

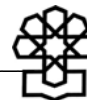
■

:

:

:

چکیده	۱
مقدمه	۱
۱. تشریح سیاست‌های اعلامی در ابلاغیه مقام معظم رهبری در بخش سلامت	۲
۲. ظرفیت‌های قانونی موجود برای دستیابی به اهداف سیاست‌ها و خلأهای قانونی موجود	۱۰
۳. موانع و مشکلات احتمالی نهادی (حقوقی، سازمانی، اجرایی و...) برای دستیابی به اهداف سیاست‌ها و	
راهکارهای احتمالی پیشنهادی برای رفع آن	۱۷
منابع و مآخذ	۱۸



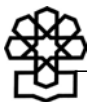
امروز دیگر معنای سلامت بیش از بیمار نبودن است. از نظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت است از: «رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی نه تنها فقدان بیماری و ناخوشی». سلامت مبنای بهره‌وری شغلی، ظرفیت یادگیری در مدرسه و توانایی برای رشد جسمی، روحی و هوشی است. از بیان اقتصادی، سلامت و آموزش دو وجه اساسی سرمایه انسانی هستند. از این منظر از مجموع حدود ۱۰۰ بند از سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری ۱۸ مورد به شرح وظایف حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم مربوط است و در حدود ۱۱ بند نیز به‌وضوح با موضوع سلامت (صرف‌نظر از دستگاه مجری) ارتباط دارند.

برای دستیابی به اهداف مندرج در سیاست‌های کلی، از یک سو ظرفیت‌های قانونی همچون قانون تشکیل وزارت بهداشت، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و قانون جامع نظام رفاه و تأمین اجتماعی و از سوی دیگر خلأهایی مانند همکاری اندک بین‌بخشی، نبود سیاست‌های یکسان در برخی حوزه‌ها و... وجود دارد که باید به آنها توجه کرد.

به‌نظر می‌رسد برای تحقق رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه و بندهای ذیل آن باید نظام سلامت در کشور بازتعریف شود و جایگاه دستگاه‌های موجود و جدید لازم تعریف شود. در حال حاضر با وجود گسستگی سازمانی در نظام سلامت (وزارت رفاه، بهداشت، نظام پزشکی، پزشکی قانونی، معاونت راهبردی ریاست جمهوری، مجمع تشخیص مصلحت، جهاد کشاورزی، حفاظت محیط زیست، اوقاف و امور خیریه، دفاع، بیمه مرکزی و...) و همپوشانی‌های مأموریتی، تحقق این سیاست‌ها به سختی امکان‌پذیر است که لازم است درخصوص آن تمهیداتی اندیشیده شود.



استفاده از برنامه در هر سامانه‌ای که مدعی «کارآمدی و بهره‌وری» و «رشد و توسعه» است، امری ضروری شمرده می‌شود. «هدف‌های مطلوب» و «منابع محدود» دو مفهوم اساسی برنامه‌ریزی را تشکیل می‌دهند. بر همین اساس برنامه‌ریزی را تهیه، توزیع و تخصیص عوامل، وسایل و منابع



محدود برای رسیدن به هدف‌های مطلوب در حداقل زمان و با کمترین هزینه ممکن تعریف می‌کنند. در غالب کشورها برنامه ملی یا برنامه توسعه وجود دارد که اهداف و وظایف هریک از بخش‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را در هر ناحیه و دوره خاص تعیین می‌کند. برنامه توسعه را می‌توان مجموعه مدونی از تصمیمات سیاسی حکومت در زمینه چگونگی تخصیص منابع بین اهداف اولویت‌دار برای رسیدن به رشد و توسعه در دوره‌های معین تعریف کرد که برآن اساس، نوع و میزان فعالیت‌ها و خدماتی را که هریک از اجزای دولت باید تهیه و ارائه کنند، تعیین می‌کند. فرایند تدوین برنامه پنجم توسعه کشور به‌عنوان دومین برنامه در مسیر دستیابی به چشم‌انداز سال ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران از مهر ماه سال ۱۳۸۶ با دستور ریاست محترم جمهوری جناب آقای دکتر محمود احمدی نژاد شروع شد.

سیاست‌های پیشنهادی دولت برای برنامه پنجم در اسفند ماه ۱۳۸۶ تقدیم مقام معظم رهبری حضرت آیت‌ا... خامنه‌ای شد. معظم‌له سیاست‌های پیشنهادی را برای بررسی به مجمع تشخیص مصلحت نظام فرستادند. مجمع با بررسی‌های کارشناسی سیاست‌های پیشنهادی دولت را بازنگری کرد و ویرایش جدیدی را در شهریور ۱۳۸۷ تقدیم مقام معظم رهبری کردند. در نهایت پس از بازنگری نهایی، رهبر معظم انقلاب اسلامی در تاریخ ۱۳۸۷/۱۰/۲۱، سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه را ابلاغ کردند. معظم‌له در مقدمه این ابلاغیه می‌فرمایند: «انتظار می‌رود این سیاست‌ها که با مبنایی تنظیم شده، بتواند در جای جای کلیه فعالیت‌های کشور چه در بُعد تقنین و چه در بُعد اجرا ظاهر شود. انتظار دارم در دوره پنج‌ساله آینده اقدامات اساسی برای که رشد و بالندگی انسان‌ها بر مدار حق و عدالت و دستیابی به جامعه‌ای متکی بر ارزش‌های اسلامی و انقلابی و تحقق شاخص‌های عدالت اجتماعی و اقتصادی در گرو آن است، توسط قوای سه‌گانه کشور صورت گیرد. در تبیین مقوله عدالت و اقتضائات آن نقشی تعیین‌کننده در این امر دارد».

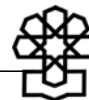
از نظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت است از: «رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی نه تنها فقدان بیماری و ناخوشی»^۱ و از دیدگاه تئوری سرمایه انسانی^۲ سلامتی افراد یک « است که به مرور زمان با گذر طبیعی عمر^۳ مستهلک می‌شود. بیماری باعث استهلاک

1. WHO 1978.

2 Human Capital Theory

3 Natural Aging

4. Mocseneer 2007.



غیرطبیعی آن می‌شود و سرمایه‌گذاری در سلامت (بهداشت، درمان و بازتوانی) این استهلاک را جبران می‌کند. سلامت مبنای بهره‌وری شغلی، ظرفیت یادگیری در مدرسه و توانایی برای رشد جسمی، روحی و هوشی است. به عبارت اقتصادی، سلامت و آموزش دو وجه اساسی سرمایه انسانی هستند. برآوردهای آماری نشان می‌دهد هر ۱۰ درصد بهبود در امید زندگی در بدو تولد، حداقل رشد اقتصادی معادل ۰/۳ تا ۰/۴ درصد را در صورت ثابت بودن سایر عوامل دربردارد.^۱ تعیین‌کننده‌های سلامت عواملی هستند که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم شرایطی را فراهم می‌کند که ابعاد مختلف سلامت تحت تأثیر مثبت یا منفی قرار گیرند. این عوامل به اختصار عبارت‌اند از: بیولوژی فردی و رفتار و شیوه زندگی، محیط فیزیکی و اجتماعی، سیاست‌ها و اقدامات مربوط به آن و دسترسی به مراقبت‌های باکیفیت سلامت.

عوامل اجتماعی تأثیر بسیاری در بهره‌مندی عادلانه مردم از سلامت دارند. امروزه شواهد علمی محکمی وجود دارد که مؤلفه‌های اجتماعی سلامت شامل طبقه اجتماعی،^۲ محرومیت اجتماعی^۳ (حاشیه‌نشینی و...)، استرس، تکامل دوران ابتدای کودکی،^۴ بیکاری، شرایط محیط کار، حمایت اجتماعی،^۵ اعتیاد، غذا، حمل‌ونقل، شهرنشینی (مهاجرت)، جهانی شدن، زنان و نابرابری جنسیتی، تأثیر بسیاری بر سلامت دارند. بررسی‌ها نشان می‌دهد سهم هریک از عوامل تعیین‌کننده بر ابعاد مختلف سلامت عبارت است از: ژنتیک یا بیولوژی فردی (۱۵ درصد)، مؤلفه‌های اجتماعی - اقتصادی (۵۰ درصد)، محیط فیزیکی (۱۰ درصد)، نظام مراقبت سلامت (۲۵ درصد).^۶

باید توجه کرد برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که در اعلامیه جهانی حقوق بشر ماده (۲۵)، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (اصول ۴۳، ۲۹ و ۳) مورد تأکید قرار گرفته است. مسئولیت و تولیت این امر برعهده دولت‌ها بوده و یکی از پیش‌شرط‌های تحقق توسعه پایدار و

در هر کشور به‌شمار می‌رود. اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶) نیز برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی را حق مسلم هر انسانی بیان می‌کند. براساس قانون وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷/۳/۳ مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌منظور تأمین و ارتقای سطح سلامت

1. WHO 2000.

2 Social Gradient

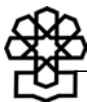
3 social exclusion

4 early childhood development

5 Social Support

6. WHO 2008.

7. WHO 2008.



جسمی، روانی و اجتماعی جامعه، در چارچوب سیاست‌ها و خط‌مشی‌های تعیین شده، مجموعه‌ای نظام‌یافته از فعالیت‌ها و عملیات اجرایی است که مهم‌ترین وظایف قانونی آن عبارت‌اند از:

۱. تدوین و ارائه سیاست‌ها، تعیین خط‌مشی‌ها و نیز برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، پژوهش، خدمات بهداشتی، درمانی، دارویی، بهزیستی و تأمین اجتماعی.^۱

۲. تأمین بهداشت عمومی و ارتقای سطح آن از طریق اجرای برنامه‌های بهداشتی خصوصاً در زمینه بهداشت محیط و کنترل و نظارت بهداشتی بر سموم و مواد شیمیایی، مبارزه با بیماری‌های واگیر، بهداشت خانواده و مدارس، آموزش بهداشت عمومی بهداشت کار و شاغلین با تأکید بر اولویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به‌ویژه بهداشت مادران و کودکان با همکاری و هماهنگی دستگاه‌های ذی‌ربط.

۳. ایجاد نظام هماهنگ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گسترش شبکه تلفیقی بهداشت و درمان.

۴. انجام تحقیقات بنیادی و کاربردی درجمله رشته‌های پزشکی و زمینه‌های بهداشتی و درمانی و نیز ایجاد و گسترش مؤسسات و واحدهای پژوهش پزشکی و نظارت بر پژوهش‌ها و هماهنگ‌سازی برنامه‌های مؤسسات تحقیقاتی پزشکی.

۵. برنامه‌ریزی به‌منظور توزیع متناسب و عادلانه نیروی انسانی و سایر امکانات (آموزش پزشکی و تسهیلات بهداشتی، درمانی) کشور با تأکید بر اولویت برنامه‌های بهداشتی و رفع نیاز مناطق محروم و نیازمند.

۶. فراهم نمودن تسهیلات لازم برای برخورداری همگان از خدمات درمانی درحدود امکانات از طریق ایجاد و گسترش مراکز درمانی دولتی و بهبود استاندارد آنها و استفاده از همکاری مؤسسات خیریه و بخش خصوصی و نیز انواع بیمه‌های درمانی.

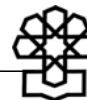
۷. تأمین منابع مالی با بهره‌گیری از اعتبارات عمومی، حق بیمه، درآمدهای اختصاصی و کمک‌ها و مشارکت مردمی.

۸. تأمین و ارائه خدمات لازم به معلولین جسمی، ذهنی و اجتماعی قابل توان‌بخشی.

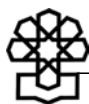
۹. تشویق و ترغیب افراد خیر و مؤسسات خصوصی.

۱۰. تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به خدمات بهداشتی، درمانی، بهزیستی و دارویی. مواد دارویی، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آزمایشگاهی، تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی

۱. پس از تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی امور بیمه‌ای و حمایتی به این وزارتخانه محول شد. این موضوع درخصوص تمام بندهای مرتبط با تکالیف وزارت بهداشت صدق دارد.



- پزشکی و توان بخشی و بهداشت کلیه مؤسسات خدماتی و تولیدی مربوط به خدمات.
۱۱. صدور، تمدید و لغو موقت یا دائم پروانه های مؤسسات پزشکی، دارویی، بهزیستی و کارگاه ها و مؤسسات تولید مواد خوراکی و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی و ساخت فراورده های دارویی و مواد بیولوژیک، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی و آزمایشگاهی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توان بخشی و نظارت و کنترل کیفی بر آنان.
۱۲. صدور پروانه اشتغال صاحبان حرف پزشکی و وابسته پزشکی.
۱۳. تعیین مبانی محاسبه هزینه های خدمات تشخیصی و درمانی، دارویی، بهزیستی تعیین تعرفه های مربوط در بخش دولتی و غیردولتی و تعیین شهریه آموزش های غیررسمی و آزاد در زمینه های مختلف علوم پزشکی.
۱۴. تعیین ضوابط مربوط به ارزیابی، نظارت و کنترل بر برنامه ها و خدمات واحدها مؤسسات آموزشی و پژوهشی، بهداشتی، درمانی و بهزیستی و انجام این امور براساس استانداردهای مربوطه.
۱۵. تعیین ضوابط مربوط به ورود، ساخت، نگهداری، صدور، مصرف و انهدام مواد اولیه بیولوژیک مخدر، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی، آزمایشگاهی و فراورده های دارویی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرف پزشکی و توان بخشی و نیز ارزشیابی، نظارت کنترل ضوابط مذکور.
۱۶. تعیین پژوهش در زمینه طب سنتی و بررسی و تحقیق در زمینه خواص دارویی گیاهان و امکانات تهیه و استفاده از داروهای گیاهی و آموزش صحیح در زمینه های فوق و ایجاد مراکز مناسب برای طب سنتی.
- باتوجه به مطالب پیش گفته درباره سلامت، سیاست های کلی مصوب برنامه پنجم که با شرح وظایف حوزه های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارتباط دارند در جدول زیر مشخص شده اند. برای تحلیل بهتر موضوع در این جدول عدد ۲ به مواردی اطلاق شده که وظیفه اصلی وزارت بهداشت محسوب می شوند، عدد ۱ بیانگر آن است که این وزارتخانه ذی نفع اصلی است.



	۷. تحول در نظام آموزش عالی و پژوهش در موارد زیر	علمی و فناوری
۱	۷-۱. افزایش بودجه تحقیق و پژوهش به ۳ درصد تولید ناخالص داخلی تا پایان برنامه پنجم و افزایش ورود دانش‌آموختگان دوره کارشناسی به دوره‌های تحصیلات تکمیلی به ۲۰ درصد.	علمی و فناوری
۱	۷-۲. دستیابی به جایگاه دوم علمی و فناوری در منطقه و تثبیت آن در برنامه پنجم.	علمی و فناوری
۱	۷-۳. ارتباط مؤثر بین دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی با صنعت و بخش‌های مربوط جامعه	علمی و فناوری
۱	۷-۴. توانمندسازی بخش غیردولتی برای مشارکت در تولید علم و فناوری	علمی و فناوری
۱	۷-۵. دستیابی به فناوری‌های پیشرفته مورد نیاز	علمی و فناوری
۱	۸. تحول در نظام آموزش و پرورش با هدف ارتقای کیفی آن براساس نیازها و اولویت‌های کشور در سه حوزه دانش، مهارت و تربیت و نیز افزایش سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان	علمی و فناوری
۱	۱۰. گسترش حمایت‌های هدفمند مادی و معنوی از نخبگان و نوآوران علمی و فناوری از طریق ارتقای منزلت اجتماعی، ارتقای سطح علمی و مهارتی، رفع دغدغه خطرپذیری مالی در مراحل پژوهشی و آزمایشی نوآوری‌ها، کمک به تجاری‌سازی دستاوردهای آنان	علمی و فناوری
۱	۱۱. تکمیل و اجرای نقشه جامع علمی کشور	علمی و فناوری
۲	۱۹. تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به:	اجتماعی
۲	۱۹-۱. یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی	اجتماعی
۱	۱۹-۲. ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی	اجتماعی
۱	۱۹-۳. کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت	اجتماعی
۱	۱۹-۴. اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی	اجتماعی

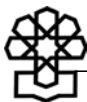


۱	۱۹-۵. توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم	اجتماعی
۱	۲۰-۱. مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان و اهتمام به اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر	اجتماعی
	(/	اقتصادی
۱	۲۵-۴. ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی	اقتصادی
۱	۳۱. ارتقا و هماهنگی میان اهداف توسعه‌ای: آموزش، و اشتغال به‌طوری که در پایان برنامه پنجم، به سطح کشورهای با توسعه انسانی بالا برسد	اقتصادی
	(/	اقتصادی
۱	۳۵-۵. تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی	اقتصادی

نگاهی به جدول فوق نشان می‌دهد که از مجموع حدود ۱۰۰ بند سیاست‌های کلی ۱۷ مورد به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم به شرح وظایف حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت مربوط است. در حدود ۱۱ بند نیز به‌وضوح با موضوع سلامت (صرف‌نظر از دستگاه مجری) ارتباط دارند این بندها عبارت‌اند از:

۸. افزایش سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان.

۱۹. تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به:
- ۱۹-۱. یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی.
- ۱۹-۲. ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی.
- ۱۹-۳. کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت.
- ۱۹-۴. اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی.
- ۱۹-۵. توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم.
- ۲۰-۱. مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان و اهتمام به اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر.



۴-۲۵. ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.

۳۱. ارتقا و هماهنگی میان اهداف توسعه‌ای: آموزش، بهداشت و اشتغال به‌طوری که در پایان

برنامه پنجم، شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای با توسعه انسانی بالا برسد.

گسترش عدالت اجتماعی با:

۵-۳۵. تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه

درمانی.

در مقدمه سیاست‌های ابلاغی آمده است: انتظار می‌رود این سیاست‌ها که با رویکرد مبنایی پیشرفت

و عدالت تنظیم شده، بتواند در جای جای کلیه فعالیت‌های کشور چه در بعد تقنین و چه در بعد اجرا

ظاهر گردد.

در سیاست کلی شماره ۱۹ نیز تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به ۵

بند ذیل آن صورت گرفته است.

این موضوع حاکی از آن است که مقام معظم رهبری عنایت ویژه‌ای به مبحث سلامت داشته‌اند

و بر انسان سالم و سلامت همه جانبه به‌عنوان رویکرد برنامه پنجم و وظیفه تمامی بخش‌های

توسعه تأکید کرده‌اند و راهبردهای آن را نیز برشمردند از جمله یکپارچگی در سیاستگذاری تا

تخصیص منابع عمومی، کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت، گسترش بیمه‌های

سلامت و... این فرصت مناسبی است که در تدوین برنامه پنجم سلامت، محور بودن بحث سلامت

در تمامی بخش‌ها به‌طور جدی پیگیری شود و با همکاری بین‌بخشی مناسب سیاست‌های اجرایی

عمومی نیز با محوریت سلامت تهیه گردند تا انسان سالم و سلامت همه جانبه محقق شود. با توجه

به سیاست‌های کلی ابلاغی موارد ذیل در تدوین برنامه پنجم باید مورد توجه قرار گیرد.

۱. سلامت جسمی و روحی به‌ویژه در گروه هدف دانش‌آموزان در اولویت است.

۲. مؤلفه‌های اجتماعی سلامت مورد توجه ویژه قرار گیرد و برای تمامی آنها سیاستگذاری

انجام شود با این اقدام می‌توان به گسترش عادلانه سلامت دست یافت.

۳. مدیریت عوامل خطر سلامت با محورهای ذیل مدنظر قرار گیرد:

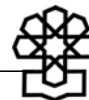
- سلامت و امنیت غذا، اصلاح الگوی تغذیه.

- سلامت هوا و محیط.

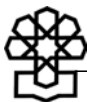
- آلودگی‌های تهدیدکننده.

- مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان.

- برنامه‌ریزی مناسب و مؤثر برای رفع چالش‌گذر سلامت و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر.



۴. یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی برای تحقق انسان سالم و سلامت همه‌جانبه راهکاری مهم برای تقویت جایگاه تولیتی و حاکمیتی وزارت بهداشت برای همسو نمودن سازمان‌های گسسته بخش سلامت و جلب مشارکت تمامی بخش‌های توسعه کشور در فراهم کردن سلامت همه جانبه و محوریت انسان سالم است.
۵. در تأمین مالی سلامت، مشارکت عادلانه مردم در کل هزینه‌های سلامت باید حداکثر ۳۰ درصد باشد که شامل حق بیمه و فرانشیز است. نظام بیمه‌ای برای جمع‌آوری منابع، تجمع خطرات و خرید بسته خدمات باید بیمه سلامت باشد.
۶. رقابت در بیمه‌های درمانی که با توجه به اینکه فقط بیمه‌های مکمل زیرمجموعه بیمه مرکزی و وزارت اقتصاد است، رقابت در این خصوص بیشتر مدنظر بوده است نه بیمه‌های پایه سلامت که وظیفه‌ای حاکمیتی است و در اغلب کشورهای دنیا به صورت دولتی اداره می‌شود و حداکثر رقابت داخلی بین صندوق‌های دولتی شکل می‌گیرد.
۷. تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی برای گسترش عدالت اجتماعی که بر همگانی نمودن بیمه‌ها تأکید دارند.
۸. ارتقا و هماهنگی میان اهداف توسعه‌ای: آموزش، بهداشت و اشتغال برای دستیابی شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای با توسعه انسانی بالا مدنظر است تا ترکیب مناسبی از بهبود این سه شاخص شکل گیرد و به بهانه اشتغال‌زایی سلامت مردم و امید به زندگی آنها به خطر نیفتد و شاخص توسعه انسانی کاهش نیابد.
- در سیاست‌های کلی ابلاغی هدف‌گذاری‌های کمی زیر در بخش بهداشت و درمان صورت گرفته است که باید در برنامه مدنظر قرار گیرد:
- ۷-۱. افزایش بودجه تحقیق و پژوهش به ۳ درصد تولید ناخالص داخلی تا پایان برنامه پنجم و افزایش ورود دانش‌آموختگان دوره کارشناسی به دوره‌های تحصیلات تکمیلی به ۲۰ درصد.
- ۷-۲. دستیابی به جایگاه دوم علمی و فناوری در منطقه و تثبیت آن در برنامه پنجم.
- ۵-۱۹. کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم.
۳۱. ارتقا و هماهنگی میان اهداف توسعه‌ای: آموزش، بهداشت و اشتغال به طوری که در پایان برنامه پنجم، شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای با توسعه انسانی بالا برسد.



۱- .

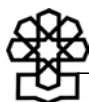
۱. قانون تشکیل وزارت بهداشت،
۲. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی،
۳. قانون جامع نظام رفاه و تأمین اجتماعی،
۴. قانون نظام پزشکی،
۵. قانون نظام پرستاری،
۶. ماده (۱۳) نظارت بر اماکن،
۷. قانون کنترل دخانیات،
۸. قانون وظایف وزارت جهاد کشاورزی،
۹. قانون وظایف سازمان استاندارد ایران،
۱۰. قوانین وظایف وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های اجرایی،
۱۱. قانون مدیریت خدمات کشوری،
۱۲. قانون جامع حمایت از معلولان.

در جدول ذیل برخی از این قوانین با توجه به ارتباط با بندهای سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری آورده شده است.

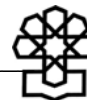
قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷ بند «۱۳» ماده (۱۰) قانون اهداف و وظایف وزارت آموزش و پرورش مصوب ۱۳۶۶ انجام اقدامات لازم به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دانش‌آموزان کشور با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.	افزایش سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان	۸
بند «۱» و «۶» از ماده (۱) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷: ۱. تدوین و ارائه سیاست‌ها، تعیین خط‌مشی‌ها و نیز برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی پژوهش، خدمات بهداشتی، درمانی، دارویی، بهزیستی و	یکپارچه‌سازی سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی	۱۹-۱



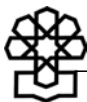
تأمین اجتماعی. ۶. برنامه‌ریزی به منظور توزیع متناسب و عادلانه نیروی انسانی و سایر امکانات (آموزش پزشکی و تسهیلات بهداشتی - درمانی) کشور با تأکید اولویت برنامه‌های بهداشتی و رفع نیاز مناطق محروم و نیازمند.		
بند «۲» از ماده (۱) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷: تأمین بهداشت عمومی و ارتقای سطح آن از طریق اجرای برنامه‌های بهداشتی خصوصاً در زمینه بهداشت محیط، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت خانواده و مدارس آموزش بهداشت عمومی، بهداشت کار و شاغلین با تأکید بر اولویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به‌ویژه بهداشت مادران و کودکان با همکاری و هماهنگی دستگاه‌های ذی‌ربط	ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی	۱۹-۲
مواد (۱) و (۹) قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات ماده (۱) به منظور برنامه‌ریزی برای مبارزه با مصرف مواد دخانی و حفظ سلامت عمومی، ستاد کشوری کنترل و مبارزه با دخانیات که در این قانون به اختصار ستاد نامیده می‌شود با ترکیب زیر تشکیل می‌شود: - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان رئیس ستاد ... تبصره «۱» دبیرخانه ستاد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مستقر خواهد بود ماده (۹) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است فعالیت‌های پیشگیرانه، درمان و توانبخشی افراد مبتلا به مصرف فراورده‌های دخانی و خدمات مشاوره‌ای ترک دخانیات را در خدمات اولیه بهداشتی ادغام و زمینه‌های گسترش و حمایت از مراکز مشاوره‌ای و درمانی غیردولتی ترک مصرف مواد دخانی را فراهم نماید بند «۲» از ماده (۱) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷: -تأمین بهداشت عمومی و ارتقای سطح آن از طریق اجرای برنامه‌های بهداشتی خصوصاً در زمینه بهداشت محیط، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت خانواده و مدارس آموزش بهداشت عمومی، بهداشت کار و شاغلین با تأکید بر اولویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه، به‌ویژه بهداشت مادران و کودکان با همکاری و هماهنگی دستگاه‌های ذی‌ربط	کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت	۱۹-۳



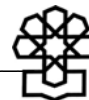
بند «۱۲» از ماده (۱) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷: صدور، تمدید و لغو موقت یا دائم پروانه‌های: الف) مؤسسات پزشکی، دارویی، بهزیستی و کارگاه‌ها و مؤسسات تولید مواد خوراکی و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی	اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی	۱۹-۴
بند «۷» از ماده (۱) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷: - فراهم نمودن تسهیلات لازم برای برخورداری همگان از خدمات درمانی در حدود امکانات از طریق ایجاد و گسترش مراکز درمانی دولتی و بهبود استاندارد آنها و استفاده از همکاری مؤسسات خیریه و بخش خصوصی و نیز انواع بیمه‌های درمانی ماده (۲) و (۴) قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ ماده (۲) به منظور توسعه و تعمیم بیمه خدمات درمانی و اعمال وظایف سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی‌های اجرایی هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی در چارچوب این قانون شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که بعد از این شورای عالی نامیده می‌شود، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می‌گردد ماده (۴) دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نماید. پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه‌های مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستاییان طبق موازین این انجام خواهد شد بند «الف» ماده (۳) قانون ساختار نظام جامع: - گسترش نظام بیمه‌ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال بندهای «الف»، «ب»، «ج» ماده (۹) قانون ساختار نظام جامع: - تأکید بر اصول جامعیت، کفایت و فراگیری در نظام جامع تأمین اجتماعی	توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم	۱۹-۵
ماده (۱۵) و (۳۳) قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۶۷: ماده (۱۵) از تاریخ لازم‌الاجرا شدن این قانون: الف) کلیه معتمدان به مواد مخدر مذکور در ماده (۸) موظفند ظرف شش ماه، اقدام به ترک اعتیاد نمایند و ستاد موظف است از همین تاریخ مطابق برنامه و با رعایت الویت‌ها معتمدان	مبارزه همه جانبه با مواد مخدر و روانگردان و اهتمام به اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر	۲۰-۱



مذکور را به مراکز ترک اعتبار معرفی کند ب) کلیه معتادان به مواد مذکور در ماده (۴) که سن آنها کمتر از شصت سال باشد موظفند ظرف مدت شش ماه اقدام به ترک اعتیاد نمایند. چنانچه پس از انقضای مهلت مقرر ترک اعتبار نکرده باشند داسرا آنها را به مراکز بازپروری اعزام می‌کند و این افراد تا ترک کامل اعتیاد در مرکز باقی خواهند ماند. انجام این امور برنامه‌ریزی مربوط برعهده ستاد است ماده (۳۳) به منظور مبارزه با قاچاق مواد مخدر از هر قبیل و مبارزه با تولید و خرید و فروش و استعمال آنها و نیز موارد دیگری که در این قانون ذکر شده است ستادی به ریاست نخست‌وزیر تشکیل و کلیه عملیات اجرایی و قضایی در این ستاد متمرکز می‌شود. اعضای ستاد به شرح زیراند: ... ۵. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی		
ماده (۶) قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳. - کلیه شرکت‌های بیمه مجازند براساس موازین این قانون و با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروه‌های مختلف همکاری، مشارکت و فعالیت نمایند کلیه شرکت‌های بیمه علاوه‌بر فعالیت در بیمه خدمات درمانی مجازند در امور بیمه‌های مضاعف (مکمل) براساس موازین قانونی خود از طریق عقد قراردادهای تکمیلی (خاص) و مطابق این قانون همکاری مشارکت و فعالیت نمایند بند «ط» ماده (۶) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی: ... اعمال اصل رقابت‌پذیری در سطوح اجرایی و کارگزاری نظام به‌منظور گسترش فضای رقابتی و بسط مزیت‌های زیر: ۱. کلیه سطوح بیمه‌ای نظام تأمین اجتماعی به‌گونه‌ای طراحی و تنظیم گردند که امکان رقابت در آن وجود داشته باشد. ۲. برای بیمه شوندگان امکان انتخاب مؤسسه بیمه‌گذار فراهم شود. ۳. به منظور حصول اطمینان از وجود فضای سالم رقابتی و عدم عرضه انحصاری یا نیمه انحصاری، دولت اجازه کنترل و اقدام ضد انحصار را براساس قوانین موضوعه خواهد داشت بند «ی» ماده (۶) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی: ... نحوه مشارکت مالی: ۱. بهره‌مندی صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی بابت هر عضو از محل منابع عمومی به‌صورت سرانه	ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی	۲۵-۴



برابر خواهد بود، این امر مانع حمایت دولت از اقشار ضعیف جامعه نمی باشد ۲. درصد مشارکت و سهم پرداختی کارفرما نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق های فعال در سطح همگانی بیمه های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود ۳. درصد مشارکت و سهم پرداختی بیمه شده نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق های فعال در سطح همگانی بیمه های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود		
بند «۲» و «۳» از ماده (۱) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷: ۲. تأمین بهداشت عمومی و ارتقای سطح آن از طریق اجرای برنامه های بهداشتی خصوصاً در زمینه بهداشت محیط، مبارزه با بیماری ها، بهداشت خانواده و مدارس آموزش بهداشت عمومی، بهداشت کار و شاغلین با تأکید بر اولویت مراقبت های بهداشتی اولیه، به ویژه بهداشت مادران و کودکان با همکاری و هماهنگی دستگاه های ذی ربط ۳. ایجاد نظام هماهنگ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گسترش شبکه تلفیقی بهداشت و درمان	ارتقا و هماهنگی میان اهداف توسعه ای: آموزش، بهداشت و اشتغال به طوری که در پایان برنامه پنجم، شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای بالا برسد	۳۱
بند «الف» ماده (۳) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی: اهداف و وظایف حوزه بیمه ای به شرح زیر می باشد: ... گسترش نظام بیمه ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه های مبتنی بر بازار کار و اشتغال. بندهای «الف»، «ب» و «ج» ماده (۹) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی: اصول و سیاست های اجرایی نظام جامع تأمین اجتماعی به شرح زیر می باشد: الف) سیاست جامعیت: جامعیت به معنای ارائه کلیه خدمات متنوع و مصرح در این قانون است. ب) سیاست کفایت: که براساس آن در مرحله اول حداقل نیازهای اساسی آحاد جامعه تأمین و در مرحله دوم کمیت و کیفیت خدمات ارتقا می یابد. ج) سیاست فراگیری: که براساس آن خدمات نظام تأمین اجتماعی باید برای کلیه آحاد ملت تأمین و تضمین شود ماده (۴) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی: دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نماید	تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی	۳۵-۵



. -

- برای ایجاد یکپارچگی در سیاستگذاری تا تخصیص منابع عمومی باید قانون رفاه و تأمین اجتماعی، نظام پزشکی، جهاد کشاورزی، سازمان استاندارد و... برای تحقق سلامت همه جانبه و انسان سالم بازنگری و اصلاح شود و سازوکار همکاری بین‌بخشی برای آن طراحی و تبدیل به قانون عمومی شود.

- وزارت بهداشت باید ساختار و شرح و وظایف خود را برای تقویت تولیت و پیگیری تحقق انسان سالم و سلامت همه جانبه باتوجه به رویکرد مدیریت عوامل اجتماعی و کنترل عوامل خطر و تهدیدکننده سلامت در اسرع وقت از طریق مجلس بازبینی کند.

- به‌منظور تضمین امنیت و سلامت فراورده‌های غذایی و ایجاد یکپارچگی در سیاستگذاری و نظارت لازم است قوانین مرتبط با وظایف وزارت بهداشت، جهاد کشاورزی، سازمان استاندارد، محیط‌زیست، وزارت بازرگانی در جهت تشکیل سازمان مستقل و با اختیارات کامل غذا و دارو اصلاح شود.

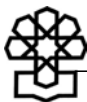
- برای تشکیل بیمه سلامت باید قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اصلاح شود و رویکرد بیمه سلامت‌نگر و تأمین منابع مالی پایدار در آن لحاظ شود.

- قوانین بودجه سنواتی با توجه به رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه باید تدوین شوند.
- برای تحقق انسان سالم و سلامت همه جانبه در ساختار و شرح وظایف برخی از دستگاه‌های اجرایی باید تغییراتی ایجاد شود. برای مثال وزارت صنایع و سازمان استاندارد باید درخصوص وضعیت خودروها از لحاظ حفظ جان سرنشین مسئول شوند.

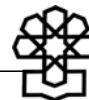
- لازم است برای یکپارچگی نظارت و ارزشیابی برخی اختیارات نظارتی تجمیع و اصلاح شود. در حال حاضر پراکندگی‌های موجود در شرح وظایف وزارت بهداشت و وزارت رفاه امکان نظارت و ارزشیابی مؤثر را از هر دو وزارتخانه سلب کرده است.

برای تحقق سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه لازم است ارتباطات بین بخشی تقویت شود.

نحوه ارتباطات بین بخشی در مورد هر سیاست در جدول ۳ آمده است.



وزارت بهداشت و وزارت آموزش و پرورش ذی‌نفعان اصلی هستند باید با هماهنگی معاونت سلامت و وزارت آموزش پرورش و مشارکت سایر ذی‌نفعان کلیدی برنامه عملیاتی مناسب تدوین شود	۸. افزایش سلامت روحی و جسمی دانش‌آموزان
وظیفه تمامی دستگاه‌های اجرایی حکومت در هر سه قواست و باید با هدایت مقام معظم رهبری هر سه قوا در این خصوص هماهنگ شوند. نیازمند تدوین قانون جامع سلامت است. با توجه به رویکردهای عوامل اجتماعی، عوامل خطر سلامت و توسعه پایدار	۱۹. تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به
این سیاست مهم‌ترین راه هماهنگی تمامی بخش‌های توسعه برای سلامت محور شدن است. فعال شدن شورای عالی سلامت و رفاه راهکار مناسبی برای این امر است. مجلس نیز باید خواهان اجرایی شدن قوانین و برنامه‌های مصوب باشد	۱-۱۹. یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی
این موضوعات بین‌بخشی است و هیچ دستگاه اجرایی نیست که به نوعی مشارکت نداشته باشد. راه هماهنگ کردن آنها در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و مجلس است	۲-۱۹. ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی
ایجاد سازمان غذا و دارو اقدام مؤثری در ایجاد هماهنگی در جهت اجرای اقدامات لازم‌الاجرا در سطح ملی خواهد بود	۳-۱۹. کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت
	۴-۱۹. اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی
مشارکت وزارتین بهداشت و رفاه و تأمین اجتماعی و نظام پزشکی لازم است. همکاری وزارت اقتصاد و دارایی برای اصلاح نظام مالیاتی کشور و توزیع عادلانه ثروت ضروری است	۵-۱۹. توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم
تولیت این موضوع با ستاد مبارزه با مواد مخدر است که باید هدایت مداخلات تخصصی آن با دفتر سلامت روانی اجتماعی وزارت بهداشت باشد و سازمان بهزیستی و سایر دستگاه مشارکت نمایند	۱۰-۲۰. مبارزه همه‌جانبه با مواد مخدر و روان‌گردان و اهتمام به اجرای سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر
رقابت بخش غیردولتی در بیمه‌های درمانی باید فقط در بیمه مکمل باشد. با هدایت شورای عالی بیمه سلامت، وزارت رفاه، وزارت بهداشت و بیمه مرکزی این کار انجام شود	۴-۲۵. ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی



همکاری وزارت بهداشت، کار و امور اجتماعی و آموزش و پرورش در این موضوع لازم است. گسترش آموزش و اشتغال باید منجر به سلامت شود و هماهنگی بین آنها لازم است. در حال حاضر سیاست‌های اشتغال به علل‌های جمعیتی و سیاسی در اولویت است که در آینده‌ای نه چندان دور عوارض آن بر سلامت مردم آشکار خواهد شد	۳۱. ارتقا و هماهنگی میان اهداف توسعه‌ای: آموزش، بهداشت و اشتغال به‌طوری‌که در پایان برنامه پنجم، شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای با توسعه انسانی بالا برسد
وزارت بهداشت و وزارت رفاه مهم‌ترین ذی‌نفعان هستند که باید با مشارکت مؤثر شاخص‌های سلامت و رفاه را به‌طور مرتب پایش نمایند و به اطلاع تمامی بخش‌های توسعه برسانند و سیاست‌ها و مداخلات آنها را در صورت آسیب رساندن به این شاخص‌ها اصلاح کنند	گسترش عدالت اجتماعی با: ۵-۳۵. تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی

(...)
--

از آنجا که سند چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور برای دستیابی توسعه پایدار، انسان و جامعه کامل ایرانی اسلامی طراحی شده، استقرار رویکرد پیشرفت عادلانه و انسان سالم و سلامت همه‌جانبه اجتناب‌ناپذیر است. این سیاست ساختار مدیریت کلان کشور را دچار تغییر اساسی می‌کند و با عنایت به این موضع است که مقام معظم رهبری تأکید دارند که: «انتظار می‌رود این سیاست‌ها که با مبنایی تنظیم شده، بتواند در جای جای کلیه فعالیت‌های کشور چه در بعد و چه در بعد ظاهر گردد. انتظار دارم در دوره پنج‌ساله آینده اقدامات اساسی برای که رشد و بالندگی انسان‌ها بر مدار حق و عدالت و دستیابی به جامعه‌ای متکی بر ارزش‌های اسلامی و انقلابی و تحقق شاخص‌های عدالت اجتماعی و اقتصادی در گرو آن است، کشور صورت گیرد.

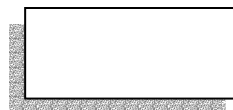
در تبیین مقوله عدالت و اقتضائات آن نقشی تعیین‌کننده در این امر دارد.

باید گروهی بین بخشی از کارشناسان علمی حوزه و دانشگاه از تخصص‌های مختلف با توجه به این الگو برای تدوین سیاست‌های کلی بخش سلامت با هدایت مجمع تشخیص مصلحت نظام تشکیل گردد.



به‌طور اخص برای تحقق رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه و بندهای ذیل آن باید نظام سلامت در کشور بازتعریف شود و جایگاه دستگاه‌های موجود و جدید لازم تعریف شود. در حال حاضر با وجود گسستگی سازمانی در نظام سلامت (وزارت رفاه، بهداشت، نظام پزشکی، پزشکی قانونی، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، مجمع تشخیص مصلحت، جهاد کشاورزی، حفاظت محیط زیست، اوقاف و امور خیریه، دفاع، بیمه مرکزی و...) و همپوشانی‌های مأموریتی تحقق این سیاست‌ها به سختی امکان‌پذیر است.^۱

همچنین باید توجه کرد توانمندی سازمانی دستگاه‌های اجرایی برای سلامت محور کردن فعالیت‌های خود محدود است و این نیازمند زمان برای تغییر نگرش و رفتار سازمانی علاوه‌بر اصلاح ساختاری است.



۱. سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری.

۲. قانون برنامه چهارم توسعه.

۳. طریقت، محمدحسن و همکاران. اصول و مبانی سیاست ملی سلامت، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۷.

4. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance; World Health Organization; Geneva; June 2000.
5. Primary Health Care as a Strategy for Achieving Equitable Care: a Literature Review Commissioned by the Health Systems Knowledge Network Prof. J. De Maeseneer, M.D., Ph.D; S. Willems, M.A., Ph. D. 1; A. De Sutter, M.D., Ph.D., Van de Geuchte, M.L.; M. Billings, M.Sc. 2007.
6. WHO Primary Health Care Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, 6-12 September 1978 WHO, Geneva, 1978.
7. WHO Primary Closing the Gap in a generation, WHO, Geneva, 2008.



:

۹. نگاهی به سیاست‌های کلی برنامه پنجم در حوزه سلامت

: مطالعات اجتماعی

: عباس وثوق، علی اخوان بهبهانی

: علی حسن‌زاده، عبدالمجید چراغعلی، ایروان مسعود اصل

: معاونت پژوهشی

—:

—:

— :

// :