <ul style="list-style-type: none"> • جلب حمایت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به عنوان عالی‌ترین مرجع تصمیم‌گیری آگاه از شواهد فرابخشی در زمینه سلامت در سطوح ملی و استانی برای تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم با تأکید بر تهیه پیوست سلامت در توسعه طرح‌های کلان دارای پیوست سلامت • تقویت ساختار و اصلاح فرایندهای دبیرخانه عالی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی <p>➤ حمایت‌طلبی از طرح‌های کلان دارای پیوست سلامت</p> <ul style="list-style-type: none"> • حمایت‌طلبی سیاستگذاران و برنامه‌ریزان کشور در جهت تحقق پیوست سلامت در طرح‌های کلان توسعه‌ای • تدوین مستندات حمایت‌طلبی از تجربه‌های موفق اقدامات انجام شده مؤثر دارای پیوست سلامت و انتشار آن برای سازمان‌های مرتبط • تقویت ارتباط با مراکز تحقیقاتی و هم‌افزایی پژوهش‌ها • تولید محتوا و شواهد علمی مورد نیاز از طریق مطالعات تطبیقی و ملی <p>➤ تدوین شاخص‌های رصد پیوست سلامت در طرح‌های کلان توسعه‌ای</p>		
---	--	--

<p>➤ تحقق پوشش همگانی سلامت با اولویت برنامه‌های دارای پیوست سلامت برای ارتقای سلامت اقشار جامعه</p>		
<p>➤ تخصیص متناسب منابع انسانی و مالی</p> <ul style="list-style-type: none"> • تربیت نیروی انسانی متناسب با جمعیت برای ارائه خدمات در تمام سطوح • توزیع نیروی انسانی متناسب با جمعیت برای ارائه خدمات در تمام سطوح • تخصیص منابع مالی بیشتر به بخش پیشگیری <p>اصلاح ساختار نظام سلامت</p> <ul style="list-style-type: none"> • وجود برنامه سطح بندی خدمات سلامت با لحاظ خدمات ارتقا سلامت و پیشگیری • توسعه منابع ساختاری بخش سلامت کشور مبتنی بر خدمات پیشگیری • تدوین و استقرار برنامه جامع آموزش بهداشت و ارتقای سلامت با هدف ارتقاء سلامت و توانمندسازی افراد جامعه • توسعه برنامه‌های بهداشتی درمانی • افزایش میزان ارائه خدمات پیشگیرانه • افزایش دسترسی به خدمات سلامت • تولید محتوا و شواهد علمی مورد نیاز از طریق مطالعات تطبیقی و ملی <p>➤ مشارکت و همکاری بین بخشی</p> <ul style="list-style-type: none"> • فعالیت و مشارکت سازمان‌های غیردولتی و مردم نهاد در پیشگیری • برنامه‌ریزی برای سامان‌دهی، شناسایی و جذب منابع غیر دولتی و بهره‌گیری از حداکثر توان مردمی داخل کشور • حمایت‌های قانونی و اجرایی از فعالیت‌های خیرین، سمن‌ها، مردم و بخش خصوصی • تعامل، هماهنگی و همکاری با دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی به منظور بهره‌گیری از تمامی ظرفیت‌ها در توسعه برنامه‌های ارتقاء دهنده سلامت 	<p>➤ درصد دستیابی به شاخص‌های سلامت</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت دستیابی به شاخص‌های سلامت به میزان شاخص‌های مطرح شده در سند ملی ۱۴۰۴ • شاخص کارآمدی نظام اجرایی سلامت • رتبه کارآمدی نظام اجرایی سلامت • پاسخگویی نظام سلامت <p>➤ سطح سلامت</p> <p>➤ امید زندگی</p> <ul style="list-style-type: none"> • امید زندگی در بدو تولد • شاخص امید زندگی توأم با سلامتی • شاخص DALYS (سال‌های از دست رفته به دلیل مرگ زودرس یا ناتوانی) 	<p>ارتقای شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی</p>

<ul style="list-style-type: none"> • پیش‌بینی پیوست مشارکت‌های مردمی در کلیه طرح‌ها و پروژه‌های بهداشتی و درمانی • تشکیل بانک‌های اطلاعاتی سازمان‌ها یا واحدهای فعال در زمینه پیشگیری • توانمندسازی مدیران و کارشناسان داخل و خارج نظام سلامت، ارائه دهندگان خدمت و سایر ذی‌نفعان در خصوص • تقویت ارتباط با مراکز تحقیقاتی و هم‌افزایی پژوهش‌ها • تشویق و ترغیب اعضای هیأت علمی و جامعه پزشکی به همکاری در برنامه‌های بهداشتی و درمانی • واگذاری اختیار به دانشگاه‌ها و شهرستان‌ها • توسعه پژوهش‌های نظام سلامت و پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت جامعه • همکاری مشترک حوزه‌های مختلف با یکدیگر • استفاده از ظرفیت نهادها، سازمان‌های فرهنگی و آموزشی و رسانه‌ای کشور • شبکه‌سازی در تمام سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی در جهت سهیم شدن در بهترین فعالیت‌ها و راهبردها برای ارتقای کیفیت و جهت‌گیری سلامت • جلب مشارکت فعالانه مردم در سیاستگذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و اجرا • جلب مشارکت حداکثری سیاستگذاران و تصمیم‌گیرندگان کل کشور به منظور ارتقای سلامت • تقویت ساز و کار مدیریت مشارکتی از طریق انتشار اطلاعات منتخب و آموزش رهبری جامعه • شناخت، سازماندهی، توانمندسازی و بکارگیری منابع انسانی، مالی و فیزیکی خارج از بخش سلامت در کنار منابع داخلی بخش سلامت در جهت اصلاح مدیریت آن قسمت به منظور ارتقای سلامت فرد، خانواده، اجتماع <p>➤ افزایش سطح سواد سلامت</p>		
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت اجتماعی خود 		
<p>➤ رعایت منشور حقوق بیمار و مردم</p> <ul style="list-style-type: none"> • آگاه کردن مردم از حقوق سلامت مردم • آگاه کردن مردم از منشور حقوق بیمار • تشکیل ساز و کار اجرایی نظارت مؤثر بر صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی • موظف کردن همه افراد نسبت به اجرای قوانین • حذف یا اصلاح قوانین و مقرراتی که منجر به تبعیض و نابرابری می‌شوند. • گسترش پوشش خدمات بهداشتی درمانی که باید حداکثری و برای همه مردم باشد. • تحقق پوشش همگانی سلامت با اولویت صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران برای ارتقای سلامت اقشار جامعه • تأمین فرصت‌های مساوی در برخورداری از سلامت <p>افزایش پوشش همگانی بیمه</p> <ul style="list-style-type: none"> • افزایش تعداد افراد بیمه شده • جهت‌گیری قانونگذار به سمت استقرار بیمه سلامت‌نگر با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع • اصلاح ساختار نظام سلامت • تهیه و تأمین امکانات تشخیصی و درمانی در مناطق محروم • بکارگیری نیروی انسانی در مناطق محروم • نیازسنجی و ارزیابی جهت ارائه عادلانه خدمات • پرداخت هزینه بهداشتی درمانی مبتنی بر توان اقتصادی مناطق و اقشار مختلف جامعه • بازنگری و اصلاح نظام تعرفه 	<p>➤ میزان رعایت حقوق بیمار و مردم</p> <ul style="list-style-type: none"> • میزان رضایت بیماران از خدمات بستری و سرپایی به تفکیک دانشگاه/استان • میزان رعایت حقوق دریافت‌کنندگان خدمت • درصد به حداقل رساندن تفاوت‌های سلامتی بین افراد جامعه تا حد تفاوت‌های قابل اجتناب در وضعیت‌های سلامتی <p>➤ میزان درصد رضایتمندی ارایه‌کنندگان خدمت</p> <p>➤ درصد دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی</p> <ul style="list-style-type: none"> • درصد جمعیت شهری و روستایی که به خدمات بهداشتی درمانی محلی دسترسی دارند. • درصد جمعیت تحت پوشش واحدهای مختلف نظام شبکه بهداشتی درمانی • بهره‌مندی از خدمات سلامتی • پوشش بیمه سلامت • درصد جمعیت تحت پوشش بیمه همگانی از کل جمعیت کشور • درصد جمعیت که به خدمات بهداشتی اولیه دسترسی دارند. <p>➤ سهم پرداخت از جیب مردم</p> <ul style="list-style-type: none"> • سهم پرداخت مستقیم خانوارها از کل هزینه‌های سلامت • درصد خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت • سهم پرداخت افراد از خدمات درمانی به کل پرداخت‌های خدمات درمانی (شاخص‌های عدالت) 	<p>اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی</p>

<p>➤ مشارکت و همکاری بین بخشی و درون بخشی</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارتباط با فرهیختگان و اصحاب هنر برای بهره‌گیری از ظرفیت آنها برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی • برنامه‌ریزی برای سامان‌دهی، شناسایی و جذب منابع غیر دولتی و بهره‌گیری از حداکثر توان مردمی داخل کشور • حمایت‌های قانونی و اجرایی از فعالیت‌های خیرین، سمن‌ها، مردم و بخش خصوصی • تعامل، هماهنگی و همکاری با دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی به منظور بهره‌گیری از تمامی ظرفیت‌ها در توسعه نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی • جلب مشارکت فعالانه مردم در سیاستگذاری‌ها، برنامه‌ریزی‌ها و اجرا • جلب مشارکت حداکثری سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان کل کشور به منظور ارتقای سلامت • تقویت ساز و کار مدیریت مشارکتی از طریق انتشار اطلاعات منتخب و آموزش رهبری جامعه • تشکیل بانک‌های اطلاعاتی سازمان‌ها یا واحدهای فعال در زمینه اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی • توانمندسازی مدیران و کارشناسان داخل و خارج نظام سلامت، ارائه دهندگان خدمت و سایر ذی‌نفعان در خصوص اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی • توسعه پژوهش‌های نظام سلامت و پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت جامعه • استفاده از ظرفیت نهادها، سازمان‌های فرهنگی و آموزشی و رسانه‌ای کشور 	<ul style="list-style-type: none"> • شاخص عدالت در تأمین هزینه‌های بهداشت و درمان به کل هزینه‌های بخش سلامت <p>➤ نسبت مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت</p> <ul style="list-style-type: none"> • درصد مراکز بهداشتی با کفایت پرسنل / تجهیزات / تسهیلات • نسبت مراکز و واحدهای مراقبت‌های بهداشتی اولیه به جمعیت
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • شبکه‌سازی در تمام سطوح محلی، منطقه‌ای و ملی در جهت سهیم شدن در بهترین فعالیت‌ها و راهبردها برای ارتقای کیفیت و جهت‌گیری سلامت • تدوین مستندات حمایت‌طلبی از تجربه‌های موفق اقدامات انجام شده مؤثر در اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی و انتشار آن برای سازمان‌های مرتبط • تقویت ارتباط با مراکز تحقیقاتی و هم‌افزایی پژوهش‌ها • تولید محتوا و شواهد علمی مورد نیاز از طریق مطالعات تطبیقی و ملی • شناخت، سازماندهی، توانمندسازی و بکارگیری منابع انسانی، مالی و فیزیکی خارج از بخش سلامت در کنار منابع داخلی بخش سلامت در جهت اصلاح مدیریت آن قسمت به منظور ارتقای سلامت فرد، خانواده، اجتماع اصلاح نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت <p style="text-align: center;">➤ افزایش سواد سلامت</p> <ul style="list-style-type: none"> • آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت اجتماعی خود 		
--	--	--

وضعیت موجود و مقایسه با سایر کشورها

جدول ۴: شاخص امید به زندگی هنگام تولد بین ایران و ۲۴ کشور در سال ۲۰۱۵ (۴۰)

رتبه هر دو جنس در منطقه	امید به زندگی در بدو تولد			کشور
	زن	مرد	هر دو جنس	
۶	۷۶	۷۲	۷۴	ایران
۱۳	۶۷	۶۶	۶۶	پاکستان
۳	۷۹	۷۵	۷۷	ترکیه
۱۵	۶۱	۶۲	۶۰	افغانستان
۱۰	۷۱	۶۷	۶۹	عراق
۱۱	۷۲	۶۵	۶۸	ازبکستان
۶	۷۵	۷۳	۷۴	عربستان
۱۴	۶۷	۶۲	۶۵	یمن
۹	۷۶	۶۴	۷۰	سوریه
۹	۷۵	۶۶	۷۰	قزاقستان
۶	۷۷	۷۲	۷۴	آذربایجان
۱۲	۷۱	۶۴	۶۷	تاجیکستان
۶	۷۷	۷۳	۷۴	اردن
۱۴	۷۰	۶۱	۶۵	ترکمنستان
۹	۷۴	۶۶	۷۰	قرقیزستان
۳	۷۸	۷۶	۷۷	امارات
۵	۷۹	۷۱	۷۵	گرجستان
۷	۷۵	۷۲	۷۳	فلسطین
۳	۷۹	۷۶	۷۷	لبنان
۵	۷۸	۷۲	۷۵	ارمنستان
۷	۷۶	۷۴	۷۳	کویت
۸	۷۹	۷۵	۷۱	عمان
۱	۸۲	۷۸	۸۰	قبرس
۲	۷۹	۷۸	۷۸	قطر
۴	۷۶	۷۵	۷۶	بحرین

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

جدول ۵: مقایسه شاخص دسترسی به تسهیلات بهداشتی بین ایران و ۲۶ کشور منطقه در سال ۲۰۱۵ (۴۱)

کشور	دسترسى به خدمات بهداشتى اساسى	رتبه در منطقه
ایران	۹۰	۱۱
پاکستان	۶۳/۵	۱۷
ترکیه	۹۴/۹	۹
افغانستان	۳۱/۹	۱۸
عراق	۸۵/۶	۱۴
ازبکستان	۱۰۰	۱
عربستان	۱۰۰	۱
یمن	–	–
سوریه	۹۵/۷	۷
قزاقستان	۹۷/۵	۵
آذربایجان	۸۹/۳	۱۳
تاجیکستان	۹۵	۸
اردن	۹۸/۶	۳
ترکمنستان	–	–
قرقیزستان	۹۳/۳	۱۰
امارات	–	–
گرجستان	۸۶/۳	۱۵
فلسطین	–	–
لبنان	۸۰/۷	۱۶
ارمنستان	۸۹/۵	۱۲
کویت	۱۰۰	۱
عمان	۹۶/۷	۶
قبرس	۱۰۰	۱
قطر	۹۸	۴
بحرین	۹۹/۲	۲

جدول ۶: مقایسه شاخص توزیع نیروی انسانی بین ایران و ۲۵ کشور در سال ۲۰۱۵ (۴۲)

کشور	تعداد پزشک به ازاء ۱۰۰۰۰ نفر	تعداد پرستار و ماما به ازاء ۱۰۰۰۰ نفر	تعداد دندانپزشک به ازاء ۱۰۰۰۰ نفر	تعداد تخت‌های بیمارستانی به ازاء ۱۰۰۰۰ نفر	درصد دسترسی به داروهای ژنریک
ایران	۸۹	۱۴/۱	۱/۹	۱۷	۹۶/۷
پاکستان	۸/۱	۵/۶	۰/۶	۶	۳/۳
ترکیه	۱۵/۴	۶/۴	۲/۷	۲۵	–
افغانستان	۱/۲	۵	۳	۴	–
عراق	۶/۹	۱۳/۸	۱/۵	۱۳	–
ازبکستان	۲۵/۶	۱۱۱/۵	۱/۸	۴۶	–
عربستان	۹/۴	۲۱	۲/۳	۲۲	–
یمن	۳	۱	–	۷	۵
سوریه	۱۵	۱۸/۶	۷/۹	۱۵	–
قزاقستان	۴۱	۸۲/۸	۳/۹	۷۶	۰
آذربایجان	۳۷/۸	۸۳/۴	۲/۸	۷۵	–
تاجیکستان	۲۱	۵۳	۱/۷	۵۲	۷۵
اردن	۲۴/۵	۴۰/۳	۷/۳	۱۸	۲۸/۷
ترکمنستان	۲۳/۹	۴۴/۲	۱/۴	۴۰	–
قرقیزستان	۲۳	۵۶/۶	۱/۹	۵۱	۸۰
امارات	۱۹/۳	۴۰/۹	۳/۴	۱۹	۶۱/۱
گرجستان	۴۷/۶	۳۲/۲	۲/۸	۳۱	–
لبنان	۳۵/۴	۲۲/۳	۱۳/۳	۳۵	۰
ارمنستان	۳۷/۶	۴۸/۲	۶/۵	۳۷	–
کویت	۱۷/۹	۴۵/۵	۳/۵	۲۰	۱۲
عمان	۱۹	۴۱/۱	۲	۱۸	۹۶/۷
قبرس	۲۵/۸	۴۳	۹/۲	۳۸	–
قطر	۲۷/۶	۷۳/۷	۵/۸	۱۲	–
بحرین	۱۴/۳	۳۷/۳	۳/۶	۱۸	–

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

جدول ۷: مقایسه درصد رشد جمعیت بین ایران و ۲۵ کشور در سال ۲۰۱۵ (۴۳)

رتبه در منطقه	میزان رشد سالانه جمعیت	کشور
۱۶	۱۳/۵	ایران
۷	۲۲/۲	پاکستان
۱۸	۱۱/۵	ترکیه
۳	۲۸/۷	افغانستان
۲	۲۹/۲	عراق
۱۲	۱۶/۴	ازبکستان
۱۱	۱۷/۲	عربستان
۴	۲۶/۸	یمن
۱۰	۱۸/۹	سوریه
۱۴	۱۳/۹	قزاقستان
۱۷	۱۲/۵	آذربایجان
۵	۲۴/۹	تاجیکستان
۶	۲۴/۵	اردن
۹	۱۹/۸	ترکمنستان
۸	۲۰/۶	قرقیزستان
۲۱	۹/۳	امارات متحده عربی
۲۴	۱/۲	گرجستان
۱	۲۹/۳	فلسطین
۱۹	۱۰/۴	لبنان
۲۲	۴/۸	ارمنستان
۱۳	۱۵/۴	کویت
۹	۱۸/۸	عمان
۲۳	۴/۶	قبرس
۲۰	۹/۴	قطر
۱۵	۱۳/۶	بحرین

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

جدول ۸: مقایسه میزان خام تولد به ازای هر هزار نفر جمعیت کشور بین ایران و ۲۵ کشور در سال ۲۰۱۵. (۴۱)

کشور	میزان تولد خام	رتبه در منطقه
ایران	۱۵/۶	۱۶
پاکستان	۲۷/۴	۶
ترکیه	۱۵/۸	۱۶
افغانستان	۳۲/۳	۲
عراق	۳۲/۵	۱
ازبکستان	۲۰/۲	۱۱
عربستان	۱۹/۱	۱۳
یمن	۳۰/۷	۳
سوریه	۲۰/۵	۱۰
قزاقستان	۲۰/۱	۱۲
آذربایجان	۱۶/۷	۱۵
تاجیکستان	۲۷/۹	۵
اردن	۲۵/۵	۷
ترکمنستان	۲۴/۰	۸
قرقیزستان	۲۳/۹	۹
امارات متحده عربی	۹/۲	۲۲
گرجستان	۱۲/۹	۱۹
فلسطین	۳۱/۲	۴
لبنان	۱۵/۴	۱۷
ارمنستان	۱۲/۹	۱۸
کویت	۱۵/۸	۱۶
عمان	۱۷/۲	۱۴
قبرس	۱۰/۶	۲۰
قطر	۱۰/۰	۲۱
بحرین	۱۴/۲	۱۸

جدول ۹: مقایسه میزان خام مرگ به ازای هر هزار نفر جمعیت کشور بین ایران و ۲۴ کشور در سال ۲۰۱۵ (۴۱)

کشور	میزان مرگ خام	رتبه در منطقه
ایران	۴/۷	۱۲
پاکستان	۷/۵	۴
ترکیه	۵/۸	۹
افغانستان	۷/۵	۴
عراق	۵/۳	۱۱
ازبکستان	۵/۹	۸
عربستان	۳/۵	۱۶
یمن	۶/۸	۵
سوریه	۵/۴	۱۰
قزاقستان	۸/۹	۳
آذربایجان	۶/۷	۶
تاجیکستان	۵/۳	۱۱
اردن	۳/۸	۱۴
ترکمنستان	۷/۲	۵
قرقیزستان	۶/۵	۷
امارات	۱/۵	۱۷
گرجستان	۱۳/۱	۱
فلسطین	۳/۶	۱۳
لبنان	۴/۶	۱۳
ارمنستان	۹/۷	۲
کویت	۲/۶	۱۵
عمان	۲/۷	۱۴
قبرس	۶/۸	۵
قطر	۱/۵	۱۷
بحرین	۲/۳	۱۶

جدول ۱۰: مقایسه میزان مرگ و میر در حوادث جاده ای به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت کشور بین ایران و ۲۵ کشور در سال ۲۰۱۵ (۴۴)

کشور	حوادث جاده ای	رتبه در منطقه
افغانستان	۱۵/۵	۱۵
ارمنستان	۱۸/۳	۱۳
آذربایجان	۱۰/۰	۱۹
بحرین	۸/۰	۲۱
قبرس	۵/۲	۲۲
ایران	۳۲/۱	۳
عراق	۲۰/۲	۱۰
اردن	۲۶/۳	۵
قزاقستان	۴۲/۲	۱
کویت	۱۸/۷	۱۲
قرقیزستان	۲۲/۰	۸
لبنان	۲۲/۶	۷
عمان	۲۵/۴	۶
پاکستان	۱۴/۲	۱۷
قطر	۱۵/۲	۱۶
عربستان	۲۷/۴	۴
سوریه	–	–
تاجیکستان	۱۸/۸	۱۱
تایلند	۳۶/۲	۲
ترکیه	۸/۹	۲۰
ترکمنستان	۱۷/۴	۱۴
امارات	–	–
ازبکستان	۱۱/۲	۱۸
یمن	۲۱/۵	۹

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

جدول ۱۱: مقایسه شاخص میزان مرگ و میر مادران باردار بین ایران و ۲۴ کشور در سال ۲۰۱۵ (۴۵)

کشور	مرگ و میر مادران به ازاء ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده	رتبه در منطقه
افغانستان	۳۹۶	۱
ارمنستان	۲۵	۱۱
آذربایجان	۲۵	۱۱
بحرین	۱۵	۱۵
قبرس	۷	۱۸
ایران	۲۵	۱۱
عراق	۵۰	۷
اردن	۵۸	۶
قزاقستان	۱۲	۱۷
کویت	۴	۲۰
قرقیزستان	۷۶	۴
لبنان	۱۵	۱۵
عمان	۱۷	۱۳
پاکستان	۱۷۸	۳
قطر	۱۳	۱۶
عربستان	۱۲	۱۷
سوریه	۶۸	۵
تاجیکستان	۳۲	۱۰
تایلند	۲۰	۱۲
ترکیه	۱۶	۱۴
ترکمنستان	۴۲	۸
امارات	۶	۱۹
ازبکستان	۳۶	۹
یمن	۳۸۵	۲

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

جدول ۱۲: مقایسه شاخص میزان مرگ و میر کودکان بین ایران و ۲۴ کشور در سال ۲۰۱۵ (۴۱)

کشور	مرگ و میر کودکان	رتبه در منطقه
ایران	۱۵	۱۰
پاکستان	۷۰	۱
ترکیه	۱۳	۱۲
افغانستان	۶۹	۲
عراق	۳۲	۵
ازبکستان	۳۱	۶
عربستان	۱۳	۱۲
یمن	۴۷	۳
سوریه	۱۸	۸
قزاقستان	۱۴	۱۱
آذربایجان	۳۱	۶
تاجیکستان	۳۹	۴
اردن	۱۷	۹
ترکمنستان	۴۷	۳
قرقیزستان	۲۰	۷
امارات	۶	۱۸
گرجستان	۱۱	۱۳
فلسطین	۲۰	۷
لبنان	۹	۱۵
ارمنستان	۱۳	۱۲
کویت	۸	۱۶
عمان	۱۰	۱۴
قبرس	۴	۱۹
قطر	۷	۱۷
بحرین	۷	۱۷

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

جدول ۱۳: مقایسه درصد کودکان یک‌ساله واکسینه علیه سل بین ایران و ۲۴ کشور منطقه در سال ۲۰۱۶ (۴۶)

کشور	کودکان یک ساله واکسینه علیه سل	رتبه در منطقه
افغانستان	۷۴	۸
ارمنستان	۹۹	۱
آذربایجان	۹۸	۲
بحرین	–	–
قبرس	–	–
ایران	۹۹	۱
عراق	۹۴	۶
اردن	۹۹	۱
قزاقستان	۹۵	۵
کویت	۹۹	۱
قرقیزستان	۹۷	۳
لبنان	–	–
عمان	۹۹	۱
پاکستان	۸۵	۷
قطر	۹۷	۳
عربستان	۹۸	۲
سوریه	۶۶	۱۰
تاجیکستان	۹۸	۲
تایلند	۹۹	۱
ترکیه	۹۶	۴
ترکمنستان	۹۸	۲
امارات	۹۹	۱
ازبکستان	۹۹	۱
یمن	۷۳	۹

پاسخ به سؤالات در خصوص بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت

سؤال‌هایی که در خصوص بند ۲ سیاست‌ها مطرح می‌شوند:

۱. مقصود از خدمات و مراقبت‌های سلامت جامع و یکپارچه با رویکرد همه جانبه در سلامت چیست؟

در این سیاست موضوع سلامت همه جانبه و انسان سالم مورد تأکید قرار گرفته است و سیاستگذار تأکید می‌کند که تمامی اقدامات مجلس و دولت در وضع قوانین و مقررات تنظیمی و خدمات و مراقبت‌های سلامت باید بر پایه تأمین و ارتقای هر چهار بعد سلامت (بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی) باشد و بنابراین باید از اقدامات خلاف آن پیشگیری شود. زیرا ابعاد سلامت برای کمک به تعیین وضعیت کلی فرد از سلامتی در تعامل با یکدیگر می‌باشند.

بررسی تعیین‌کننده‌های سلامت، هسته سلامت در همه سیاست‌ها می‌باشد. تعیین‌کننده‌های سلامت عبارتند از؛ (۱) عوامل وراثتی، سن و جنس، (۲) عوامل سبک زندگی فردی، (۳) تأثیرات اجتماعی و جامعه، (۴) شرایط زندگی و کار، (۵) شرایط کلی اجتماعی اقتصادی، فرهنگی و محیطی (۲).

۲. چگونگی تحقق و اجرایی کردن HIAP را مشروحاً ذکر نمایید؟

رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها براساس این شناخت است که سلامت جامعه صرفاً حاصل فعالیت‌های بخش سلامت نیست، بلکه تا حدود زیادی ناشی از شرایط زندگی و سایر عوامل اجتماعی و اقتصادی می‌باشد و بنابراین بیشتر تحت تأثیر سیاست‌ها و اقداماتی فراتر از بخش بهداشت می‌باشد (۲).

پیاده‌سازی سیاست سلامت در همه سیاست‌ها از تعهدات بین بخشی از جمله، تنظیم دستورکار و ظرفیت سازی مشتق می‌شود. دو استراتژی در بخش تنظیم دستورکار عبارتند از: افزایش آگاهی از اهمیت رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها از جمله اینکه چگونه هر بخش می‌تواند کمک کند و استفاده از رویکرد برد-برد که در آن بخش‌ها تا رسیدن به هدف با استفاده از رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها ایستادگی می‌کنند. ظرفیت‌سازی بخش‌ها برای اجرای بهتر سلامت در همه سیاست‌ها شامل ظرفیت سازی نهادی (به عنوان مثال زیرساخت، نیروی انسانی و منابع مالی) و ظرفیت کارشناسان (به عنوان مثال تخصص و آموزش) می‌باشد (۱).

پیاده‌سازی رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها در یک نظام، دولت را قادر می‌سازد تا در پاسخ‌دهی به نیازهای سلامت و تندرستی مردم جامعه، بصورت یکپارچه عمل کند (۳). چهار استراتژی متفاوت در پیاده‌سازی سلامت در همه سیاست‌ها عبارتند از؛ (۱) استراتژی سلامت که در آن اهداف بهداشتی در هسته عمل نگه داشته می‌شود. (۲) استراتژی برد-برد یا استراتژی منافع متقابل که به یافتن سیاست‌ها و اقداماتی که در تمام قسمت‌ها مفید هستند، می‌پردازد. (۳) استراتژی‌های همکاری که بر همکاری نظام‌مند و کارشناسی موجود در درخواست آنچه که بخش سلامت می‌تواند برای سایر بخش‌ها انجام دهد تا به آنها در دستیابی به اهداف‌شان کمک کند، می‌پردازد. (۴) استراتژی محدودیت آسیب که در آن اثرات بالقوه منفی سلامت در طرح‌های سیاسی خارج از بهداشت که در حال بررسی هستند، شناسایی می‌کند (۴).

رویکردهای سلامت در همه سیاست‌ها از سایر طرح‌های بین بخشی در پیشبرد عدالت در سلامت به دو روش مهم قابل تمایز می‌باشد: اول؛ رویکرد های سلامت در همه سیاست‌ها در درجه اول توسط ساختارهای رسمی و مکانیسم‌های دولتی هماهنگ می‌شوند، هر چند که ممکن است شامل بازیگران غیردولتی، از جمله کسانی از بخش‌های دانشگاهی، خصوصی و جامعه / مدنی باشد. دوم؛ طرح‌های اتخاذ شده تحت رویکردهای سلامت در همه صراحتاً به سیاست‌ها یا برنامه‌های ساختاری یا بلندمدت دولت متصل می‌شود (۱).

برای تحقق و اجرایی کردن سلامت در همه سیاست‌ها، ابتدا باید به بررسی وضع موجود و یافتن مشکلات و دسته‌بندی و اولویت‌بندی آنها پرداخت. که دسته‌ای از این مشکلات مربوط به بحث تولید می‌باشد یعنی مربوط به قانون می‌باشد. بنابراین بازنگری قوانین و در نظر گرفتن سلامت در همه قوانین ضرورت دارد. همچنین طراحی برنامه‌ریزی‌های کلان برای تحقق سلامت در همه سیاست‌ها (اهداف، راهبردها، استراتژی‌ها، اقدامات) باید مورد توجه قرار گیرد. از دیگر اقدامات در تحقق سلامت در همه سیاست‌ها عبارتند از؛ فعال شدن شورای سیاستگذاری امنیت غذا نسبت به تحقق سلامت در همه سیاست‌ها، رفع کاستی‌های سیاست‌ها، مشارکت تمام مجموعه‌های دخیل در توسعه، مقایسه با سایر کشورهای پیشرفته و در حال توسعه، بازنگری قوانین مربوط به سلامت در همه سیاست‌ها توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تشکیل واحد ویژه در سیاستگذاری سلامت در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به منظور ارزیابی، بررسی، مطالعات تطبیقی برای بکارگیری نتایج در بهبود اجرای سلامت در همه سیاست‌ها.

۳. تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین و سیاست‌های اجرایی و مقررات یعنی چه و چگونه باید اعمال شود؟

نحوه اعمال رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین و سیاست‌های اجرایی و مقررات عبارت است از بررسی اسناد بالا دستی (قانون اساسی، قوانین مجلس، برنامه‌های ۵ ساله، نقشه تحول نظام سلامت، سیاست‌های کلی ابلاغیه مقام معظم رهبری، سیاست‌های کلی محیط زیست، سیاست‌های کلی خانواده سالم، سیاست‌های کلی برای اقتصاد مقاومتی)، بیان وضعیت موجود و براساس آن اقدام به تدوین، اصلاح و بازنگری قوانین و ساختار، تعریف، اصلاح و بازنگری وظایف، مشخص کردن تولیت.

۴. مقصود از روزآمد کردن برنامه‌های بهداشتی و درمانی چیست؟

مقصود از روزآمد کردن برنامه‌های بهداشتی درمانی عبارت است از؛ اجرای برنامه‌های آموزشی به منظور توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی، پایش، ارزیابی و ارزشیابی برنامه‌ها، و حمایت طلبی از برنامه‌های بهداشتی درمانی بروز رسانی شده.

۵. برای کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی چه باید کرد؟

سیاست‌گذاری به منظور کاهش آلاینده‌ها و مخاطرات تهدید کننده سلامت و تدوین و اجرای برنامه‌های عملیاتی برای کاهش و پیشگیری و کنترل آلاینده‌ها و مخاطرات تهدید کننده سلامتی ضرورت دارد. به منظور کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت باید به دستگاه‌های اجرایی در زمینه کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت بودجه متناسبی را تخصیص داد. همچنین باید سازمان‌های غیردولتی و مردم نهاد در کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت فعالیت داشته باشند. به عبارتی تخصیص متناسب منابع انسانی و مالی و مشارکت و همکاری درون بخشی و بین بخشی باید مورد توجه قرار گیرد.

همچنین از دیگر اقدامات در زمینه کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت عبارتند از؛ افزایش دسترسی به آب آشامیدنی سالم، اصلاح ساز و کار حمل و نقل و ترافیک، افزایش سطح سواد سلامت، ایجاد محیط

کار سالم از طریق اجرای برنامه‌ها و خط‌مشی‌های ارتقای سلامت در محل کار، خلق محیط فیزیکی و فرهنگ حمایتی و تشویق زندگی سالم با همکاری مراجعین و کارکنان بیمارستان‌ها، مراکز با دانش‌آموزان و معلمان و پژوهش در زمینه مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت.

۶. در جهت دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی چه باید کرد؟

اصلاح و تقویت تولیت، مدیریت، برنامه‌ها، برنامه‌ریزی‌ها، منابع و تخصیص متناسب منابع انسانی و مالی، اصلاح ساختار نظام سلامت، مشارکت و همکاری بین بخشی، افزایش سطح سواد سلامت از اقدامات موثر در دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی می‌باشند.

۷. مقصود از صیانت از حقوق سلامت مردم و بیماران چیست؟

امکان دسترسی و بهره‌مندی عادلانه و سریع به خدمات بهداشتی درمانی بدون در نظر گرفتن سن، جنس، نژاد، مذهب، قومیت، محل زندگی و طبقه اقتصادی-اجتماعی.

۸. مقصود از حقوق سلامت مردم چیست؟

حقوق بشر اساسی‌ترین و ابتدایی‌ترین حقوقی است که هر فرد به طور ذاتی، فطری و به صرف انسان بودن از آن بهره‌مند می‌شود. این تعریف ساده عواقب و بازتاب اجتماعی و سیاسی مهمی را برای مردم و حکومت‌ها به دنبال دارد. مطابق اعلامیه جهانی حقوق بشر و سایر اسناد بین‌المللی این حقوق ویژگی‌هایی همچون جهان شمول بودن، سلب ناشدنی، انتقال ناپذیری، تفکیک‌ناپذیری، عدم تبعیض و برابری طلبی، به هم پیوستگی و در هم تنیدگی را دارا است. از این رو به تمامی افراد در هر جایی از جهان تعلق دارد و هیچ‌کس را نمی‌توان به صرف منطقه جغرافیایی که در آن زیست می‌کند، از حقوق بشر محروم کرد ضمن اینکه همه افراد فارغ از عواملی چون نژاد، ملیت، جنسیت و غیره در برخورداری از این حقوق با هم برابر و یکسانند و در این خصوص کسی را بر دیگری برتری نیست. این حقوق شامل حقوق طبیعی یا حقوق قانونی که در قوانین ملی و بین‌المللی موجودند می‌شود (۳۹).

یکی از اهداف نظام سلامت، قابلیت دستیابی و ایجاد کمترین تفاوت بین افراد در دستیابی به ارتقای سلامت می‌باشد. به عبارتی نظام سلامت باید به آنچه مردم از آن انتظار دارند پاسخ درستی بدهد و برای هر فرد و بدون تمایز قائل شدن به نیاز مردم پاسخ دهد (۴۷).

به عبارتی حقوق سلامت مردم عبارت است از؛ دسترسی و بهره‌مندی عادلانه و سریع به خدمات بهداشتی درمانی بدون در نظر گرفتن سن، جنس، نژاد، مذهب، قومیت، محل زندگی و طبقه اقتصادی-اجتماعی، دریافت مطلوب خدمات سلامت، در اختیار قرار دادن اطلاعات به بیمار به نحو مطلوب و به میزان کافی، حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت، ارائه خدمات سلامت مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار در رعایت اصل رازداری و دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات.

۹. مقصود از تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات چیست؟ مقصود از شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها چیست؟

سیاستگذار تاکید می‌کند که تمامی اقدامات مجلس و دولت در وضع قوانین و مقررات تنظیمی باید بر پایه تأمین و ارتقای هر چهار بعد سلامت باشد تا به سلامت همه جانبه و انسان سالم دست در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات دست یافت. به عبارتی اجرای قوانین توسط همه افراد، موظف کردن همه افراد نسبت به اجرای قوانین، منطقی کردن دریافت و پرداخت باید مورد توجه قرار گیرد.

توضیحی مختصر از بند ۲: تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات

در بند ۲ سیاست‌های ابلاغی شش عنوان به شرح در ذیل این سیاست قرار می‌گیرد:

تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت:

۱. اولویت پیشگیری بر درمان.
۲. روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی.
۳. کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی.
۴. تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.
۵. ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی.
۶. اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی.

در این سیاست موضوع سلامت همه جانبه و انسان سالم مورد تأکید قرار گرفته است و سیاستگذار تأکید می‌کند که تمامی اقدامات مجلس و دولت در وضع قوانین و مقررات تنظیمی باید بر پایه تأمین و ارتقای هر چهار بعد سلامت باشد و بنابراین باید از اقدامات خلاف آن پیشگیری شود. ذیل این سیاست بر قبول اولویت پیشگیری بر درمان و به رعایت و التزام عملی دولت و نهادهای مسئول سلامت نسبت به این اصل تأکید می‌کند. به علاوه سیاستگذار در راستای اصلاح برنامه‌های سلامت با توجه به اولویت‌ها، روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت،

پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی را مورد توجه قرار داده است.

بحث کاهش مخاطرات سلامت از دیگر موارد مهم در این سیاست است و کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی را سیاستگذار مورد تأکید قرار می‌دهد. پیوست سلامت با هدف پیش‌بینی و شناسایی مجموعه آثار و پیامدهای احتمالی یک اقدام بر سلامت تهیه و در قالب گزارش اجمالی و تفصیلی تدوین می‌شود و هدف از تهیه آن در طرح‌های مشمول، پیش‌بینی اثرات مهم گذرا و یا ماندگار یک طرح بر سلامت مردم تحت پوشش و کمک به انتخاب بهینه گزینه‌های طرح می‌باشد. از دیگر موارد مورد تأکید سیاستگذار تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای است که نیازمند تهیه یک آئین‌نامه دقیق از سوی دولت و اجرای آن توسط همه ارگان‌ها می‌باشد.

در سند چشم‌انداز سال ۱۴۰۴ آمده است که: «با اتکال به قدرت لایزال الهی و در پرتو ایمان و عزم ملی و کوشش برنامه‌ریزی شده و مدبرانه‌ی جمعی و در مسیر تحقق آرمان‌ها و اصول قانون اساسی، در چشم‌انداز بیست‌ساله، ایران کشوری است توسعه‌یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فناوری در سطح منطقه با هویت اسلامی و انقلابی، الهام‌بخش در جهان اسلام و با تعامل سازنده و مؤثر در روابط بین‌الملل. جامعه‌ی ایرانی در افق این چشم‌انداز چنین ویژگی‌هایی خواهد داشت: برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب.»

بنا به اهمیت محوری سلامت در توسعه پایدار اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی در برنامه چشم‌انداز کشور در این بند از سیاست‌ها، ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی مورد تأکید

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

قرار می‌گیرد. در انتهای این بند به مورد با اهمیت دیگری که نقش اساسی در تحقق همه سیاست‌ها و عدالت در همه ابعاد سلامت و تاثیرگذار در اجرای صحیح همه فرآیندهای بهداشت اشاره می‌شود و خواستار ایجاد نظام پایش و ارزیابی عملکرد برای صیانت از حقوق مردم و مشتریان نظام سلامت است.

1. Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, Mah CL, Molnar A, Renahy E, et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). Journal of epidemiology and community health. 2013;67(12):1068-72.
2. Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K. Health in all policies. Prospects and potentials Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health. 2006.
3. Ollila E, Ståhl T, Wismar M, Lahtinen E, Melkas T, Leppo K. Health in All Policies in the European Union and its member states. Ministry of Social Affairs and Health in Finland, Helsinki. 2006.
4. Ollila E. Health in all policies: from rhetoric to action. Scandinavian Journal of Public Health. 2011;39(6 suppl):11-8.
5. Koivusalo M. The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. Journal of epidemiology and community health. 2010;64(6):500-3.
6. Harris-Roxas B, Viliani F, Bond A, Cave B, Divall M, Furu P, et al. Health impact assessment: the state of the art. Impact Assessment and Project Appraisal. 2012;30(1):43-52.
7. Blau J, Ernst K, Wismar M, Baro F, Blenkus MG, von Bremen K, et al. The use of health impact assessment across Europe. Health in All Policies. 2006:209.
8. Davenport C, Mathers J, Parry J. Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision making. Journal of Epidemiology and Community Health. 2006;60(3):196-201.

۹. سند چشم انداز ۲۰ ساله، چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در ۱۴۰۴ هجری شمسی. [Internet]. 1388.

Available from:

<http://www.behdasht.gov.ir/news/%D8%B3%DB%8C%D8%A7%D8%B3%D8%AA+%D9%87%D8%A7+%D9%88+%D8%A8%D8%B1%D9%86%D8%A7%D9%85%D9%87+%D9%87%D8%A7/2184/%D8%B3%D9%86%D8%AF+%DA%86%D8%B4%D9%85+%D8%A7%D9%86%D8%AF%D8%A7%D8%B2+%D9%A2%D9%A0+%D8%B3%D8%A7%D9%84%D9%87>

10. Shankardass K, Renahy E, Muntaner C, O'Campo P. Strengthening the implementation of Health in All Policies: a methodology for realist explanatory case studies. *Health Policy and Planning*. 2014;30(4):462-73.
11. Melkas T. Health in all policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2013;41(11 suppl):3-28.
12. Puska P, Ståhl T. Health in all policies—the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annual review of public health*. 2010;31:315-28.
13. Rakhshani F, Zare F. Health in All Policies Approach. *Health System Research*. 2013;9(2):111-3 (In Persian).
14. . Qoran Karim. Translated by: Elahi Ghomshei M, 5th ed. Qom: Rashidi; 1995. [In Persian].
۱۵. قراملکی اف. نظریه انسان سالم در نظام اخلاقی رازی. انسان پژوهی دینی. ۱۳۸۹؛ ۷(۲۴):۱۹-۳۳.
16. Organization WH. Constitution of the world health organization. 1995.
17. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ: British Medical Journal*. 2011;343.
18. Eriksson M, Lindström B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*. 2008;23(2):190-9.
19. Bedworth D, Bedworth AE. *Dictionary of Health Education*: Oxford University Press; 2009.
۲۰. جی ای پارک. جلد اول، فصل اول و دوم، (اطلاعات بهداشتی و آمارهای اساسی پزشکی) تا روشهای آماری (ص ۷-۱۹، ۵۰-۷۹). ۱۳۸۵.
۲۱. فرانکل وا. بنیانگذار معنادرمانی، احمدرضا محمدپور-یزدی (فرادیدی بر روانشناسی و روان‌درمانی وجودی) تهران: جیحون؛ ۱۳۹۵. ص ۲۸۸.
۲۲. افتخارزاده ش. انسان سالم از دیدگاه قرآن و حدیث. سفینه. ۱۳۸۶؛ ۵(۱۷):۱۰۶-۱۴.
۲۳. مرندي ع، عزیزی ف، لاریجانی ب، جمشیدی ح. سلامت در جمهوری اسلامی ایران ۹۳-۱۳۵۷. تهران: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران؛ ۱۳۹۳. ص ۹۳۴.
۲۴. شیروانی دنپ-، موعودی س، یمین-فیروز م. سیاستگذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت و دستاوردها و چالش‌های آن در ایران. بابل: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل؛ ۱۳۹۲.

تحلیل ابعاد مختلف بند ۲ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳

۲۵. نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، مبتنی بر الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت. سیاست‌گذاری ویدوآپش. ۱۳۹۰. ص ۱۷۴.
۲۶. احمدوند ع، اکبری م، باسمنجی ک، پوراصغری ح، جمشیدی ح، محمودی ح و همکاران. اصلاحات نظام سلامت. تهران: موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ؛ ۱۳۸۴.
27. Organization WH. Glossary of terms used in the "Health for All" series, no. 1-8. 1984.
28. Education P. Health and Physical Education. Health. 2013;9:1103.
29. Control CfD, Prevention. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. 2005.
30. Modeste N, Tamayose T. Dictionary of public health promotion and education: Terms and concepts: John Wiley & Sons; 2004.
۳۱. استانداردهای ملی پیوست سلامت ۱۳۹۲ قابل دسترس از: mboh.umsha.ac.ir/uploads/setandard_meli.
32. Haghighi R. 2007. Cultural development. Tehran: Broadcasting. P 242-243.
33. Jāhāna S. Human development report 2015: Work for human development: United Nations Development Programme; 2015.
34. UNDP H. United Nations Development Programme, Human Development Reports, Table 1: Human Development Index and its components 2015 [cited 2017 2017/21/09]. Available from: <http://hdr.undp.org/en/composite/HDI>.
35. YaSauri M, Sajjad M, Iran, Western Asia, Journal Cultural History, 2016, p169-203.
۳۶. طه نوراللهی، الهام فتحی، چشم اندازی به شاخص‌های جمعیتی منطقه آسیای جنوب غربی و جایگاه ایران در منطقه، سال ۱۳۸۵. فصلنامه جمعیت شماره ۶۳-۶۴، صفحات ۲۷-۶۰.
37. Noorullahi T, Fathi A, area in South Asia and Iran, in the year 2006. Journal of population. 5 - 63-64, 27-60.
38. parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010;3(0):39-47.
39. Sepuldeva M, Van Banning T, van Genugten W. Human rights reference handbook. Costa Rica: University for Peace. 2004.

40. Life expectancy Data by country 2016. Available at: [http:// apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en](http://apps.who.int/gho/data/node.main.688?lang=en) Accessed 2018/25/02.
41. World Population Prospects. 2017. Available at: [https:// esa.un.org /unpd /wpp/Data Query/](https://esa.un.org/unpd/wpp/DataQuery/) Accessed 2018/25/02.
42. Basic and safely managed sanitation services Data by country. 2016. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.WSHSANITATION?lang=en> Accessed 2018/25/02.
43. Regional Health Observatory Data Repository. 2016. Available at: [https:// rho.emro.who.int/rhodata/node.main.EMR1? lang=en](https://rho.emro.who.int/rhodata/node.main.EMR1?lang=en) Accessed 2018/25/02.
44. Road traffic deaths Data by country 2016. Available at: [http:// apps. who.int/gho/data/node.main.A997?lang=en](http://apps.who.int/gho/data/node.main.A997?lang=en) Accessed 2018/25/02.
45. Maternal mortality Data by country. 2016. Available at: [http:// apps. who.int/gho/data/view.main.1390?lang=en](http://apps.who.int/gho/data/view.main.1390?lang=en) Accessed 2018/25/02.
46. Immunization coverage estimates by country. 2016. Available at: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A830?lang=en> Accessed 2018/25/02.
47. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2000: health systems and improving performance. Geneva 2000.