

چارچوب اجرایی شدن سیاست‌های کلی سلامت

مردادماه ۱۳۹۹

شناسنامه مستند:

چارچوب اجرایی شدن سیاست‌های کلی سلامت	عنوان مستند:
گزارش اجرایی	نوع مستند:
تدوین نحوه اجرایی شدن سیاست‌های کلی سلامت (ابلاغی مقام معظم رهبری)	هدف از تهیه مستند:
مجمع تشخیص مصلحت نظام	سفارش دهنده:
کلیه ذینفعان	گروه هدف:
کارگروه ویژه	تهیه کننده:
کمیته تلفیق راهکارهای اجرایی سیاست‌های کلی سلامت	گروه مربوطه:
دکتر ایرج حریرچی، دکتر سید حسن امامی رضوی، دکتر علیرضا دلاوری، دکتر الهام احمدنژاد، مهندس نادر آریا، دکتر عباس وثوق مقدم، مهندس حمید اسمعیل زاده	تنظیم کننده:
	همکاران اصلی:
به لیست پیوست آخر سند مراجعه شود.	سایر همکاران:
تمامی دستگاه‌های ذینفع در حوزه سلامت	فهرست ذینفعان:
پیش نویس نحوه اجرایی شدن سیاست‌های کلی سلامت برای تحقق اهداف سیاست‌های کلی سلامت	توصیف مستند:
بهره‌برداری اجرایی	اقدام لازم:
عمومی	سطح دسترسی:
دارای جدول است	مشخصات ظاهری:
	تاریخ ویرایش نهایی:
MOHME KMC- HPS- 1394-000	شناسه اثر:
سیاست‌های کلی سلامت	کلیدواژه:
۱۳۹۹/۰۶/۳۰	تاریخ تنظیم پیش نویس:
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاون کل	تماس برای جزئیات بیشتر:

فهرست مطالب

۱.....	چشم‌انداز
۲.....	ارزش‌ها
۳.....	اصول
۴.....	بررسی سیاست‌های کلی ابلاغی
۴.....	سیاست ۱
۴.....	تشریح سیاست
۵.....	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۶.....	بسته‌های راهبردی
۱۱.....	اهداف عملیاتی
۱۲.....	شاخص‌ها
۱۳.....	سیاست ۲
۱۳.....	تشریح سیاست
۱۴.....	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۱۵.....	بسته‌های راهبردی
۱۹.....	اهداف عملیاتی
۲۰.....	شاخص‌ها
۲۵.....	سیاست ۳
۲۵.....	تشریح سیاست
۲۵.....	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۲۶.....	بسته‌های راهبردی
۲۹.....	اهداف عملیاتی
۳۰.....	شاخص‌ها
۳۱.....	سیاست ۴
۳۱.....	تشریح سیاست
۳۱.....	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۳۲	.....	بسته‌های راهبردی
۳۶	.....	اهداف عملیاتی
۳۷	.....	شاخص‌ها
۳۸	.....	سیاست ۵
۳۸	.....	تشریح سیاست
۳۸	.....	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۳۹	.....	بسته‌های راهبردی
۴۷	.....	اهداف عملیاتی
۴۸	.....	شاخص‌ها
۴۹	.....	سیاست ۶
۴۹	.....	تشریح سیاست
۴۹	.....	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۵۰	.....	بسته‌های راهبردی
۵۸	.....	اهداف عملیاتی
۵۹	.....	شاخص‌ها
۶۰	.....	سیاست ۷
۶۰	.....	تشریح سیاست
۶۱	.....	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۶۲	.....	بسته‌های راهبردی
۶۶	.....	اهداف عملیاتی
۶۷	.....	شاخص‌ها
۶۹	.....	سیاست ۸
۶۹	.....	تشریح سیاست
۶۹	.....	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۷۱	.....	بسته‌های راهبردی
۷۷	.....	اهداف عملیاتی
۷۸	.....	شاخص‌ها
۸۱	.....	سیاست ۹

۸۱	تشریح سیاست
۸۲	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۸۳	بسته‌های راهبردی
۸۶	اهداف عملیاتی
۸۷	شاخص‌ها
۸۹	سیاست ۱۰
۸۹	تشریح سیاست
۸۹	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۹۰	بسته‌های راهبردی
۹۲	اهداف عملیاتی
۹۳	شاخصها
۹۶	سیاست ۱۱
۹۶	تشریح سیاست
۹۶	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۹۷	بسته‌های راهبردی
۱۰۰	اهداف عملیاتی
۱۰۱	شاخص‌ها
۱۰۲	سیاست ۱۲
۱۰۲	تشریح سیاست
۱۰۳	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۱۰۴	بسته‌های راهبردی
۱۰۹	اهداف عملیاتی
۱۱۰	شاخص‌ها
۱۱۲	سیاست ۱۳
۱۱۲	تشریح سیاست
۱۱۲	اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۱۱۳	بسته‌های راهبردی
۱۲۰	اهداف عملیاتی

۱۲۱	..... شاخص‌ها
۱۲۲	..... سیاست ۱۴
۱۲۲	..... تشریح سیاست
۱۲۲	..... اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)
۱۲۳	..... بسته‌های راهبردی
۱۲۹	..... اهداف عملیاتی
۱۳۰	..... شاخص‌ها
۱۳۱	..... تعریف واژگان
۱۵۴	..... منابع و مأخذ

مقدمه

ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت در فروردین‌ماه ۱۳۹۳ توسط مقام معظم رهبری روح تازه‌ای در کالبد نظام سلامت کشور دمید. این سیاست‌ها که برای نخستین بار پس از انقلاب شکوهمند انقلاب اسلامی از سوی رهبری مورد تأیید، تصویب و ابلاغ قرار گرفته است، مهم‌ترین و جامع‌ترین سندی است که درخصوص سلامت منتشر می‌شود. این سیاست‌ها که در ۱۴ بند تهیه شده است با نگاهی همه‌جانبه و با توجه به همه مسائل روز، مسیر حرکت را برای افق چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ در بخش سلامت مشخص می‌نماید. نگاه ویژه مقام معظم رهبری به مقوله سلامت و تأکیدات جدی ایشان به در اولویت قرار دادن نیازهای اساسی مردم در این حوزه، هم در سخنرانی‌ها و هم در متن سیاست‌ها، مسئولیتی جدی را برای سیاستگذاران و مجریان در سطح کشور رقم زد.

پیرو ابلاغ این سیاست‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی بخش سلامت (همان‌گونه که در بند ۷ سیاست‌ها هم مورد تأکید قرار گرفته است)، سازوکاری را برای اجرایی نمودن این سیاست‌ها در بازه زمانی مورد نظر به کار گرفت. از آنجا که این سیاست‌ها در مقطع حاکم بودن چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ ابلاغ گردیده است، لذا بازه زمانی مربوطه هم حداقل یازده سال باقی مانده از چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ خواهد بود.

در این راستا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کارگروهی با مشارکت طیف ذینفعان و برنامه‌ریزان سلامت را تعیین نمود تا نحوه‌ی اجرایی شدن سیاست‌ها را طراحی و تدوین نمایند. این کارگروه با تشکیل جلسات، خط‌مشی کلی و روش را برای دبیرخانه کارگروه مشخص نمود. سپس دبیرخانه با تشکیل گروه‌های کارشناسی و با روش‌مندی علمی و تحلیل محتوای سیاست‌های کلان و با استفاده از همه صاحب‌نظران، مدل اجرایی مشتمل بر اهداف، راهبردها و سیاست‌های اجرایی را آماده نمود که چارچوب کلی برنامه‌ها، قوانین مربوطه و برنامه‌های عملیاتی نهادهای متولی سلامت را در افق هدف سیاست‌های کلان مشخص می‌نماید. در این دوره، اجرای دو قانون برنامه ششم و هفتم فرا خواهد رسید. خوشبختانه در ابلاغ سیاست‌های حاکم بر برنامه ششم نیز نگاه کلان به سیاست‌های کلی سلامت مورد تأکید قرار گرفته است.

از آنجا که دبیرخانه نظارت مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۹۸ از وزارت بهداشت درخواست نمود که نحوه اجرایی شدن سیاست‌های کلی سلامت در سال‌های گذشته مورد تحلیل قرار گرفته و سیاست‌های اجرایی مورد نظر، مورد بازبینی قرار گیرد و شاخص‌هایی هم برای رصد اجرایی شدن سیاست‌ها تدوین گردد، درخواست نمودم که وزارت بهداشت مسئولیت این مهم را به عهده بگیرد. اینک خوشوقتم که این مهم با همت همکاران به نتیجه رسیده است و مجموعه‌ای نفیس و کارگشا در اختیار نهادهای سیاستگذاری و نظارتی نظام قرار می‌گیرد. امید است با پیگیری مفاد مهم مندرج در سیاست‌های کلی سلامت که انصافاً یکی از اسناد مهم و کاربردی نظام است، اهداف مهم نظام سلامت یعنی ارتقای سطح سلامت مردم، حفاظت مالی آنان در مقابل هزینه‌های سلامت و رضایتمندی آنان از کیفیت خدمات حاصل گردد.

دکتر سعید نمکی

شهریورماه ۱۳۹۹

درباره محتوی (پیام‌های کلیدی و چارچوب مفهومی)

پیام‌های کلیدی

پیام اول: مشارکت و همکاری کلیه دست‌اندرکاران و ذینفعان رفاه و سلامت جامعه، کلید موفقیت و دستیابی به اهداف این سیاست‌ها است. لذا کارشناسان و خبرگان نظام سلامت از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر وزارتخانه‌ها، دانشگاه‌ها و سایر دستگاه‌های اجرایی در قالب هشت کارگروه تخصصی، راهکارهای اجرایی سیاست‌های کلی نظام سلامت را طی شش ماه احصا نموده‌اند. اسامی کارگروه‌ها و سیاست‌های مرتبط در جدول شماره یک آورده شده است.

پیام دوم: هماهنگی و یکپارچگی با سایر سیاست‌های نظام و کلان‌نگری و جامع‌اندیشی از اصول مورد توجه است. لذا راهکارهای اجرایی که در این سند ارائه شده است در قالبی که در مجمع تشخیص مصلحت نظام مصوب شده است، تهیه و تنظیم گردیده است. این قالب شامل اهداف راهبردی، راهبردها، اهداف عملیاتی، سیاست اجرایی و شاخص‌ها می‌باشد. تعاریف این دسته‌بندی در قسمت تعریف واژه‌ها آورده شده است.

پیام سوم: تخصص و حرفه‌ای‌گرایی و مبتنی بر دانش و شواهد بودن، موجبات افزایش کارایی و کاهش آسیب‌ها است. لذا تحقق سیاست‌های کلی سلامت وظیفه کلیت نظام و دولت بوده اما راهبر و متولی اصلی همچنان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود. از این‌رو ضمن تقویت نقش، جایگاه و عملکرد شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی نیز به سازوکارهای تولی‌گری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اضافه خواهد شد.

پیام چهارم: کاهش تصدی‌گری و پرداختن به امور حاکمیتی و سپردن امور به دست مردم و بخش غیردولتی در امور قابل واگذاری، در راستای حاکمیت خوب نظام صورت می‌گیرد. لذا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تمهید جلب مشارکت بخش خصوصی، تعاونی و خیریه در ارائه خدمات سلامت به تدریج از ارائه مستقیم خدمات فاصله گرفته و بر نقش تولیت، نظارت، هماهنگی بین بخشی و حمایت از سلامت خواهد افزود.

پیام پنجم: برنامه‌ریزی مبتنی بر واقعیت‌ها و توجه به نقاط ضعف و قوت و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای پیش‌رو در وضعیت موجود کشور به صورت سالانه موجبات توسعه راهبردی نظام سلامت را فراهم خواهد نمود. لذا مسیر پیاده‌سازی راهکارها و تحقق سیاست‌های کلی سلامت به‌طور همزمان از سه مسیر تدوین قوانین و مقررات، دستور کار شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و همچنین کمیته برنامه‌ریزی عملیاتی وزارت بهداشت خواهد بود. جزئیات بیشتر سیاست‌های اجرایی در این کمیته تعیین و هدف‌گذاری سالانه خواهد شد.

پیام ششم: اجرا و پایش برنامه‌ها و اقدامات تدوین شده مبتنی بر راهبردها و سیاست‌ها، مستلزم زمان‌بندی دقیق این برنامه‌ها و اقدامات وابسته است. لذا سیاست‌های کلی سلامت، نقشه راه بخش سلامت در پنج سال باقی مانده از چشم‌انداز

ایران ۱۴۰۴ می‌باشد. لذا لازم است کلیه برنامه‌ها، قوانین و مقررات و ضوابط مرتبط یا تاثیرگذار بر بخش سلامت با این سیاست‌ها و راهکارهای اجرایی آن در این بازه زمانی همخوانی داشته باشد.

پیام هفتم: سلامت، محور توسعه جامعه و موتور اصلی گردش مستمر چرخ‌های اقتصادی کشور است. لذا سیاست‌های کلی سلامت یک بسته جامع و همه‌جانبه، با هدف پوشش همگانی سلامت^۱ و با نگاه سلامت در همه سیاست‌ها^۲ است. بنابراین اجرای همه سیاست‌های اجرایی آن به صورت هم‌زمان و با در نظر گرفتن قابلیت‌های اجرایی باید مدنظر قرار گیرد.

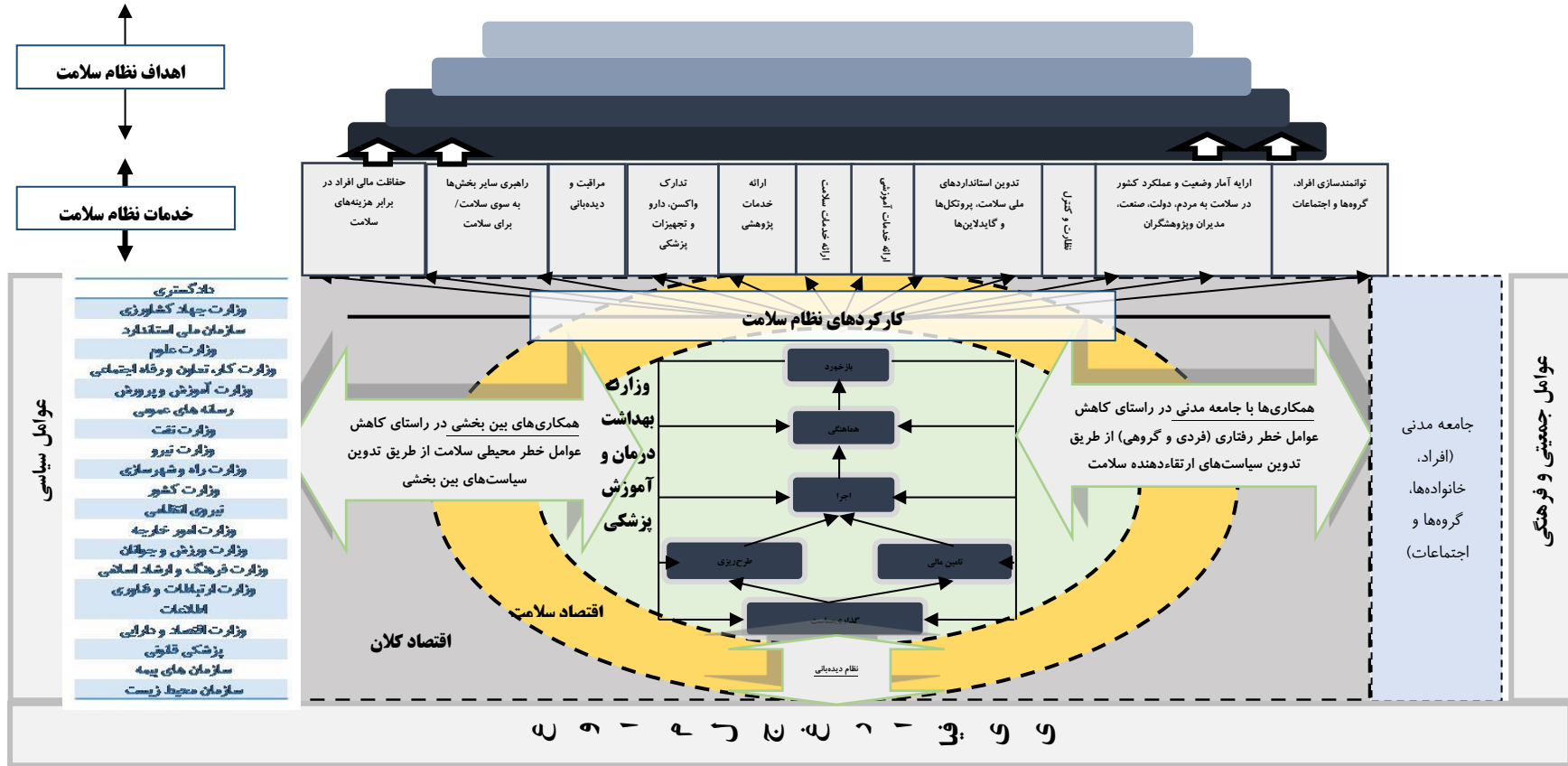
پیام هشتم: ارزیابی، رویکردی برای دستیابی به بهبود عملکرد در راستای اجرای سیاست‌ها است. لذا یکی از اقدامات کم‌سابقه در تدوین این راهکارها، تهیه شاخص‌های ارزیابی تحقق سیاست‌ها و اهداف ذیل آن می‌باشد. این شاخص‌ها به نهادهای ناظر و رصدکننده این توانایی را می‌دهد که در طول این پنج سال به طور منظم روند تحقق سیاست‌ها و اهداف آن‌ها را مورد ارزیابی قرار دهند.

پیام نهم: هدف غایی در دستیابی به کیفیت، پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه است و محصول نهایی هر نظام سلامت مطلوبی ارتقای سطح سلامت شهروندان، حفاظت مالی از آنان در مقابل هزینه‌های سلامت و پاسخگویی به نیازهای آنان و جلب رضایت ایشان است. مجموعه سیاست‌ها و اهداف و سیاست‌های اجرایی آنها تحقق عالی‌ترین درجه از این سه هدف مهم را نشانه گرفته است.

¹ Universal Health Coverage

² Health in all policies

چارچوب مفهومی سند



چشم‌انداز

جامعه‌ای پیشرو در مسیر سعادت انسانی است که در پرتو نظام سلامتی کارا، عادلانه و نوآور به جایگاه نخست منطقه آسیای جنوب غربی از نظر شاخص‌های سلامت، مرجعیت علمی در علوم و فنون رسیده و قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام باشد.

جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴ جامعه‌ای سالم و توانمند در تحقق چشم‌انداز است. مردم از سواد سلامت (توانایی بهره‌مندی و تحلیل اطلاعات و خدمات سلامت مورد نیاز به منظور تصمیم‌گیری و انتخاب آگاهانه در مورد فرصت‌های سلامت و مراقبت از خود) برخوردار بوده، با رعایت شیوه زندگی سالم برگرفته از آموزه‌های اسلامی - ایرانی و نیز دستاوردهای نوین دانش بشری در بستر محیط، جامعه و خانواده‌های سالم با کمترین سطح خطر ناشی از تهدیدکننده‌های سلامت مواجه هستند. در این جامعه بالاترین سطح از حفاظت‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی سلامت و سطح مطلوبی از سرمایه اجتماعی وجود دارد.

نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴، با اولویت به رویکردهای ارتقای سلامت و پیشگیری، به بهره‌مندی مردم از مراقبت‌های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی اهتمام دارد. در این نظام عدالت همه‌جانبه (در تامین، توزیع منابع، تحقق سلامت و توجه به گروه‌های آسیب‌پذیر) رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه‌ای، اصل نخست بوده و تمامی افراد براساس نیاز خود از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند خواهند بود و براساس توان پرداخت، در تامین مالی مشارکت خواهند داشت. این نظام خلاق بوده و با استفاده از شواهد معتبر، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند و با مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی، اعتماد کامل مردم را به خود جلب کرده است. تولید این نظام به نحوی است که ضمن تامین منابع پایدار برای سلامت، بهره‌مندی حداکثری از کلیه ظرفیت‌های انسانی (مشارکت مردم)، نهادها و سازمان‌ها (تحقق رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها) را محقق کرده و به ارایه خدمات تا حدی متعالی سامان داده است.

ارزش‌ها

- حاکمیت اصول اعتقادی، احکام و اخلاق اسلامی در تمامی ابعاد نظام سلامت؛
- عدالت؛
- کرامت انسانی؛
- سلامتی همه‌جانبه حقی همگانی؛
- خودباوری و استقلال‌طلبی در حوزه علم و فناوری مرتبط با سلامت؛
- مسئولیت‌پذیری اجتماعی؛
- تعاون و نوع‌دوستی؛
- رشد و تعالی آحاد جامعه در جهت دستیابی به حیات طیبه.

اصول

- توسعه و اعتلای فرهنگ عمومی نظام سلامت (انضباط بخشی، رعایت شئونات محیط علمی، تعظیم شعائر دینی؛
- رشد و ارتقاء نظام سلامت در راستای تمدن‌سازی دانشگاه‌ها؛
- پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری؛
- بهره‌مندی عادلانه تمامی ذینفعان نظام سلامت و آحاد جامعه؛
- ارتقاء سلامت افراد و اولویت‌بخشی به پیشگیری؛
- بهره‌گیری عالمانه از دانش طب ایرانی اسلامی و مکمل؛
- همکاری بین بخشی در راستای هم‌افزایی توان بومی و تقویت پیشرفت درون‌زا؛
- آگاهی بخشی نسبت به حقوق و مسئولیت‌های افراد و جلب مشارکت فعال مردم؛
- زمینه‌سازی برای نوآوری و تولید فناوری مطلوب بومی و توسعه پژوهش مبتنی بر نیازهای اساسی کشور و رفع معضلات حوزه سلامت؛
- تعهد به آرمان‌های انقلاب و اصول قانون اساسی در زمینه سلامت؛
- اهتمام به پیوستگی و تداوم فرآیند تعلیم و تربیت نیروی انسانی؛
- ترویج فرهنگ کار جهادی بر پایه خدمت‌رسانی مطلوب در زمینه سلامت؛
- ارتقاء جایگاه هدایت‌گر خانواده در تعالی بخشی علمی و فرهنگی نظام سلامت؛
- گسترش مطالعات دینی در زمینه سلامت، احکام پزشکی و رشد معنویت.

بررسی سیاست‌های کلی ابلاغی

سیاست ۱- ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه:

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

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

تشریح سیاست

این بند به‌طور مشخص روی مسائل فرهنگی متمرکز شده است. به‌طوری‌که ارائه همه خدمات در تمامی سطوح را مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی و اسلامی دانسته است. علی‌رغم برشمردن خدمات مختلف در سایر بندها، ویژگی اصلی و منحصر به فرد این بند، جامع دیدن خدمات در کنار یکدیگر است. به‌علاوه به‌نظر می‌آید بحث توانبخشی را که فعلاً عمده و وظایف در سازمان بهزیستی است به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سپرده است. به‌طوری‌که این موضوع در بند ۸-۳ هم مورد تأکید قرار گرفته است.

موضوع دیگر این بند نهادینه‌سازی ارزش‌ها در جامعه است. منظور از نهادینه‌سازی در جامعه استفاده از فرصت ارائه خدمات است. به‌طوری‌که در یک جامعه آرمانی با تأمین حداکثری هر چهار بُعد سلامت، ارزش‌ها هم در جامعه نهادینه می‌گردند. در هر صورت باید به‌نحوی عمل شود که خدمات مبتنی بر ارزش‌ها همیشگی و برآمده از نهاد ارائه‌کنندگان خدمات و منطبق بر اصول انسانی و اسلامی باشد.

در زیربند ۱-۱، بر اهمیت نقش اساتید، دانشجویان و مدیران در محیط‌های علمی و همچنین راهبردهای نحوه‌گزینش، ارزشیابی و تعلیم و تربیت آنها تأکید شده است. از سویی اهمیت این بند به اندازه‌ای است که بر همه سیاست‌ها سایه می‌اندازد. به‌گونه‌ای که باید گفت با انتخاب، ارزشیابی، تعلیم و تربیت نیروی انسانی مناسب در بخش سلامت می‌توان زمینه اجرایی شدن سایر سیاست‌ها را نیز فراهم نمود. به‌علاوه، موضوع تحول در محیط‌های آموزشی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای، موردنظر سیاستگذار بوده و انتخاب واژه تحول از سوی او مبین عدم مطلوبیت وضعیت فعلی و نیاز به تحول اساسی در این حیطه است.

در بند ۱-۲ نیز دو موضوع موردتوجه سیاستگذار قرار گرفته است، یکی آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی ایشان به‌عنوان یکی از زیرساخت‌های اصلی در نقش‌آفرینی مردم در سرنوشت خود و دیگری ارتقای سرمایه اجتماعی است. تمرکز این بخش از سیاست بر بُعد سلامت اجتماعی برای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و

سایر نهادهای تاثیرگذار بر سلامت اجتماعی مسئولیت آور بوده و باید در تبیین راهکارها مورد توجه کمیته‌های کاری قرار گیرد.

موضوع دیگر مورد اشاره این بند استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه است. به طوری که ضمن تاکید بر آماده بودن شرایط روحی روانی بیماران برای پذیرش تعلیمات معنوی و اخلاقی در کلیه مراحل مراقبت، نقش گروه پزشکی در ارتقای ارزش‌ها در مردم را بسیار تاثیرگذار دانسته است.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. افزایش معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه؛
۲. افزایش دانش مردم نسبت به حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود؛
۳. رعایت اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی توسط اساتید، دانشجویان و مدیران.

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. افزایش معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه

راهبرد (۱)

۱. استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و اجرای برنامه مدیریت انتظارات و تغییر نگرش ذینفعان؛
۲. تهیه و اجرای «پیوست خانواده» و تدوین شاخص‌های ارزیابی خانواده در سیاست‌ها، قوانین و برنامه‌ها به‌ویژه برنامه‌های سلامت؛
۳. طراحی اصول و شاخص‌های معماری اسلامی در فضاهای کالبدی دانشگاه و محیط‌های ارائه خدمات سلامت؛
۴. طراحی محیط‌های مناسب برای راهنمایی مراجعین، رسیدگی به شکایات، ارائه خدمات مشاوره، مددکاری اجتماعی، مراقبت از کودکان در زمان ملاقات.

بسته راهبردی دوم

هدف راهبردی

۲. افزایش دانش مردم نسبت به حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود

راهبرد (۱)

۱. آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. آموزش قوانین و مقررات و حقوق و تکالیف عمومی و اجتماعی در حوزه‌ها و سطوح مختلف؛
۲. معرفی و الگوسازی زندگی و سیره شهداء و ایثارگران انقلاب اسلامی، جهاد و دفاع مقدس به عنوان الگوهای عملی جوانان؛
۳. تشکیل شبکه پاسخ‌گویی به سوالات و نیازهای فردی و خانوادگی در رابطه با موضوعات سلامتی و فرهنگی مرتبط با سلامت؛
۴. ساماندهی نهادهای موثر (مساجد، مدارس و سایر پایگاه‌های اجتماعی) در تبیین حقوق سلامت آحاد جامعه؛
۵. آموزش ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی) در ارتباط با حقوق مردم.

بسته راهبردی سوم

هدف راهبردی

۳. افزایش رعایت اصول و ارزش‌های انسانی - اسلامی توسط اساتید، دانشجویان و مدیران

راهبرد (۱)

۱. اصلاح نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و اجرای برنامه حمایت و تشویق مدیران فعال و متعهد در زمینه به کارگیری ظرفیت‌ها و منابع موجود در جهت برآورده نمودن نیازهای اساسی کشور به‌ویژه در حوزه سلامت با رعایت و تأکید بر اصول اعتقادی و عملیاتی کردن آن‌ها؛
۲. طراحی فرایند استعدادیابی، جذب، انتصاب، ارتقاء و ارزیابی مدیران متعهد، توانمند و متخصص دارای نگرش و باور فرهنگی و اسلامی؛
۳. طراحی و به کارگیری نظام موثر پیشگیری و برخورد با تخلفات اداری در تمامی سطوح به‌ویژه در ارتباط با مسائل اعتقادی و اخلاقی؛
۴. تدوین و استقرار نظام شایسته‌گزینی و شایسته‌سالاری در انتخاب و انتصاب مدیران با تکیه بر مسائل اعتقادی و شرعی؛
۵. ایجاد سازوکار مناسب برای حضور تمام‌وقت و فعال اعضای هیأت علمی در دانشگاه‌ها و افزایش تعاملات علمی استاد و دانشجو با تأکید بر شاگردپروری و رعایت اخلاق و رفتار اسلامی؛
۶. اصلاح نظام آموزشی در جهت تربیت همه‌جانبه دانشجو علاوه بر زمینه‌های تخصصی؛
۷. آمایش نظام سلامت و جذب دانشجویان مُتَخَلِّق و متعهد متناسب با نیاز و تقاضا با توجه به ملاحظات اقلیمی و فرهنگی و اجتماعی.

راهبرد (۲)

۲. تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه-

ای

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و اجرای برنامه جامع کسب مرجعیت علمی و ایجاد تمدن نوین اسلامی؛

۲. تقویت و توسعه به کارگیری زبان فارسی در متون علمی دانشگاهی و تبدیل زبان فارسی به زبان مرجع علم؛
۳. تولید محتوا و متن درسی براساس آموزه‌های اسلامی؛
۴. ایجاد سازوکارهای لازم برای رشد خلاقیت‌های علمی، هنری و مهارتی و تربیت تفکر منطقی، عقلانی و روحیه جستجوگری در دانشجویان؛
۵. تدوین و اجرای برنامه تقویت نگرش دینی به مقوله علم و علم‌آموزی؛
۶. تدوین تاریخ علوم پزشکی در دوره تمدن اسلامی و معرفی پزشکان و دانشمندان حوزه علوم سلامت و آثار فاخر آنان؛
۷. ارزیابی دانشگاه‌ها براساس نقشه جامع علمی کشور و سند دانشگاه اسلامی؛
۸. تدوین و اجرای برنامه گسترش علوم انسانی سلامت منطبق با فرهنگ بومی و دینی؛
۹. تدوین و اجرای برنامه تقویت فرهنگ شاگردپروری؛
۱۰. تدوین و اجرای برنامه جامع تقویت ارتباط زمینه‌های علوم سلامت، بالینی، طب سنتی اسلامی-ایرانی با علوم پایه، علوم اسلامی، علوم انسانی و علوم اجتماعی؛
۱۱. تدوین و اجرای برنامه مراعات حقوق و مسوولیت‌های اسلامی، انسانی و مدنی خدمات‌گیرندگان و خدمات‌دهندگان؛
۱۲. ساماندهی مراکز تولیدکننده محتوای علمی به زبان فارسی و ارتقای زبان فارسی با رویکرد مرجعیت علمی؛
۱۳. ساماندهی گفتمان علمی دانشگاهیان در جهت اقتدارآفرینی علمی؛
۱۴. ارزیابی و پایش عملکرد نهادهای فرهنگی اجتماعی متولی حوزه سلامت؛
۱۵. تهیه راهنمای تدوین آیین‌نامه‌های نظام سلامت براساس آموزه‌های اسلامی؛
۱۶. تدوین و اجرای برنامه تقویت منطق خردورزی و روحیه آزاداندیشی در دانشگاه‌ها؛
۱۷. تأسیس گرایش‌های بین‌رشته‌ای میان سلامت و علوم انسانی اسلامی در مقاطع تحصیلات تکمیلی؛
۱۸. ساماندهی انتشارات علمی و تقویت پایگاه استنادی علوم جهان اسلام؛
۱۹. تدوین منشور اخلاق حرفه‌ای متناسب با تخصص و حوزه کاری؛
۲۰. برگزاری نشست‌ها و هم‌اندیشی‌های مشترک میان دانشمندان علوم انسانی، پایه و طبیعی با دانشمندان علوم دینی برای بررسی چالش‌های حوزه علم و دین؛
۲۱. طراحی سازوکار تعامل اساتید با مسئولین دستگاه‌ها و مسئولین ارشد نظام؛

۲۲. ساماندهی تولید علم بومی و کاربردی براساس مبانی اسلامی و نیاز کشور.

اهداف عملیاتی

۱. افزایش کارایی و اثربخشی مدیران با انتخاب مدیران با معیارهایی مانند اعتقادات اسلامی، پایبندی به ارزش‌های اسلامی و ترویج آن‌ها، تجربه و مهارت مدیریتی، سابقه و برنامه فرهنگی، روحیه جهادی و خودکفایی علمی، سبک مدیریت مشارکتی و نیز توان یادگیری و مهارت‌افزایی؛
۲. افزایش تعاملات نظام سلامت با حوزه‌های علمیه؛
۳. افزایش کاربرد زبان پارسی در متون علمی و زدودن هر چه بیشتر واژه‌ها و اصطلاحات بیگانه؛
۴. ارتقای آموزش زنان در تامین بهداشت روان و سلامت جسمانی اعضای خانواده؛
۵. ارتقای توان علمی و پاسخگویی به نیازهای واقعی علمی و تحقیقاتی کشور در نظام سلامت؛
۶. ارتقای نقش اساتید در الگوسازی و تربیت اسلامی.

شاخص‌ها

بند اصلی

- میزان پاسخگویی نظام سلامت / رضایت از نظام سلامت

زیر بند یک-یک

- رتبه سلامت اجتماعی و معنوی در ارائه‌کننده خدمت (طبق تعریف فرهنگستان)؛
- رعایت اخلاق در پژوهش در حوزه تحقیقات پزشکی.

زیر بند یک-دو

- شیوع دریافتهای غیرقانونی غیر در حوزه سلامت (و سهم دریافتهای زیرمیزی)؛
- شاخص فساد- سلامت اداری در حوزه سلامت؛
- روند شایسته در انتخاب مدیران؛
- نسبت انتخاب مدیران از طریق کانون‌های ارزیابی (تعداد مدیران منتخب از طریق کانون‌های ارزیابی/تعداد کل انتصاب مدیران)؛
- نسبت میانگین امتیاز شایستگی مدیران (امتیاز کل مکتسبه ارزیابی مدیران/کل امتیازات قابل کسب ارزیابی مدیران).

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

- ۲-۱- اولویت‌پیشگیری بر درمان؛
- ۲-۲- روزآمدنمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی؛
- ۲-۳- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی؛
- ۲-۴- تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای؛
- ۲-۵- ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی؛
- ۲-۶- اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی.

تشریح سیاست

در این سیاست موضوع سلامت همه‌جانبه و انسان سالم موردتاکید قرار گرفته است. به بیان دیگر، سیاستگذار تاکید می‌کند که تمامی اقدامات دولت و مردم باید بر پایه تأمین و ارتقاء سلامت در رابطه با هر چهار بُعد آن باشد و از اقدامات خلاف آن پیشگیری شود. به‌علاوه سیاست‌گذار این مهم را در نظر داشته که برای رسیدن به اهداف هزاره و حرکت در جهت شاخص‌های توسعه انسانی باید بحث سلامتی و ارتقای آن به‌عنوان اولویت اول همه دولت‌ها در نظر گرفته شده و رصد شود.

ذیل این سیاست بر قبول اولویت‌پیشگیری بر درمان و رعایت و التزام عملی دولت‌ها و نهادهای مسئول سلامت، نسبت به این اصل تأکید شده است. به‌علاوه 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 موردتوجه قرار داده است.

بحث کاهش مخاطرات سلامت از دیگر موارد موردتاکید سیاستگذار در این سیاست است. که آن را جزء وظایف حاکمیتی دانسته و گوشزد می‌کند که بدون توجه به عوامل مخاطره‌آمیز سلامت که عمدتاً دست‌ساز بشر هستند امکان تأمین و ارتقای سلامت همه‌جانبه فراهم نخواهد شد. بنابراین باید راهکارهایی اندیشیده شده که هم مبتنی بر شواهد علمی و قابل اجرا بوده و هم مورد پذیرش ذینفعان واقع شود.

از دیگر موارد موردتاکید سیاستگذار تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای است که اگرچه در برنامه پنجم تحقق نیافت، به نظر می‌رسد تهیه یک آیین‌نامه دقیق توسط دولت و پذیرش اجرای آن توسط همه ارگان‌ها باید موردنظر قرار گیرد. به‌طوری که به نحوی آینده‌نگرانه به همه طرح‌های توسعه‌ای نگاه شود. احراز جایگاه اول منطقه به‌واسطه ارتقای شاخص سلامت یک افق چشم‌اندازی است. و از آنجایی که طبق آمار، ارتقای همه شاخص‌های سلامت در افق ۱۰-۱۵ ساله امکان‌پذیر نیست، باید سازو کارها مناسب برای تحقق اهداف قابل دستیابی، لحاظ شده و پیش‌بینی

برای تحقق سایر اهداف در افقی طولانی‌تر صورت پذیرد و اگر اصرار به تحقق همه شاخص‌ها است، باید میزان سرمایه‌گذاری لازم برای تحقق آن‌ها را مشخص نمود.

در آخر نیز سیاستگذار خواستار ایجاد نظام مناسب پایش و ارزیابی عملکرد است تا تحقق همه سیاست‌ها مانیتور شوند و از آنجایی که این موضوع در همه ادوار مورد غفلت بوده است، لازم است سازوکاری طراحی شود تا ضمن تضمین ایجاد این نظام، عملکرد خروجی‌های آن هم مورد استفاده مسئولین در سیاستگذاری بخش سلامت قرار گیرد.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. ارتقاء عادلانه شاخص‌های سلامت برای احراز جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی؛
۲. هم‌راستایی سیاست‌های کشور با سیاست‌های سلامت؛
۳. یکپارچگی نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی.

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. ارتقاء عادلانه شاخص‌های سلامت برای احراز جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی

راهبرد (۱)

۱. افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و اجرای برنامه کاهش و کنترل مصرف دخانیات؛
۲. تدوین و اجرای برنامه افزایش تحرک مردم؛
۳. تدوین و اجرای برنامه کاهش سوء مصرف مواد؛
۴. تدوین و اجرای برنامه ترویج سبک زندگی سالم؛
۵. تدوین و اجرای برنامه کنترل تولید؛ عرضه و تبلیغ خدمات و کالاهای آسیب‌رسان سلامت؛
۶. تدوین و اجرای برنامه ارتقای سطح ایمنی و کاهش خطر واحدهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در برابر حوادث و بلایا؛
۷. تدوین و اجرای برنامه ارتقای آمادگی و تاب‌آوری جمعیت عمومی کشور.

راهبرد (۲)

۲. تمرکز بر محیط‌های شغلی در ارائه خدمات بهداشتی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. استقرار نظام جامع و یکپارچه سلامت شاغلین (کارگران رسمی، کارمندان دولت، کارگران غیررسمی) با محوریت وزارت بهداشت و مشارکت دستگاه‌های مرتبط؛
۲. ارتقاء برخورداری شاغلین از خدمات سلامت.

راهبرد (۳)

۳. توسعه محیط‌های زندگی توانمندساز و پشتیبان سلامت جامعه با تمرکز خاص بر روی محیط خانواده، محیط آموزش، محیط کار

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ارزیابی نظام‌مند و زنجیره‌ای کیفیت مواد غذایی در محیط‌های سه‌گانه جامعه، خانواده و مراکز عرضه و فروش مواد غذایی

راهبرد (۴)

۴. روزآمدن‌مودن برنامه‌های سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. بازنگری و به‌روزرسانی برنامه‌های سلامت براساس اولویت‌های نظام سلامت، ارزشیابی‌ها و شواهد علمی به‌صورت نظام‌مند حداکثر هر ۵ سال یک‌بار

راهبرد (۵)

۵. کاهش عوامل خطر بیماری‌ها به‌ویژه بیماری‌های غیرواگیر

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. استقرار برنامه کاهش عوامل زیان‌آور محیط کار؛
۲. استقرار برنامه پیشگیری از سوانح و حوادث با تمرکز بر حوادث ترافیکی.

راهبرد (۶)

۶. کنترل عوامل محیطی مؤثر بر سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. استقرار برنامه‌های مراقبتی محیط، جامعه و افراد؛
۲. نظارت و ارتقاء کیفیت مراکز عرضه و فروش مواد غذایی توسط مردم.

بسته راهبردی دوم

هدف راهبردی

۲. هم‌راستایی سیاست‌های کشور با سیاست‌های سلامت

راهبرد (۱)

۱. توسعه رویکرد مدیریت پیشگیری در همه امور

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. افزودن وارنیش فلوراید برای کودکان و آموزش بهداشت دهان و دندان در بسته خدمات پیشگیری؛
۲. ادغام مراقبت‌ها و خدمات بهداشت دهان و دندان در شبکه بهداشتی-درمانی، سطح‌بندی آرایه خدمات دهان و دندان و توسعه خدمات ارزان‌قیمت دهان و دندان دولتی با مشارکت بخش خصوصی؛
۳. تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.

راهبرد (۲)

۲. توسعه همکاری‌های بین بخشی میان دست‌اندرکاران و ذینفعان بخش‌های مختلف جامعه

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تقویت ساختار و فرآیندهای سیاست‌گذاری شورای عالی سلامت امنیت غذایی کشور

بسته راهبردی سوم

هدف راهبردی

۳. یکپارچگی نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی سلامت

راهبرد (۱)

۱. توسعه به اشتراک‌گذاری اطلاعات نظام‌های پایش

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. استقرار سامانه جامع هشدار سریع آلودگی هوا

راهبرد (۲)

۲. توسعه رویکرد خودارزیابی سازمان‌ها

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. استقرار نظام پایش و ارزیابی سیاست‌های کلی سلامت با نظارت دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام و همکاری موسسه ملی تحقیقات سلامت برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی سلامت

راهبرد (۳)

۳. مأموریت‌گرا کردن نظام‌های پایش

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. بررسی‌های پیمایشی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و حوادث ترافیکی و جاده‌ای؛
۲. مطالعه نظام‌مند بار بیماری‌ها و عوامل خطر.

اهداف عملیاتی

۱. اختصاص و هزینه حداقل ۳۰ درصد از منابع مالی سلامت در حوزه بهداشت؛
۲. ایجاد صندوق ارتقاء سلامت ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی؛
۳. پوشش صد درصدی محیط‌های شغلی پرجمعیت برای خدمات بهداشتی؛
۴. کاهش میزان آلاینده‌های خطرناک و مهم زیست‌محیطی؛
۵. کاهش بار ناشی از عوامل خطر بیماری‌های مهم؛
۶. افزایش امید زندگی میانسالی؛
۷. برخورداری از آب آشامیدنی سالم، هوای پاک برای آحاد مردم؛
۸. افزایش تعداد و تحقق سیاست‌های عمومی سلامت‌محور در کشور؛
۹. تدوین و استقرار برنامه بازاریابی رفتارهای سالم اجتماعی و معنوی؛
۱۰. گسترش خدمات ارتقایی و توسعه فضاهای دوستدار کودک؛
۱۱. بسیج اجتماعی با تاکید بر مسئولیت اجتماعی برای مشارکت مؤثر و حمایت از برنامه رشد و تکامل همه‌جانبه کودکان خردسال و شمول همه کودکان؛
۱۲. گسترش برنامه‌های توانمندسازی و حمایت اجتماعی به‌ویژه از خانواده‌های دهک‌های کم‌درآمد برای دریافت انواع خدمات؛
۱۳. توانمندسازی اجتماعی، پیشگیری، غربالگری، درمانی و توانبخشی؛
۱۴. کاهش نمک دریافتی مردم؛
۱۵. کاهش مصرف دخانیات؛
۱۶. کاهش کم‌حرکی مردم؛
۱۷. پیشگیری از چاقی و اضافه وزن؛
۱۸. کاهش مصرف مواد قندی.

شاخص‌ها

بند اصلی

- شاخص ظرفیت‌های اصلی / کلیدی مقررات بین‌المللی سلامت-زمینه‌های فنی مراقبت؛
- تعداد قوانین مرتبط فاقد پیوست سلامت به کل قوانین مرتبط مصوب کشوری؛
- تعداد سیاست‌های اجرایی فاقد پیوست سلامت به کل سیاست‌های اجرایی مصوب هیات وزیران.

زیر بند دو-یک

- میزان تحقق قوانین مربوط به مراقبت‌های اولیه سلامت (پزشکی خانواده، ارجاع، ...)
- سهم هزینه‌های مراقبت‌های اولیه سلامت از هزینه‌های کل سلامت؛
- سهم مراقبت‌های اولیه سلامت از بودجه بخش عمومی سلامت؛
- نسبت مصوبات به اجرا درآمده شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در خصوص پیشگیری و ارتقای سلامت به کل مصوبات؛
- درصدی از جمعیت که با بیش از ۵ کیلومتر یا ۱ ساعت پیاده‌روی به تسهیلات مراقبت‌های اولیه سلامت دسترسی دارند؛
- درصدی از واحدهای مراقبت‌های اولیه سلامت که دارای تجهیزات وسایل تشخیصی و تجهیزات دراولویت هستند.

زیر بند دو-دو

- نسبتی از ۲۰ بیماری یا عامل خطر اول که برنامه ملی سلامت/چارچوب ملی خدمات دارد؛
- تعداد برنامه‌های بازنگری شده / جدید مبتنی بر نیازهای سلامتی ملی و منطقه‌ای نسبت به کل برنامه‌های در حال اجرا؛
- نسبت برنامه‌های توسعه‌ای به کل برنامه‌های عملیاتی وزارت بهداشت.

زیر بند دو-سه

- مرگ‌ومیر ناشی از آلودگی هوای خانه و محیط در صد هزار نفر جمعیت؛
- میانگین سالانه سطح PM2.5 در شهرها و روستاها؛

- مرگ‌ومیر ناشی از آب ناسالم و فقدان فاضلاب بهسازی شده در کودکان زیر ۵ سال؛
- مرگ‌ومیر ناشی از آسیب‌های شغلی در صدهزار شاغل؛
- مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت غیر عمدی به‌ازای صدهزار نفر جمعیت؛
- جمعیتی که از سوخت‌های مدرن برای پخت‌وپز / گرمایش / نورپردازی استفاده می‌کنند؛
- میزان باقی‌مانده سموم در مواد غذایی پرمصرف (۸ محصول کشاورزی ...)
- درصد اجرای برنامه ارزیابی ایمنی و خطر واحدهای بهداشتی؛
- درصد آمادگی عملکردی واحدهای ارائه خدمات سلامت در برابر بلایا؛
- درصد ایمنی سازه‌ای واحدهای ارائه خدمات سلامت در برابر بلایا؛
- درصد ایمنی غیرسازه‌ای واحدهای ارائه خدمات سلامت در برابر بلایا؛
- میزان آمادگی خانوار در برابر بلایا (درصد)؛
- درصد شاغلین تحت پوشش معاینات شغلی؛
- درصد شاغلین در مواجهه با صدای زیان‌آور؛
- درصد شاغلین در مواجهه با گرد و غبار زیان‌آور؛
- درصد شاغلین دارای وضعیت نامناسب بدن در حین کار؛
- درصد شاغلین مبتلا به کاهش شنوایی شغلی؛
- درصد مدارس ۵ ستاره.

زیر بند دو-چهار

- نسبت طرح‌های کلان توسعه‌ای فاقد پیوست سلامت به کل طرح‌های کلان توسعه‌ای مشمول به تفکیک استان

زیر بند دو-پنج

- رتبه ایران در شاخص‌های سلامت در منطقه (مرگ مادر، مرگ شیرخوار، امید زندگی بدو تولد، امید زندگی سالم و رتبه پوشش همگانی سلامت)؛
- امید زندگی؛
- امید زندگی سالم؛
- مرگ‌ومیر نوزادان در هر هزار تولد زنده؛
- مرگ‌ومیر شیرخواران (زیر یک‌سال) در هر هزار تولد زنده؛

- مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال در هر هزار تولد زنده؛
- مرگ‌ومیر مادران در صد هزار تولد زنده؛
- میزان مرگ‌ومیر بزرگسالان بین ۱۵ تا ۶۰ سال در ۱۰۰۰ نفر جمعیت؛
- نسبت مرگ‌ومیر استاندارد شده سنی ناشی از علل اصلی مرگ در صد هزار نفر جمعیت؛
- احتمال مرگ بین سنین ۳۰ تا ۷۰ سال به علت بیماری قلب و عروق، سرطان، دیابت و یا بیماری مزمن تنفسی در ده هزار نفر جمعیت؛
- مرگ‌ومیر ناشی از حوادث جاده‌ای در صد هزار نفر جمعیت؛
- بروز موارد جدید بیماری قابل پیشگیری با واکسن؛
- شیوع کم‌خونی زنان در سنین باروری؛
- شیوع کم‌خونی در کودکان زیر ۵ سال؛
- شروع زود هنگام تغذیه با شیر مادر؛
- تغذیه انحصاری با شیر مادر در سن صفر تا ۵ ماه و ۲۹ روز؛
- بروز کم‌وزنی هنگام تولد در نوزادان؛
- کودکان زیر ۵ سال با کوتاه‌قدی نسبت به سن؛
- کودکان زیر ۵ سال با کم‌وزنی نسبت به سن؛
- شیوع اضافه‌وزن در کودکان زیر ۵ سال؛
- شیوع چاقی در کودکان زیر ۵ سال؛
- شیوع اضافه‌وزن نوجوانان (۱۳ الی ۱۸ سال)؛
- شیوع چاقی نوجوانان (۱۳ الی ۱۸ سال)؛
- شیوع اضافه‌وزن بزرگسالان (۱۸+ سال)؛
- شیوع چاقی بزرگسالان (۱۸+ سال)؛
- مقدار نمک دریافتی روزانه؛
- بروز عفونت‌های مقاربتی؛
- شیوع ایدز در زندان؛
- شیوع هپاتیت ب در زندان؛

- شیوع هپاتیت C در زندان؛
- مرگ‌ومیر بر اثر ابتلا به ایدز / HIV در هر صد هزار نفر جمعیت؛
- تعداد موارد HIV تازه گزارش شده (در یک دوره مشخص)؛
- فراوانی جمعیت‌های در معرض خطر بالا که در طی ۱۲ ماه گذشته آزمایش HIV دریافت کرده‌اند و نتایج آن را می‌دانند؛
- درصد مادران باردار مبتلا به HIV که درمان ضد ویروسی برای جلوگیری از انتقال به فرزندشان دریافت می‌کنند؛
- بیماران با عفونت HIV که با درمان ضد ویروسی زندگی می‌کنند؛
- استفاده از کاندوم در رابطه جنسی با شریک جنسی در معرض خطر بالا؛
- بروز سل در صد هزار نفر جمعیت؛
- نسبت موارد بومی مالاریا^۱ از کل موارد بیماران مالاریا؛
- شیوع قند خون بالا در بزرگسالان (۱۸+ سال)؛
- شیوع فشار خون بالا در بزرگسالان (۱۸+ سال)؛
- شیوع مصرف الکل در بزرگسالان (سن ۱۸+ سال)؛
- مجموع سرانه الکل مصرفی (سن ۱۸+ سال)؛
- شیوع مصرف دخانیات در افراد ۱۳ تا ۱۵ سال؛
- شیوع مصرف دخانیات بزرگسالان (۱۸+ سال)؛
- درمان دارویی و مشاوره برای جلوگیری از حملات قلبی و سکته مغزی؛
- نسبت بیماران مبتلا به سرطان دریافت‌کننده مراقبت‌های حمایتی و تسکینی به کل بیماران مبتلا به سرطان؛
- درصد زایمان طبیعی از کل زایمان‌ها؛
- درصد زایمان توسط فرد دوره‌دیده؛
- پوشش واکسیناسیون برای HPV؛
- پوشش واکسیناسیون پنتاوالان در میان کودکان زیر یک‌سال (نوبت سوم)؛
- پوشش واکسیناسیون هپاتیت ب در کودکان (نوبت سوم)؛

^۱ Indigenous malaria cases

- کودکان زیر ۵ سال مبتلا به اسهال که مایع درمانی خوراکی شده‌اند؛
- درصد کودکان مبتلا به پنومونی که تحت درمان با آنتی‌بیوتیک قرار گرفته‌اند؛
- موفقیت درمان موارد جدید تأیید شده سل؛
- موفقیت درمان موارد عود تأیید شده سل؛
- پوشش خط دوم درمانی سل در میان موارد مقاوم به چند دارو؛
- بیماران مبتلا به سل که وضعیت ابتلای آنها به HIV مشخص است؛
- پوشش ایمن‌سازی سرخک نوبت دوم؛
- میزان غربالگری سرطان گردن رحم؛
- بروز سرطان، براساس نوع سرطان در صدهزار نفر جمعیت؛
- بروز هیپاتیت ب در صدهزار نفر جمعیت.

زیر بند دو-شش

- میزان بهره‌مندی از سامانه‌های ارتباط با مردم 1490-190-4030-1666 (CRM) و...؛
- وجود گزارشات ادواری به‌دست آمده از نظام دیده‌بانی؛
- درصد ثبت موالید؛
- درصد ثبت مرگ؛
- نسبت شکایت بررسی شده (به نتیجه رسیده) به کل شکایت‌های دریافتی؛
- درصد بازدیدهای نظارتی موسسات درمانی بستری و سرپایی به کل موسسات تحت پوشش؛
- نمره شاخص شفافیت در نظام سلامت؛
- نسبت برنامه‌های ذیل سیاست‌های کلی سلامت (تعداد برنامه‌های عملیاتی ذیل سیاست‌های کلی سلامت/تعداد کل برنامه‌های عملیاتی سالانه وزارت ضریدر ۱۰۰)؛
- درصد پوشش بندهای سیاست‌های کلی سلامت در برنامه عملیاتی (تعداد بندهای سیاست پوشش داده شده در برنامه عملیاتی سالانه/تعداد کل بندهای سیاست‌های کلی سلامت ضریدر ۱۰۰)؛
- درصد تحقق برنامه‌های عملیاتی ذیل سیاست‌های کلی سلامت (درصد تحقق سیاست‌های ذیل سیاست‌های سلامت/تعداد سیاست‌های ذیل سلامت).

سیاست ۳- ارتقاء سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص‌های سلامت روانی.

تشریح سیاست

این سیاست روی ارتقای سلامت روانی جامعه و شاخص‌های آن متمرکز شده است. و به درستی مسیر و راهبردهای آن را از طریق ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی و ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی ممکن دانسته است.

راهبردهایی که تاکنون به دلیل تسلط فرهنگ غرب و غرب‌زدگی در جامعه اسلامی ما مورد غفلت واقع شده و بعضاً حرکتی مخالف این راهبردها طی شده‌اند.

نکته بسیار مهم در این سیاست بین‌بخشی بودن آن و در نتیجه لزوم توجه سیاست‌گذاران فرهنگی جامعه به استفاده از این راهبردها برای ارتقاء سلامت روان جامعه ایرانی-اسلامی است.

این سیاست در حقیقت تکمیل‌کننده سیاست یک است و به دنبال همان مدینه فاضله‌ای است که اخلاق و معنویت در آن نهادینه شده باشد.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. ارتقاء سلامت روان افراد جامعه

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. ارتقاء سلامت روان افراد جامعه

راهبرد (۱)

۱. تحکیم بنیان خانواده

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. اجرای گسترده برنامه سلامت و تکامل سال‌های اولیه زندگی؛
۲. تدوین و اجرای برنامه توانمندسازی جوانان در مهرورزی به همسر و روابط زناشویی رضایت‌بخش، تقویت روحیه ایثار و فداکاری و سازگاری زوجین؛
۳. تدوین و اجرای برنامه ارایه خدمات مشاوره‌ای و حمایتی به خانواده‌های در معرض آسیب‌های اقتصادی اجتماعی فرهنگی و مشکلات در روابط جنسی زوجین؛
۴. تدوین و اجرای برنامه جامع ایجاد توانمندی حل مسئله در جوانان و زوجین؛
۵. ارایه خدمات ویژه به زوجین نابارور در قالب بیمه؛
۶. تدوین و اجرای برنامه استفاده از بخش خصوصی در ارایه خدمات تحکیم بنیان خانواده؛
۷. تدوین و اجرای برنامه جامع حمایتی از سالمندان؛
۸. تقویت احساسات نوع‌دوستانه، تعاون، گذشته، ایثار و فداکاری.

راهبرد (۲)

۲. ترویج آموزش‌های اسلامی، معنوی و اخلاقی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و اجرای برنامه تبلیغ راستگویی، امانت‌داری و وفای به عهد؛
۲. تدوین و اجرای برنامه تقسیم کار تبلیغی بین دستگاه‌های اجرایی کشور.

راهبرد (۳)

۳. ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. بازطراحی برنامه‌های سلامت روان در قالب استاندارد «برنامه‌های سلامت» و اجرای کشوری آن‌ها در ۸ حیطه اولویت‌دار مهارت‌های زندگی براساس آموزه‌های فرهنگ ایرانی و اسلامی، فرزندپروری و روابط خانوادگی، حمایت روانی اجتماعی در بلایا، پیشگیری از خودکشی، خشونت (کودک‌آزاری، همسرآزاری و سالمندآزاری) و انگ‌زدایی، سلامت جنسی خانواده؛
۲. گسترش آموزش‌های مهارت‌های زندگی، فرزندپروری، خودمراقبتی و جنسی زوجین؛
۳. تهیه و پخش تیزرهای آموزشی، تبلیغی و ترویجی سلامت روان با اولویت موضوعات عوامل خطر اجتماعی سلامت روان و عوامل حفاظتی شامل مهارت‌های خودمراقبتی، همسرداری، فرزندپروری، و مهارت‌های زندگی با محوریت سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران.

راهبرد (۴)

۴. توسعه عادلانه خدمات سلامت روان

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. بازنگری و اصلاح نظام آرایه خدمات سلامت روان و مراقبت از بیماران؛
۲. راه‌اندازی سامانه ثبت اطلاعات خدمات بهداشتی-درمانی و کاهش آسیب اعتیاد؛
۳. تدوین و تصویب منشور حقوقی بیماران روان‌پزشکی و بیماران دارای اختلال مصرف مواد و الکل؛
۴. تدوین و اجرای پروتکل مدیریت استرس؛
۵. راه‌اندازی و تداوم فعالیت مراکز جامع سلامت روان؛
۶. تدوین بسته پایه خدمات سلامت روان کارکنان دولت توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛
۷. الزام همه دستگاه‌های اجرایی نسبت به تدوین و اجرای «برنامه عملیاتی بهبود وضعیت سلامت روان کارکنان» خود مشتمل بر آموزش و ارائه خدمات سلامت روان و مشاوره روانشناختی، براساس «بسته پایه خدمات سلامت روان کارکنان دولت»، تهیه شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛
۸. تدوین و اجرای برنامه مشاوره معلمان، دانش‌آموزان و خانواده‌های آنها در مقاطع تحصیلی راهنمایی و دبیرستان.

راهبرد (۵)

۵. پیشگیری و رفع عوامل تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تلاش برای ایجاد هم‌دلی و وحدت بین آحاد مردم و همه اقشار جامعه و جلوگیری از تنش‌های سیاسی و اقتصادی در جامعه؛
۲. تدوین و اجرای برنامه‌های افزایش سیاست‌های توزیع عادلانه منابع در سطح جامعه؛
۳. تعیین سهم و نقش دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی، بخش خصوصی و غیردولتی (سمن‌ها و شوراهای اسلامی) در ارتقای سلامت روان؛
۴. تدوین و اجرای برنامه‌های هدف محور همکاری‌های بین‌بخشی میان دست‌اندرکاران و ذینفعان بخش - های مختلف جامعه در حوزه‌های اوادیت‌دار؛
۵. توانمندسازی پیام‌گزاران سلامت روان.

اهداف عملیاتی

۱. کاهش شیوع میزان اختلالات روان‌پزشکی به میزان سالانه ۳ درصد؛
۲. کاهش شیوع افسردگی به میزان سالانه ۳ درصد؛
۳. کاهش سال‌های از دست‌رفته به دلیل ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات روان‌پزشکی^۱ به میزان ۲۰ درصد؛
۴. افزایش سطح سواد سلامت جامعه به میزان سالانه ۵ درصد؛
۵. کاهش هزینه‌های مستقیم (پرداخت از جیب) بیماری‌های روانی به میزان ۲۰ درصد؛
۶. انگ‌زدایی و تاب‌زدایی نسبت به مسائل روانی.

¹YDLs

شاخص‌ها

بند اصلی

- شاخص مشارکت اجتماعی (اعتماد اجتماعی، اعتماد فردی، اعتماد تعمیم یافته و اعتماد نهادی)؛
- شیوع اختلالات روانی (افسردگی، اضطراب و ...)
- میزان اقدام به خودکشی در هر صد هزار نفر؛
- درصدی از جمعیت بزرگسال ۱۸ ساله و بالاتر که در ۱۲ ماه گذشته در معرض خطر خشونت (جسمی، روانی و / یا جنسی) قرار گرفته‌اند؛
- درصد کودکان ۱-۱۷ ساله‌ای که طی یک ماه گذشته تجربه هرگونه تنبیه فیزیکی یا عصبانیت روانی را از سوی مراقب خود (مهد کودک - پرستار بچه) داشتند؛
- نسبت استفاده‌کننده مواد مخدر در کل جمعیت؛
- نسبت استفاده‌کننده مواد مخدر در جمعیت جوانان (۱۷ تا ۲۹ سال)؛
- پوشش ارائه خدمات اختلالات شدید سلامت روانی؛
- میزان بهره‌مندی مردم از خدمات مشاوره سلامت اجتماعی (مددکاری)؛
- پوشش خدمات غربالگری درگیری با مصرف الکل، سیگار و مواد؛
- تعداد معتادان تحت درمان با داروهای نگهدارنده به تفکیک داروهای آگونست به کل معتادان؛
- درصد پوشش آموزش مهارت‌های زندگی در گروه هدف (بزرگسالان ۴۵ - ۱۸ سال)؛
- درصد پوشش آموزش مهارت‌های فرزندپروری در گروه هدف (والدین دارای فرزند ۱۴ - ۲ سال)؛
- نسبت طلاق به ازدواج (هم‌گروه‌های ازدواج و طلاق منطق باهم نوشته شوند)؛
- درصد پوشش آموزش مهارت‌های زندگی در گروه هدف (بزرگسالان ۴۵ - ۱۸ سال).

سیاست ۴- ایجاد و تقویت زیرساخت‌های موردنیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی.

تشریح سیاست

رشد دو برابری واردات دارو نسبت به رشد صنعت داروسازی در سال‌های اخیر نشان‌دهنده این مسئله است که تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی نیازمند حمایت‌های بیشتر می‌باشد. همچنین با توجه به بازار بسیار مناسب فرآورده‌های دارویی در منطقه آسیای جنوب غربی و کشورهای همسایه متاسفانه میزان صادرات دارو و آمار رشد صادرات در این سال‌ها کافی نبوده و نیازمند ارتقاء کیفیت داروهای تولید داخل می‌باشد.

مسئله دیگر صنایع دارویی کشور، عدم وجود انگیزه لازم به منظور دستیابی به کیفیت و استانداردهای بین‌المللی است. دلیل این امر وجود بازار مناسب داخلی و نبود فضای رقابتی در این صنعت بوده است که علاوه بر عدم دستیابی به استانداردهای بین‌المللی، صادرات دارو را نیز با مشکل مواجه کرده است.

بنابراین با توجه به مسائل پیش‌گفت و از سویی مسئله تحریم‌ها و مشکلات مربوط به واردات فرآورده‌های دارویی و کمبود داروها و همچنین ارزبری بسیار زیاد داروهای وارداتی، سیاست‌گذار در این سیاست بر لزوم حمایت از تولید داخل این فرآورده‌ها و البته دستیابی به کیفیت و استانداردها در این حوزه تأکید کرده است.

از این رو به نظر می‌رسد دغدغه سیاستگذار در این سیاست توجه به این موضوع بوده که در شرایط بحران بتوان با تکیه بر صنایع داخلی بخش قابل توجهی از نیاز داخل را تأمین کرده و با دستیابی به استانداردهای بین‌المللی زمینه صادرات این فرآورده‌ها به بازارهای منطقه را فراهم کرد.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. خوداتکایی در زمینه طراحی و تولید مواد و فرآورده‌های دارویی، واکسن، محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی؛
۲. کسب گواهینامه‌های کیفیت توسط صنایع دارویی در تولید واکسن و تجهیزات پزشکی کشور از نهادهای معتبر نظارتی بین‌المللی.

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. خوداتکایی در زمینه طراحی و تولید مواد اولیه و فرآورده‌های دارویی، واکسن، محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی و جلوگیری از واردات محصولات مشابه

راهبرد (۱)

۱. ایجاد فضای رقابتی در بازار دارو و تجهیزات پزشکی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. حمایت از انعقاد قراردادهای انتقال فناوری و تولید داروهای تحت لیسانس شرکت‌های معتبر؛
۲. مطالعه و اعلام سالانه داروها و فرآورده‌های استراتژیک؛
۳. پیاده‌سازی نظام اطلاع‌رسانی جامع فرصت‌های سرمایه‌گذاری صنایع دارویی، تجهیزات پزشکی، واکسن و محصولات زیستی؛
۴. تضمین خرید مدت‌دار و محدود برای شرکت‌هایی که انتقال فناوری به کشور داشته‌اند؛
۵. ارایه لیست اقلام مولکولی دارویی به تفکیک اولیتهی واردات، تولید داخلی، صادرات به صورت سالانه؛
۶. جلوگیری از ورود اقلام و محصولات مشابه؛
۷. توجیه و آموزش پزشکان و داروسازان در زمینه استفاده از محصولات داخلی و منع مصرف محصولات خارجی؛
۸. فرهنگ‌سازی عموم مردم و ترغیب مصرف محصولات داخلی و اجتناب از محصولات خارجی؛
۹. برخورد با پدیده قاچاق محصولات خارجی به داخل.

راهبرد (۲)

۲. تامین امکانات، منابع مالی و انسانی مناسب و پایدار در حوزه‌های زیرساختی دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تقویت شرکت‌های دانش‌بنیان، مراکز رشد، پارک‌های علم و فن آوری و شهرک دانش سلامت؛
۲. توسعه زیرساخت‌های پژوهشی؛
۳. تقویت ارتباط بین دستگاه‌های مرتبط با واکسن و داروهای بیولوژیک (از طریق شبکه‌سازی، انعقاد تفاهم‌نامه، ساختارهای مبتنی بر فناوری اطلاعات، مطالعات چندمرکزی و ...)
۴. اولویت‌دهی به توسعه و تولید داروها و واکسن‌های خاص (نیازهای بومی، خلق ثروت، چندگانه‌بودن و ...)
۵. حمایت از تاسیس پایگاه‌های تولید فرآورده‌های دارویی، واکسن، بیولوژیک و تجهیزات پزشکی در بازارهای هدف؛
۶. اصلاح قوانین و ضوابط و آیین‌نامه‌ها در راستای حمایت از تولید داخل؛
۷. تجهیز آزمایشگاه‌ها و تأمین، آموزش و به‌روزرسانی نیروی انسانی آزمایشگاه‌ها؛
۸. شناساندن محصولات به متقاضیان خارجی.

بسته راهبردی دوم

هدف راهبردی

۲. افزایش گواهینامه‌های کیفیت کسب شده توسط صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی کشور از نهادهای معتبر نظارتی بین‌المللی

راهبرد (۱)

۱. تقویت توانمندی‌های نظارت بر حوزه دارو و تجهیزات پزشکی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تصویب اساسنامه سازمان غذا و دارو در مراجع قانونی و تجهیز و تقویت شبکه ملی و استانی سازمان؛
۲. توسعه مطالعات فرآورده‌های دارویی و ملزومات پزشکی در سطح عرضه؛
۳. ایجاد و توسعه استانداردهای GXP مطابق با ضوابط بین‌المللی و اجرای صد در صدی در سه سال اول برنامه؛
۴. استقرار سیستم کنترل کیفیت در خدمات و مدیریت کلیدی آزمایشگاه‌های غذا و داروی دانشگاه‌ها؛
۵. تدوین برنامه جامع نظارت بر تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی؛
۶. تدوین نظام قیمت‌گذاری مبتنی بر تشویق و حمایت از کیفیت (برنامه برای افزایش رقابت در بازار و رفع انحصار، افزایش قدرت انتخاب برای خریداران، تطبیق نظام بیمه‌ای و نظام قیمت‌گذاری با WTO و برنامه‌ای برای افزایش کیفیت در فرآورده‌های دارویی)؛
۷. حمایت از کسب گواهی‌های بین‌المللی (شامل pms, who prequalification, ce) برای صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی؛
۸. یکپارچه‌سازی مدیریت اطلاعات آزمایشگاهی کنترل غذا و داروی کشور.

راهبرد (۲)

۲. گسترش همکاری و تعامل با سازمان‌های نظارتی بین‌المللی در حوزه دارو، واکسن و تجهیزات پزشکی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. اخذ تاییدیه‌های بین‌المللی برای فرآورده‌های دارویی، واکسن، بیولوژیک و تجهیزات پزشکی ساخت داخل

اهداف عملیاتی

۱. دستیابی به سهم ریالی تجهیزات پزشکی تولید داخل به ۶۰ درصد کل بازار تجهیزات پزشکی کشور؛
۲. دستیابی سهم ریالی داروهای تولید داخل به ۷۵ درصد کل بازار دارویی کشور؛
۳. اختصاص ۵ درصد از درآمد اختصاصی سازمان غذا و دارو به تقویت نظارت بر زنجیره تولید تا مصرف دارو و غذا؛
۴. افزایش سرمایه‌گذاری خارجی در صنایع دارویی به میزان حداقل ۲۰ درصد کل سرمایه‌گذاری؛
۵. ثبت اختراع سالیانه حداقل ۴ مولکول دارویی‌های تک یا بیولوژیک؛
۶. افزایش بودجه پژوهشی در حوزه دارو به میزان ۵ درصد به صورت سالیانه؛
۷. بازنگری ۱۰۰ درصد ضوابط و آیین‌نامه‌های دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مطابق با ضوابط معتبر بین‌المللی در سال اول و دوم برنامه؛
۸. واگذاری حداقل ۵۰ درصد فعالیت‌های آزمایشگاهی کنترل غذا و دارو به آزمایشگاه‌های همکار و بخش خصوصی؛
۹. افزایش تولید فراورده‌های تحت لیسانس شرکت‌های معتبر بین‌المللی به ۳۰ درصد فرآورده‌های بازار در ۵ سال اول برنامه؛
۱۰. انجام مطالعات PMQC برای حداقل ۲۵ درصد از کل فرآورده‌های موجود در بازار؛
۱۱. دستیابی به شاخص تعداد نیروی انسانی (شامل بازرسی فنی و نظارت، کارشناسان بررسی و ثبت فرآورده‌ها) به میزان ۱ نفر به ازای ۱۰۰ فرآورده در بازار؛
۱۲. انطباق با ضوابط بازرسی PIC/s برای حداقل ۵۰ درصد صنایع دارویی؛
۱۳. کسب استانداردها و تأییدیه‌های کیفی بین‌المللی توسط حداقل ۵۰ درصد صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی کشور؛
۱۴. شکل‌گیری دست کم ۶۰ شرکت دانش‌بنیان خصوصی در حوزه واکسن و داروهای بیولوژیک؛
۱۵. شکل‌گیری ۲ شرکت معظم صاحب برند ایرانی در حوزه واکسن و داروهای بیولوژیک؛
۱۶. اخذ تأییدیه‌های بین‌المللی برای تمام واکسن‌های ایرانی؛
۱۷. تاسیس ۵ پایگاه تولید با برند ایرانی در سایر کشورها.

شاخص‌ها

بند اصلی

- میزان تولید فراورده‌های دانش بنیان از طریق شرکت‌های دانش بنیان در حوزه فرآورده‌های ذکر شده در بند؛
- نسبت طرح‌های تحقیقاتی به تولید رسیده (تجاری شده) در زمینه تولید مواد مصرفی/لوازم/تجهیزات پزشکی /دارو /واکسن نسبت به کل طرح‌های تحقیقاتی و نسبت فراورده‌های به تولید رسیده در حوزه مواد مصرفی /لوازم /تجهیزات پزشکی /دارو /واکسن (اخذ IRC) در سال مورد بررسی نسبت به سال قبل؛
- سهم ریالی دارو/واکسن، محصولات زیستی تولید داخل از کل بازار ریالی دارویی کشور؛
- نسبت محصولات دارای تأییدیه¹ GMP به کل محصولات؛
- سهم ریالی تجهیزات پزشکی تولید داخل از کل بازار تجهیزات پزشکی کشور (درصد)؛
- سهم کل (تعداد) داروهای تولید داخل از کل بازار دارویی کشور (درصد)؛
- میزان سرمایه‌گذاری خارجی در صنایع دارویی از کل سرمایه‌گذاری‌ها (درصد)؛
- میزان فرآورده‌های تحت لیسانس شرکت‌های معتبر بین‌المللی از کل فرآورده‌های بازار (درصد)؛
- تعداد فرآورده‌های دارویی و ملزومات ارزیابی شده در سطح بازار (درصد) - (PMQC)؛
- تعداد خطوط دارویی منطبق بر الزامات PIC/S به کل خطوط (درصد) - تعداد در هر سال مد نظر است؛
- تعداد پایگاه‌های تولید با برند ایرانی در سایر کشورها.

¹ Good Manufacturing Practice

سیاست ۵- ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاستگذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.

تشریح سیاست

این سیاست به انجام مراقبت یا فروش خدمت غیرضروری به بیماران یا مراجعین به سیستم سلامت که با اعمال قدرت و سفارش افراد متخصص و اعمال نفوذ شرکت‌ها و کارخانجات تولید و توزیع تجهیزات پزشکی و دارو این سیستم اجرا می‌شود (تقاضای القایی)، توجه دارد. پدیده مذکور در عین حال که می‌تواند با ایجاد تقاضای بیشتر، تعادل عرضه و تقاضا را در بازار سلامت و پزشکی بر هم زند، به سبب تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمار و اتلاف وقت او، گاهی با درمان‌ها و تشخیص‌های غلط زمینه بروز عوارض طبی در گیرندگان خدمت را نیز ایجاد می‌کند. حال آن‌که ضرر و زیان‌های اقتصادی آن در سطح ملی - با توجه به پرداخت یارانه برای خدمات پزشکی و دارو از سوی دولت - کاملاً روشن است.

بنابراین این سیاست، به دنبال ساماندهی تقاضا و ایجاد تعادل میان عرضه و تقاضای کالا و خدمات سلامت در کشور است. در این راستا، سیاستگذار راهبردها و برنامه‌های متعددی را برای ساماندهی وضعیت تقاضا مورد تأکید قرار داده است، از جمله مجاز نبودن گیرندگان خدمت به خرید خدمت در خارج از چارچوب‌های مالی، فنی و اخلاقی نظام سلامت، اجازه تجویز به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت صرفاً براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و محدود کردن ارائه خدمات در چارچوب‌های مشخص و سیاستگذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی به منظور حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.

به‌علاوه در این سیاست بر سیاستگذاری و برنامه‌ریزی جهت مدیریت امکانات، فناوری‌ها، تجهیزات و مداخلات در نظام سلامت براساس حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات و نیز در چارچوب ساماندهی عرضه و تقاضا و ایجاد تعادل تأکید شده است.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. حذف تقاضای القایی ارایه‌دهنده خدمات سلامت؛
۲. دستیابی به تراز مثبت ارزی (صادرات به واردات) در بازار فرآورده‌های دارویی، زیستی و تجهیزات پزشکی؛
۳. کاهش احتمال بروز خطا در خدمات سلامت؛
۴. کاهش تقاضای غیرمنطقی خدمات سلامت از سوی مردم؛
۵. کاهش میزان قاچاق فرآورده‌های دارویی، زیستی و تجهیزات پزشکی.

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. حذف تقاضای القایی ارایه‌دهنده خدمات سلامت

راهبرد (۱)

۱. گسترش تجویز و مصرف منطقی دارو در کشور

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. فعال‌سازی واحدهای ADR در کلیه مراکز درمانی کشور؛
۲. جلوگیری از ترویج و تجویز داروها و تجهیزات پزشکی از مسیرهای القایی و غیراخلاقی؛
۳. اجازه تجویز دارو و خدمات تشخیصی و درمانی و توانبخشی صرفاً بر مبنای نظام سطح‌بندی خدمات، راهنماهای بالینی، فارماکوپه و طرح ژنریک؛
۴. تقویت شورای بررسی و تدوین داروی کشور؛
۵. فعال‌سازی و تقویت واحدهای کنترل تجویز و مصرف منطقی دارو و تجهیزات پزشکی؛
۶. تدوین و تنظیم راهنماهای تجویز و مصرف دارو و سایر کالاهای سلامت؛
۷. تدوین و اعمال قوانین محدود‌کننده درخصوص فضای غیرعلمی و ناسالم تبلیغات داروهای وارداتی؛
۸. ارائه برنامه‌های تخصصی آموزشی با تمرکز بر بهره‌گیری از شواهد علمی در برخورد با تبلیغات دارویی برای مخاطبین گروه پزشکی؛
۹. محدودسازی ورود دارو و تجهیزات پزشکی به بازار مبتنی بر ارزیابی‌های هزینه-فایده و درآمد ناخالص ملی؛
۱۰. انجام فعالیت‌های آموزشی در جهت ارتقاء سلامت و فرهنگ مصرف منطقی دارو و سایر کالاهای سلامت؛
۱۱. بازبینی و اصلاح سیستم‌های بسته‌بندی داروها و تدوین بروشورهای دارویی در راستای تجویز و مصرف منطقی دارو.

راهبرد (۲)

۲. توسعه فعالیت‌های مراقبت‌های دارویی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ایجاد بخش مراقبت‌های دارویی با مدیریت داروساز بالینی در کلیه بیمارستان‌های کشور؛
۲. ایجاد نظام کنترل دقیق ارائه داروها و تجهیزات در داروخانه‌ها به منظور کاهش امکان ارایه اقلام خارجی
جای داروهای نسخه‌شده داخلی؛
۳. فعال‌سازی واحدهای ADR در کلیه مراکز درمانی کشور؛
۴. ایجاد بخش مراقبت دارویی با مدیریت داروساز بالینی در کلیه بیمارستان‌های کشور؛
۵. تشکیل فارماکوپه بیمارستانی در تمام بیمارستان‌های کشور؛
۶. تشکیل کمیته‌های دارو و تجهیزات پزشکی در تمام بیمارستان‌های کشور؛
۷. ایجاد بستر آموزشی مناسب جهت پرورش و به‌کارگیری داروساز مشاور در داروخانه شهری (داروساز جامعه).

راهبرد (۳)

۳. توسعه و به‌کارگیری زیرساخت‌های الکترونیک به‌ویژه در ثبت و نظارت کالاهای سلامت و چرخه تامین و مصرف آن‌ها

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. استقرار سامانه نسخه الکترونیک در تمامی مراکز دارویی، بهداشتی و درمانی کشور؛
۲. تهیه گزارش از بررسی نسخ جهت بازخورد به پزشکان؛
۳. تهیه و ارسال گزارشات عملکرد رفتار تجویز داروی پزشکان و انجام مداخلات اصلاحی؛
۴. تهیه نقشه‌های جامع و به تفکیک جغرافیایی (GIS) تجویز دارو در کشور؛
۵. تدوین بانک اطلاعاتی جامع کشوری تجویز دارو و سایر کالاهای سلامت و بهره‌برداری از آن در برنامه‌ریزی‌های دارویی و انجام پژوهش‌های مرتبط.

راهبرد (۴)

۴. محدود کردن ارایه‌دهندگان خدمات به تجویز صرفاً براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین، ابلاغ و استفاده از راهنماهای بالینی برای فرآورده‌های اولویت‌دار داروها، تجهیزات و ملزومات پزشکی؛
۲. محدود کردن خدمات قابل ارائه ذیل چارچوب‌های مشخص و تعریف‌شده در هر یک از سطوح ارائه خدمت و ذیل نظام ارجاع؛
۳. روزآمدسازی فهرست داروهای رسمی ایران متناسب با نیازها و امکانات کشور؛
۴. بازنگری فهرست داروهای مشمول بیمه و یارانه؛
۵. تدوین قانون الزام ثبت تشخیص با کد بین‌المللی در بیماران سرپایی و بستری؛
۶. تدوین راهنماهای بالینی؛
۷. تشکیل کمیته‌های دارو و درمان در بیمارستان‌ها؛
۸. تدوین نظام ملی دارویی کشور؛
۹. راه‌اندازی و فعال نمودن کمیته‌های تجویز و مصرف منطقی دارو و کنترل عفونت بیمارستان‌ها؛
۱۰. بررسی و پایش تجویز دارو در بیمارستان‌ها و تدوین و ارائه گزارشات عملکرد به تفکیک بخش، پزشک و پرونده‌های بیماران بستری؛
۱۱. راه‌اندازی نظام نسخه الکترونیک در بیمارستان‌ها و ایجاد دسترسی‌های تعریف شده به تجویز دارو براساس راهنماهای بالینی.

بسته راهبردی دوم

هدف راهبردی

۲. دستیابی به تراز مثبت ارزی (صادرات به واردات) در بازار فرآورده‌های دارویی، زیستی و تجهیزات پزشکی

راهبرد (۱)

۱. تقویت و توسعه سیستم نظارت و ثبت دارو، واکسن و تجهیزات پزشکی به منظور تضمین کیفیت در سطح تولید، توزیع، ذخیره‌سازی و عرضه

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ایجاد و تقویت ارتباطات بین‌المللی و بین کشورهای منطقه؛
۲. استانداردسازی قواعد ثبت دارو و واکسن و تجهیزات؛
۳. کاهش عدم شفافیت‌ها و جایگزینی تصمیمات کمیسونی کمیته‌ای با ضوابط شفاف؛
۴. توجه به تقویت و توسعه بخش خصوصی و کوچک‌سازی دولت.

راهبرد (۲)

۲. توسعه برندهای ملی دارو، واکسن و تجهیزات پزشکی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ادغام خرده شرکت‌های داروسازی و ایجاد صنایع بزرگ؛
۲. ایجاد و توسعه ارتباطات بازرگانی بین شرکت‌های تولیدی داخلی و خارجی؛
۳. کاهش مداخلات دولتی در معادلات تولید.

راهبرد (۳)

۳. توسعه صادرات داروهای سنتی ایرانی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ایجاد بخش‌های درمان با طب سنتی در درمانگاه‌های متعلق به ایران در خارج از کشور؛
۲. جذب دانشجوی خارجی در این حوزه.

راهبرد (۴)

۴. حمایت از صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی کشور برای ورود و رقابت در بازارهای منطقه‌ای و بین‌المللی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. برگزاری سالیانه ۱۰ کارگاه آموزشی به‌منظور آشنایی با توانمندی‌های دارویی و تجهیزات پزشکی ایران؛
۲. انعقاد حداقل ۵۰ تفاهم‌نامه با کشورهای هدف به‌منظور توسعه صادرات دارو و تجهیزات پزشکی؛
۳. انعقاد سالانه حداقل ۵۰ قرارداد تحت لیسانس تولید دارو؛
۴. تاسیس ۵ پایگاه تولید با برند ایرانی در سایر کشورها؛
۵. حمایت ویژه از شکل‌گیری برندهای ملی در زمینه فرآورده‌های دارویی، واکسن، بیولوژیک و تجهیزات پزشکی.

راهبرد (۵)

۵. سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید واردات و مصرف فرآورده‌های سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ایجاد ساختار نظارتی مناسب و کارآمد برای تهیه و انتشار گزارش‌های فارماکوویژیلانس؛
۲. تدوین و اجرای برنامه آموزشی بازرسین سازمان غذا و دارو در سطح ملی و استانی؛
۳. حمایت از سازوکار مبتنی بر واگذاری نظارت به شرکت‌های تخصصی و بخش خصوصی.

بسته راهبردی سوم

هدف راهبردی

۳. کاهش احتمال بروز خطا در خدمات سلامت

راهبرد (۱)

۱. جلوگیری از رفتارهای مغایر اخلاق حرفه‌ای

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. بازنگری و تدوین منشور اخلاق حرفه‌ای به تفکیک گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی ارائه‌دهنده خدمات سلامت؛

۲. تدوین و به‌روزرسانی چک‌لیست‌های ارائه خدمات به تفکیک گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی؛

۳. برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای بهره‌گیری مناسب از چک‌لیست‌های ارائه خدمات در راستای کاهش احتمال بروز خطا؛

۴. برگزاری دوره‌های آموزشی درخصوص قوانین و مقررات مربوط به خطاها و قصور در ارائه خدمات برای ارائه‌دهندگان خدمات؛

۵. تدوین نظام بازرسی و کنترلی کارآمد بر نحوه ارائه خدمات؛

۶. اصلاح فرایندها و نحوه ارتباطات مالی بیمار پزشک و داروساز.

بسته راهبردی چهارم

هدف راهبردی

۴. کاهش تقاضای غیرمنطقی خدمات سلامت از سوی مردم

راهبرد (۱)

۱. منطقی کردن قدرت انتخاب گیرندگان خدمات سلامت در چارچوب‌های مالی، فنی و اخلاقی نظام

سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی درخصوص تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد علمی برای

گروه‌های هدف؛

۲. نظارت بر روند بازاریابی و تبلیغات دارو و کالاهای سلامت؛

۳. تدوین نظام سطح‌بندی ارائه خدمات با اولویت داروهای گران‌قیمت و آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف و

ایجاد محدودیت در دسترسی به تجویز و مصرف آن.

راهبرد (۲)

۲. آگاه‌سازی گروه‌های هدف

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. توسعه کمی و کیفی مراکز اطلاع‌رسانی درخصوص فرآورده‌های دارویی و تجهیزات پزشکی؛

۲. تهیه، ساخت و پخش برنامه‌های مرتبط با جلوگیری از بروز مخاطرات اخلاقی جهت افزایش آگاهی

عمومی از صدا و سیما؛

۳. تاسیس مراکز اطلاع‌رسانی جامع در کلیه استان‌های کشور؛

۴. برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای مردم و مخاطبین خاص.

بسته راهبردی پنجم

هدف راهبردی

۵. کاهش میزان قاچاق فرآورده‌های دارویی، زیستی و تجهیزات پزشکی

راهبرد (۱)

۱. کنترل فرآورده‌ها در سطح عرضه

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ایجاد ساختار مناسب PMS و فارماکوویژیلاانس در کلیه شرکت‌های تولیدی و وارداتی دارویی

راهبرد (۲)

۲. کنترل قاچاق فرآورده‌های دارویی و تجهیزات پزشکی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین برنامه‌ای مبارزه با قاچاق فرآورده‌های دارویی و تجهیزات پزشکی؛

۲. ایجاد نظام و سامانه الکترونیک کنترل اصالت و رهگیری و ردیابی کلیه کالاهای سلامت در کشور.

اهداف عملیاتی

۱. کاهش میزان تجویز داروهای خارج از فهرست به کمتر از ۱ درصد نسخ؛
۲. کاهش میزان اقلام تجویزی در نسخ به حداکثر ۳ قلم؛
۳. کاهش درصد نسخ حاوی آنتی‌بیوتیک به کمتر از ۵۰ درصد؛
۴. کاهش میزان اقلام تجویزی تزریقی در هر نسخه به حداکثر ۴۰ درصد؛
۵. بررسی نسخ دارویی به میزان ۱۰ درصد نسخ براساس روش اتفاقی و مرتبط با پرداخت؛
۶. افزایش ۵۰ درصدی مراکز عرضه و اطلاع‌رسانی فرآورده‌های طبیعی و سنتی؛
۷. توسعه شرکت‌های سرمایه‌گذاری و هولدینگ خدمات پزشکی و تجهیزات - شاخص: سهم بخش سلامت از تولید ثروت ملی؛
۸. سرمایه‌گذاری و توسعه اقتصاد سلامت.

شاخص‌ها

بند اصلی

- نسبت راهنماهای بالینی تدوین و ابلاغ‌شده برای تجویز/ استفاده از فرآورده‌های اولویت‌دار داروها، تجهیزات و ملزومات پزشکی به کل فرآورده‌های دارویی، تجهیزات و ملزومات؛
- میزان صادرات دارو/ واکسن؛
- میزان صادرات لوازم/ تجهیزات پزشکی؛
- میزان واردات دارو/ واکسن؛
- میزان واردات تجهیزات و ملزومات پزشکی؛
- دسترسی به داروها و تجهیزات ضروری پزشکی در مراکز ارائه خدمات سلامتی براساس تعریف WHO؛
- کمبود ماهانه تعداد اقلام دارویی؛
- میانگین اقلام دارویی تجویز شده در نسخ؛
- نسبت تجویز دارو و پاراکلینیک براساس راهنماهای بالینی به کل تجویزها؛
- تعداد برنامه‌های تهیه، ساخت و پخش شده مرتبط با جلوگیری از بروز مخاطرات جسمی جهت افزایش آگاهی عمومی از صداوسیما؛
- نسبت خدمات پاراکلینیک نرمال گزارش شده به کل خدمات پاراکلینیک؛
- نسبت نسخه‌های حاوی آنتی‌بیوتیک‌ها به کل نسخه‌ها؛
- نسبت نسخه‌های حاوی داروهای تزریقی به کل نسخه‌ها؛
- میزان آگاهی مردم از مصرف منطقی دارو؛
- سهم دارو از هزینه‌های کل سلامت؛
- سهم دارو از شاخص تولید ناخالص داخلی؛
- درصد نسخ دارای داروهای خارج از فهرست؛
- میزان ساعت آموزش مردم درخصوص مصرف منطقی دارو درسال؛
- میزان بازرسی و بازدید از شرکت‌های مرتبط با دارو و تجهیزات پزشکی و نسبت فرآورده‌های دارویی، تجهیزات، مکمل، آرایشی و بهداشتی دارای برجسب اصالت در راستای نظارت بر فرآورده‌های تقلبی و غیرمجاز به کل فرآورده‌های موجود در بازار(درخصوص فرآورده‌های وارداتی)؛
- تعداد داروهای فهرست رسمی دارویی کشور.

سیاست ۶- تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.

تشریح سیاست

موضوع این سیاست تأمین امنیت غذایی و سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی و نیز تأمین آب و هوای پاک و امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن برای ارتقای سلامت جسمی است. که در آن بر لزوم رعایت استانداردهای ملی و بین‌المللی تأکید شده است.

بهبود امنیت غذایی و تغذیه‌ای آحاد مردم کشور جمهوری اسلامی ایران از طریق ارتقاء سطح دسترسی فیزیکی، اقتصادی، افزایش سواد و فرهنگ تغذیه‌ای و رهایی از بیماری‌ها و استفاده از تمهیداتی از قبیل اطلاع‌رسانی و آموزش، پژوهش، مشارکت در تدوین سیاست‌های نوین در عرصه غذا و تغذیه در برنامه‌های توسعه ملی و منطقه‌ای، تدوین لوایح و آیین‌نامه‌ها، پایش و اقدامات پیشگیرانه و درمانی در قالب ارزش‌های اسلامی و انسانی و قوانین جاری جمهوری اسلامی ایران امکان‌پذیر است.

راهبردهای مورد تأکید این سیاست همانند سیاست ۳ کاملاً بین‌بخشی بوده و همکاری دستگاه‌های ذینفع و عضو شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور را می‌طلبد. نکته مهم درخصوص زنجیره تأمین امنیت غذا، از هم‌گسیختگی آن است. به طوری که علی‌رغم تشکیل شورایی تحت عنوان شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به‌عنوان تنها سیاستگذار در حوزه تغذیه و امنیت غذایی و تصویب مصوباتی در این خصوص، مقصود حاصل نشده است. بنابراین ایجاد یک سازمان فرابخشی در این خصوص کارساز خواهد بود.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی؛
۲. بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از آب پاک و سالم؛
۳. بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از امکانات ورزشی همگانی؛
۴. بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از فرآورده‌های بهداشتی ایمن؛
۵. بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از هوای پاک.

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی

راهبرد (۱)

۱. تأمین امنیت غذایی و تغذیه

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. بازنگری سیاست‌ها و فرایندهای تنظیم بازار در جهت هماهنگی با سیاست‌های امنیت غذا و تغذیه؛
۲. تثبیت قیمت مواد غذایی اساسی (شیر و لبنیات، گوشت، حبوبات)؛
۳. تدوین، بازنگری و تقویت قوانین و استانداردهای ملی مواد خوراکی و آشامیدنی؛
۴. ایجاد عوارض بر محصولات و فرآورده‌های غذایی آسیب‌رسان به سلامت و اختصاص درآمدهای حاصل برای تولید و افزایش دسترسی به مواد غذایی سلامت‌محور.

راهبرد (۲)

۲. ترویج سبد غذایی مطلوب بومی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. اجرای بسیج‌های آموزشی و فرهنگ‌سازی الگوی غذایی صحیح با تأکید بر کاهش مصرف قند، نمک و روغن و افزایش مصرف میوه و سبزی؛
۲. تدوین و اجرای برنامه آموزشی سبد غذایی مطلوب برای کارکنان دولت و رسانه‌های جمعی؛
۳. تدوین و اجرای بسته‌های آموزشی ویژه رسانه‌های جمعی؛
۴. تدوین و اجرای برنامه جامع شناسایی غذاهای بومی، تعیین ارزش تغذیه‌ای آنها و معرفی به جامعه؛
۵. غنی‌سازی مواد غذایی عمده با هدف افزایش دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای از جمله غنی‌سازی اجباری شیر مدارس با ویتامین D و غنی‌سازی اجباری آرد با ویتامین D و روی علاوه بر آهن و اسید فولیک؛
۶. توزیع کالا برگ‌های غذایی برای مواد غذایی غنی از ریزمغذی‌ها و با کاهش درآمدی بالا برای خانوارهای آسیب‌پذیر؛

۷. گسترش و بهسازی محیط‌های تجمعی و مراکز عرضه و فروش مواد غذایی و خانواده با تأکید در مناطق محروم؛
۸. تدوین برنامه ملی پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی؛
۹. ادغام خدمات مشاوره تغذیه‌ای در مراکز بهداشتی، درمانی.

راهنمای (۳)

۳. توانمندسازی خانوارها در تامین و مصرف غذای سالم

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. هدف‌مندی یارانه‌های مواد غذایی به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار؛
۲. کمک اختصاصی به اقشار کم درآمد؛
۳. تدوین، توسعه و اجرای برنامه‌های مکمل یاری گروه‌های آسیب‌پذیر؛
۴. توسعه تعاونی‌های روستایی به‌منظور تأمین اقلام اساسی غذایی (سبزی، میوه، لبنیات و حبوبات) با قیمت مناسب؛
۵. تدوین برنامه ملی ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای در جامعه؛
۶. هدف‌مند کردن یارانه‌های غذایی در جهت تأمین ریزمغذی‌ها در اقشار کم‌درآمد (دهک ۱ تا ۳)؛
۷. آموزش و اطلاع‌رسانی عمومی از طریق رسانه‌های ارتباط جمعی، ساماندهی آموزش تغذیه و شیوه زندگی سالم در مقاطع تحصیلی آموزش و پرورش و آموزش عالی و تعیین حداقل دانش موردانتظار به تفکیک هر یک از مقاطع تحصیلی؛
۸. ایجاد مهارت‌های تغذیه‌ای در دختران در مقاطع بالای تحصیلی به‌منظور اصلاح الگوی مصرف خانواده.

راهنمای (۴)

۴. توسعه سیاست‌گذاری و اقدام مبتنی بر شواهد معتبر علمی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تقویت ساختار و فرآیندهای سیاست‌گذاری شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور؛
۲. تدوین و اجرای برنامه تقویت و حمایت از پژوهش‌های کاربردی به تفکیک حوزه‌های سیاست‌گذاری.

راهبرد (۵)

۵. کاهش هزینه‌های تولید و افزایش بهره‌وری

سیاست‌های اجرایی

۱. توسعه و تجهیز امکانات تولید محصولات غذایی در قطب‌های تولید و عرضه با توجه به سیاست‌های غذا و تغذیه‌ای کشور؛
۲. هدفمند کردن یارانه‌های تولید؛
۳. حمایت از توسعه مراکز خدمات در بخش کشاورزی و صنایع غذایی به‌ویژه از حیث توسعه بازار و تکنولوژی؛
۴. پشتیبانی از تأمین کافی و به‌موقع نهاده‌های کشاورزی.

راهبرد (۶)

۶. نظارت موثر بر تولید و عرضه مواد غذایی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. پیاده‌سازی سیستم بهبود کیفیت در واحدهای عرضه و توزیع مواد غذایی؛
۲. گسترش و بهسازی مراکز نگهداری و ذخیره‌سازی مواد غذایی (سیلو، انبار، سردخانه)؛
۳. نظارت بر مصرف هورمون و آنتی‌بیوتیک در مرغداری‌ها و دامداری‌ها؛
۴. ساماندهی تغذیه در مهد کودک‌ها، مدارس و مراکز آموزشی و مراکز نگهداری تجمعی، آسایشگاه‌های سالمندان، سربازخانه‌ها و سلف سرویس‌های دانشجویی؛
۵. تقویت سیستم پایش فرآورده‌های غذایی در سطح عرضه؛
۶. توسعه رستوران‌های حامی سلامت و رستوران‌های دارای سیب سلامت؛
۷. ساماندهی پایگاه تغذیه سالم مدارس؛

بسته راهبردی دوم

هدف راهبردی

۲. بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از آب پاک و سالم

راهبرد (۱)

۱. ارتقای شاخص برخورداری به آب آشامیدنی سالم مناطق شهری و روستایی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و اجرای برنامه جامع بهسازی منابع و تاسیسات آب آشامیدنی؛
۲. تدوین و اجرای برنامه تامین آب آشامیدنی سالم در مناطق فاقد دسترسی؛
۳. تدوین و اجرای برنامه حفاظت از منابع تامین آب آشامیدنی در برابر آلودگی‌ها؛
۴. تدوین و اجرای برنامه ایمنی آب آشامیدنی کشور؛
۵. تدوین و اجرای برنامه ارتقای آگاهی، جلب مشارکت مردم در مصرف بهینه آب.

بسته راهبردی سوم

هدف راهبردی

۳. بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از امکانات ورزشی همگانی

راهبرد (۱)

۱. گسترش دسترسی به محیط‌های حامی تحرک و ورزش همگانی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و اجرای برنامه برپایی کمپین‌های سبک زندگی سالم با تمرکز بر تحرک بدنی؛
۲. تدوین و اجرای برنامه حمایت از سرمایه‌گذاری در ورزش‌های همگانی؛
۳. تدوین و اجرای برنامه توسعه فضای سبز شهری؛
۴. تدوین و اجرای برنامه تامین امکانات ورزشی برای تمامی کارکنان دولت و کارگران کارخانجات؛
۵. تدوین و اجرای برنامه توسعه فضاها و امکانات ورزشی در دانشگاه‌ها و مدارس و پادگان‌ها؛
۶. تدوین و اجرای برنامه به اشتراک‌گذاری امکانات ورزشی بین دستگاه‌ها، بخش خصوصی و مردم؛
۷. تدوین و اجرای برنامه افزایش محیط‌های عمومی مناسب برای دوچرخه‌سواری و پیاده‌روی.

بسته راهبردی چهارم

هدف راهبردی

۴. بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از فرآورده‌های بهداشتی ایمن

راهبرد (۱)

۱. کاهش و کنترل فرآورده‌های غیرایمن

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و اجرای برنامه کاهش سموم و آلاینده‌ها و کودهای شیمیایی در مزارع کشاورزی؛
۲. تدوین و اجرای برنامه کاهش ورود پس‌آب به مزارع کشاورزی؛
۳. تدوین و اجرای برنامه کاهش استفاده از روغن ترانس و اسیدهای چرب اشباع در صنایع غذایی؛
۴. تدوین و اجرای برنامه کاهش استفاده از قند در محصولات غذایی به‌ویژه در نوشابه‌ها و آبمیوه‌ها؛
۵. تدوین و اجرای برنامه کاهش استفاده از نمک در صنایع غذایی؛
۶. تدوین و اجرای برنامه برجسب‌گذاری محصولات خوردنی، آشامیدنی و آرایشی؛
۷. تدوین و اجرای برنامه کاهش و کنترل قاجاق محصولات خوردنی، آشامیدنی و آرایشی.

بسته راهبردی پنجم

هدف راهبردی

۵. بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از هوای پاک

راهبرد (۱)

۱. تأمین سوخت کم‌آلاینده

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تأمین سوخت جامد سالم در فضاهای بسته عشایر، روستایی و حاشیه شهرها

بسته راهبردی ششم

هدف راهبردی

۶. همه اهداف (این بسته سیاستی برای همه اهداف کاربرد دارد).

راهبرد (۱)

۱. توسعه سیاستگذاری و اقدام مبتنی بر شواهد معتبر علمی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تهیه پیش‌نویس و تصویب قوانین و مقررات مکمل برای دستگاه‌های اجرایی، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده‌ها و مراکز دانش‌بنیان به منظور پوشش خلاءهای موجود در راستای ارائه نمایه ملی شاخص‌های زیست‌محیطی و تهدیدکننده‌های سلامت؛
۲. شناسایی و کنترل شاخص‌های زیست‌محیطی اثرگذار بر سلامت؛
۳. تهیه و تدوین سازوکار اخذ عوارض و جرایم بهداشتی برای تولیدکنندگان و عوامل ایجادکننده آلاینده‌های زیست‌محیطی اثرگذار و تهدیدکننده سلامت بر مبنای نمایه ملی کمی‌سازی خسارات اقتصادی بخش سلامت؛
۴. اجرای برنامه CBI ابتکارات جامعه محور؛
۵. پایش استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.

اهداف عملیاتی

۱. کاهش درصد/تعداد خانوارهای ناامن غذایی در کشور؛
۲. کاهش هزینه تولید و قیمت محصولات غذایی؛
۳. افزایش دسترسی دهک‌های پایین درآمدی به مواد غذایی حاوی ریز مغذی‌ها؛
۴. کاهش سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال؛
۵. کاهش شیوع کم‌خونی در کودکان ۱۲-۲۳ ماهه و ۶ ساله، دختران و پسران ۱۴-۲۰ ساله و در مادران باردار ۵ ماهه و بالاتر؛
۶. افزایش سطح سواد تغذیه‌ای جامعه؛
۷. افزایش درصد افرادی که حداقل ۵ بار در روز سبزی و میوه می‌خورند؛
۸. کاهش کمبود ویتامین D در کودکان ۱۲-۲۳ ماهه، کودکان ۶ ساله و دختران و پسران ۱۴-۲۰ ساله، مادران باردار ۵ ماهه و بالاتر، میانسالان و سالمندان؛
۹. کاهش کمبود ویتامین A در کودکان ۱۲-۲۳ ماهه و مادران باردار ۵ ماهه و بالاتر؛
۱۰. کاهش بار بیماری‌های منتسب به عوامل محیطی^۱
۱۱. ارتقاء شاخص کیفیت زندگی^۲ منتسب به عوامل محیطی تهدیدکننده سلامت؛
۱۲. ارتقا شاخص بهبود مراکز تهیه، نگهداری، عرضه و فروش مواد غذایی و بیماری‌های ناشی از غذا.

¹ Environmental Burden Disease (EBD)

² (QALY)

شاخص‌ها

بند اصلی

- نسبت اقلام مواد غذایی استراتژیک که کشور در تولید آن‌ها به خوداتکایی رسیده به کل مواد غذایی استراتژیک؛
- فراوانی جمعیت همراه با عدم امنیت غذایی متوسط یا شدید، براساس مقیاس تجربه ناامنی غذایی؛
- پوشش مکمل ویتامین A در کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه؛
- درصد افراد دچار کمبود دریافت انرژی به کل جمعیت؛
- درصد افراد دچار اضافه دریافت انرژی و بیش‌خواری به کل جمعیت؛
- درصد جامعه شهری و روستایی در دریافت مطلوب پروتئین به کل جمعیت؛
- درصد خانوارهای کشور با کمبود دریافت کلسیم به کل خانوارها؛
- درصد شیوع کمبود ویتامین D در کودکان ۲۳-۱۲ ماهه، کودکان ۶ ساله، دختران و پسران ۲۰-۱۴ ساله، مادران باردار ۵ ماهه و بالاتر، میانسالان و سالمندان؛
- درصد چربی‌های اشباع شده و ترانس در مواد غذایی؛
- مصرف مناسب میوه و سبزیجات (درصدی از جمعیت که مصرف مناسب میوه و سبزی (بالای ۴۰۰ گرم در روز) دارند)؛
- میزان دسترسی خانوارها به آب آشامیدنی سالم؛
- میزان آلودگی نمونه‌های آب آشامیدنی مطابق با استاندارد شیمیایی (ملی-منطقه‌ای-جهانی)؛
- میزان آلودگی نمونه‌های آب آشامیدنی مطابق با استاندارد میکروبی (ملی-منطقه‌ای-جهانی)؛
- دسترسی خانوارها به تسهیلات فاضلاب بهسازی شده؛
- تعداد روزهای هوای پاک به تفکیک شهر و روستا؛
- میانگین سالانه سطح PM2.5 در شهرها و روستاها؛
- درصد جمعیت در مواجهه با هوای ناسالم فضای بسته^۱ به کل جمعیت؛
- شیوع فعالیت بدنی ناکافی در نوجوانان (۱۳ الی ۱۸ سال)؛
- شیوع فعالیت بدنی ناکافی در بزرگسالان (۱۸+ سال)؛
- نسبت جمعیت به تفکیک جنسیت که از امکانات ورزش همگانی بهره‌مند نیستند؛
- بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.

^۱ Indoor

سیاست ۷- تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل:

۷-۱- تولید نظام سلامت شامل سیاستگذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

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

۷-۳- تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی؛

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

تشریح سیاست

این سیاست با اشاره صریح به لزوم تفکیک وظایف تولید و تأمین مالی و تدارک خدمات و تعیین حدود وظایف و اختیارات هر یک از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات به معضل اختلاف نظر بین سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر سر چستی و چگونگی اعمال تولید بخش سلامت که همواره بر سیاستگذاری‌ها و مسائل اجرایی فی‌مابین تأثیرگذار بوده است، خاتمه داده است.

در واقع آنچه که سیاست مذکور به دنبال آن بوده است، در درجه نخست احیای کارکردهای تولیدی و بازگرداندن آن به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی اصلی بخش سلامت کشور و جدا شدن مراکز ارائه خدمت از تأمین‌کنندگان مالی و همچنین جدا شدن مراکز ارائه خدمات از متولی و ناظر بخش سلامت است. زیرا تنها در این صورت است که شاهد کارایی و اثربخشی سه کارکرد تولید، تأمین مالی و ارائه خدمات خواهیم بود. به‌علاوه منظور سیاستگذار از تولید در این بند، ناظر بر نه رکن اصلی شامل ساختار کلان نظام سلامت، تعیین سیاست‌ها و جهت‌گیری‌های راهبردی، تعیین اولویت‌ها (تصمیم‌گیری درخصوص میزان و نحوه تخصیص منابع در دو سطح خرد و کلان)، تولید بینش راهبردی، تولید شواهد، تنظیم همکاری و روابط و تعاملات بین‌بخشی، قانونمندی و تنظیم ضوابط، قواعد و ابزارهای اجرای سیاست‌ها به‌منظور اجرا و پایش آن، حمایت از مصرف‌کنندگان/ دریافت‌کنندگان خدمات و در نهایت ارزیابی عملکرد بخش سلامت و خرده‌نظام‌های آن است.

البته لازم به ذکر است که سیاستگذار در سایر بندهای سیاستی به برخی ارکان تولید به‌طور ضمنی و یا صراحتاً اشاره نموده است، مانند بندهای ۱ و ۲ سیاست‌ها که ناظر بر حفاظت از مشتری و آگاهی مردم است، بندهای ۱ و ۱۳ که بحث آموزش در نظام سلامت را مورد توجه قرار داده است و بندهای ۴ و ۵ که ناظر بر تولید فراوردهای دارویی و بهداشتی بوده و نشانه توجه سیاستگذار به تولید منابع است.

بنابراین علاوه بر تولید به معنای حکمرانی خوب، مسئولانه و دلسوزانه که مستقیماً بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داده شده است، اداره نظام بیمه‌ای هم با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر عهده این دستگاه قرار گرفته است.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. ارتقای جایگاه تولیدی و افزایش سهم وزارت بهداشت در تنظیم و تصویب سیاست‌های اجرایی و برنامه‌های راهبردی مرتبط با سلامت؛
۲. افزایش آرایه خدمات درمانی مطلوب به مردم؛
۳. افزایش سهم وزارت بهداشت در تخصیص منابع سلامت.

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. ارتقای جایگاه تولیتی و افزایش سهم وزارت بهداشت در تنظیم و تصویب سیاست‌های اجرایی و برنامه‌های راهبردی مرتبط با سلامت

راهبرد (۱)

۱. تمرکز تولیت نظام سلامت در وزارت بهداشت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و تصویب ساختار تولیتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛
۲. ایجاد وابستگی مالی به وزارت بهداشت در شوراهای بین‌بخشی سلامت؛
۳. تدوین و تصویب قانون و دستورالعمل تشکیل شورای عالی بیمه سلامت در حوزه وزارت بهداشت با تناسب منطقی اعضا و وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی؛
۴. ایجاد دانشگاه عالی فرماندهی سلامت؛
۵. ایجاد مرکز تحقیقات استراتژیک سلامت و نظام سلامت؛
۶. تدوین قانون دسترسی اطلاعات سلامت سایر سازمان‌ها به وزارت بهداشت؛
۷. تدوین قانون الزام دسترسی به اطلاعات ارایه‌کنندگان خدمات سلامت بخش‌های وابسته به وزارت بهداشت؛
۸. تشکیل سازمان/ نهاد آمار و اطلاعات و شواهد سلامت ایران؛
۹. راه‌اندازی نظام پایش و ارزشیابی ملی نظام ارایه خدمات سلامت در وزارت بهداشت؛
۱۰. راه‌اندازی نظام پایش و ارزشیابی ملی نظام سلامت در وزارت بهداشت؛
۱۱. تشکیل موسسه اعتباربخشی مستقل ذیل وزارت بهداشت.

راهبرد (۲)

۲. توسعه نظارت‌های مردمی و نهادها

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تشکیل سازمان (نهاد) حمایت از حقوق گیرنده خدمات سلامت؛
۲. حمایت از سازمان‌های مردم نهاد؛
۳. تدوین و اجرای برنامه توسعه نظارت شوراهای اسلامی شهر و روستا بر تدارک خدمات سلامت.

بسته راهبردی دوم

هدف راهبردی

۲. افزایش ارایه خدمات درمانی مطلوب به مردم

راهبرد (۱)

۱. تفکیک نظام ارایه خدمات از تامین مالی و از ناظر / متولی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. جدا شدن مراکز ارائه‌دهنده خدمت از متولی و ناظر؛
۲. تصویب و تصحیح قانون استقلال دانشگاه‌ها (قانون هیئت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی)؛
۳. تمرکززدایی حداقلی در بیمارستان‌های آموزشی و تمرکززدایی حداکثری در بیمارستان‌های غیرآموزشی؛
۴. تقویت ساختارها با رویکرد افزایش نقش نظارتی و دیده‌بانی وزارت بهداشت؛
۵. ایجاد واحدهای ناظر / نظارتی ملی و استانی؛
۶. ایجاد سازمان واحد مسئول تامین مالی سلامت؛
۷. تدوین و تصویب برنامه جدا شدن مراکز ارائه خدمات، نهادهای مالی واسط (تأمین کننده مالی) مانند سازمان تأمین اجتماعی، شهرداری، وزارت نفت و سایر سازمان‌ها و واگذاری کامل به نهاد تعریف شده دیگر یا بخش خصوصی؛
۸. جدا شدن مراکز ارائه‌دهنده خدمت از تأمین کنندگان منابع مالی؛
۹. یکپارچه‌سازی سیستم‌ها و وحدت در عملکرد برنامه محور با سایر سازمان‌های مرتبط با سلامت.

راهبرد (۲)

۲. تنظیم مشارکت میان بخش خصوصی و بخش دولتی در ارائه خدمات سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین روش و نقشه مشارکت خصوصی - عمومی در ارائه خدمات سلامت

بسته راهبردی سوم

هدف راهبردی

۳. افزایش سهم وزارت بهداشت در تخصیص منابع سلامت

راهبرد (۱)

۱. مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. استقرار کامل نظام بیمه پایه اجباری و مکمل سلامت؛
۲. اجباری شدن بیمه پایه سلامت برای آحاد مردم؛
۳. تدوین و تصویب قانون یکی شدن بیمه‌های پایه و تصحیح قانون تأمین اجتماعی، قانون الزام (بند ب ماده ۳) و قانون بیمه خدمات درمانی و قانون ساختار رفاه و تأمین اجتماعی؛
۴. الزام وزارت بهداشت در خصوص تنظیم ساختار و استانداردهای گردآوری اطلاعات مالی و غیرمالی سلامت به‌عنوان متولی سلامت؛
۵. تدوین بسته‌های خدمت بیمه پایه، مکمل و غیربیمه‌ای (آزاد)؛
۶. اجرای برنامه بیمه پایه اجباری سلامت متناسب با درآمد؛
۷. استقرار ساختار تخصیص منابع سلامت در وزارت بهداشت برای کل نظام سلامت؛
۸. تنفیذ اختیارات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در تخصیص منابع به وزارت بهداشت.

اهداف عملیاتی

۱. ایجاد معاونت‌های و ساختارهای کارکردی در وزارت بهداشت؛
۲. استقرار نظام پرداخت برای کیفیت در سلامت؛
۳. تامین بیشتر منابع از پیش پرداخت؛
۴. نظارت بر همه عناصر و نهادهای موثر در نظام سلامت؛
۵. توسعه کمی و کیفی شرکت‌های خصوصی عام‌المنفعه و تحقیق و توسعه مراقبت‌های سلامت و ارائه خدمات.

شاخص‌ها

بند اصلی

زیر بند هفت - یک

- نسبت جلسات تشکیل شده مرتبط با موضوعات سلامت به کل جلسات هیات دولت؛
- نسبت مصوبات مربوط به حوزه سلامت در مجلس به کل مصوبات؛
- نسبت جلسات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی به ریاست رئیس جمهور به کل جلسات تشکیل شده در سال؛
- نسبت تخصیص منابع مالی از طریق وزارت بهداشت به کل منابع سلامت؛
- امکان تشکیل شورای عالی بیمه سلامت به ریاست وزیر بهداشت؛
- درصدی اختارهای سلامتی که وزیر بهداشت با توجه به موضوعات سلامتی به دستگاه‌های اجرایی ارائه می‌کند؛
- نسبت طرح‌ها با پیوست سلامت مصوب وزارت بهداشت به کل طرح‌های مصوب.

زیر بند هفت - دو

- سهم بیمه‌های پایه سلامت از هزینه‌های کل سلامت؛
- سهم هزینه سلامت بخش عمومی (دولت و بیمه‌ها) از هزینه‌های کل سلامت (درصد)؛
- سهم بیمه‌های تکمیلی از هزینه‌های کل سلامت (درصد)؛
- سهم هزینه‌های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد)؛
- نسبت منابع مدیریت شده توسط سازمان‌های بیمه‌گر از کل منابع صرف شده در بخش سلامت؛
- نسبت مدیریت منابع مالی بیمه‌ای از طریق وزارت بهداشت به کل منابع؛
- نسبت بودجه اختصاصی یا درآمد اختصاصی (خصوصی) به بودجه عمومی (بودجه از محل درآمد اختصاصی به درآمد عمومی)؛
- نسبت تخصیص منابع مالی از طریق وزارت بهداشت به کل منابع سلامت.

زیر بند هفت - سه

- نسبت جمعیت / خانوارهایی که به خدمات اولیه دسترسی دارند (به تفکیک سن و جنس)؛
- نسبت تخت‌های بیمارستانی در ده‌هزار نفر جمعیت به تفکیک محل ارائه‌دهنده خدمت؛
- تعداد مراکز ارائه مراقبت اولیه سلامتی به ازای ده‌هزار نفر جمعیت؛
- تعداد دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی منتخب در یک میلیون نفر جمعیت در واحدهای ارائه خدمات سلامتی؛

- سرانه بار مراجعه (سرپایی) در سال به تفکیک دولتی - عمومی و خصوصی؛
- سرانه بار مراجعه (بستری) در سال به تفکیک دولتی - عمومی و خصوصی؛
- میزان بهره‌مندی از خدمات بستری در شهر / روستا و حاشیه شهر؛
- درصد جمعیتی که با یک ساعت پیاده‌روی به واحد ارائه خدمات سلامت دسترسی دارند؛
- نسبت تخت‌های اورژانس به تخت‌های بیمارستان به تفکیک استان / دانشگاه؛
- سهم خدمات ارائه‌شده سرپایی و بستری توسط بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی از منابع بیمه‌های سلامت؛
- دسترسی / بهره‌مندی / هزینه‌کرد در سه بخش دولتی / عمومی / خصوصی؛
- درصدی از خدمات سلامت که زیر چتر تولید وزارت بهداشت هستند (ارزش ریالی خدمت، مقدار خدمات دریافت شده (ویزیت پر کپیتا)، جمعیت تحت پوشش).

زیر بند هفت - چهار

- تعداد مداخلات موثر در راستای کاهش مخاطرات طرح‌ها در زمینه سلامت؛
- سهم استفاده از سیاستگذاری آگاه از شواهد در حوزه سلامت به کل سیاستگذاری‌ها؛
- نظارت ۱-۳-۵ ساله (گزارش عملکرد دستگاه‌های عضو نظام سلامت هستند و وزارت بهداشت باید نظارت کند). هر دستگاهی که در حوزه سلامت فعال است باید گزارش آن به وزارت بهداشت ارائه شود و وزارت بهداشت ممیزی و نظارت کند (بازرسی وزارت بهداشت ارزیابی عملکرد این وظیفه را برعهده دارد)؛
- ارزشیابی عملکرد دستگاه‌های عضو نظام سلامت در خصوص پیامدهای سلامتی جمعیت تحت پوشش ۱-۳-۵ ساله؛
- میزان تصویب الزامات قوانینی که جهت ارتقا / حصول شاخص‌های مذکور حاصل شده است؛
- ارزشیابی عملکرد دستگاه‌های عضو نظام سلامت در خصوص پیامدهای سلامتی جمعیت تحت پوشش ۱-۳-۵ ساله.

سیاست ۸- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع از طریق:

۸-۱- ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی؛

۸-۲- افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها؛

۸-۳- تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقاء سلامت و توانمندسازی آن‌ها.

تشریح سیاست

تمرکز این سیاست بر روی دو مقوله کیفیت و ایمنی خدمات جامع سلامت از طریق استقرار نظام سطح‌بندی و ارجاع و با تأکید بر عدالت‌محور بودن، پاسخگویی و اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری خدمات با روش‌های گوناگون تجربه‌شده و علمی بوده است. از سویی قالب شبکه بهداشتی درمانی کشور (هر چند ساختار است ولی در نظام سلامت ما هم، هدف و هم راهبرد بوده است) به‌عنوان تجربه برتر و مورد پذیرش سیاست‌ها، زیرساخت اصلی بوده و در چارچوب آن نظام سطح‌بندی و نظام ارجاع به‌عنوان برنامه‌های اصلی مورد تأکید قرار گرفته است. علی‌رغم این مهم، برنامه پزشکی خانواده نه در این سیاست و نه در سایر سیاست‌ها به‌عنوان برنامه محوری مورد اشاره نبوده است. در ارتباط با راهکارهای تأمین کیفیت و ایمنی خدمات، بر روی تصمیم‌گیری و اقدام آگاه از شواهد در حیطه‌های مراقبت، آموزش و ارائه خدمت از طریق تدوین استانداردها، راهنماهای بالینی و فناوری‌های ارزیابی شده به‌عنوان روش اقدام، استقرار نظام حاکمیت بالینی به‌عنوان شناخته‌شده‌ترین برنامه ارتقاء کیفیت و توجه خاص به حیطه توانبخشی و برنامه‌های جامع آن با تمرکز خاص بر ارتقاء سلامت جامعه معلولان و جانبازان و توانمندسازی آنها به‌عنوان راهبرد اصلی تأکید شده است.

نکته بسیار مهم در این سیاست تأکید بر سیاست ادغام آموزش پزشکی در خدمات سلامت به‌منظور عدم طرح مجدد تفکر انتزاع و توصیه به تکمیل ادغام است. همان‌طوری که در گزارش و توصیه‌های نهایی اساتید و کارشناسانی که از طرف سازمان جهانی بهداشت به ایران آمده بودند، آمده است که باید ادغام آموزش گروه پزشکی در تمام سطوح شبکه یعنی از سطح وزارتخانه تا محیط شبکه و جامعه تکمیل شود تا بیشترین بهره از ادغام برده شود. یعنی هم ارائه مراقبت‌ها و خدمات عادلانه‌تر گردد و از آن مهم‌تر، آموزش گروه پزشکی جامعه‌نگر شود.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. ارتقای سلامت و توانمندی جانبازان و معلولان؛

۲. افزایش برخورداری مردم از خدمات و مراقبت‌های سلامت؛
۳. افزایش شفافیت و پاسخگویی واحدهای ارائه‌کننده خدمات و مراقبت‌های سلامت؛
۴. افزایش کیفیت خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت؛
۵. بهبود عملکرد نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور.

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. ارتقای سلامت و توانمندی جانبازان و معلولان

راهبرد (۱)

۱. ارتقای خدمات حمایتی مراقبتی جانبازان

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان

راهبرد (۲)

۲. ارتقای خدمات حمایتی مراقبتی معلولین

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جامعه معلولان کشور

بسته راهبردی دوم

هدف راهبردی

۲. افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت‌های سلامت

راهبرد (۱)

۱. توسعه ارائه خدمات در مکان‌های نیازمند

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدارک خدمات ویژه برای گروه‌ها و بخش‌های آسیب‌پذیر؛
۲. توسعه اورژانس هوایی جهت پوشش راه‌های فرعی و روستایی؛
۳. گسترش پایگاه‌های اورژانس شهرها و جاده‌های اصلی به منظور پوشش کامل حوادث و فوریت‌ها؛
۴. طراحی و استقرار مدل ارتقای سلامت حاشیه‌نشین‌ها و افراد آسیب‌پذیر و افزایش دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت؛
۵. طراحی و استقرار نظام جدید سطح‌بندی خدمات سلامت.

بسته راهبردی سوم

هدف راهبردی

۳. افزایش شفافیت و پاسخگویی واحدهای ارایه‌کننده خدمات و مراقبت‌های سلامت

راهبرد (۱)

۱. تمرکز بر گزارش‌دهی مسوولانه مدیران به مردم

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. الزام مدیران واحدهای ارایه‌کننده خدمات سلامت به ارایه گزارش‌های ادواری به مردم؛
۲. استقرار نظام ارزیابی فناوری‌های سلامت در سطح ملی؛
۳. حمایت از ساختار و فرآیند ارزیابی فناوری‌های سلامت در سطح استانی در درون چارچوب ابلاغی سیاست‌های ملی؛
۴. ایجاد یک هیئت امنای برای همه دانشگاه‌های یک استان (هیئت امنای استان) استقلال دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها تا حد ممکن و یکپارچگی سلامت؛
۵. طراحی و استقرار سامانه الکترونیک صدور مجوز مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت؛
۶. استقرار سامانه جامع اخذ، بررسی و پاسخگویی به شکایات گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت.

بسته راهبردی چهارم

هدف راهبردی

۴. افزایش کیفیت خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت

راهبرد (۱)

۱. ارایه خدمات سلامت توسط ارائه‌دهندگان مجاز در واحدهای مجاز و در زمان‌های مجاز

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. اصلاح و تقویت نظام پرداخت و کیفیت ارایه خدمات از طریق ارتقاء ارایه خدمات در بخش دولتی جهت جداسازی خدمات بخش خصوصی و بخش دولتی و حذف کار دوگانه ارائه‌دهندگان خدمات؛
۲. استقرار نظام اعتبارسنجی ارایه‌کنندگان خدمت شامل تعیین سن بازنشستگی پزشکان، دندانپزشکان و داروسازان؛
۳. تدوین و اجرای برنامه بهبود ایمنی بیمار و بیمارستان دوستدار ایمنی.

راهبرد (۲)

۲. شناخت خطاها و برقراری ارتباط بین آموزش‌های مهارتی کارکنان و استانداردها و راهنماهای بالینی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. توانمندسازی مهارتی کارکنان نظام سلامت؛
۲. تدوین استانداردها و راهنماهای مبتنی بر شواهد؛
۳. استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردهای کیفی و ایمنی خدمات؛
۴. استقرار نظام جامع یکپارچه ثبت خطاها، تخلفات و شکایات پزشکی و هماهنگ‌سازی نظام‌های رسیدگی‌کننده به آن‌ها.

بسته راهبردی پنجم

هدف راهبردی

۵. بهبود عملکرد نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور

راهبرد (۱)

۱. بازمهندسی فرآیندهای اصلی نظام شبکه بهداشتی و درمانی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تفکیک گواهی‌کننده‌ها و اعتباردهنده‌های حداقلی کیفیت (الزامات) از حداکثری کیفیت؛
۲. تقویت نظام ارجاع و جلوگیری از مراجعه مستقیم به سطح تخصصی و فوق تخصصی؛
۳. ارائه خدمات بی قید و شرط به مراجعه‌کنندگان اورژانس؛
۴. ایجاد یک نهاد مستقل استانی هیئت امنایی با اختیارات متناظر وزارت بهداشت در استان، زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که رئیس این نهاد، قائم مقام وزیر در استان و نایب رئیس هیئت امناء خواهد بود. این هیئت امناء سیاستگذار و ناظر بر نهاد تامین مالی سلامت در استان، نهاد هماهنگی تدارک خدمات در استان و نهاد/ نهادهای دانشگاهی در سطح استان خواهد بود. (تشکیلات مرکزی این نهاد مشتمل بر مرکز هماهنگی بین‌بخشی، مرکز برنامه و بودجه، مرکز صدور مجوز، مرکز اطلاعات و شواهد و مرکز نظارت کیفی خواهد بود)؛
۵. راه‌اندازی هولدینگ‌های ارایه خدمات سلامت در سطح استان‌ها؛
۶. تدوین روش و نقشه مشارکت خصوصی-عمومی در ارائه خدمات سلامت؛
۷. ساماندهی و یکپارچه‌سازی نظام ارایه خدمات سلامت در بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی براساس برنامه سطح‌بندی؛
۸. تدوین و تصویب برنامه اداره امور بیمارستان‌های آموزشی دانشگاهی با معیارها و استانداردهای جدید تحت مدیریت دانشگاه؛
۹. تدوین و تصویب برنامه تغییر نظام سه‌سطحی ارائه خدمت به نظام دو سطحی ارائه خدمات عمومی و تخصصی؛
۱۰. تدوین و تصویب برنامه تغییر نظام سه‌سطحی پیشگیری به نظام شش سطحی پیشگیری براساس نوع خدمت.

راهبرد (۲)

۲. پرداخت مبتنی بر عملکرد

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و اجرای دستورالعمل نهایی و جامع پرداخت مبتنی بر عملکرد برای تمامی مشاغل و حرفه‌ها؛
۲. استقرار و توسعه سامانه قاصدک سلامت؛
۳. ارزیابی نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و اثربخشی آن در تحول نظام سلامت.

راهبرد (۳)

۳. تمرکز بر به کارگیری فناوری اطلاعات و ارتباطات در واحدهای ارائه‌کننده خدمات

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. اتصال شبکه‌ای، تبادل اطلاعات و کنترل هوشمند تمامی واحدهای ارائه‌کننده خدمات در سطوح شهرستان و استان به یکدیگر و به وزارت بهداشت؛
۲. برقراری سطوح پزشکی از راه دور با اولویت درمانگر به درمانگر.

اهداف عملیاتی

۱. راه‌اندازی یک نهاد یکپارچه، مستقل و پاسخگو در هر یک از استان‌ها؛
۲. کنترل هوشمند عملیات ارایه خدمات سلامت بر پایه فناوری اطلاعات و ارتباطات از ستاد وزارت بهداشت؛
۳. ارایه گزارش‌های مکتوب ادواری توسط صد درصد مدیران ارایه‌کننده خدمات سلامت؛
۴. تعیین کد یونیک و تدوین پروتکل و استاندارد برای تمامی خدمات قابل ارایه در نظام سلامت؛
۵. توسعه چارچوب ملی خدمات برای ده عامل تهدیدکننده سلامت و بار بیماری؛
۶. قطع ارتباط مالی بین گیرنده و ارایه‌کننده خدمت؛
۷. تخصیص کلیه منابع و خرید کلیه خدمات سلامت از طریق نهاد ثالث.

شاخص‌ها

بند اصلی

- نسبت جمعیت/خانوارهایی که در واحدهای خدمات اولیه سلامت ثبت نام کرده‌اند؛
- درصد جمعیتی که با یک ساعت پیاده‌روی به واحد ارائه خدمات اولیه سلامت دسترسی دارند؛
- نمره شاخص شفافیت در نظام سلامت؛
- میزان شاخص کارایی نظام سلامت.

زیر بند هشت-یک

- نسبت پذیرش بیماران ارجاعی از نظام ارجاع به بیمارستان از سایر سطوح شبکه به تفکیک دانشگاه؛
- تعداد استانداردها و پروتکل‌هایی که در کوریکولوم‌های آموزشی لحاظ گردیده‌اند به تفکیک رشته مقطع؛
- نسبت واحدهای ارائه خدمات (از صدور مجوز تا تجهیز و راه‌اندازی) براساس نظام سطح‌بندی به کل واحدهای راه‌اندازی شده.

زیر بند هشت-دو

- نسبت بیمارستان‌های دارای نظام حاکمیت بالینی به کل بیمارستان‌ها؛
- نسبت شبکه‌های بهداشت و درمان دارای نظام حاکمیت بالینی به کل شبکه‌های بهداشت و درمان؛
- میزان بروز عفونت زخم جراحی یا عفونت ناشی از پروسیجر SSI: به کل جراحی‌های انجام شده؛
- میزان بروز عفونت بیمارستانی ناشی از ابزار به تفکیک دانشگاه / استان؛
- درصد بیمارستان‌های دارای سیستم گزارش‌دهی وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات تشخیصی درمانی به کل بیمارستان‌های کشور؛
- میزان بروز مرگ یا عارضه پایدار ناشی از وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات تشخیصی درمانی و مراقبتی ارایه شده در بخش بستری به تفکیک دانشگاه / استان؛
- درصد درجه اعتباربخشی بیمارستان‌ها به تفکیک شش سطح؛
- درصد مادرانی که حداقل یک‌بار مراقبت پس از زایمان را در چهل روز بعد از زایمان گرفته‌اند؛
- موفقیت در ترک دخانیات؛
- شیوع کنترل درمان دیابت، پرفشاری خون، آئزین ناپایدار؛
- بقای ۵ ساله سرطان‌ها (پستان، پروستات، کولورکتال و)؛
- مدت زمان انتظار در اتاق انتظار برای ویزیت‌های سرپایی؛
- میزان رضایت بیماران از خدمات بستری و سرپایی به تفکیک دانشگاه / استان؛

- تعداد بیماران پذیرش شده مجدد در ۳۰ روز بعد از ترخیص به تفکیک بیماری (سکته حاد قلبی، بیماری مزمن انسدادی ریوی، نارسایی قلبی، پنومونی، جراحی عروق قلبی CABG، تعویض اولیه و انتخابی مفصل لگن، تعویض مفصل زانو)؛
- مرگ در ۳۰ روز اول بعد از ترخیص به تفکیک بیماری (سکته حاد قلبی، بیماری مزمن انسدادی ریوی، نارسایی قلبی، پنومونی، جراحی عروق قلبی CABG، تعویض اولیه و انتخابی مفصل لگن، تعویض مفصل زانو)؛
- نسبت خرید راهبردی محصولات دانشی (استانداردها و پروتکل‌ها، راهنماهای بالینی) ابلاغ شده به کل محصولات دانشی ابلاغ شده؛
- نسبت بیمارستان‌هایی که حداقل یک فرایند خط و سیر بالینی^۱ را سالانه اجرا نموده‌اند به کل بیمارستان‌ها؛
- نسبت بیمارستان‌هایی که رتبه درجه یک برتر را در نظام اعتباربخشی کسب نموده‌اند به کل بیمارستان‌های کشور؛
- نسبت آزمایشگاه‌هایی که استانداردهای وزارت بهداشت در آن مستقر شده‌اند؛
- نسبت رادیولوژی‌هایی که استانداردهای وزارت بهداشت در آن مستقر شده‌اند؛
- نسبت واحدهای مراقبت‌های اولیه سلامت که استانداردهای پیشگیری از عفونت را رعایت می‌کنند به تفکیک دولتی-عمومی-خصوصی؛
- نسبت تعداد وقایع ناخواسته در بخش‌های بستری به تعداد بیماران بستری در بخش‌های مذکور؛
- میزان بروز شاخص‌های never event در بیمارستان‌ها (وقایع ناخواسته درمانی) - (مرگ مادر باردار، سقوط بیمار، تزریق خون و فرآورده‌های خونی اشتباه، استفاده از داروی اشتباه، خودکشی بیمار در بیمارستان، فرار بیمار از بیمارستان)؛
- متوسط مدت زمان ویزیت سرپایی؛
- درصد نمره ایمنی بیمار از کل نمره کسب شده در ارزیابی اعتباربخشی بیمارستان؛
- میزان بروز/تغییر درجات زخم فشاری در بیماران پرخطر شناسایی شده در بخش بستری؛
- درصد جراحی‌های منجر به مرگ از کل جراحی‌های هر جراح در سال INPATIENT SURGICAL DEATH RATE؛
- درصد مصرف قانونی مرفین به کل مرفین تولید شده؛
- پوشش درمان موثر برای موارد کم شنوایی که نیاز به سمعک دارند در افراد بالای ۶۵ سال؛
- بروز مرگ‌ومیر پیش‌بیمارستانی در موارد تصادفات رانندگی؛
- بروز مرگ‌ومیر بیمارستانی در موارد تصادفات رانندگی؛
- درصد تعیین تکلیف بیمار، ظرف ۶ ساعت در اورژانس بیمارستانی؛
- خروج بیمار از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت؛
- میزان ترک بیمار از بیمارستان با مسئولیت شخصی؛

^۱ Clinical Pathways

- درصد نیازهای برآورده نشده سلامتی^۱ در مطالعه بهره‌مندی؛
- نسبت خدمات طب مکمل و جایگزین به کل خدمات سلامت طب سنتی منتقل شود؛
- نسبت خدمات طب سنتی مبتنی بر شواهد به کل خدمات سلامت.

زیر بند هشت-سه

- نسبت جانبازان و معلولان کشور که تحت پوشش برنامه جامع مراقبتی و حمایتی قرار گرفته‌اند؛
- درصد رضایت جانبازان و معلولان از خدمات و مراقبت‌های سلامت؛
- درصد جانبازان و معلولان توانمند شده به تفکیک استان / دانشگاه؛
- میزان انطباق محیط ارائه خدمت با نیاز جانبازان و معلولان.

^۱ Unmet need rate

سیاست ۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی با هدف:

۹-۱- همگانی ساختن بیمه پایه درمان؛

۹-۲- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار به جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد؛

۹-۳- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به‌گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت برخوردار باشد؛

۹-۴- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری تا درمان؛

۹-۵- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی؛

۹-۶- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی؛

۹-۷- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.

تشریح سیاست

این سیاست عمدتاً بر روی نظام بیمه‌ای کشور و توسعه آن، هم به لحاظ کمی و هم کیفی متمرکز شده است و برای آن اهداف متعددی برشمرده است. از جمله همگانی کردن پوشش بیمه پایه درمان؛ اما علی‌رغم ذکر این مهم، در رابطه با روش اجرای آن مبنی بر یکسان‌سازی بیمه‌های پایه درمان و ادغام سازمان‌های بیمه‌گر پایه، محل ابهام وجود دارد. اما آنچه که واضح است سیاست‌گذاری بیمه‌های پایه درمان است که مطابق بند ۷ سیاست‌های کلی، مسئولیت آن بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نهاده شده است، به گونه‌ای که این سیاست‌گذاری باید در نهایت، منجر به بیمه شدن آحاد مردم نیازمند بیمه پایه شود.

پوشش کامل نیازهای پایه درمان با تأکید بر نقش آفرینی بیمه‌ها به‌طوری که زمینه کاهش پرداخت از جیب مردم را فراهم نماید، از دیگر مواردی است که در این سیاست مورد توجه قرار گرفته است.

به‌علاوه، سیاستگذار در این سیاست ضمن تأکید بر لزوم فراتر دیده شدن بیمه تکمیلی نسبت به بیمه پایه (تفکیک بیمه تکمیلی از بیمه پایه)، بر توسعه دامنه شمول خدمات درمانی در قالب بیمه تکمیلی با حفظ کیفیت بیمه پایه نیز تأکید کرده است.

تدوین بسته‌های خدمات درمانی پایه و تکمیلی از دیگر موارد مورد اشاره و تأکید سیاست است که وظیفه تدوین آن بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داده شده است. نکته مهم در این رابطه لزوم تبعیت بیمه‌های پایه و تکمیلی از این بسته‌ها است. کاری که تاکنون به دلیل توافق بیمه‌های تکمیلی با بیمه‌گذار و حساس نبودن شورای عالی بیمه جهت نظارت بر بیمه‌های پایه صورت نمی‌پذیرفته است. حال آن‌که با انتقال دبیرخانه شورای عالی بیمه براساس بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انتظار می‌رود این اقدام به صورت جدی‌تر پیگیری شود.

تأکید بر رقابتی شدن بازار برای بیمه‌های درمان از دیگر نقاط تمرکز سیاست است. البته منظور سیاستگذار از نوع بیمه (پایه/ تکمیلی) محل ابهام است. اما از آنجایی که موضوع یکسان‌سازی سیاست‌های بیمه پایه بدیهی است، به نظر می‌رسد در اینجا منظور سیاستگذار از بیمه درمان، ناظر بر بیمه‌های تکمیلی بوده تا بتواند از طریق رقابتی کردن بازار آن، قیمت تمام‌شده خدمات را کاهش دهد.

نحوه تعرفه‌گذاری خدمات با استفاده از دو روش استفاده از شواهد علمی (به معنای تعیین تعرفه‌ها براساس هزینه‌ها و قیمت تمام‌شده و نه صرفاً منابع موجود) و براساس ارزش افزوده (به معنای لحاظ کردن بهبودی و کیفیت زندگی به عنوان ارزش افزوده بخش سلامت علاوه بر کمیت خدمات در تعرفه‌گذاری) از دیگر نقاط تمرکز سیاست است. بحث یکسان کردن حق فنی در بخش خصوصی و دولتی با هدف برقراری عدالت و کاهش پرداخت از جیب مردم لحاظ گردیده است، اقدامی که در سال‌های اخیر به صورت تدریجی در نحوه تعرفه‌گذاری لحاظ شده و در مسیر کاهش فاصله تعرفه بخش خصوصی و دولتی تا یکسان‌سازی آن حرکت می‌کند.

در انتها نیز پرداخت مبتنی بر عملکرد با هدف لحاظ نمودن ابعاد کیفی عملکرد (مانند افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه، ترغیب انگیزه‌های مثبت) علاوه بر ابعاد کمی (حقوق ماهیانه و وقت‌مزدی) مطرح شده که در عین دشواری در پیاده‌سازی در ارتقاء کیفیت و ایمنی خدمات بسیار مؤثر خواهد بود.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی

راهبرد (۱)

۱. پوشش کامل نیازهای پایه درمان (پوشش جمعیتی، هزینه‌ای و خدمات)

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. اولویت‌بندی خدمات سلامت در قالب تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه، تکمیلی، آزاد (غیربیمه‌ای) و ممنوع توسط وزارت بهداشت؛

۲. همگانی ساختن بیمه پایه؛

۳. الزام به خرید کل خدمات پایه سلامت (جامع بهداشتی درمانی بازتوانی) توسط پرداخت‌کننده واحد.

راهبرد (۲)

۲. تجمیع صندوق‌های بیمه‌گر پایه

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ادغام صندوق‌های بیمه بهداشتی درمانی در صندوق بیمه سلامت ایران؛

۲. تشکیل نهاد جدید تأمین مالی واحد (گردآوری، انباشت و خرید) با رویکرد حمایتی و اجتماعی از محل ادغام پنج منبع مالی فعلی شامل بودجه عمومی دولت، صندوق بیمه سلامت ایران، صندوق تأمین اجتماعی و صندوق بیمه خدمات درمان نیروهای مسلح و خیریه.

راهبرد (۳)

۳. خرید خدمات سلامت با رویکرد سلامت‌محور (بهای سلامت پرداخت شود نه بیماری)

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. استقرار نظام پرداخت ترکیبی با محوریت سرانه و پاداش به ازای کیفیت در سطح اول ارائه خدمات سلامت؛
۲. استقرار نظام پرداخت آینده‌نگر با محوریت بودجه‌گلوبال و پرداخت ترکیب موارد در سطوح دوم به همراه پاداش به ازای کیفیت و کمیت؛
۳. استقرار نظام پرداخت عملکردی به منابع انسانی سلامت به ازای کمیت و کیفیت؛
۴. تدوین و اجرای برنامه توسعه بیمه‌های تکمیلی در تناسب با بسته‌های خدمات پایه و ضروری؛
۵. تدوین و اجرای چارچوب‌های قانونی رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی.

راهبرد (۴)

۴. مدیریت و تخصیص منابع با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تشکیل شورای عالی بیمه سلامت و استقرار دبیرخانه آن در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ترکیب متناسب تولیتی؛
۲. تدوین و اجرای برنامه جامع حمایت بودجه عمومی (افزایش سهم دولت) برای تأمین منابع بیمه‌ای و پوشش هزینه‌ای؛
۳. توسعه بیمه الکترونیکی در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت.

راهبرد (۵)

۵. مشارکت عادلانه مردم در هزینه‌های سلامت از طریق سازوکارهای پیش‌پرداخت و متناسب با درآمد/ دارایی و بهره‌مندی از خدمات متناسب با نیاز

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تعیین درصد و میزان پیش‌پرداخت به صورت هدفمند برای گروه‌های اجتماعی با رویکرد عادلانه و به صورت افزایشی؛

۲. بازبینی روش و سهم مشارکت مالی پرداخت‌کنندگان پیش‌پرداخت

اهداف عملیاتی

۱. پوشش صد در صدی بیمه پایه سلامت؛
۲. ایجاد توانایی صد در صدی تشخیص اقدامات زاید و غیرضرور در نظام بیمه‌ای کشور؛
۳. ایجاد یک نهاد برای بیمه پایه سلامت.

شاخص‌ها

بند اصلی

زیر بند نه - یک

- پوشش بیمه پایه سلامت (پنجک‌ها - شهر و روستا)؛
- درصد پوشش مالی خدمات سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر (پیشگیری - ارتقایی - خدمات تشخیصی - درمان سرپایی - درمان بستری - توانبخشی - تسکینی).

زیر بند نه - دو

- نسبت جمعیت مواجه شده با هزینه‌های فقرزای سلامت (متد سازمان جهانی بهداشت)؛
- نسبت جمعیت مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت (۲۵ درصد)؛
- نسبت جمعیت افرادی که در زیر خط ملی (و بین‌المللی) فقر زندگی می‌کنند؛
- درصد پرداخت از جیب از هزینه‌های کل سلامت؛
- میزان پوشش نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها؛
- درصد هزینه‌کرد بیمه‌های تکمیلی برای خرید خدمات بیمه پایه؛
- میزان هزینه‌ای که مردم برای خدمات از جیب پرداخت می‌کنند در حالی که باید بیمه پرداخت کند؛
- میزان مصرف خدماتی که مردم برای خدمات از جیب پرداخت می‌کنند در حالی که باید بیمه پرداخت کند به کل میزان خدمات مصرفی؛
- شیوع زیرمیزی (میزان پرداخت‌های غیرقانونی خارج از تعرفه مصوب).

زیر بند نه - سه

- درصد پوشش خدمات پایه سلامت توسط بیمه‌های تکمیلی

زیر بند نه - چهار

- نهاد تعیین‌کننده بسته بیمه پایه خدمات؛
- تعداد نهادهای مجری سیاست‌های بسته بیمه پایه وزارت بهداشت به کل نهادهای بیمه‌گر پایه‌ای درمان؛
- تعداد بسته‌های پایه‌ای که وزارت بهداشت در حال تعیین کردن آن است به کل بسته‌های پایه‌ای بیمه درمان؛
- تعداد بسته‌های تکمیلی که وزارت بهداشت در حال تعیین کردن آن است به کل بسته‌های تکمیلی درمان؛
- اقسام خدمات پایه سلامت (ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت) که توسط سازمان‌های بیمه پوشش داده می‌شود به کل خدمات پایه سلامت که توسط وزارت بهداشت ابلاغ شده است؛

- تعیین مازاد پرداختی برای خدمات با قیمت مصوب (چقدر پرداخت از جیب دارد و چقدر زیرمیزی محسوب می‌شود)؛
- نسبت خرید راهبردی محصولات دانشی (استانداردها و پروتکل‌ها، راهنماهای بالینی) ابلاغ شده به کل محصولات دانشی ابلاغ شده؛
- درصد پرونده‌های اضافه دریافتی از بیماران به کل پرونده‌های ارجاعی به سازمان تعزیرات حکومتی؛
- نسبت خدمات سلامت (بهداشت-درمان و توانبخشی) که به صورت راهبردی توسط بیمه‌ها خریداری می‌شوند به کل خدمات سلامت (به جز هزینه‌های آموزش و پژوهش)؛
- درصد بازنگری خدمات بیمه پایه سلامت؛
- سهم بیمه‌های تکمیلی از بازار همه بیمه‌ها؛
- درصد تقاضای القایی از کل خدمات ارائه شده؛
- میزان تجویز خدمات نابجا توسط ارائه‌کننده خدمات.

زیر بند نه-پنج

- میزان رقابت از لحاظ خرید راهبردی بین بیمه‌های مختلف (رقابت از لحاظ خرید راهبردی-برمبنای سیاست‌های تولید و تأمین‌کنندگان منابع - از لحاظ خدمات جانبی و سپس سهولت دریافت خدمات- از لحاظ دریافت‌کنندگان خدمات)

زیر بند نه-شش

- میزان تأثیر ارزش افزوده خدمات متفاوت بر قیمت تعیین شده نهایی به تفکیک خدمات؛
- نسبت تعیین تعرفه‌ها مبتنی بر شواهد به کل تعرفه‌های تعیین شده (وجود متدولوژی تعیین تعرفه خدمات مبتنی بر خدمات و تعرفه خدماتی که با این متدولوژی تعیین می‌شوند)؛
- میزان اختلاف درآمد تعدیل شده بین گروه‌های مختلف ارائه‌کننده خدمت؛
- مقایسه تمایل افراد برای انتخاب رشته با توجه به الویت‌های خرید راهبردی و با توجه به نیاز کشور؛
- سرمایه‌گذاری غیر از ارائه‌کنندگان خدمات گروه‌های غیرپزشکی در بخش بهداشت درمان (تبدیل بخش خصوصی به سهامی عام نه سهامی خاص)؛
- درصد تغییر سهم دریافتی کارکنان غیرپزشک از جزء حرفه‌ای بیمارستان.

سیاست ۱۰- تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:

۱-۱۰- شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها؛

۲-۱۰- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد؛

۳-۱۰- وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت؛

۴-۱۰- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

تشریح سیاست

این سیاست به موضوع تأمین منابع پایدار پرداخته است. به‌طوری که در زیربندهای آن بر روی موارد مهمی تأکید شده است، از جمله شفاف‌سازی درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌های بخش سلامت که از آنجایی که در هر روشی اعم از بیمه‌ای و مالیاتی تأمین‌کننده مالی مردم هستند، منظور از شفاف‌سازی درآمدها و هزینه‌ها برای نحوه تأمین آن بوده است. در قانون برنامه پنجم، تأمین حق بیمه براساس درآمد مبنای پرداخت حق بیمه بوده است و اگر این بند را هم ادامه همان ماده قانونی بدانیم، قرار است با این راهبرد به تأمین عادلانه منابع سلامت برسیم.

افزایش سهم بخش سلامت از درآمد ناخالص داخلی به میانگین سطح منطقه (که حدوداً ۸/۵ است) به خرج دولت یکی از موارد مورد تأکید سیاست در راستای تأمین منابع مالی پایدار است. با این کار هم می‌توان پوشش خدمات را بالا برد و هم هزینه از جیب مردم را کاهش داد.

تعریف عوارض بر محصولات و مواد زیان‌آور سلامت از دیگر راهکارهای تأمین منابع مالی پایدار برشمرده شده است که ذیل آن دو هدف، تأمین منابع مالی و کاهش مصرف مواد مضر با هم تأمین می‌گردند.

آخرین محور مورد توجه سیاستگذار در این سیاست یکی اختصاص یارانه به بخش سلامت و دیگری هدفمندسازی مصرف این یارانه‌ها به نحوی است که عدالت در تخصیص منابع تأمین گردیده و ارتقای سلامت به‌ویژه در مناطق کمتر برخوردار اتفاق بیافتد. به‌علاوه سیاستگذار با توجه خاص به شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت، بر کمک به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی صراحتاً تأکید کرده است.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت

راهبرد (۱)

۱. استقرار نظام تأمین مالی بیمه اجتماعی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تشکیل نهاد تأمین مالی سلامت با دو وظیفه اجتماعی و حمایتی؛
۲. تدوین برنامه ویژه برای مدیریت هزینه‌ها و بیماران در معرض هزینه‌های فاجعه آمیز؛
۳. ساماندهی حمایت خیرین از بیماری‌های صعب‌العلاج؛
۴. بهبود وضعیت عدالت عمودی و افقی در تأمین مالی خدمات سلامت.

راهبرد (۲)

۲. افزایش سهم سلامت از درآمدهای ناخالص ملی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. شناسایی، تعیین و اخذ عوارض بر کالاها و خدمات و رفتارهای آسیب‌رسان سلامت؛
۲. تعیین و اجرای مصادیق آسیب‌رسان سلامت با عنایت ویژه به قانون مالیات بر ارزش افزوده، ماده ۸ قانون جامع کنترل و مبارزه با دخانیات مبنی بر افزایش ده درصدی قیمت محصولات دخانی، بند ۱ تبصره ۱۶ قانون ارزش افزوده، قانون مالیات بر قیمت خرده‌فروشی‌ها مبنی بر تغییر ساختار و نرخ مالیات بر دخانیات و نوشابه براساس استانداردهای کنونی، لزوم تعریف مالیات سلامت بر سوخت‌های فسیلی و اختصاص درصدی از جرایم رانندگی به بخش سلامت به دلیل ایجاد رفتارهای پرخطر بعضی از رانندگان؛
۳. تدوین، تصویب و اجرای برنامه افزایش منابع مالیاتی از طریق تعریف منابع جدید مالیاتی (منابع حاصل از وقف، توریسم درمانی، خمس، ذکات و سایر وجوه شرعی)؛
۴. تدوین برنامه اجرایی افزایش سهم دولت و بیمه‌ها در کل هزینه‌های سلامت؛

۵. افزودن بند ط تبصره ۹ مبنی بر افزایش یک درصدی نرخ مالیات و عوارض ارزش افزوده که از ابتدای سال جاری براساس قانون بودجه ۸ درصد شد به قانون مالیات‌ها؛
۶. تخصیص هدفمند یارانه به بخش سلامت و توزیع هدفمند آن‌ها در درون نظام سلامت.

راهبرد (۳)

۳. سرمایه‌گذاری و تولید ثروت از طریق مدیریت هزینه و بهره‌وری در بخش سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ایجاد بازار مشترک سلامت در منطقه؛
۲. ایجاد درآمد و ارزش افزوده از سرمایه‌گذاری‌های هدایت‌شده و مدیریت وجوه و ذخائر دستگاه‌های اجرایی دولتی و عمومی، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در نظام سلامت؛
۳. تغییر در مدیریت مراکز بهداشتی درمانی با رویکرد واگذاری مدیریتی و کاهش تصدی‌گری دولت.

راهبرد (۴)

۴. شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها در بخش سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تشکیل صندوق ارتقای سلامت ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و مدیریت و هزینه‌کرد منابع حاصل از اخذ عوارض کالاها و خدمات آسیب‌رسان؛
۲. راه‌اندازی کامل سیستم ثبتی گردآوری داده‌های مالی بخش سلامت؛
۳. تکمیل تمام فازهای چهارگانه طرح نظام نوین مالی با تأکید بر تهیه گزارشات مالی، هزینه‌ای و عملکردی برای کلیه واحدها که مبنای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد قرار گیرد؛
۴. ایجاد سامانه نظام‌مند حساب‌های ملی سلامت با تأکید بر داده‌های ثبتی.

اهداف عملیاتی

۱. افزایش سهم تخصیص یارانه‌های دولت در بخش سلامت به گروه‌های هدف تا سقف ۸۰ درصد؛
۲. کاهش سهم پرداخت از جیب مردم به ۱۰ درصد در انتهای برنامه هفتم؛
۳. وصول ۱۰ درصد درآمد ناشی از حق بیمه ثالث به بخش سلامت مطابق بند «ب» ماده ۳۷ قانون برنامه پنجم؛
۴. تأمین ۰/۵ درصد از کل منابع سلامت از محل درآمدهای ناشی از توریسم درمانی با هدف ایجاد زیرساخت‌های توریسم درمانی؛
۵. وصول ۱۰ درصد از منابع حاصل از وقف به نظام سلامت؛
۶. هدفمندسازی ۵۰ درصد منابع مالی اهدایی خیرین برای جبران هزینه‌های بیماران دچار پرداخت‌های فاجعه‌آمیز سلامت.

شاخص‌ها

بند اصلی

زیر بند ده-یک

- شفاف‌سازی قانون‌مند درآمدها، هزینه، و فعالیت‌ها و تصویب قانون و عمل به انتشار شفاف حساب‌های ملی سلامت (سالانه) و شاخص‌های اصلی اقتصادی سلامت (تورم سلامت، کمرشکن، هزینه‌های فقرزا- پرداختی از بیمه به تفکیک...)
- میزان کسری شفاف حوزه سلامت (نظیر کسری اعلامی بر مبنای تفریق بودجه و کسری اعلام شده از طریق پرداخت از جیب) + کسری غیرشفاف حوزه سلامت - انجام حساب‌های ملی سلامت سالانه- انجام مطالعه بهره‌مندی سالانه؛
- میزان افشای بودجه‌های مصرف شده در سازمان‌های فعال در حوزه سلامت کشور به وزارت بهداشت به کل بودجه‌های مصرف شده سازمان‌های فعال در حوزه سلامت کشور؛
- میزان مالیات و عوارض مأخوذه از اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به کل بودجه حوزه سلامت؛
- میانگین درآمد ماهیانه در رشته‌های تخصصی حوزه سلامت؛
- نسبت بودجه با اعمال روش‌های بودجه‌ریزی عملیاتی به کل بودجه؛
- نسبت هزینه‌های دقیقاً منطبق با ردیف بودجه و اعتبار مربوط به کل هزینه‌ها؛
- نسبت هزینه‌های صرف شده در چارچوب بودجه عملیاتی به کل هزینه‌ها؛
- نسبت اعتبارات تخصیصی به برنامه‌های ارتقای شاخص‌های عملکردی وزارت به کل اعتبارات تخصیصی؛
- نسبت اعتبارات تخصیصی به برنامه‌های عملیاتی به کل اعتبارات طرح تملک دارایی‌ها و بودجه اختصاصی وزارت بهداشت؛
- نسبت اعتبارات تخصیصی به برنامه‌های عملیاتی ذیل سیاست‌های احکام و اسناد بالادستی و برنامه‌های راهبردی به کل اعتبارات تخصیصی؛
- نسبت افشای موارد مصرف اعتبارات بیماران صعب‌العلاج به کل موارد مصرف اعتبارات تخصیصی به بیماران صعب‌العلاج؛
- نسبت قیمت تمام شده خدمات سلامت به تعرفه تعیین شده همان خدمات در بخش دولتی؛
- نسبت قیمت تعرفه‌ای خدمات ارائه شده سلامت به اعتبارات تخصیصی به بخش سلامت در بخش دولتی.

زیر بند ده-دو

- نسبت جمعیت مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت (۲۵ درصد)؛

- درصد تامین اعتبارات بخش سلامت از منابع عمومی پایدار (در ایران منبع تامین پایدار شامل نفت، انواع مالیات ها، مالیات بر تولید و مالیات بر درآمد و مصرف که بهترین نوع بیمه است - نظیر مالیات بر ارزش افزوده - مالیات بر درآمد و حق بیمه)؛
- میزان پیش‌بینی پذیر بودن بودجه بخش عمومی و سهم سلامت از آن؛
- نسبت جمعیت افرادی که در زیر خط (ملی و بین‌المللی) فقر زندگی می‌کنند، تفکیک شده براساس گروه‌های سنی و جنسیت؛
- کل هزینه‌های جاری سلامت (درصد از تولید ناخالص داخلی)؛
- سرانه کل هزینه‌های سلامت (با رقم قابل پیش‌بینی با کشورهای دیگر از قبیل دلار بین‌المللی)؛
- هزینه‌های سلامت بخش عمومی از تولید ناخالص داخلی (درصد)؛
- سرانه هزینه‌های سلامت بخش عمومی (دلار بین‌المللی) - ثابت و جاری؛
- سرانه پرداختی از جیب خانوار برای سلامت (دلار بین‌المللی) - ثابت و جاری؛
- سهم هزینه انواع خدمات (درمان، بهداشت عمومی و پیشگیری و کالاهای پزشکی و ...) از هزینه‌های کل سلامت؛
- درصد هزینه‌های پرداختی از جیب از کل هزینه‌های سلامت؛
- سهم بیمه سلامت و بیمه تأمین اجتماعی از هزینه‌های کل سلامت؛
- سهم بخش عمومی به غیر از بیمه سلامت و تأمین اجتماعی از هزینه‌های سلامت؛
- سهم بخش خصوصی (پرداخت از جیب خانوار، شرکت‌های بیمه تکمیلی و غیره) از هزینه‌های کل سلامت؛
- سرانه تولید ناخالص داخلی (به دلار بین‌المللی)؛
- نسبت جمعیت مواجه شده با هزینه‌های فقرزای سلامت (متد سازمان جهانی بهداشت)؛
- سهم اجرای بودجه عملیاتی براساس out come, out put به تفکیک دستگاه‌های حوزه سلامت به کل بودجه حوزه سلامت؛
- میزان رشد سالانه منابع مالی بخش سلامت در مقایسه با میزان تورم سالیانه؛
- رتبه کشور در سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت در منطقه؛
- نسبت سهم اعتبارات غیروابسته به تخصیص بودجه از کل اعتبارات اختصاص یافته به بخش سلامت.

زیر بند ۵۵-سه

- میزان حصول تأمین هزینه‌های سلامت از محل عوارض بر محصولات، مواد و خدمات زیان‌آور به کل اعتبارات اختصاص یافته؛
- انتشار سالیانه اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان سلامت به کل اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان سلامت موجود در کشور؛

- تعداد اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان سلامت که بر آنها عوارض وضع شده به کل تعداد اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان سلامت موجود در کشور؛
- میزان تحقق منابع مالی حاصل از عوارض بر اقدامات و کالاهای آسیب‌رسان به کل منابع مورد انتظار قانونی از این سر فصل.

زیر بند ده-چهار

- نسبت بودجه تخصیصی از محل قانون هدفمندی یارانه‌ها به کل پیش‌بینی انجام شده در قانون؛
- نسبت اعتبارات مصرفی در مناطق غیربرخوردار و کم‌برخوردار به کل اعتبارات بخش بهداشت و درمان (قسمت داخل پرانتز با اصلاح)؛
- متوسط هزینه هر بار بستری به تفکیک دانشگاه/استان؛
- متوسط هزینه اقامت هر بیمار به تفکیک دانشگاه/استان؛
- نسبت اعتبارات مصرفی بخش بهداشت و درمان در مناطق محروم و کمتر برخوردار به کل اعتبارات بخش بهداشت و درمان.

سیاست ۱۱- افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. صحیح سیاست‌های کلی.

تشریح سیاست

همان‌طور که مشخص است سیاست اصلی در این بند، ارتقای سلامت است که به واسطه افزایش توانمندی و مشارکت فعالانه در سه سطح فرد، خانواده و جامعه، استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای و ایفای نقش نظارتی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محقق خواهند شد. در حالی که طبق قانون اساسی کشور، سلامت حق آحاد مردم به شمار می‌آید، آن‌ها نیز مسئولیت دارند تا در راستای ارتقای سلامت خود تلاش کنند. تنها در این صورت است که مردم خواهند توانست بر سلامت ایشان کنترل داشته و به سطحی از توانمندی برسند که سرنوشت سلامت خود را رقم بزنند. طبق شواهد جهانی، سهم نمودن مردم در ارتقای سلامت ایشان در عین کم‌هزینه بودن بسیار اثربخش است، به‌ویژه در مورد بیماری‌های غیرواگیری چون سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی-عروقی، اعتیاد و ایدز که عمدتاً ریشه در رفتار داشته و بنابراین راه ریشه‌ای کنترل و کاهش بار این دسته بیماری‌ها در گرو توجه به نقش مردم است.

از این رو می‌توان این‌گونه استدلال نمود که هدف این سیاست تأکید بر ارتقای سلامت از طریق مشارکت فعالانه مردم در سه سطح فردی، خانواده و جامعه است. به‌گونه‌ای که بتوان از طریق طراحی و اجرای برنامه‌های ارتقا دهنده سلامت در هر یک از سه سطح، بستر لازم برای ایجاد محیط‌های توانمندساز برای تسلط مردم بر سرنوشت سلامت ایشان را فراهم نمود. اما نکته اساسی در اینجا، لزوم مشارکت و نقش‌آفرینی مجموعه‌ای از دستگاه‌ها/ سازمان‌ها و نهادها اعم از فرهنگی و آموزشی (مانند سازمان‌های متولی آموزش عالی و عمومی، وزارت ارشاد و فرهنگ اسلامی، مساجد، صدا و سیما، رسانه‌ها و ...) در کنار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. چرا که در تأمین رفاه روحی، اجتماعی و معنوی علاوه بر رفاه جسمی افراد جامعه، بخش‌های حاکمیتی مختلفی (مانند نهادهای هویت‌ساز فرهنگی، اقتصاد، آموزش و پرورش، غذا، مسکن و ...) دارای اختیار و مسئولیت هستند. البته لازم به ذکر است از آنجایی که طبق شواهد داخلی و خارجی محتوای ارتقای سلامت انتقال داده شده از سوی کانال‌های مختلف ارتباطی به مردم دارای صلاحیت علمی نبوده و به اثر مطلوب منجر نمی‌شوند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همان‌طور که در این سیاست نیز بر آن تأکید شده است، نقش بسیار مؤثری در نظارت بر این ارتباط با مردم بر عهده دارد.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت ایشان

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت ایشان

راهبرد (۱)

۱. تقویت راهبری وزارت بهداشت و توسعه همکاری‌های بین بخشی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و اجرای برنامه توانمندسازی شوراها، اصناف، احزاب برای برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی در زمینه ارتقای سلامت؛
۲. هدایت رسانه‌های ارتباطی کشور؛
۳. تدوین و اجرای برنامه توسعه آموزش سلامت همگانی در رسانه‌های ارتباط جمعی با همکاری سازمان صدا و سیما و مطبوعات؛
۴. تدوین و اجرای برنامه توسعه آموزش سلامت مبتنی بر شبکه آی تی و فناوری‌های نوین اطلاعاتی و ارتباطی (E Health, M Health)؛
۵. هدایت مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها در ارتقای سلامت جامعه؛
۶. ساماندهی نمایندگان و تقویت راهبری وزات بهداشت در شوراهای بین بخشی.

راهبرد (۲)

۲. توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی و رعایت سبک زندگی سالم

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تدوین و اجرای برنامه ارتقای سواد سلامت ایرانیان؛
۲. تدوین و اجرای برنامه توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی به منظور رعایت سبک زندگی سالم و مدیریت ناخوشی جزئی، بیماری مزمن و حاد؛
۳. تدوین و اجرای برنامه آموزش سلامت در مدارس از پیش دبستان تا دبیرستان؛
۴. تدوین و اجرای برنامه توسعه آموزش اثربخش بیماران برای خودمدیریتی به‌ویژه در بیماری‌های مزمن؛

۵. برگزاری جشنواره رسانه‌های آموزش و ارتقای سلامت و جشنواره موقعیت‌های ارتقادهنده سلامت؛
۶. تهیه برنامه توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع در جوامع محلی؛
۷. توانمندسازی جامعه درخصوص مراقبت از سالمندان؛
۸. ارایه آموزش‌های لازم به زنان و فعال کردن آنان جهت ارتقای آگاهی خانواده‌ها در زمینه شیوه‌های سالم زندگی بااستفاده از امکانات رسانه‌های ملی و جمعی و وزارت آموزش و پرورش؛
۹. توسعه فرهنگ ورزش در بین دختران و زنان، رفع موانع موجود و دسترسی آنان به امکانات مورد نیاز و بهینه‌سازی اوقات فراغت آنان توسط سازمان‌های ذیربط؛
۱۰. افزایش آگاهی‌های زوجین و آموزش‌های لازم در زمینه حقوق، تکالیف، روابط سالم زناشویی، بهداشت باروری، مهارت‌های ارتباطی، حسن خلق و معاشرت.

راهبرد (۳)

۳. توسعه محیط‌های حامی سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ترویج سبک زندگی سالم ایرانی اسلامی در جامعه؛
۲. تدوین و اجرای برنامه توسعه موقعیت‌های ارتقادهنده سلامت در محل‌های کار، مدارس، دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، محلات، روستا، شهر و استان.

راهبرد (۴)

۴. حمایت از مشارکت مردم در تامین و ارتقای سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. استفاده از سازمان‌های مردم‌نهاد در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی؛
۲. تدوین و اجرای برنامه یک سفیر سلامت در هر خانواده؛
۳. تدوین و اجرای برنامه توسعه گروه‌های خودیار، همیار و همسال حامی سلامت؛
۴. تدوین و اجرای برنامه توسعه ائتلاف‌ها، اتحادیه‌ها، شبکه‌های حقیقی و مجازی حامی سلامت؛
۵. حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد.

اهداف عملیاتی

۱. تشکیل شبکه سازمان‌های مردم‌نهاد سلامت؛
۲. ارزیابی الگویی از فرد آگاه، توانمند، مسولیت‌پذیر و مشارکت‌جوی ایرانی؛
۳. معرفی سالانه سه فرد الگو به ازای هر شهرستان.

شاخص‌ها

بند اصلی

- سطح سواد سلامت مردم (نمره)؛
- شاخص سرمایه اجتماعی؛
- تعداد محتوای آموزشی سلامت اضافه شده به متون درسی دانش آموزان در مقطع ابتدایی، راهنمایی و متوسطه؛
- نسبت دقایق برنامه‌های آموزشی در زمینه سلامت پخش شده توسط صدا و سیما به کل دقایق پخش شده؛
- نسبت دقایق برنامه‌های تهدیدکننده سلامت پخش شده توسط صداوسیما به کل دقایق پخش شده؛
- نسبت رسانه‌های دیداری-شنیداری-نوشتاری دارای مجوز که ممنوعیت تبلیغات کالاها یا تهدیدکننده‌های سلامت را رعایت می‌کنند؛
- نسبت خانواده‌های دارای سفیر سلامت به کل خانواده‌ها (هر خانه یک پایگاه سلامت)؛
- نسبت دستگاه‌های اجرایی، موسسات و نهادهایی که بسته پایه سلامت کارکنان (خودمراقبتی سازمانی) ابلاغی وزارت بهداشت را مستقر کرده‌اند؛
- نسبت افراد آموزش دیده درباره بسته خودمراقبتی ابلاغی وزارت بهداشت؛
- نسبت شهرستان‌ها و استان‌هایی که هر سال مجمع سلامت خود را مطابق دستورعمل وزارت بهداشت برگزار کرده‌اند؛
- نسبت شهرستان‌ها و استان‌هایی که خانه مشارکت مردم در سلامت را مطابق دستورعمل وزارت بهداشت راه‌اندازی کرده‌اند؛
- نسبت افرادی که دارای کارت عضویت فعال در سمن‌های سلامت براساس دستورعمل وزارت بهداشت هستند؛
- تعداد سمن‌های سلامت ثبت شده به‌عنوان موسسه نیکوکاری در بورس به کل سمن‌های دارای مجوز وزارت بهداشت/کشور؛
- نسبت دستگاه‌های اجرایی، نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور که دارای نشان سلامت محوری از وزارت بهداشت هستند؛
- تعداد گزارشات مردمی وارد شده به تفکیک در سامانه ۱۹۰ و سامانه بارکد دو بُعدی سلامت محوری در هر فصل؛
- نسبت گزارشات مردمی رسیدگی شده به کل گزارشات دریافتی در سال؛
- نسبت صنوف هدف که دارای بارکد دو بُعدی سلامت محوری از وزارت بهداشت هستند؛
- درصد خدمات سلامت که در مناطق غیربرخوردار توسط خیرین یا نهادهای داوطلب ارایه می‌شود؛
- نسبت سرمایه‌گذاری ریالی در تدارک خدمات سلامت توسط خیرین به کل هزینه‌های سلامت.

سیاست ۱۲- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران:

۱۲-۱- ترویج کشت گیاهان دارویی تحت نظر وزارت جهاد کشاورزی و حمایت از توسعه نوآوری‌های علمی و فنی در تولید و عرضه فرآورده‌های دارویی سنتی تحت نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

۱۲-۲- استانداردسازی و روزآمد کردن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده‌های مرتبط با آن؛

۱۲-۳- تبادل تجربیات با سایر کشورها در زمینه طب سنتی؛

۱۲-۴- نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر ارائه خدمات طب سنتی و داروهای گیاهی؛

۱۲-۵- برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم‌افزایی تجربیات و روش‌های درمانی؛

۱۲-۶- اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه.

تشریح سیاست

این سیاست مشخصاً به موضوع طب سنتی پرداخته است و در آن سیاست، بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن این روش را مورد توجه قرار داده است. این موضوع علی‌رغم مخالفت‌های جدی عده‌ای از پزشکان معتقد به عدم توسعه طب سنتی اتفاق افتاده است. از این رو اقدام جدی در راستای تحقق این سیاست نسبت به سایر سیاست‌های کلی، نیازمند برنامه‌ریزی ویژه است. البته افراط‌هایی که در دولت قبل و به خصوص در دوره انتهای دولت دهم وجود داشت، باعث تفریط‌های فعلی عده‌ای شده است. به هر صورت در زیربنای آن، راهبردها و برنامه‌های مشخصی ارائه شده است از جمله تولید فرآورده‌های گیاهی دارویی با مسئولیت جهاد کشاورزی و حمایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از توسعه نوآوری‌های علمی و فنی در تولید و عرضه این فرآورده‌ها که البته هماهنگ با سیاست‌های اقتصاد مقاومتی نیز است.

برای این مهم، برنامه‌های جدی در سازمان غذا و دارو در همکاری تنگاتنگ با معاونت طب سنتی باید اتفاق بیافتد. از دیگر برنامه‌ها و راهبردهای مورد نظر این سیاست، تأکید آن بر استانداردسازی و روزآمد نمودن روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی و فرآورده‌های مرتبط است.

این سیاست می‌تواند در قانع نمودن منتقدان نسبت به علمی و قابل اجرا بودن این طب مؤثر باشد که حمایت جدی بخش‌های مختلف وزارت متبوع را از معاونت طب سنتی در جهت توسعه منطقی و ضابطه‌مند رشته طب سنتی و رشته‌های مرتبط می‌طلبد. استفاده از تجربیات سایر کشورها، ساماندهی آرایه خدمات بر پایه طب سنتی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ساماندهی آشفته بازار این خدمات، برقراری تعامل منطقی میان طب سنتی و نوین به منظور ایجاد هم‌افزایی میان تجربیات و روش درمانی، حداکثر بهره‌گیری از ظرفیت‌های هر دو در راستای

ارتقای سلامت مردم و حذف حساسیت‌های موجود میان آن دو و نیز اصلاح مزاج و سبک زندگی در عرصه تغذیه به‌عنوان وظیفه همگانی گروه پزشکی نوین و سنتی از دیگر برنامه‌ها و راهبردهایی است که صراحتاً در متن سیاست به آن‌ها توجه شده است.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. ارتقا و تعالی خدمات طب سنتی کشور؛
۲. ارتقا و تعالی وضعیت گیاهان دارویی و فراورده‌های طب سنتی کشور؛
۳. بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه کردن طب سنتی ایرانی؛
۴. تعالی و ارتقای سبک زندگی ایرانیان مبتنی بر تعالیم طب ایرانی.

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. ارتقا و تعالی خدمات طب سنتی کشور

راهبرد (۱)

۱. ادغام خدمات تأیید شده طب ایرانی در نظام ارائه خدمات سلامت و پوشش بیمه‌ای آن

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. برنامه‌ریزی برای تدوین و تعیین استانداردها و شاخص‌های ارزیابی خدمات مراکز ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی و مکمل؛
۲. برنامه‌ریزی برای اصلاح و تدوین دستورالعمل‌ها و قوانین مورد نیاز در حوزه مراکز ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی و مکمل؛
۳. برنامه‌ریزی برای تدوین بسته تحول خدمات طب ایرانی؛
۴. برنامه‌ریزی برای تولید فرآورده‌های طب سنتی متناسب با بار بیماری‌ها در کشور؛
۵. برنامه‌ریزی برای تعریف و وارد کردن نیازهای طب ایرانی در زیرساخت پرونده الکترونیک سلامت؛
۶. برنامه‌ریزی برای اصلاح نظام تعرفه و تعرفه‌دار کردن خدمات طب سنتی فاقد تعرفه؛
۷. برنامه‌ریزی برای تدوین، تصویب و اجرای شیوه‌نامه ادغام طب ایرانی در نظام ارائه خدمات سلامتی؛
۸. حمایت از افزایش تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی؛
۹. حمایت از طراحی، به‌روزرسانی و اجرای راهنماهای بالینی؛
۱۰. فراهم کردن زمینه ایجاد بخش ارائه فرآورده‌های طبیعی در داروخانه‌های رایج با حضور متصدی آموزش‌دیده و یا پیگیری تأسیس داروخانه یا مراکز ارائه خدمات فرآورده‌های طبیعی؛
۱۱. تدوین دارونامه (فارماکوپه) طب ایرانی با همکاری سازمان غذا و دارو؛
۱۲. نظارت دقیق بر واحدهای ارائه‌کننده خدمات طب سنتی مجاز و جلوگیری و برخورد قانونی با واحدهای غیرمجاز.

بسته راهبردی دوم

هدف راهبردی

۲. ارتقا و تعالی وضعیت گیاهان دارویی و فرآورده‌های طب سنتی کشور

راهبرد (۱)

۱. حمایت از سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در تولید، تجاری‌سازی و صادرات محصولات و فرآورده‌های طب ایرانی و مکمل

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تنظیم قوانین یا تفاهم‌نامه‌ها با سایر سازمان‌ها و دستگاه‌های ذینفع به منظور تنظیم الگوی پایدار کشت گیاهان مورد نیاز؛
۲. حمایت از تولید داخلی بر حسب نیاز داروهای طب سنتی و مکمل‌های گیاهی (براساس فهرست داروهای طب سنتی و مکمل‌های گیاهی وارداتی)؛
۳. تدوین قوانین حمایتی و نظارتی، به منظور توسعه، ترویج و استقرار فرآورده‌های طبیعی و سنتی.

بسته راهبردی سوم

هدف راهبردی

۳. بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه کردن طب سنتی ایرانی

راهبرد (۱)

۱. ارتقا و تعالی مناسبات بین‌المللی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. حمایت از تحقیقات، پایان‌نامه‌ها و کتب تبیین‌کننده تجربیات سایر کشورها و نهادهای بین‌المللی در جهت تسهیل ارائه خدمات طب سنتی و مکمل و نظارت بر فعالیت‌های حوزه طب سنتی؛
۲. حمایت از مطالعات تطبیقی بین نظام طب سنتی ایرانی - اسلامی با طب سنتی سایر ملل و طب کلاسیک؛
۳. حمایت از ایجاد پروژه‌ها و مراکز مطالعاتی مشترک با سایر کشورها در زمینه طب ایرانی؛
۴. انعقاد تفاهم‌نامه با سایر کشورها نظیر تفاهم‌نامه تبادل استاد و دانشجو و پروژه‌های مدیریتی - تحقیقاتی؛
۵. شرکت در همایش‌ها و مجامع بین‌المللی؛
۶. حمایت از برنامه‌های مرتبط با توریسم سلامت (تأسیس کلینیک، تجهیز بخش‌های بیمارستانی، دهکده‌های سلامت، مکان‌یابی و فراهم نمودن امکانات در چشمه‌های آب‌های معدنی و ...).

راهبرد (۲)

۲. تعالی و ارتقای کمیت و کیفیت آموزش‌های مرتبط با طب سنتی کشور

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. حمایت از کمیته‌های تدوین یا اصلاح کوریکولوم‌های آموزشی رشته‌های مختلف طب سنتی؛
۲. حمایت از دوره‌های توانمندسازی اعضای هیئت علمی؛
۳. تسهیل جذب فارغ‌التحصیلان رشته‌های مرتبط؛
۴. بسترسازی افزایش ظرفیت پذیرش رشته‌های مرتبط به خصوص نخبگان.

راهبرد (۳)

۳. تقویت پژوهش‌های طب سنتی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. حمایت از دوره‌های تربیت پژوهشگر در حیطه طب سنتی؛
۲. حمایت از پژوهشگران برتر با اختصاص گزنت‌های پژوهشی، جوایز و...؛
۳. حمایت از دانشگاه‌ها/ مراکز پژوهشی برتر با اختصاص گزنت‌های پژوهشی، جوایز و...؛
۴. تهیه بانک اطلاعاتی جامع در خصوص وضعیت موجود طب سنتی و مکمل در زمینه پژوهش در داخل یا خارج کشور، آموزش، افراد و مراکز ارایه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی طب سنتی و مکمل؛
۵. طراحی نقشه تحقیقاتی طب سنتی و مکمل و برنامه‌ریزی در جهت هدفمند کردن پژوهش‌ها در این زمینه؛
۶. تأسیس شبکه تحقیقاتی طب سنتی و توسعه فعالیت‌های آن؛
۷. تصویب قطب یا کانون‌های تحقیقاتی طب سنتی براساس توانمندی دانشگاه‌ها یا مراکز تحقیقاتی مختلف.

راهبرد (۴)

۴. توسعه ساختاری و زیربنایی نهادهای متولی یا مرتبط با طب سنتی کشور

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. حمایت از تشکیل مدیریت و یا اداره تعالی و توسعه طب سنتی در ستاد دانشگاه‌ها؛
۲. حمایت از تشکیل کمیته طب سنتی در سازمان نظام پزشکی کشور؛
۳. حمایت از تشکیل سازمان طب سنتی ایران؛
۴. حمایت از بازسازی، تجهیز و تاسیس و دانشکده‌های طب سنتی با اختصاص بودجه‌های مصوب به دانشگاه‌های علوم پزشکی.

بسته راهبردی چهارم

هدف راهبردی

۴. تعالی و ارتقای سبک زندگی ایرانیان مبتنی بر تعالیم طب ایرانی

راهبرد (۱)

۱. اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. حمایت از تولید محصولات مصرفی سالم منطبق با اصول حفظ تندرستی؛
۲. حمایت از برگزاری دوره‌های آموزشی ساده اصول حفظ‌الصحه؛
۳. حمایت از تهیه و تدوین نرم‌افزار، فیلم و سایر محصولات فرهنگی مرتبط با حفظ تندرستی و اصلاح سبک زندگی برای سطوح مختلف جامعه؛
۴. حمایت از طراحی بسته آموزشی ساده اصول حفظ‌الصحه برای دانش‌آموزان از ابتدایی تا متوسطه و سایر گروه‌های سنی، شغلی و جنسی جامعه.

اهداف عملیاتی

۱. اختصاص حداقل ۵ درصد اعتبارات پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی به پژوهش‌های طب سنتی و کاربرد آن در طب نوین و کلاسیک؛
۲. کسب سهم ۱۰ درصد ارزش بازار بهداشت کشور براساس قواعد و مبانی طب سنتی از جمله رعایت اصول شش‌گانه سلامت؛
۳. کسب سهم ۴ درصد ارزش بازار درمان کشور براساس روش‌های تشخیصی و درمانی طب سنتی؛
۴. کسب سهم ۲ درصد ارزش بازار داروی کشور توسط محصولات تأیید شده مبتنی بر داروهای طب سنتی؛
۵. کسب سهم ۲۰ درصد ارزش بازار داروی کشور توسط محصولات تأیید شده مبتنی بر داروهای گیاهی و محصولات طبیعی؛
۶. کسب سهم ۲۰ درصد ارزش بازار داروی حوزه دامپزشکی کشور توسط محصولات تأیید شده مبتنی بر داروهای گیاهی و محصولات طبیعی؛
۷. پوشش بیمه‌ای مناسب به‌منظور رسیدن به نرخ پرداخت از جیب ۳۰ درصد در حوزه طب سنتی؛
۸. کسب رتبه نخست منطقه در رفع نیازهای سلامت و پزشکی در حوزه طب سنتی و صدور خدمات، دانش فنی و فرآورده‌های گیاهی و طبیعی به میزان ۲۰ درصد از صادرات خدمات پزشکی کشور؛
۹. کاهش سطح برداشت رسمی و غیررسمی از عرصه‌های طبیعی به ۲۰۰ هزار هکتار در افق ۱۴۰۴؛
۱۰. افزایش سطح زیرکشت گیاهان دارویی و اسانس‌دار به ۵۰۰ هزار هکتار در افق ۱۴۰۴؛
۱۱. تأسیس حداقل ۲۰ مرکز رشد واحدهای فناوری در عرصه طب سنتی و داروسازی سنتی در افق ۱۴۰۴.

شاخص‌ها

بند اصلی

زیر بند دوازده-یک

- میزان اعتبارات پژوهشی تخصیصی وزارت جهاد کشاورزی به گیاهان دارویی؛
- میزان اعتبارات تخصیصی وزارت بهداشت جهت توسعه تحقیقات طب سنتی در دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها؛
- میزان واردات داروهای طبیعی و گیاهی؛
- سطح زیر کشت گیاهان دارویی و میزان توسعه بهینه آن؛
- میزان داروهای طبیعی افزوده شده به فهرست دارویی کشور.

زیر بند دوازده-دو

- بار مراجعه مردم به ارائه‌دهندگان خدمات طب سنتی (در سال)؛
- سهم ریالی طب سنتی از هزینه‌های کلی سلامت.

زیر بند دوازده-سه

- درصد واحدهای فروش محصولات و ارائه خدمات طب سنتی که استاندارد می‌باشند.

زیر بند دوازده-چهار

- تعداد پروتکل‌های همکاری اجرا شده با سایر کشورها به پروتکل‌های این حوزه (طب سنتی) - تعداد پروتکل‌های موجود و اجرا شده به تفکیک ذکر شود.

زیر بند دوازده-پنج

- سهم بازار کشور از طب سنتی؛
- میزان خدمات طب سنتی ارائه شده در کشور که مطابق بر اصول علمی منطبق با سیاست‌های موجود است؛
- سهم بازار داروهای طبیعی و فراورده‌های گیاهی کشور از کل داروها؛
- درصد فراورده‌های دارویی طبیعی و گیاهی تحت پوشش بیمه؛
- تعداد پروتکل‌های همکاری اجرا شده با سایر کشورها به پروتکل‌های این حوزه (طب سنتی) - تعداد پروتکل‌های موجود و اجرا شده به تفکیک ذکر شود؛
- نسبت آموزش طب سنتی از کل آموزش‌های پزشکی؛
- میزان توسعه رشته‌های پایه و تکمیلی مرتبط با طب سنتی؛

- نسبت تعداد مقالات مرتبط با طب سنتی در مجلات معتبر به تعداد هیات علمی.

زیر بند دوازده-نش

- میزان مستندات تولید شده جهت اصلاح سبک زندگی براساس آموزه‌های طب سنتی؛
- میزان سواد سلامت تغذیه‌ای مبتنی بر اصول طب سنتی.

سیاست ۱۳- توسعه کمی و کیفی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی، حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور.

تشریح سیاست

در این بند از سیاست‌ها، بر لزوم توسعه توأمآ کمی و کیفی نظام آموزش علوم پزشکی از طریق استقرار نظام آموزشی مبتنی به نیازهای سلامت جامعه، پاسخگو و عادلانه تاکید شده است.

به‌علاوه در ادامه به سه مشخصه خروجی‌های این نظام شامل دانش‌آموختگان کارآمد، برخوردار از ویژگی‌های اخلاقی و برخوردار از مهارت‌های لازم برای پاسخ به نیازهای سلامت جامعه اشاره کرده است.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. برقراری تعادل میان عرضه و تقاضای نیروی انسانی؛
۲. تأمین و نگهداشت منابع انسانی موردنیاز بخش سلامت؛
۳. توسعه کمی و کیفی نظام آموزش علوم پزشکی کشور.

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. برقراری تعادل میان عرضه و تقاضای نیروی انسانی

راهبرد (۱)

۱. برقراری جریان آزاد اطلاعات جامع و یکپارچه منابع انسانی بخش دولتی و غیردولتی سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ایجاد و ارائه بانک اطلاعات برخط شغل و شاغل براساس تعادل بین عرضه و تقاضای نیروی انسانی

مورد نیاز بخش دولتی و غیردولتی سلامت به تفکیک رشته شغلی و منطقه جغرافیایی در وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی؛

۲. استقرار نظام دیده‌بانی منابع انسانی بخش سلامت کشور با مدیریت واحد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

۳. طراحی و استقرار نظام دیده‌بانی آموزش عالی سلامت؛

۴. شبکه‌سازی در نظام آموزش عالی سلامت از طریق استفاده از ظرفیت‌های فضای مجازی.

راهبرد (۲)

۲. تربیت نیروهای عمومی و نیروهای واسط به جای تربیت تخصص و فوق تخصص در پاسخ به نیازها و

بازار سلامت مبتنی بر استانداردهای جهانی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. بازتعریف رشته‌ها، رشته‌ها و گروه‌های مختلف شغلی با هدف ایجاد و تقویت پست‌های شغلی واسطه

(مثل بهیار، بهداشت-کار دهان و دندان، پزشک خانواده، مراقب سلامت و غیره) و به تناسب آن ایجاد رشته-محل‌های مورد نیاز برای تربیت این دسته از نیروها؛

۲. بازنگری، اجرا و نظارت بر برنامه و کوریکولوم آموزشی رشته‌های گروه علوم پزشکی، پیراپزشکی و

زیستی، متناسب با نیازهای نظام سلامت، استانداردهای بین‌المللی و مبتنی بر ارزش‌های اسلامی-ایرانی هر ۵ سال یک‌بار؛

۳. توسعه مقاطع تحصیلات تکمیلی مبتنی بر نیاز مانند طب سالمندی، پزشکی خانواده، طب تسکینی و ...

راهبرد (۳)

۳. تعامل بین‌المللی فعال و الهام‌بخش در تربیت نیروی انسانی شایسته

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تسهیل جابه‌جایی نیروهای مازاد بر نیاز گروه پزشکی و پیراپزشکی، با رعایت کُدینگ سازمان جهانی بهداشت به کشورهای متقاضی؛
۲. تأمین نیروی انسانی مورد نیاز سلامت از بازارهای منطقه‌ای با رعایت استانداردهای ارائه خدمت ملی و کُدینگ سازمان جهانی بهداشت؛
۳. اجرای برنامه‌های مشترک علمی - آموزشی با مراکز معتبر جهانی؛
۴. تسهیل تبادل استاد و دانشجو میان دانشگاه‌های خارجی و داخلی در قالب بورس‌های تحصیلی و فرصت‌های مطالعاتی؛
۵. تعامل سازنده با مراکز معتبر علمی داخلی، منطقه‌ای و بین‌المللی در زمینه تبادل شواهد علمی و الگوهای نوین آموزشی.

راهبرد (۴)

۴. توسعه سیستم‌های خبره تصمیم‌یار

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تشکیل کمیته/ ستاد ملی مدیریت منابع انسانی سلامت، جهت وحدت فرماندهی و یکپارچگی تخصیص و توزیع منابع انسانی در بخش‌های دولتی و غیردولتی سلامت - سامانه برخط توزیع نیروی انسانی؛
۲. تدوین و الصاق پیوست منابع انسانی برای کلیه طرح‌ها، برنامه‌ها، پروژه‌های ملی سلامت؛
۳. ایجاد سامانه کمک به تصمیم‌گیری درخصوص توزیع منابع انسانی و خدمات سلامت در کشور براساس شرایط جغرافیایی، جمعیتی، امکانات و بار و الگوی بیماری‌ها و غیره.

بسته راهبردی دوم

هدف راهبردی

۲. تأمین و نگهداشت منابع انسانی موردنیاز بخش سلامت

راهبرد (۱)

۱. تنوع در شیوه‌های استخدام، انتصاب، عزل و جبران خدمت (نظام پرداخت) نیروی انسانی فنی، تخصصی و پشتیبانی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. استقرار نظام اعتباربخشی و ارزیابی عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات سلامت براساس ظرفیت کمی و کیفی ارائه خدمت و اصلاح نظام پرداخت، ارتقاء شغلی و تشویق براساس آن؛
۲. تخصیص اعتبار ویژه جهت جبران خدمات نیروی انسانی بخش سلامت در مناطق کم‌برخوردار با نرخ مناسب و در قالب نظام پرداخت عملکردی؛
۳. تدوین و اجرای سیاست‌های منطقی نمودن نسبت پرداخت‌ها بین سطوح مختلف شغلی.

راهبرد (۲)

۲. توسعه مشاغل فنی، تخصصی و پشتیبانی متناسب با نیازهای بخش دولتی و غیردولتی سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. اصلاح ترکیب مشاغل، شرح شغل و شرایط احراز مشاغل واحدهای ارائه خدمت صنف و ستاد با توجه به ادغام نظام خدمات آموزش عالی گروه علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت متناسب با نیاز بازار کار حداقل هر ۵ سال یک‌بار؛
۲. اصلاح معیارهای جذب، استخدام و توزیع نیروی انسانی مورد نیاز بخش سلامت متناسب با حجم کار و ترکیب شایستگی‌ها و مهارت‌های مورد نیاز بازار کار برای هر گروه شغلی و بازبینی آن حداقل هر ۵ سال یک‌بار؛
۳. توانمندسازی بدنه کارشناسی ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی درگیر در آموزش عالی سلامت؛
۴. تدوین و اجرای برنامه بومی‌گزینی.

راهبرد (۳)

۳. توسعه هدفمند مراکز آموزش عالی سلامت براساس سند آمایش سرزمین

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. سطح‌بندی مأموریتی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی در نظام سلامت براساس حوزه‌ی جغرافیایی (محلی، استانی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی)، سطح مدارج آموزشی (کارדانی، کارشناسی، ارشد، دکترای حرفه‌ای، متخصص و سایر عناوین) و وابستگی سازمانی (مستقل، تابعه یا وابسته)؛
۲. واگذاری اختیار شناسایی، جذب و استخدام نیروی انسانی مورد نیاز کلیه سطوح نظام ارائه خدمات سلامت و آموزش عالی گروه پزشکی از سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس برنامه و بودجه مصوب؛
۳. واگذاری اختیار شناسایی، جذب و استخدام نیروی انسانی مورد نیاز دانشگاه‌ها به هیئت امنای دانشگاه براساس برنامه و بودجه مصوب.

بسته راهبردی سوم

هدف راهبردی

۳. توسعه کمی و کیفی نظام آموزش علوم پزشکی کشور

راهبرد (۱)

۱. اعتباربخشی دانشکده‌ها براساس رویکرد تلفیق آموزش، پژوهش، ارائه خدمات مطلوب بهداشتی-درمانی و نوآوری در تولید علم و فن آوری ثروت آفرین (نسل دوم و سوم)

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تأیید صلاحیت علمی دانش‌آموختگان گروه علوم پزشکی توسط وزارت بهداشت و صلاحیت عملی آن‌ها توسط سازمان نظام پزشکی و سازمان نظام پرستاری کشور

راهبرد (۲)

۲. تنوع در پذیرش و ارتقای اعضای هیئت علمی (تدریس در سطح محلی، ملی، بین‌المللی و ...)

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. اصلاح جذب و استخدام اعضای هیئت علمی، با توجه به اصلاح هرم هیئت علمی تمام‌وقت دانشگاه‌های دولتی و غیردولتی (مرحله‌بندی جذب)؛
۲. جذب تمام‌وقت اعضای هیئت علمی و بهره‌مندی از خدمات آن‌ها حداقل به مدت ۱۰ سال در محل استخدام اولیه؛
۳. اجرای برنامه تربیت و مهارت‌آموزی عضو هیئت علمی؛
۴. اصلاح فرآیند ارتقای اعضای هیئت علمی براساس ارزشیابی متوازن عملکرد آن‌ها و با در نظر گرفتن میزان تحقق متوازن اهداف آموزشی، پژوهشی، فناورانه، اجرایی و ارائه خدمات در تمامی سطوح شبکه ارائه خدمات سلامت؛
۵. توانمندسازی اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها در کاربست فناوری‌های نوین آموزشی؛
۶. طراحی ساختار و هرم هیئت علمی در نظام سلامت مبتنی بر آمایش سرزمین.

راهبرد (۳)

۳. توسعه کمی و کیفی دانشگاه‌های گروه علوم پزشکی و اعتباربخشی آنها براساس رویکرد تلفیق آموزش، پژوهش، ارائه خدمات مطلوب بهداشتی-درمانی و نوآوری در تولید علم و فن‌آوری ثروت‌آفرین (نسل دوم و سوم)

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. اصلاح نظام اعتباربخشی مراکز آموزشی، اعضای هیات علمی و دانشجویان بر مبنای آموزش و ارائه خدمات مطلوب بهداشتی-درمانی، تولید علم و فناوری ثروت‌آفرین و اصلاح نظام توزیع منابع عمومی و پرداخت و تشویق براساس آن؛
۲. راه‌اندازی رشته‌های تحصیلات تکمیلی جدید با رویکرد حیطه‌های میان‌رشته‌ای و علوم و فناوری‌های نوین؛
۳. استقرار نظام دیده‌بانی اخلاق حرفه‌ای در نظام آموزش عالی سلامت؛
۴. تقویت تفویض اختیارات به دانشگاه‌های علوم پزشکی بر مبنای الگوی آمایش سرزمین؛
۵. بومی‌سازی دانش آموزش پزشکی و تولید شواهد معتبر ملی.

اهداف عملیاتی

۱. رسیدن به حد استاندارد نسبت پزشک و پیراپزشک به جمعیت؛
۲. افزایش ظرفیت و توان نگهداشت جذب نیروهای بومی تا ۳۰ درصد؛
۳. کاهش هزینه‌های پرسنلی به کل هزینه‌های جاری بخش سلامت، سالانه یک درصد؛
۴. قرار گرفتن حداقل ۷ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی در فهرست ۲۰۰ دانشگاه برتر دنیا؛
۵. حذف دوشغله‌بودن در بین شاغلین حرفه پزشکی بخش دولتی سلامت.

شاخص‌ها

بند اصلی

- سهم هزینه‌های آموزش گروه پزشکی از GDP؛
- افزایش تعداد برنامه‌های بازنگری شده گروه پزشکی مبتنی بر نیازهای نظام سلامت؛
- تعداد برنامه‌های بازنگری شده بر مبنای نیازهای نظام سلامت و آموزش مهارتی و حرفه‌ای؛
- نسبت دانش‌آموختگان شاغل مهارت آموخته، به کل دانش‌آموختگان شاغل؛
- افزایش مراکز اعتباربخشی شده و مجری آموزش‌های مهارتی و حرفه‌ای؛
- نسبت دانش‌آموختگان اشتغال یافته به کل دانش‌آموختگان؛
- سرانه فارغ‌التحصیلان در یک سال اخیر دارای پروانه مؤسسات حرفه‌ای به ازای صد هزار نفر جمعیت؛
- میزان تحقق سیاست‌های اجرایی آمایش سرزمین؛
- تعداد مصوبات کلان منطقه‌ها براساس سند آمایش سرزمین و برنامه‌هایی که به تصویب شورای گسترش رسیده نسبت به کل موارد ارسالی؛
- افزایش دبیرخانه‌های کلان منطقه‌ای استقرار یافته؛
- افزایش تعداد دانشگاه‌هایی که برنامه توسعه رشته‌های خود را مبتنی بر مزیت‌های منطقه‌ای و ماموریتشان ارائه نموده‌اند؛
- نرخ نگهداشت منابع انسانی بومی به تفکیک مناطق جغرافیایی؛
- نسبت شاغلان بومی همان منطقه آمایشی به کل شاغلان؛
- درصد دانش‌آموختگان بومی جذب شده در مناطق جغرافیایی به تفکیک رشته نسبت به کل؛
- افزایش تعداد دانشکده‌های آموزش مجازی یا مراکز آموزش مجازی راه‌اندازی شده با مصوب شورای گسترش؛
- نسبت دانش‌آموختگان حرفه سلامت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت؛
- نسبت دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش علوم پزشکی اعتباربخشی شده در کشور؛
- نسبت دانشگاه/ دانشکده‌های اعتباربخشی شده در هر استان و کشور به کل.

سیاست ۱۴- تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارایه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام.

تشریح سیاست

این سیاست شامل دو هدف چشم‌اندازی و یک راهبرد برای تحقق آن است. دو هدف چشم‌اندازی در زمینه علوم و فنون و ارایه خدمت است. به بیان دیگر طبق این سیاست، کشور در افق چشم‌انداز باید در حیطه علوم و فنون مرجعیت داشته و همچنین در حیطه ارایه خدمات سلامت، قطب منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام باشد.

در این قسمت توجه به مفهوم نوآوری و نظام نوآوری حائز اهمیت است. منظور از نوآوری در این سیاست عبارت است از تبدیل ایده به کاربرد، محصول، خدمت اجتماعی، فرآیند صنعتی و یا تجاری جدید و بهبود یافته که قابل عرضه و دارای مشتری باشد. منظور از نظام نوآوری شامل همه دانشگاه‌ها، مؤسسات پژوهشی، پارک‌های علم و فناوری، صندوق‌های حمایت مالی، نهادهای سازمان‌ها، شرکت‌های کسب و کارهای خصوصی با وام کم‌بهره و افراد است که با هم ارتباطات متقابل ایجاد کرده و نتیجه برآیند آن‌ها تولید، گسترش و کار دانش مفید (و یا نوآوری) خواهد بود.

بنابراین سیاستگذار در این سیاست به تولید علم نافع و مجموعه عوامل دست‌اندرکار این فرآیند در راستای تعالی پژوهش و توسعه آن در حیطه علوم پزشکی توجه و تمرکز نموده است.

لذا در تحقق این سیاست، زنجیره ایده تا عمل که شامل حمایت از پژوهش، توجه به کاربردی کردن یافته‌های پژوهش و تجاری‌سازی (در مورد فنون) و عملیاتی‌سازی (در مورد ارایه خدمات سلامت) است باید مورد توجه قرار گیرد.

اهداف راهبردی (احکام مرتبط با بند)

۱. تبدیل شدن به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام در حیطه ارایه خدمات پزشکی مبتنی بر پژوهش؛

۲. دستیابی به مرجعیت علمی در حیطه علوم و فنون سلامت.

بسته‌های راهبردی

بسته راهبردی اول

هدف راهبردی

۱. تبدیل شدن به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام در حیطه ارائه خدمات پزشکی مبتنی بر پژوهش

راهبرد (۱)

۱. توسعه به کارگیری پژوهش در تصمیم‌سازی و ارائه خدمات سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تسهیل ترجمان دانش توسط مجلات علمی- پژوهش با تهیه محتوای تصویری و یا صوتی و یا سایر محتواهای متنی برای انتقال یافته‌ها؛
۲. بهبود سازوکار و الزام به کارگیری یافته‌های پژوهش در حیطه کمیت و کیفیت خدمات سلامت و تصمیم‌سازی نظام سلامت؛
۳. سیاستگذاری انجام پژوهش بر داده‌های الکترونیک سلامت (از جمله پرونده الکترونیک بیماران) و برقراری اتصال^۱ آنها با سایر داده‌های مرتبط با سلامت؛
۴. توسعه و حمایت از اجرای طرح‌های کاربردی و سفارش‌محور.

راهبرد (۲)

۲. حمایت از تجاری‌سازی علوم و فنون سلامت با محوریت خلق ثروت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تسریع و تسهیل فرآیند اجرایی ارزیابی و اعتبارسنجی شرکت‌های دانش بنیان؛
۲. ایجاد نهاد دادرسی تخصصی علم و فناوری برای رسیدگی به شکایات و دادخواهی‌ها در قوه قضائیه؛
۳. برنامه‌ریزی و سیاستگذاری برای مدیریت کاهش هزینه تولید نسبت به واردات اقلام پرمصرف در حوزه سلامت؛
۴. ساماندهی نظام ثبت پتنت مرتبط با نظام سلامت؛

^۱ Linkage

۵. حمایت از شرکت‌های دانش‌بنیان و تقویت صندوق‌های نوآوری و شکوفایی (مالی، معافیت‌های مالیاتی و ...)
۶. حمایت از رشد و گسترش مراکز رشد و پارک‌های علم و فناوری در حوزه سلامت؛
۷. تسهیل سازوکار صادرات محصولات High Tech در حوزه سلامت؛
۸. توانمندسازی و فرهنگسازی توسعه فناوری.

بسته راهبردی دوم

هدف راهبردی

۲. دستیابی به مرجعیت علمی در حیطه علوم و فنون سلامت

راهبرد (۱)

۱. توسعه و تقویت زیرساخت‌های علم و فناوری

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ایجاد و توسعه امکانات سخت‌افزاری و نرم‌افزاری مورد نیاز پژوهش‌های علمی همگام با دانش روز (cutting edge scholarly research)؛

۲. سیاستگذاری و توسعه ظرفیت مطالعات ملی و منطقه‌ای جهت شناخت دقیق و عوامل خطر بیماری‌های مزمن به منظور انجام مداخلات جهت پیشگیری از این بیماری‌ها؛

۳. راه‌اندازی نظام‌های ثبت نوین بیماری‌ها و پیامدهای سلامت به‌عنوان بستری مناسب جهت تولید شواهد ارزیابی وضعیت خدمات پیشگیری و درمانی در سیستم سلامت کشور؛

۴. تدوین و اجرای برنامه توسعه ظرفیت جذب و به‌کارگیری دانشگران و فناوران.

راهبرد (۲)

۲. ارتقای کیفی پژوهش‌های حوزه سلامت

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ارزشیابی کیفی نهادهای تحقیقاتی و تخصیص منابع مالی پژوهش به مراکز تولید دانش (دانشگاه‌ها، مراکز تحقیقاتی و...) براساس تقسیم کار ملی، خوشه‌های علم و فناوری، کارآیی و عملکرد و درجه‌بندی دانشگاه‌ها؛

۲. راه‌اندازی سامانه ارزشیابی فناوری دانشگاه‌ها.

راهبرد (۳)

۳. تامین پایدار منابع مالی پژوهش

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ساماندهی نظام تأمین مالی توسعه علم و فناوری سلامت کشور؛
۲. جذب منابع مالی پژوهش و فناوری از مراکز بین‌المللی به‌ویژه کشورهای منطقه و جهان اسلام؛
۳. تسهیل سازوکار فرآیند وقف و خیریه در تأمین مالی پژوهش و فناوری.

راهبرد (۴)

۴. تربیت و به‌کارگیری دانشگران

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ایجاد و توسعه دوره‌های تربیت پزشکان برجسته براساس تجربه جهانی پزشک پژوهشگر؛
۲. توسعه دوره‌های تحصیلات تکمیلی، توسعه دوره‌های دکتری بر پایه تحقیق، توسعه دوره‌های دکتری بر پایه تحقیق، پسا دکتری و PhD آموزش محور؛
۳. بهبود وضعیت معیشتی و امکانات رفاهی اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها، مراکز و مؤسسات آموزش عالی؛
۴. شناسایی، جذب، حفظ، حمایت و هدایت استعداد‌های درخشان و نخبگان و استفاده از توان و ظرفیت آنان در توسعه کشور؛
۵. برنامه‌ریزی برای رفع موانع و تقویت انگیزه حضور نخبگان در عرصه‌های مختلف نظام سلامت.

راهبرد (۵)

۵. ترویج گفت‌وگو علمی

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. ترویج تفکر پژوهش و اخلاق پژوهش در جامعه دانش‌آموزی و دانشجویی کشور در حوزه‌های سلامت

راهبرد (۶)

۶. توسعه دسترسی به دانش و تبادل آن

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. تسهیل دسترسی به بانک‌های اطلاعاتی معتبر و روزآمد در حوزه‌های علم و فناوری سلامت (به‌ویژه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت)؛
۲. ایجاد گریدور ارتباط نخبگان با دانشمندان ایرانی مقیم خارج؛
۳. انتشار همه مجلات حوزه علوم سلامت به‌صورت الکترونیک؛
۴. فراهم نمودن بستر لازم برای بخش غیردولتی جهت فعالیت در زمینه انتشار دانش در نظام سلامت با تأکید بر جداسازی بخش تحریریه از انتشار در مجلات علمی و تخصصی کردن حوزه انتشار؛
۵. الزام وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های تابعه برای اختصاص واسطه انتقال فناوری (دانشگاه‌ها یا پژوهشگاه‌ها) به هنگام خرید و انتقال فناوری از خارج از کشور؛
۶. ایجاد بستر اختصاصی اینترنتی پر سرعت برای شبکه دانشگاهیان نظام سلامت؛
۷. توسعه دیپلماسی علم و فناوری با اولویت کشورهای جهان اسلام؛
۸. توسعه همکاری‌های علمی - فناورانه بین دانشگاه‌های داخل و خارج از کشور؛
۹. گسترش تعامل با مراکز و نهادهای بین‌المللی با ایجاد پیمان‌های منطقه‌ای و یا عضویت در شبکه‌های همکاری بین‌المللی؛
۱۰. حمایت از به‌کارگیری فناوری اطلاعات و شبکه جهت تسهیل ارتباطات و همکاری‌ها.

راهبرد (۷)

۷. رصد رقبا

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. پایش مداوم وضعیت تولید دانش و فناوری حوزه سلامت کشور به‌منظور حفظ و ارتقای سطح آن؛
۲. آینده‌نگاری دانش و فناوری حوزه سلامت.

راهبرد (۸)

۸. ماموریت‌گرا کردن دانشگاه‌ها

سیاست‌های اجرایی (فعالیت‌های مرتبط)

۱. آزادسازی استفاده از پژوهانه (گرن‌ت‌های پژوهشی) دانشگاه‌ها و سایر صندوق‌های حمایتی در حوزه‌های اولویت‌دار (مُصَرَّح در سند نقشه جامع علمی کشور در نظام سلامت) برای اعضای هیئت علمی تمامی دانشگاه‌های دولتی و غیردولتی و بین‌المللی داخل کشور و تمامی دانشجویان و دانش‌آموزان و بخش خصوصی و واحدهای تحقیق و توسعه به رسمیت شناخته شده فعال در داخل ایران؛
۲. توسعه ظرفیت‌ها و شاخص‌های بین‌المللی دانشگاهی جهت ارتقای رتبه بین‌المللی دانشگاه‌ها در راستای زمینه‌سازی جذب متقاضیان خارجی و جلوگیری از خروج متقاضیان به خارج از کشور؛
۳. طراحی مشوق‌های لازم برای دانشگاه‌ها به منظور توجه و تمرکز بر راه‌اندازی مراکز رشد و پارک‌های علم و فناوری؛
۴. تعیین حوزه‌های اولویت‌دار پژوهشی برای دوره‌های تحصیلات تکمیلی و تعریف مشوق‌های کارا برای پژوهش‌های کارشناسی ارشد و دکترای منجر به فناوری و ثبت اختراع؛
۵. ترغیب و تسهیل مشارکت فعال اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها در امور مرتبط به توسعه فناوری؛
۶. تدوین ماموریت‌های مراکز تحقیقاتی براساس اولویت‌های ملی پژوهش؛
۷. شبکه‌سازی مراکز تحقیقاتی کشور براساس ماموریت و تقسیم کار ملی.

اهداف عملیاتی

۱. افزایش سهم پژوهش ۴ درصد از تولید ناخالص داخلی (GDP) تا افق ۱۴۰۴؛
۲. افزایش منابع پژوهش‌های علمی حوزه سلامت به یک‌سوم منابع پژوهش‌های کشور تا افق ۱۴۰۴؛
۳. افزایش تعداد محققان علوم پزشکی ایرانی در رتبه‌بندی یک‌درصد برترین دانشمندان جهان به ۷۰ نفر تا افق ۱۴۰۴؛
۴. افزایش تعداد محققان علوم پزشکی ایرانی با شاخص h معادل ۱۵ و بالاتر براساس Scopus به ۲ درصد تعداد اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها تا افق ۱۴۰۴؛
۵. توسعه پژوهش‌های بین‌المللی حوزه سلامت نسبت به کل پژوهش‌های سلامت به ۲۵ درصد تا افق ۱۴۰۴ (با شاخص SCImago)؛
۶. توسعه مجلات علوم پزشکی نمایه شده در PubMed، Scopus و ISI: Web of Science به ترتیب به ۱۵۰، ۱۸۰ و ۴۰ مجله تا افق ۱۴۰۴؛
۷. رشد و گسترش مراکز رشد حوزه سلامت به ۶۰ مرکز تا افق ۱۴۰۴ (حداقل یک مرکز در هر دانشگاه)؛
۸. رشد و گسترش پارک‌های علم و فناوری حوزه سلامت به حداقل یک پارک به ازای هر دانشگاه قطبی تا افق ۱۴۰۴؛
۹. دستیابی به ۳۰۰۰ شرکت دانش بنیان در حوزه سلامت تا افق ۱۴۰۴؛
۱۰. دستیابی به شاخص ۱/۵ درصدی تعداد ثبت اختراع داخلی و بین‌المللی به تعداد اعضای هیأت علمی تا افق ۱۴۰۴.

شاخص‌ها

بند اصلی

- پژوهش‌های بین‌المللی حوزه سلامت نسبت به کل پژوهش‌های سلامت؛
- تعداد مجلات علوم پزشکی نمایه شده در Scopus؛
- تعداد مجلات علوم پزشکی نمایه شده در PubMed؛
- تعداد محققان علوم پزشکی ایرانی با شاخص h معادل ۱۵ و بالاتر براساس Scopus؛
- تعداد محققان علوم پزشکی ایرانی در رتبه‌بندی یک‌درصد برترین دانشمندان جهان توسط ESI؛
- مقالات منتشر شده توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی در پایگاه استنادی Scopus که در ۲۵ درصد مجلات برتر هر رشته براساس شاخص SJR یافت می‌شوند به کل مقالات دانشگاه‌های علوم پزشکی؛
- سهم پژوهش از تولید ناخالص داخلی GDP؛
- سهم منابع پژوهش‌های علمی حوزه سلامت از کل منابع پژوهش‌های کشور؛
- تعداد محققان علوم پزشکی ایرانی در رتبه‌بندی یک‌درصد برترین دانشمندان جهان؛
- سهم پژوهش‌های بین‌المللی حوزه سلامت از کل پژوهش‌های سلامت؛
- تعداد مجلات علوم پزشکی نمایه شده در ISI: Web of Science، Scopus، PubMed؛
- سهم پژوهش کاربردی نظام سلامت (HSR) از کل پژوهش‌های حوزه سلامت؛
- نسبت اعضای هیأت علمی بین‌المللی به داخلی؛
- نسبت دانشجویان بین‌المللی به داخلی؛
- افزایش تعداد دانشگاه‌هایی که اعتباربخشی بین‌المللی آنها مورد تایید قرار می‌گیرد؛
- نسبت تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی ثبت شده در پورتال Education Iran به کل تعداد دانشگاه‌های هدف برنامه؛
- نسبت پذیرش دانشجویان خارجی در دانشگاه‌های علوم پزشکی به کل دانشجویان پذیرفته شده در هر سال؛
- افزایش تعداد برنامه‌های مشترک در حال اجرا با دانشگاه‌های خارجی؛
- نسبت تعداد کوریکولوم‌های ترجمه شده به کل کوریکولوم‌های مصوب؛
- نسبت تعداد دانشگاه‌هایی که برنامه‌های بین‌المللی سازی آموزش را انجام داده‌اند به کل دانشگاه‌های هدف؛
- تعداد دانشگاه‌های در زمره صد دانشگاه برتر آسیا؛
- تعداد شعب خارجی دانشگاه‌های کشور.

تعریف واژگان

(الف)

۱- اثربخشی^۱

به میزان دستیابی به اهداف سازمانی یا حل شدن مشکلات اطلاق می‌شود. اثربخشی برخلاف کارایی، به هزینه‌های صرف شده برای حصول اهداف توجهی ندارد.

۲- اخلاق اسلامی

دستگاهی از عقاید و اصول رفتاری است که ریشه در تعلیمات دینی و اسلامی داشته و به‌سان چارچوب مرجع تفکر و رفتار، راهبر و هادی انسان در آراسته شدن به صفات و فضائل نیک و دور شدن از زشتی‌ها و رذایل است.

۳- اخلاق پزشکی^۲

دانشی میان رشته‌ای و محصول تشریک مساعی حوزه‌های معرفتی مختلفی همچون پزشکی، فلسفه، الهیات و حقوق است.

۴- آداب یا اخلاق حرفه‌ای^۳

عبارت از مجموعه‌ای از قوانین است که در وهله اول از ماهیت حرفه و شغل به‌دست می‌آید.

۵- ارتقاء سلامت^۴

فرآیندی برنامه‌ریزی‌شده و مدیریت‌شده برای ترغیب و کمک به بهبود سلامت در افراد جامعه از طریق ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است. این فرآیند، توانمندی افراد و جوامع انسانی را برای افزایش کنترل خود بر عوامل تعیین‌کننده سلامت افزایش می‌دهد.

۶- ارزش‌ها

منظور از ارزش میزان مطلوبیتی است که یک فرد یا یک گروه برای پدیده یا موضوع خاصی قائل می‌شود. در تدوین سند مذکور نیز ارزش‌های عنوان شده در حکم ضوابطی هستند که به‌دلیل مطلوبیت آن‌ها در نظام سلامت کشور، انتظار می‌رود مبنای انتخاب و قضاوت دست‌اندرکاران نظام سلامت در مواجهه با موقعیت‌های مختلف قرار گیرد.

^۱ <http://www.businessdictionary.com/definition/effectiveness.html#ixzz36IHlnEG6>:

^۲ کتاب پزشکی و ملاحظات اخلاقی - دکتر باقر لاریجانی

^۳ حسینیان، س، اخلاق در مشاوره و روانشناسی، تهران، کمال تربیت، ۱۳۸۵

^۴ A glossary of technical terms on the economics and finance of health services /by J. L. Roberts/ Consultant for Health Economics /WHO Regional Office for Europe

۷- ارزش افزوده^۱ (خدمات درمانی)

عبارت است از افزایش در ارزش پولی یک کالا (یا خدمت) بر اثر انجام کار یا خدمتی بر روی آن که سبب تغییر کاربرد، بهبود کیفیت یا تسهیل مصرف آن شود.

۸- ارزیابی فناوری سلامت^۲

یک فعالیت بین رشته‌ای است که ایمنی، کارایی و اثربخشی بالینی، هزینه، هزینه اثربخشی، عواقب سازمانی، پیامدهای اجتماعی، ملاحظات اجتماعی و اخلاقی ناشی از به‌کارگیری یک فناوری سلامت را به‌طور نظام‌مند مورد بررسی قرار می‌دهد.

۹- اصول

مجموعه ضوابطی هستند که همه دست‌اندرکاران حوزه تصمیم‌گیری، بر روی آن‌ها به‌عنوان پیش‌فرض‌های مشترک توافق داشته و به‌سان نقاط عزیمت به آن‌ها می‌نگرند. در این سند نیز اصول عنوان شده به‌سان ضوابط مورد وفاق تمامی دست‌اندرکاران بخش سلامت به‌عنوان مبنای عمل و رفتار در نظر گرفته شده است.

۱۰- امنیت غذا و تغذیه^۳

براساس آخرین تعریف مورد قبول مجامع علمی و بین‌المللی امنیت غذا و تغذیه عبارت است از دسترسی اقتصادی و فیزیکی همه مردم در تمام اوقات به غذای کافی، سالم با مطلوبیت اجتماعی و فرهنگی و بهره‌مندی تمام سلول‌ها از مواد مغذی کافی برای دستیابی به زندگی سالم و فعال. طبق تعریف، بهبود دسترسی فیزیکی به غذای کافی و سالم، بهبود دسترسی اقتصادی خانوار به آن، ارتقاء فرهنگ انتخاب غذا و سواد تغذیه‌ای و دسترسی سلول‌های بدن به مواد مغذی جهت ارتقاء سلامت، چهار عنصر اصلی امنیت غذا و تغذیه هستند.

^۱ رحمانی، تیمور؛ اقتصاد کلان، تهران، برادران، ۱۳۸۴، چاپ نهم، ص ۳۹

^۲ http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/What_is_health_tech.pdf

^۳ رکنی، نوردهر. ۱۳۷۲. اصول بهداشت مواد غذایی. چاپ اول. دانشگاه تهران

(ب)

۱- بازار رقابت^۱

بازاری است که تعداد زیادی تولیدکننده و مصرف‌کننده بر سر یک کالای همگن و خاص به داد و ستد می‌پردازند. در این نوع بازار سهم هر تولیدکننده از تولید آن کالای خاص اندک است.

۲- بخش خصوصی^۲

بخشی از اقتصاد است که تحت کنترل مستقیم دولت قرار ندارد.

۳- بخش سلامت

بخش سلامت مشتمل بر مجموعه‌ای از نهادها و سازمان‌های دست‌اندرکار در امر تأمین و تولید تسهیلات، تجهیزات و خدمات بهداشتی- درمانی است که مجموعاً تولید و مسئولیت تأمین و ارتقاء سلامت جامعه را بر عهده دارند.

۴- بخش عمومی^۳

بخشی از اقتصاد است که زیر نظر دولت فعالیت می‌کند.

۵- بسته راهبردی

مجموعه‌ای است متشکل از یک هدف راهبردی، یک راهبرد و مجموعه‌ای از سیاست‌های اجرایی که در راستای تحقق هدف راهبردی تعریف شده‌اند. شایان ذکر است متناسب با هر سیاست کلی و به تعداد راهبردهای ذیل هر هدف راهبردی، بسته راهبردی تعریف شده است.

۶- بهره‌مندی عادلانه

به فراهم بودن امکان دسترسی فیزیکی و اقتصادی به خدمات سلامت گفته می‌شود. به گونه‌ای است که امکان دریافت خدمات موردنیاز برای دریافت‌کنندگان خدمات فارغ از شرایط اجتماعی- اقتصادی ایشان و به دور از هرگونه تبعیض از سوی نظام سلامت فراهم شود.

۷- بهره‌وری^۴

سنججه‌ای برای تعیین کارایی یک شخص، یک ماشین یا یک نظام در حین فرایند تبدیل درون‌دادها به برون‌دادها است. بهره‌وری از تقسیم متوسط برون‌دادها به هزینه‌های کلی یا منابعی که مصرف شده‌اند به دست می‌آید.

^۱ نظام‌های اقتصادی، دکتر حسین نمازی. ناشر: شرکت سهامی انتشار، ۱۳۸۴

^۲ <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english>

^۳ <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english>

^۴ <http://www.businessdictionary.com/definition/effectiveness.html#ixzz36IHlnEG6>

(پ)

۱- پاسخگویی^۱

منظور از پاسخگویی، پذیرش مسئولیت پیامدهای مثبت و منفی تصمیمات و اقدامات فردی یا سازمانی در قبال گروه‌های ذینفع، ارائه دلایل قانع‌کننده برای تصمیمات اتخاذشده و تلاش در راستای جبران پیامدهای منفی و توسعه پیامدهای مثبت است.

۲- پوشش همگانی سلامت

حصول اطمینان از تدارک خدمات سلامت (شامل خدمات پیش‌گیرانه، ارتقاءدهنده، درمانی، توانبخشی و تسکینی) برای همه مردم متناسب با نیاز ایشان در وقت مقتضی توسط نظام سلامت ملی است. به گونه‌ای که بتوان نسبت به تضمین دسترسی عادلانه به خدمات، تأمین کیفیت خدمات و حمایت از افراد در برابر هزینه‌های سلامت به‌ویژه هزینه‌های کمرشکن اطمینان حاصل نمود.

¹ Clark S, Weale A. Social values in health priority setting: a conceptual framework. J Health Organ Manag. 2012;26(3):293-316

(ت)

۱- تامین مالی سلامت^۱

عبارت است از فرایند جمع‌آوری منابع مالی، توزیع و مصرف آنها در نظام سلامت.

۲- تدارک خدمات^۲

یکی از کارکردهای نظام سلامت است که از طریق ارائه خدمات پزشکی و درمانی به دنبال حفظ یا بهبود سلامت بیماران است.

۳- تقاضای القای^۳

عبارت است از انجام مراقبت یا فروش خدمت غیرضروری به بیماران یا مراجعان به نظام سلامت که با اعمال قدرت و سفارش افراد متخصص اجرا می‌شود.

۴- تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت^۴

مبلغی که موسسات تشخیصی - درمانی براساس مصوبه هیات وزیران موظفند در قبال ارائه خدمات تشخیصی - درمانی از بیماران دریافت نمایند.

۵- تولیت^۵

مسئولیت دولت‌ها برای تامین رفاه مردم که همراه با مشروعیت و اعتماد باشد و توسط مردم مورد کنترل قرار گیرد. تصمیم‌گیری مطابق با اصول اخلاقی، عدالت و کارایی اقتصادی، وظیفه اصلی وزارت بهداشت در راستای تولیت سلامت در سطح ملی است.

¹ http://www.who.int/topics/health_economics/en

² WHO, Health promotion glossary, 1998 Roberts, J.L., A Glossary of Technical Terms on the Economics and Finance of Health Services, WHO, 1998

³ Izumida Nobuyuki, Urushi Hiroo, Nakanishi Satoshi, An Empirical study of the physician - Induced Demand Hypothesis, "Review of population and social policy", 1999, No 8: 11-25

⁴ اساسنامه بیمه سلامت ایرانیان

⁵ Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. Bulletin of the World Health Organization 2000;78(6):732-9

(ج)

۱- جهان اسلام^۱

منطقه‌ای مشتمل بر مجموعه فضای پیوسته از کشور مغرب در آفریقای شمالی تا شبه‌قاره هند و آسیای مرکزی و از قزاقستان تا مشرق آفریقا و چند قسمت ناپیوسته در جنوب و جنوب شرقی آسیا و اروپا و حوزه‌های کوچک مسلمان‌نشین جهان است.

^۱ جعفر جوان، «کشورهای اسلامی و خصوصیات کلی جمعیت آنها»، مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال ۲۶، ش ۱ (بهار) ۱۳۷۲

(ح)

۱- **حفاظت مالی**

ساماندهی نظام تأمین و توزیع منابع مالی موردنیاز نظام سلامت، به گونه‌ای است که احتمال پرداخت هزینه‌های کمرشکن از سوی بیماران نیازمند به دریافت خدمات سلامت در هر بُرهه از زمان به حداقل ممکن برسد.

۲- **حق فنی^۱**

شامل پولی است که بابت پیچیدن نسخه، قیمت زدن، دستور زدن و در نهایت تحویل نسخه و دارو از بیمار گرفته می‌شود.

۳- **حقوق بیمار^۲**

عبارت است از قواعد اساسی که باید میان بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و افرادی که از بیماران مراقبت می‌کنند وجود داشته باشد.

۴- **حیات طیبه**

برخورداری از یک زندگی سالم و به دور از هرگونه آلودگی و خطا است که از طریق قناعت‌پیشگی، کسب روزی حلال، عبادت، اطلاعات از فرمان خداوند و عمل صالح به دست می‌آید.

¹ <http://www.rx-pharma.blogfa.com/post-1.aspx>

² Patient Rights: Learn About HIPAA and Other Rules

(خ)

۱- خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری^۱

برنامه‌های مراقبتی پیش‌گیرانه که برای آموزش و انگیزش افراد به منظور پیشگیری از ابتلا به بیماری و آسیب و نیز تلاش برای ارتقاء سلامت تدوین شده‌اند.

۲- خدمت‌رسانی مطلوب

تأمین و تدارک خدمات سلامت افراد جامعه متناسب با نیاز ایشان است. به گونه‌ای که علاوه بر فراهم نمودن دسترسی همگان به خدمات سلامت با کیفیت در هر برهه از زمان و مکان، کرامت انسانی بیماران و شأن اجتماعی آن‌ها در نزد تیم ارائه‌دهنده خدمت حفظ شود.

^۱ BlueCross BlueShield Association, <http://www.bcbs.com/coverage/glossary/>. Accessed April 12, 2011

(ر)

۱- راهبرد

خطوط عمده‌ای است که جهت‌گیری‌های کلی تحقق اهداف کلی را نشان می‌دهند.

۲- راهنمای بالینی^۱

مجموعه‌ای از گام‌ها است که باید برای انجام یک وظیفه یا اجرای یک سیاست برداشته شوند. راهنماها به‌طور مستمر از طریق بازبینی عملکردها تدوین می‌شوند. اجرای آن‌ها الزامی نیست ولی در تبیین نحوه اجرای سیاست‌ها و فرآیندها به مدیران کمک می‌کنند.

۳- روش‌مندی علمی

منظور بهره‌گیری از روش‌های کیفی تولید، گردآوری و تحلیل نظام‌مند اطلاعات و شواهد ثانویه در مراحل مختلف توسعه سند و همچنین تأیید روایی سازه‌ای و محتوایی سند در مراحل پایانی است.

¹ A glossary of technical terms on the economics and finance of health services /by J. L. Roberts/ Consultant for Health Economics /WHO Regional Office for Europe

(س)

۱- سطح‌بندی خدمات سلامت^۱

چیدمان خاص واحدهای تامین‌کننده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آن‌که دسترسی مردم به مجموعه‌ی خدمات تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد.

۲- سلامت در همه سیاست‌ها

دیدمان جدیدی در حوزه تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری عمومی است که با محور قرار دادن انسان سالم به‌عنوان مبنای توسعه اجتماع، برای اولین بار در سال ۱۹۸۶ با هدف ارتقاء سطح رفاه و سلامت همه‌جانبه اجتماعات انسانی، تقویت محیط‌های حامی سلامت افراد و کاهش فقر و نابرابری‌های اجتماعی، در اولین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت (آتاوا) مطرح شد. این دیدمان با مبنا قرار دادن تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت، بر ارائه راهکارهای نوآورانه، لزوم استقرار حاکمیت بین‌بخشی و مشارکت همه‌جانبه دستگاه‌های حاکمیتی دست‌اندرکار در ارتقاء سلامت جامعه بر مبنای استراتژی بُرد- بُرد استوار است.

۳- سلامتی همه‌جانبه

منظور از سلامتی همه‌جانبه تأمین تواماً سلامت همه ابعاد وجودی انسان (شامل بُعد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی) است. سلامتی همه‌جانبه به وضعیتی اشاره دارد که در آن فرد از سطحی از توانمندی برخوردار است که می‌تواند آزادانه و فعالانه به فعالیت‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی پرداخته و سلامت خود را به‌عنوان منبعی برای ادامه حیات در نظر می‌گیرد.

۴- سلامت روان^۲

عبارت است از حالتی از رفاه که هرکس بتواند ظرفیت‌های بالقوه خود را بشناسد، از عهده مدیریت استرس‌های عادی در زندگی‌اش برآید و به‌طور فعال در جامعه خویش نقشی داشته باشد.

۵- سهم مردم از هزینه‌های درمان^۳

هزینه‌هایی از درمان که مردم باید به ازای دریافت خدمات از جیب پرداخت نمایند.

۶- سیاست اجرایی

سیاست‌های اجرایی در سند حاضر، مجموعه‌ای از تعهدات است که برای انجام تعدادی از عملیات یا فعالیت‌ها در راستای تحقق اهداف کلی متناسب به آن‌ها ضروری است. انتظار می‌رود این سیاست‌ها بتوانند مبنای تدوین

^۱ دستورالعمل نظام ارجاع و پزشک خانواده در مناطق شهری - نسخه ۰۱

^۲ <http://www.who.int/features/qa/62/en/>

^۳ <http://www.jointlearningnetwork.org/health-insurance-glossary>

برنامه‌های توسعه میان‌مدت آتی کشور در حوزه مربوطه قرار گیرند و زمینه تحقق اهداف چشم‌اندازی در حوزه مربوطه را فراهم نمایند.

۷- سیاست‌های کلی سلامت

مجموعه‌ای از اصول کلی و هادی هستند که جهت‌گیری‌های کلان نظام سلامت برای تحقق اهداف چشم‌انداز ۱۴۰۴ را مشخص کرده و مبنای اتخاذ تصمیمات و اقدامات دولت در طول زمان قرار می‌گیرند.

(ش)

۱- شاخص‌های ارزیابی سیاست‌ها

منظور از شاخص‌ها معیارهایی هستند که امکان ارزیابی تحقق اهداف سیاست‌های کلی سلامت را برای سیاستگذاران فراهم می‌کنند. با محاسبه شاخص‌ها می‌توان وضعیت اجرای سیاست‌های تدوین شده ذیل سیاست کلی و هدف راهبردی را رصد کرد.

۲- شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی

این شورا، عالی‌ترین مرجع تصمیم‌گیری در زمینه نحوه تأمین مالی خدمات سلامت (اعم از دولتی و خصوصی) و مدیریت گردش مالی از طریق نظام بیمه‌ای سلامت به حساب می‌آید. مأموریت این شورا تصمیم‌گیری درباره ارزش نسبی و تعرفه خدمات سلامت، تأیید فهرست و سطح خدمات مشمول بیمه پایه و تکمیلی، تصویب کلیات ضوابط انعقاد و فسخ قرارداد بیمه‌های سلامت، تعیین حق بیمه‌های پایه و تکمیلی است.

۳- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

این شورا، تنها مرجع تصمیم‌گیری و نظارت فرابخشی در حیطه سلامت و امنیت غذایی کشور است که برابر بند (الف) ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه کشور از سال ۱۳۸۳- با ادغام دو شورای غذا و تغذیه و شورای عالی سلامت- به ریاست رئیس محترم جمهور و عضویت دستگاه‌ها و سازمان‌های ذینفع در امور سلامت و امنیت غذا تشکیل شده است و تا به امروز همواره به فعالیت خود ادامه می‌دهد. مأموریت این شورا، تصویب سیاست‌های اجرایی بین‌بخشی سلامت در راستای تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت، فراهم شدن شرایط دسترسی و برخورداری آحاد جامعه از سبد غذایی مطلوب و بهبود کیفیت و شیوه زندگی آحاد مردم است.

(ط)

۱- طب ایرانی-اسلامی

دانشی آمیخته با هنر و اصول علم پزشکی است که از مبانی و آموزه‌های دین مبین اسلام و فرهنگ ایرانی در کلیه مراحل تشخیصی، درمانی و توانبخشی بهره می‌گیرد.

۲- طب سنتی^۱

عبارت است از دانش، مهارت‌ها و اقداماتی که براساس تئوری‌ها، عقاید و تجارب موجود در فرهنگ‌های مختلف برای حفظ سلامت، پیشگیری از بروز بیماری‌ها و ارتقاء سلامت به کار می‌روند.

۳- طرح ژنریک^۲

طبق این طرح داروهایی که دارای اثری مشابه داروهای تجاری می‌باشند در لیستی به نام لیست داروهای ژنریک قرار می‌گیرند. در این لیست داروها با توجه به نام شیمیایی خود و نه نام تجاری آنها شناخته می‌شوند.

¹ http://www.who.int/topics/health_services/en

² “Generic Drugs”, Center for Drug Evaluation and Research, U.S. Food and Drug Administration

(ف)

۱- فرهنگ کار جهادی

مجموعه‌ای است از اصول، ارزش‌ها، باورها و عقاید مشترک مبتنی بر سبک تفکر بومی و مقتضیات فرهنگی - اجتماعی خاص کشور است که تلاش در راستای ایجاد تحول در وضع موجود تا رسیدن به اهداف چشم‌اندازی را تشویق و ترویج می‌نماید. از جمله مصادیق مهم این فرهنگ می‌توان به دین‌محوری، ولایت‌مداری، ایثار و از خودگذشتگی، مردم‌گرایی، ارزش‌نداری، انعطاف‌پذیری، خودباوری، پویایی و مأموریت‌پذیری اشاره کرد.

۱- عدالت

عدالت در سلامت به این معنا است که هر فرد در هر بُرهه از زمان و مکان از فرصت برابر برای دستیابی به خدمات سلامت متناسب با نیاز خود بهره‌مند شود. «دسترسی برابر به مراقبت‌های در دسترس برای نیاز برابر»، «بهره‌مندی برابر برای نیاز برابر» و «کیفیت برابر از مراقبت‌ها برای همه افراد» سه رُکن اصلی و مهم در تأمین عدالت در بخش سلامت کشور است.

۲- عدالت در سلامت^۱

عبارت از نبود هرگونه تفاوت اجتناب‌پذیر و قابل‌درمان در وضعیت سلامت افراد بدون توجه به وضعیت اقتصادی، اجتماعی، دموگرافیکی یا جغرافیایی ایشان است.

^۱ <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en>

(ق)

۱- قوانین^۱

مجموعه‌ای از مقررات است که به وسیله دولت تعیین و تصویب می‌شوند و همه اعضای جامعه متعهد به پیروی از آن هستند.

¹ <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english>

(ک)

۱- کارایی^۱

سطحی از عملکرد است که در آن با به کارگیری کمترین میزان درون‌داد، بیشترین مقدار برون‌داد به دست می‌آید.

۲- کرامت انسانی

منظور نزاهت انسان به عنوان مخلوق برتر در نزد پروردگار هستی از هر نوع پستی و فرومایگی است که به سبب وجود چنین ویژگی که به صورت فطری در وجود همه انسان‌ها قرار گرفته است، شایسته احترام و تکریم هستند.

۳- کیفیت خدمات^۲

عبارت است از میزان رضایتی که در اثر مصرف خدمت در مشتریان ایجاد می‌شود.

¹ <http://www.investopedia.com/terms/e/efficiency.asp>

² <http://www.businessdictionary.com/definition/quality-of-service-QoS.html>

(گ)

۱- گیاهان دارویی^۱

گیاهانی هستند که یک یا برخی از اندام‌های آن‌ها حاوی ماده مؤثره است. این ماده که کمتر از ۱ درصد وزن خشک گیاه را تشکیل می‌دهد، دارای خواص دارویی مؤثر بر موجودات زنده است. همچنین کاشت، داشت و برداشت این گیاهان به منظور استفاده از ماده مؤثره آنها انجام می‌گیرد.

^۱ نجفی، فرزاد، عبادی، محمدتقی، عباسیان، جلال. ۱۳۹۰. فرایندهای برداشت، خشک کردن و فرآوری گیاهان دارویی و معطر. انتشارات دانشگاه شهید بهشتی

۱- متولی

نهادی است که وظیفه حکمرانی مجموعه‌ای خاصی مشتمل بر تنظیم قوانین و مقررات، ساماندهی و تنظیم گردش فعالیت‌ها و رفتار بازیگران و نقش آفرینان، تقسیم کار میان بازیگران کلیدی، تأمین و مدیریت منابع، نظارت و ارزیابی عملکردها و تولید شواهد و اطلاعات را بر عهده دارد.

۲- متولی بخش سلامت

منظور مرجعی است که وظیفه حکمرانی بخش سلامت و هدایت جهت‌گیری‌های کلی بخش در راستای اهداف سیاست‌های کلی سلامت و اهداف چشم‌اندازی را بر عهده دارد. از جمله کارکردهای مهم تولید بخش سلامت می‌توان به تولید شواهد و اطلاعات برای تصمیم‌گیری‌ها و تدوین سیاست‌های اجرایی، تنظیم قوانین و مقررات، تنظیم روابط میان بازیگران و ذینفعان کلیدی، تأمین و توزیع منابع، نظارت بر سایر کارکردهای کلیدی بخش سلامت و رصد وضعیت سلامت اشاره کرد.

۳- مدیریت منابع^۱

عبارت از به‌کارگیری کارآمد و موثر منابع سازمان (شامل منابع مالی، دارایی‌ها، مهارت‌های انسانی، مواد اولیه و فناوری اطلاعاتی) به هنگام نیاز است.

۴- مسیر تدوین قوانین و مقررات

با توجه به ساختار طراحی شده برای مدیریت و سازماندهی سیاست‌های اجرایی سند، سه مسیر برای اجرای برنامه‌ها و پروژه‌های زیرمجموعه هر سیاست اجرایی در نظر گرفته شده است. با توجه به این‌که اجرای برخی برنامه‌ها و پروژه‌ها مستلزم تدوین و تصویب قوانین و مقررات در مراجع ذیصلاح است، لازم است تا با هماهنگی هماهنگ‌کنندگان محترم سیاست‌های اجرایی مربوطه و تأیید ستاد برنامه‌ریزی و هماهنگی سیاست‌های کلی سلامت برای طی مراحل قانونی به معاونت حقوقی و امور مجلس ارجاع داده شود.

۵- مسیر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

با توجه به ساختار طراحی شده برای مدیریت و سازماندهی سیاست‌های اجرایی سند، سه مسیر برای اجرای برنامه‌ها و پروژه‌های زیرمجموعه هر سیاست اجرایی در نظر گرفته شده است. با توجه به این‌که اجرای برخی برنامه‌ها و پروژه‌ها مستلزم طرح در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور است، لازم است تا با هماهنگی هماهنگ‌کنندگان محترم سیاست‌های اجرایی مربوطه و تأیید ستاد برنامه‌ریزی و هماهنگی سیاست‌های کلی سلامت برای طرح در این شورا از طریق دبیرخانه آن اقدامات مقتضی به‌عمل آید.

^۱ <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english>

۶- مسیر کمیته برنامه‌ریزی عملیاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با توجه به ساختار طراحی شده برای مدیریت و سازماندهی سیاست‌های اجرایی سند، سه مسیر برای اجرای برنامه‌ها و پروژه‌های زیرمجموعه هر سیاست اجرایی در نظر گرفته شده است. این مسیر مخصوص آن دسته از برنامه‌ها و پروژه‌هایی طراحی شده است که ماهیت بخشی داشته و از این رو لازم است تا وارد کمیته برنامه‌ریزی عملیاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شود.

۷- مسئولیت پذیری^۱

داشتن وظیفه یا موقعیتی برای انجام برخی امور یا اعمال کنترل بر برخی امور است.

۸- مسئولیت پذیری اجتماعی

نوعی احساس تعهد مدیریت سازمان است که علاوه بر حفظ و گسترش منافع سازمان در جهت تأمین و افزایش رفاه عمومی جامعه انجام می‌گیرد. از جمله مصادیق این تعهد می‌توان به آلوده نکردن محیط، تبعیض قائل نشدن در استخدام، نپرداختن به فعالیت‌های غیراخلاقی و مطلع نمودن خدمت‌گیرندگان سازمان از کیفیت خدمات و محصولات تولیدی اشاره کرد.

۹- مطلوبیت (خدمات پایه درمان)^۲

عبارت است از رضایت مصرف‌کننده که از مصرف کالا یا خدمات حاصل می‌شود.

۱۰- معنویت

منظور حالتی روحانی است که انسان را به سمت تفکر درباره رابطه او با خود، با خداوند، سایر جانداران و طبیعت سوق داده و از این طریق به او در شناخت درونی‌ترین لایه‌های وجودی خود و جهان پیرامون او و ارتباط او با سایر جانداران کمک می‌کند.

۱۱- منطقه آسیای جنوب غربی^۳

منطقه‌ای است دارای وسعتی حدود ۱۲ میلیون کیلومتر مربع شامل ۲۵ کشور (ایران، پاکستان، افغانستان، ازبکستان، آذربایجان، ارمنستان، تاجیکستان، قرقیزستان، قزاقستان، ترکمنستان، گرجستان، ترکیه، قبرس، لبنان، فلسطین، سوریه، عربستان، امارات متحده عربی، قطر، کویت، یمن، اردن، عمان و بحرین) و دارای جمعیتی حدود ۵۴۰ میلیون نفر است که پنج حوزه ژئوپلیتیک 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.

^۱ <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english>

^۲ دکتر یوسف فرجی، تئوری اقتصاد خرد، شرکت چاپ و نشر بازرگانی وابسته به موسسه‌ی مطالعات و پژوهش‌های انسانی، ص ۷۹

^۳ 2006 world population data sheet, population reference bureau

(ن)

۱- نظام ارجاع^۱

فرایندهایی که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح سه گانه سلامت و خدمات این نظام را تعیین می‌کند. اطلاعات مربوط به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت در پرونده سلامت شخص نزد پزشک خانواده یا گروه سلامت ثبت می‌شود.

۲- نظام ارزیابی^۲

مجموعه‌ای منسجم و جامع از سنجه‌های ارزیابی که اطلاعات لازم برای پایش و بهبود عملکرد را در اختیار مدیران قرار می‌دهد.

۳- نظام پایش^۳

مجموعه‌ای منسجم از سنجه‌ها است که برای تعیین تطابق فعالیت‌ها با استانداردها به کار می‌روند.

۴- نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد^۴

نظام مالی که در آن دستمزدها به ازای انجام کار مناسب توسط افراد یا سازمان‌ها به آنها پرداخت می‌شود.

۵- نظام حاکمیت بالینی^۵

منظور رویکردی نظام‌مند برای حفظ و ارتقاء کیفیت مراقبت از بیمار در نظام سلامت است.

۶- نظام‌نامه دارویی^۶

لیستی که می‌تواند شامل داروهای مورد استفاده توسط ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی یا لیست داروهای تجویز شده به وسیله بیمه باشد. این لیست توسط ارگان‌های دولتی یا انجمن داروسازان تهیه می‌شود.

۷- نظام سلامت

نظام سلامت مجموعه‌ای است از بازیگران، سازمان‌ها و منابع است که براساس مجموعه‌ای از ضوابط و اصول یکپارچه و طبق یک برنامه از پیش تعیین شده در راستای تحقق یک هدف مشترک که همان ارتقاء سلامت جمعیت تحت پوشش و پاسخ به انتظارات منطقی جامعه است، با یکدیگر مرتبط شده و از دریافت کنندگان خدمات در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت محافظت می‌کنند.

^۱ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران

^۲ <http://higher.ed.colorado.gov/Academics/TeacherEd/glossary.html>

^۳ <http://higher.ed.colorado.gov/Academics/TeacherEd/glossary.html>

^۴ Schuler, R. S. and Rogovsky N. (1998) 'Understanding compensation practice variation across firms: the impact of national culture', *Journal of International Business Studies*, 29(1):159-77

^۵ G. Scally and L. J. Donaldson, *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England* *BMJ* (4 July 1998): 61-65

^۶ *Economics for Healthcare Managers*, Robert H. Lee

(ه)

۱- هدف راهبردی

منظور اهدافی هستند که براساس جهت‌گیری‌های کلیدی و وسائل دستیابی به اهداف کلان که به نوعی سیاستگذار در متن سیاست به آن‌ها اشاره نموده است، تدوین شده‌اند.

۲- هدف عملیاتی

منظور از اهداف عملیاتی در این سند، اهدافی هستند که جهت‌گیری کمی داشته و تحقق اهدافی خاص در بازه زمانی مشخصی را دربرمی‌گیرند.

۳- هزینه‌های مستقیم بیمار^۱

هزینه‌هایی که مستقیماً به مراقبت‌های بیمار مربوط می‌شود که هزینه‌هایی مانند هزینه‌های دارو، درمان‌های اختصاصی و غذا را شامل می‌شود.

۴- همکاری بین‌بخشی

منظور از همکاری بین‌بخشی، مشارکت همه سازمان‌ها و دستگاه‌های ذینفع و مسئول در حوزه سلامت، به‌منظور تأمین سلامت همه‌جانبه انسان است. محور اصلی این همکاری‌ها موضوعاتی هستند که تدوین و اجرای سیاست‌ها برای از میان برداشتن آنها به تنهایی از عهده یک دستگاه خارج بوده و مستلزم مشارکت همه دستگاه‌های ذینفع است.

¹ A glossary of technical terms on the economics and finance of health services /by J. L. Roberts/ Consultant for Health Economics /WHO Regional Office for Europe

(ی)

۱- یارانه^۱

پرداختی که توسط دولت برای کاهش قیمت محصولات ویژه‌ای در بازار یا حفظ درآمد تولیدکننده صورت می‌گیرد. هدف از دادن یارانه ممکن است حفظ تقاضا برای یک محصول ویژه یا حمایت از یک صنعت ویژه یا حصول اطمینان از حفظ سطح مصرف برخی مواد توسط فقرا باشد.

¹ A glossary of technical terms on the economics and finance of health services /by J. L. Roberts/ Consultant for Health Economics /WHO Regional Office for Europe

منابع و مأخذ

۱. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران؛
۲. سند چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴؛
۳. نقشه جامع علمی کشور؛
۴. نقشه جامع علمی حوزه سلامت؛
۵. نقشه تحول نظام سلامت؛
۶. معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه آموزش عالی حوزه سلامت در راستای طرح تحول نظام سلامت در دولت تدبیر و امید، ویرایش دوم، اردیبهشت ۱۳۹۴؛
۷. گزارش پایانی طرح بررسی، تحلیل و تدوین سند ملی تغذیه و امنیت غذایی کشور؛
۸. گزارش سیاستگذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت دهان؛
۹. گزارش پایانی سند سیاست ارتقای سلامت اجتماعی جامعه؛
۱۰. گزارش پایانی طرح مطالعاتی تدوین سند سیاست ارتقای سلامت روان جامعه.

مشارکت‌کنندگان در تدوین سند (به ترتیب حروف الفبا)

در این قسمت فهرست کسانی که در هر یک از مراحل تدوین سند صرفاً به واسطه شرکت در جلسات، طرح پیشنهاد و یا اظهار نظر کارشناسی و همکاری نموده‌اند، آورده شده است. آوردن اسامی مشارکت‌کنندگان به معنای تأیید سند نهایی از سوی ایشان نبوده و صرفاً جنبه اطلاع‌رسانی دارد.

کارگروه ویژه

دکتر سیدحسین امامی رضوی، مهندس نادر آریا، دکتر الهام احمدنژاد، دکتر ایرج حریرچی، دکتر علی‌اکبر حق‌دوست، دکتر امیدوار رضایی، دکتر حمیدرضا صافی‌خانی، دکتر عباس وثوق مقدم و خانم زهرا تنهایی.