

ارزش‌های اجتماعی در اولویت‌گذاری سلامت: تحلیل اسناد بالادستی جمهوری اسلامی ایران

حکیمه مصطفوی^۱، محمد عرب^۲، آرش رشیدیان^۳

چکیده

مقدمه: نظام سلامت به عنوان جزئی از نظام گسترده اجتماعی ملزم به در نظر گرفتن ارزش‌های اجتماعی در تصمیمات اولویت‌گذاری سلامت می‌باشد. این مطالعه با هدف شناسایی ارزش‌های اجتماعی مورد توجه در اسناد بالادستی مرتبط با سلامت انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه کیفی از چارچوب Clark-Weale برای شناسایی ارزش‌ها استفاده شد. شناسایی اسناد کلیدی مرتبط با حوزه سلامت (۱۱ سند) به طور هدفمند انجام شد. اسناد شامل قانون اساسی، برنامه‌های پنج ساله توسعه، قانون بیمه همگانی، برنامه پزشک خانواده شهری، نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی، قانون تشکیل وزارت بهداشت و قانون تشکیلات و ساختار وزارت بهداشت بود. با استفاده از تحلیل محتوایی اقدام به تحلیل هر یک از ارزش‌ها گردید.

نتایج: رویکرد متفاوتی در توجه به ارزش‌های اجتماعی وجود داشته است. در برخی از اسناد صراحتاً به بیان ارزش‌های اجتماعی و لزوم توجه به آن‌ها پرداخته شده است. در حالی که در برخی دیگر تلویحاً به تعدادی از آن‌ها اشاره شده است. نقشه تحول سلامت جامع‌ترین سند از نظر توجه به ارزش‌ها بود و ارزش عدالت پرتکرارترین ارزش در اسناد بود. اثربخشی بالینی در هیچ یک از اسناد، مورد توجه قرار نگرفته بود.

بحث و نتیجه‌گیری: اگرچه به مرور زمان، اهمیت ارزش‌های اجتماعی در اسناد بالادستی افزایش یافته است ولی رویه یکسانی در آن‌ها وجود ندارد و در هریک بر ارزش‌های متفاوتی تأکید شده است. به نظر می‌رسد استفاده از اسناد بالادستی به عنوان یک راهنمای عملی در حصول اهداف نظام سلامت تأثیرگذار باشد.

واژگان کلیدی: ارزش‌های اجتماعی، نظام سلامت، اسناد بالادستی، اولویت‌گذاری، چارچوب Clark-Weale

مقدمه

داده می‌شود ولی با این وجود، این بخش همواره با مشکل کمبود منابع مواجه می‌باشد (۲). از این رو برای مرتفع نمودن نسبی این مشکل، ضرورت اولویت‌گذاری منابع و خدمات سلامت مطرح می‌گردد (۳). اولویت‌گذاری شامل تعیین قوانین نظام‌مند برای تصمیم‌گیری در خصوص توزیع منابع محدود بهداشتی و درمانی بین برنامه‌های رقابتی

نظام‌های سلامت و سازمان‌های ارائه دهنده مراقبت‌های سلامت همواره با مشکل محدودیت منابع مواجه می‌باشند و منابع لازم برای پرداختن همزمان به تمامی مشکلات سلامت و گروه‌های هدف را در اختیار ندارند (۱). به عقیده برخی، اگرچه منابع مالی نسبتاً زیادی به بخش سلامت اختصاص

۱- دکترای سیاست‌گذاری سلامت، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- مدیر اطلاعات، شواهد و پژوهش، دفتر مدیران شرقی، سازمان جهانی بهداشت، قاهره، مصر

Email: arash.rashidian@gmail.com

نویسنده‌ی مسئول: آرش رشیدیان

آدرس: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم تلفن و فاکس: ۸۸۹۸۹۱۲۹-۰۲۱

موجود یا بین بیماران می‌باشد (۴). اولویت‌گذاری در خدمات سلامت از نظر سیاسی نیز دارای اهمیت می‌باشد و روز به روز بر ضرورت آن بیشتر تأکید می‌شود چرا که لازمه ایجاد روش‌های عادلانه برای تخصیص خدمات بهداشتی و درمانی، وجود یک نظام اولویت‌گذاری مناسب می‌باشد (۵).

اگرچه اولویت‌گذاری سلامت جزء موضوعات مهم در نظام‌های سلامت می‌باشد اما در مورد روش‌های اجرای آن توافق کمتری وجود دارد (۶). شواهد موجود بیانگر آن است که اغلب از رویکرد اقتصادی برای اولویت‌گذاری سلامت استفاده می‌شود. در این رویکرد، تحلیل هزینه-اثربخشی، تحلیل هزینه-منفعت و تحلیل هزینه-مطلوبیت مورد توجه می‌باشد (۷). در واقع اقتصاددانان کوشیده‌اند با استفاده از برخی ابزارها که در مواردی نیز مناسب به نظر نمی‌رسند، تصمیم‌گیرندگان را در اولویت‌گذاری سلامت یاری کنند (۵). آن‌ها در بین انواع ابزارهای موجود بیشتر تحلیل هزینه-اثربخشی و تحلیل هزینه-منفعت را توصیه می‌کنند. ولی مطالعات موجود بیانگر آن است که اثربخشی این ابزارها نیاز به بررسی دقیق و محتاطانه دارد (۸). اولویت‌گذاری در بخش سلامت از حساسیت زیادی برخوردار است چرا که تصمیم‌گیرندگان در این حوزه علاوه بر معیارهای فنی و مالی باید به طیفی از معیارهای اخلاقی و ارزش‌های شخصی شهروندان نیز توجه نمایند (۹).
 Smith و Mitton معتقدند در سطح کلان باید پنج معیار کلیدی در اولویت‌گذاری سلامت مورد توجه قرار گیرد که شامل اطلاعات و شواهد، اهرم‌های انگیزشی، مشارکت پزشکان، مشارکت عموم افراد جامعه و توجه به ارزش‌های آن‌ها می‌باشد (۱۰). در واقع اولویت‌گذاری سلامت یک فرآیند ارزش محور

و ذهنی می‌باشد و بیشتر از آن که به مشارکت کارشناسان نیاز داشته باشد نیازمند مشارکت ذی‌نفعان می‌باشد (۱۱). در سال‌های اخیر سیاست‌گذاران به این نتیجه رسیده‌اند که علاوه بر قضاوت‌های فنی و مالی مانند اثربخشی بالینی و هزینه-اثربخشی باید به قضاوت‌های اجتماعی نیز توجه نمود. قضاوت بر اساس ارزش‌های اجتماعی به معنای قضاوت بر اساس ارزش‌های اخلاقی و معنوی در هر جامعه می‌باشد (۱۲).

ارزش‌های اجتماعی مفاهیمی هستند که برای افراد یک جامعه معین، با ارزش و مقبول می‌باشند (۱۳). به دو دلیل باید ارزش‌های اجتماعی جامعه را در اولویت‌گذاری سلامت مدنظر قرار داد. اول این که هر نظام سلامت برای خدمت‌رسانی به جامعه ایجاد شده است و تصمیمات مربوط به اولویت‌گذاری در نظام سلامت مستقیماً تمامی اعضای جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. دوم این که جامعه از طریق پرداخت مالیات، حق بیمه و پرداخت از جیب، منابع مالی مورد نیاز نظام‌های سلامت را فراهم می‌کند (۱۴). بسیاری از تحلیل‌گران سیاست با این نظر موافق‌اند که ارزش‌ها بر اهداف سیاست‌ها، تصمیمات و اجرای آن‌ها اثر می‌گذارند (۱۵). طبق نظریه Daniels با عنوان «پاسخگو بودن برای عدالت» در تصمیمات مربوط به اولویت‌گذاری سلامت باید چهار شرط اساسی شفافیت، مرتبط بودن، نظرخواهی و اجرا برقرار باشند (۱۶) که سه شرط نخست بیانگر اهمیت مشارکت عموم مردم در تصمیمات مربوط به اولویت‌گذاری می‌باشد. Clark و Weale با الگو گرفتن از نظریه Daniels و Sabin در بیان اهمیت توجه به ارزش‌های اجتماعی در اولویت‌گذاری سلامت اظهار می‌نمایند که افراد جامعه، کاربران

مستقیم یا بالقوه خدمات سلامت می‌باشند و با ارائه تجارب خود می‌توانند باعث ارتقاء کیفی تصمیمات شوند. در عین حال آن‌ها می‌توانند با تبیین ملاحظات اخلاقی، توجه سیاست‌گذاران را به مسائل اخلاقی موجود در جامعه جلب کنند و به بهبود تصمیم‌گیری‌ها کمک نمایند (۱۳).

از آنجا که در تهیه اسناد سیاسی عموماً به واقعیت استناد شده و فرض بر این است که مسیر علمی بودن در تهیه این اسناد پیموده شده است، لذا سندها ارزشمندترین دلایل برای تحلیل تاریخ و سیاست‌های تدوین شده به شمار می‌آیند (۱۷). اسناد سیاسی و دیپلماتیک دارای اهمیت فراوان می‌باشند چرا که می‌توانند فرضیه‌های قیاسی، شهودی و تخیلات خلاقانه پژوهشگران را در محیط واقعی سیاست به آزمون بگذارند و نشان دهند که انتقاد، ارزیابی و تحلیل و ارائه راهکار تا چه حد می‌تواند آرمان‌ها را در مقابل واقعیت‌ها سربلند نشان دهد و در چه جاهایی مصلحت و سنگینی واقعیت، ایده‌آل‌های ذهنی را فرو می‌نشانند و فرضیه‌ها را به تجدیدنظر می‌اندازد (۱۸). امروزه در اغلب مطالعات مربوط به تحلیل سیاست‌ها، بخش مهمی از مطالعه مربوط به تحلیل اسناد بالادستی به ویژه در حوزه موردنظر می‌باشد، چنانچه در تحلیل سیاست سلامت ملی پاکستان اسنادی از قبیل گزارش‌های ملی و بین‌المللی در مورد سلامت عمومی، گزارش‌های سازمانی، وزارت بهداشت و واحدهای تابعه، گزارش سازمان‌های حرفه‌ای سلامت آژانس‌های بین‌المللی مورد تحلیل قرار گرفته‌اند (۱۹). همچنین خیاطزاده ماهانی و همکاران برای شناسایی جایگاه دو ارزش برابری و آزادی در انتخاب خدمات سلامت به بررسی اسناد بالادستی ایران شامل برنامه پزشک

خانواده، قانون اساسی و برنامه‌های پنج ساله توسعه پرداخته‌اند (۲۰). نظر به اهمیت اسناد بالادستی در شناسایی واقعیات و اصول مهم برنامه‌های تهیه شده برای کل کشور، در این مطالعه به بررسی اسناد بالادستی معین به منظور استخراج ارزش‌های اجتماعی معرفی شده در چارچوب Clark-Weale اقدام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوایی بود که به بررسی اسناد بالادستی مرتبط به حوزه سلامت پرداخت. منظور از اسناد بالادستی، تمام اسناد ملی مرتبط با سلامت تدوین شده توسط سازمان‌های دولتی می‌باشد که در بازه زمانی بهمن‌ماه سال ۱۳۵۷ تا شهریورماه ۱۳۹۴ منتشر شده و در دسترس عموم مردم قرار گرفته‌اند. اسنادی که توسط سازمان‌های خصوصی تهیه شده بودند و همچنین روزنامه‌ها و گزارش‌های منتشر نشده سازمان‌های دولتی، از جامعه مطالعه خارج شدند.

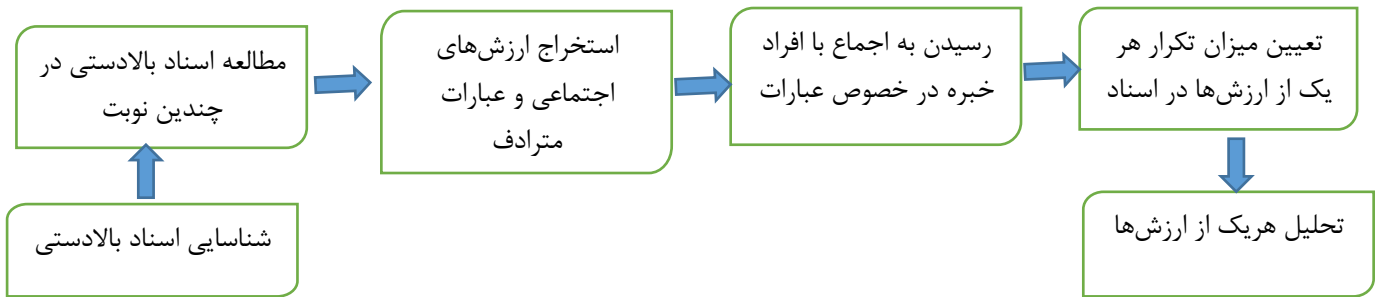
تیم پژوهش به طور هدفمند اقدام به شناسایی اسناد بالادستی کلیدی از طریق جستجوی کتابخانه‌ای، مشاهده وب سایت‌های وزارت‌خانه‌ها و مراجعه به تعدادی از سازمان‌های دولتی شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، سازمان بیمه سلامت ایران نمودند. انتخاب مستندات مرتبط با ارزش‌های مورد نظر با دقت و بر اساس ملاحظات چهارگانه Jupp یعنی سندیت (اصلی و درست بودن)، اعتبار (دقت)، نماینده (نماینده کل اسناد طبقه خویش) و معنی (چه چیزی می‌گوید) صورت گرفت (۲۱). بر اساس ملاحظات چهارگانه

پیش‌گفت، اسنادی قابل بررسی و تحلیل اسنادی می‌باشند که محتوای آن‌ها توسط مرجع ذی‌صلاحی تنظیم شده باشد، از صحت و دقت محتوای آن‌ها اطمینان حاصل شده باشد، در میان اسناد مربوط به حوزه مورد نظر دارای جامعیت باشد و به خوبی بیانگر مفهوم و موضوع مورد نظر باشند؛ به عبارت دیگر اسناد مورد بررسی در این مطالعه بر اساس این چهار بعد مورد ارزیابی قرار گرفتند و پس از حصول اطمینان از وجود چهار شرط فوق در آن‌ها، اقدام به بررسی شد. جامعه مورد مطالعه در مجموع شامل ۱۱ سند از اسناد بالادستی یعنی قانون اساسی، برنامه‌های پنج‌ساله توسعه، قانون بیمه همگانی، برنامه پزشکی خانواده شهری، نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی، قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قانون تشکیلات و ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. این اسناد جزء مهم‌ترین اسناد مرتبط با حوزه سلامت می‌باشند که در بسیاری از تصمیمات و اقدامات مهم نظام سلامت مورد استناد قرار می‌گیرند. لذا می‌توان گفت ارزش‌های موجود در آن‌ها نماینده‌ای از ارزش‌های بیان شده در سایر اسناد بالادستی در سطح ملی می‌باشند. لازم به توضیح است اسناد پیش‌گفت بنا بر توافق اعضای تیم پژوهش، مرتبط‌ترین اسناد مرتبط با اولویت‌گذاری در حوزه سلامت محسوب گشتند.

اسناد مورد نظر، بارها به وسیله اعضای تیم پژوهش مطالعه شدند و علاوه بر واژه‌هایی که دقیقاً مشابه ارزش‌های موجود در چارچوب Clark-Weale بودند، عباراتی که هم معنی با هر یک از ارزش‌ها بودند نیز استخراج شدند و در زیر گروه ارزش‌های اصلی قرار گرفتند. برای تأیید مترادف بودن عبارت‌ها

و واژه‌ها با ارزش‌های اجتماعی موجود در چارچوب Clark-Weale با افراد خبره دیگری نیز مشورت شد و پس از تأیید آنان، ارزش‌های شناسایی شده در جدول ۱ قرار گرفتند. افراد خبره شامل تعدادی از مدیران بیمارستان‌ها و اساتید علوم اجتماعی بودند که با توجه به سابقه فعالیت‌شان در امور مربوط به اولویت‌گذاری سلامت و نیز آشنایی‌شان با مفهوم ارزش‌های اجتماعی انتخاب شدند. پس از شناسایی ارزش‌ها، اقدام به تعیین میزان تکرار هر یک از ارزش‌ها (عبارات مترادف) شد و نهایتاً با استفاده از روش کیفی تحلیل محتوایی اقدام به تحلیل هر یک از ارزش‌های شناسایی شده گردید. در واقع برای درک عمق و تفسیر مفاهیم و معانی نهفته در اسناد و همچنین بررسی میزان تکرار و وقوع مفاهیم و نحوه ارتباط آن‌ها با یکدیگر از روش تحلیل محتوا استفاده شد. تحلیل محتوا یک ابزار پژوهشی است که از آن برای استنباط معقول و قابل اعتماد از متون استفاده می‌شود، در این تحلیل مستندات متنی به دسته‌های کوچک‌تر، قابل فهم‌تر و قابل مدیریت تقسیم‌بندی می‌شوند (۲۱).

در این مطالعه ابتدا اقدام به مطالعه اسناد شد. هر سند چندین بار مورد مطالعه قرار می‌گرفت. ارزش‌ها و عبارت‌هایی که مترادف با ارزش‌های موجود در چارچوب Clark-Weale بودند، به صورت تم اصلی در جداول مربوطه قرار گرفتند. این اقدام برای تمامی اسناد انجام شد. پژوهشگران بدون هیچ جهت‌گیری خاصی اقدام به تحلیل ارزش‌های موجود در اسناد بالادستی نمودند. در شکل ۱ فرآیند تحلیل اسناد به طور شماتیک بیان شده است.



شکل ۱: فرآیند تحلیل اسناد در مطالعه

جدول ۱: ارزش‌های اجتماعی و نمونه‌هایی از عبارات مترادف با آن‌ها در اسناد بالادستی

شفافیت	پاسخگویی	مشارکت	اثربخشی بالینی	هزینه-اثربخشی	عدالت	انجام	آزادی در انتخاب
اطلاع‌رسانی شفاف	مسئولیت‌پذیری	مشارکت خانواده‌ها	-	هزینه-اثربخشی	عادلان	مشارکت مردم در تأمین هزینه	مخیر بودن
علنی بودن	پاسخگویی به مردم	مشارکت عامه مردم	-	-	حقی است همگانی	کمک‌های داوطلبانه مردم	آزادی اسلامی
گزارش عملکرد	-	مشارکت مردمی	-	-	هر قوم و قبیله	مشارکت مالی مردم	آزادی مشروع
اطلاع‌رسانی از طریق رادیو و روزنامه‌ها	-	آراء عمومی	-	-	حقوق مساوی	آزادی اجتماعی	-
افزایش آگاهی	-	مشارکت ساختارمند	-	-	برای همه	-	-
-	-	-	-	-	ایجاد امکانات عادلانه	-	-
-	-	-	-	-	قسط و عدل اسلامی	-	-

- سلامت می‌تواند تصمیمات اتخاذ شده را راحت‌تر بپذیرند.
- **پاسخگویی:** بدین معنی است که افراد باید در برابر تصمیماتی که گرفته‌اند مسئولیت داشته باشند و دلایل قانع‌کننده‌ای برای تصمیمات خود ارائه دهند.
- **مشارکت:** شرکت فعالانه مردم، متخصصان سلامت و اصناف و سازمان‌های مرتبط در تصمیم‌گیری‌ها بیانگر ارزش اجتماعی مشارکت می‌باشد.
- (ب) **ارزش‌های محتوایی:** این ارزش‌ها بر دلایل و معیارهایی که بر اساس آن‌ها تصمیمات گرفته می‌شوند تمرکز دارند.

در ادامه به توصیف چارچوب ارزش‌های اجتماعی به عنوان چارچوب مفهومی مطالعه می‌پردازیم:

Clark و Weale چارچوبی برای ارزش‌های اجتماعی مورد توجه در اولویت‌گذاری سلامت ارائه نموده‌اند، بر اساس این چارچوب؛ تصمیم‌گیرندگان باید در اولویت‌گذاری سلامت به دو دسته از ارزش‌های اجتماعی توجه نمایند (۱۳):

الف) ارزش‌های فرآیندی: ارزش‌هایی هستند که باعث مشروعیت فزاینده یک تصمیم‌گیری دموکراتیک می‌شوند. این ارزش‌ها عبارت‌اند از:

- **شفافیت:** یک ارزش ابزاری می‌باشد که باعث ایجاد صداقت در تصمیم‌گیرندگان می‌شود و بدین ترتیب شهروندان، بیماران و کارکنان

یافته‌های حاصل از بررسی اسناد به شرح ذیل می‌باشد:

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران معتبرترین قانون ملی می‌باشد که در سال‌های ابتدایی پیروزی انقلاب اسلامی مورد ویرایش و اصلاح قرار گرفت. بررسی این سند نشان داد پرتکرارترین ارزش اجتماعی مورد توجه «عدالت» می‌باشد که با استفاده از واژه‌ها و مفاهیم متفاوت ۱۸ بار مورد تأکید قرار گرفته است. این اصطلاحات شامل جامعیت، برابری، عدل اسلامی، تساوی، برابری عموم مردم، برای همه، حقوق همگانی، هر فرد، نژاد و قومیتی در کشور، برابری اقتصادی-اجتماعی، برابری جنسیتی، برابری همه افراد و اجرای عدل بود. برخی از مواد قانونی که در آن‌ها به ارزش عدالت اشاره شده است:

اصل ۴۳ قانون اساسی: تأمین نیازهای اساسی مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه (۲۲).

اصل ۱۹ قانون اساسی: تمامی مردم از هر نژاد و قومیت دارای حقوق مشترک می‌باشند (۲۲).

دومین ارزش مطرح در این سند، مشارکت بود. در اصل ششم آمده است:

«در جمهوری اسلامی ایران، امور کشور باید به اتکا آراء عمومی مردم اداره شود: از راه انتخابات، انتخاب رئیس جمهور، نمایندگان مجلس شورای اسلامی، اعضای شوراهای و نظایر این‌ها یا از راه همه‌پرسی در مواردی که اصول دیگر این قانون مقرر می‌گردد» (۲۲).

انسجام، ارزش اجتماعی دیگری می‌باشد که در ماده ۲۹ قانون اساسی مورد تأکید قرار گرفته است:

«برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه

• **اثربخشی بالینی:** به معنای حصول اطمینان از رسیدن به منافع درمانی مورد نظر می‌باشد.

• **هزینه-اثربخشی:** شاید انتخاب هزینه-اثربخشی به عنوان یک ارزش اجتماعی بحث برانگیز باشد. شاید به خودی خود یک ارزش نباشد ولی باعث برقراری توازن بین سایر ارزش‌ها می‌شود.

• **عدالت / برابری:** ارزش عدالت یا برابری در اولویت‌گذاری سلامت بسیار مهم است. برابری بیشتر با رفع موانع مالی برای دریافت خدمات توسط شهروندان ارتباط دارد.

• **یکپارچگی (انسجام):** یکپارچگی بر تساوی همه شهروندان دارای نیاز درمانی یکسان برای دریافت خدمات سلامت تأکید دارد.

• **آزادی انتخاب:** به معنای آزادی شهروندان در انتخاب نوع خدمات مورد نیازشان می‌باشد و نیز آزادی برای پرداخت هزینه خدمات از محل درآمد خودشان (۱۳).

در توضیح چارچوب، پیش‌گفت و نحوه سنجش معیارها در آن اضافه می‌گردد که این چارچوب با توجه به فرآیندهای مربوط به اولویت‌گذاری سلامت در نظام سلامت انگلیس تدوین شده است. برای تدوین چارچوب از بررسی اسناد، نظرات سیاست‌گذاران نظام سلامت و مشاهده تصمیمات اتخاذ شده در نظام سلامت و مقایسه آن‌ها با اصول علم اقتصاد سلامت استفاده شد.

نتایج

۱۱ مورد از اسناد بالادستی مرتبط با سلامت به منظور استخراج ارزش‌های اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. در جدول ۲ به تعداد دفعات تکرار هر یک از ارزش‌های اجتماعی در اسناد اشاره شده است.

ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی-درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند» (۲۲). ارزش بعدی، شفافیت بود که در اصل ۶۹ قانون اساسی بدین گونه به آن اشاره شده است: «مذاکرات مجلس شورای اسلامی باید علنی باشد و گزارش کامل آن از طریق رادیو و روزنامه رسمی برای اطلاع عموم منتشر شود. در شرایط اضطراری در صورتی که رعایت امنیت کشور ایجاب کند به تقاضای رئیس‌جمهور یا یکی از وزراء یا ده نفر از نمایندگان، جلسه غیر علنی تشکیل می‌شود. مصوبات جلسه غیرعلنی در صورتی معتبر است که با حضور

شواری نگهبان به تصویب سه چهارم مجموع نمایندگان برسد. گزارش و مصوبات این جلسات باید پس از برطرف شدن شرایط اضطراری برای اطلاع عموم منتشر شود» (۲۲). پاسخگویی چهارمین ارزشی است که در قانون اساسی مورد تأکید قرار گرفته است. برای نمونه در اصل ۸۴ آمده است: «هر نماینده در برابر تمام ملت مسئول است و حق دارد در همه مسائل داخلی و خارجی کشور اظهار نظر نماید» (۲۲). و نهایتاً این که آزادی آخرین ارزش اجتماعی است که در بندهای مختلف قانون مورد تأکید قرار گرفته است. از جمله بند هفت از اصل سه قانون اساسی: «تأمین آزادی سیاسی و اجتماعی در حدود قانون» (۲۲).

جدول ۲: ارزش‌های اجتماعی مورد اشاره در اسناد بالادستی

سند/ارزش اجتماعی	شفافیت	پاسخگویی	مشارکت	اثربخشی بالینی	هزینه-اثربخشی	عدالت	انسیجام	آزادی در انتخاب
قانون اساسی	۲	۱	۶			۱۸	۳	۳
قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی			۱			۱	۱	
قانون ساختار و تشکیلات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی		۱				۲		
برنامه اول توسعه			۱			۴		
برنامه دوم توسعه			۱			۱		
قانون بیمه همگانی						۱	۱	۱
برنامه سوم توسعه			۱				۱	
برنامه چهارم توسعه						۲		
برنامه پزشک خانواده			۱			۱		
برنامه پنجم توسعه		۱						۱
نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران	۲	۲	۱		۱	۳		

قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۶۴) با هدف استفاده مناسب از امکانات و توانمندی‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و ارائه بهینه خدمات سلامت به عموم مردم در نقاط مختلف کشور به تصویب رسید. این قانون شامل ۱۷ ماده می‌باشد که به بیان وظایف، اهداف و

مسئولیت‌های وزارت بهداشت پرداخته است. تحلیل این قانون نشان داد در ماده ۴؛ ارزش عدالت مورد تأکید قرار گرفته است: «این وزارت موظف است در اجرای بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی لایحه قانونی تعمیم بیمه درمانی همگانی را ظرف مدت یک سال تهیه و پس از

تصویب هیأت وزیران به مجلس شورای اسلامی تقدیم نماید» (۲۳).

قانون تشکیلات و ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۶۷) که حاوی ۹ ماده است اطلاعات تکمیلی و دقیق در مورد وظایف و ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیان شده است. بررسی این قانون نشان داد دو ارزش اجتماعی برابری و انسجام در متن آن مورد تأکید قرار گرفته است. برای نمونه ماده ۷ بیان می‌کند:

«فراهم نمودن تسهیلات ضروری برای تمامی افراد برای استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی» (۲۴).

ارزش اجتماعی انسجام نیز در ماده ۸ این گونه بیان شده است:

«تأمین مالی از طریق بودجه عمومی، حق بیمه‌ها و جمع‌آوری درآمد از طریق مشارکت عمومی» (۲۴).

برنامه اول توسعه (۱۳۶۸-۱۳۷۲)، اولین برنامه توسعه‌ای نسبتاً کامل در ایام بعد از پیروزی انقلاب بود که برای بهبود بخشیدن به وضعیت موجود در جامعه در ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی به تصویب رسید. بررسی این برنامه نشان داد سه ارزش برابری، آزادی و مشارکت اجتماعی در آن مورد توجه قرار گرفته‌اند. در اهداف اصلی ذیل به ترتیب این سه ارزش بیان شده‌اند:

«تلاش برای ایجاد عدالت اجتماعی» (۲۵).

«تلاش برای برقراری عدالت قضایی و تقویت پایه‌های نظری و علمی برابری همگان در برابر قانون و اجرای برابری و حفاظت از حقوق شرعی و آزادی تک‌تک افراد و جامعه» (۲۵).

«تقویت روحیه مسئولیت‌پذیری و مشارکت خانواده‌ها در امور سیاسی و اجتماعی» (۲۵).

برنامه دوم توسعه (۱۳۷۴-۱۳۷۸) نیز در ادامه برنامه توسعه اول و با هدف اصلی مرتفع نمودن مسائل

اقتصادی کشور تدوین و تصویب شد. برنامه دارای سه فصل می‌باشد. فصل اول شامل اهداف کیفی کلان در مورد موضوعات مختلف، فصل دوم شامل برخی تبصره‌های مربوط به اهداف کیفی کلان و فصل سوم شامل اهداف کمی کلان می‌باشد. دو ارزش اجتماعی مشارکت و عدالت اجتماعی در این برنامه مورد تأکید قرار گرفته‌اند. برای نمونه هدف اول از فصل اول عبارت است از:

«تلاش برای رسیدن به عدالت اجتماعی» (۲۵).

هدف چهارم از همین فصل بیان می‌کند: «تقویت مشارکت اجتماعی و اتخاذ تدابیر لازم برای نظارت شایسته و پیوسته بر اجرای برنامه» (۲۵).

قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور (۱۳۷۴) از سوی مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید و به دنبال آن سازمان بیمه خدمات درمانی تشکیل شد. در ماده ۴ از قانون بیمه همگانی به ارزش اجتماعی عدالت این گونه اشاره شده است:

«دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند فراهم نماید» (۲۶).

ماده هفت نیز در مورد ارزش اجتماعی آزادی و انتخاب فردی این گونه بیان می‌کند:

«کلیه دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی و وابسته به دولت کمیته امداد امام خمینی (ره) و اشخاص حقیقی و حقوقی در انتخاب سازمان و یا شرکت‌های بیمه‌گر برای عقد قراردادهای بیمه خدمات درمانی در چهارچوب موازین و مفاد این قانون مخیر می‌باشند و تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی نافی این حق و اختیار نخواهد بود» (۲۶).

همچنین ماده ۹ در مورد انسجام اجتماعی این گونه بیان می‌کند:

«حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه‌شوندگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه‌شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید» (۲۶).

در برنامه سوم توسعه (۱۳۷۹-۱۳۸۳) دو ارزش مشارکت و انسجام اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته‌اند. برای نمونه در ماده دو آمده است:

«به منظور کاهش تصدی‌ها و تقویت اعمال حاکمیت و نظارت دولت و فراهم نمودن زمینه توسعه مشارکت مؤثر مردم، بخش خصوصی و بخش تعاونی در اداره امور، تبیین دقیق وظایف واحدهای ملی و استانی در برنامه‌ریزی و اجرا و فراهم نمودن زمینه تحقق مطلوب اهداف برنامه سوم، دولت موظف است در طول سال اول برنامه اصلاحات ساختاری لازم را با رعایت موارد زیر در تشکیلات دولت به عمل آورد» (۲۵).

برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴-۱۳۸۸) دارای ۱۴ فصل و ۱۶۱ ماده می‌باشد. در فصل هفت در مورد ارتقاء سلامت و بهبود کیفیت زندگی بحث شده است. تحلیل برنامه نشان داد دو ارزش عدالت و انسجام اجتماعی در آن مورد توجه قرار گرفته‌اند. در ماده نه آمده است:

«به منظور رسیدن به عدالت توزیعی و دسترسی برابر به خدمات سلامت برای کاهش درصد خانوارهای آسیب‌پذیر و کم‌درآمد اقدامات ذیل باید انجام شوند» (۲۵).

برنامه پزشک خانواده (۱۳۸۴) در برنامه چهارم توسعه و برای اصلاح نظام سلامت کشور بیان شد (۶). در واقع هدف این برنامه دسترسی عادلانه تمامی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی بود. در این برنامه به بیان وظایف مختلف تیم سلامت، وظایف هر یک از اعضا، نحوه ارائه خدمات و نظارت بر اجرای آن‌ها بیان شد. در مقدمه این برنامه بر عدالت اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین اصول که در همه مراحل اجرا باید مورد توجه قرار گیرد تأکید شده است.

«اصل بنیانی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب، مهم‌ترین اصول در تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده قرار گرفتند که به شکلی اجرایی باید به آن‌ها توجه داشت و از آنان فاصله نگرفت» (۲۷).

برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۳-۱۳۸۹) شامل نه فصل و ۲۳۵ ماده می‌باشد. در فصل دوم به بحث سلامت پرداخته شده است. سه ارزش عدالت، شفافیت و انسجام اجتماعی در این برنامه مورد تأکید قرار گرفته است. در ماده ۳۸ به دو ارزش عدالت و انسجام اجتماعی اشاره شده است:

«به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه، خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به سی درصد از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه اقدامات زیر انجام می‌شود» (۲۵).

در بند «و» از ماده ۱۶ نیز به شفافیت اشاره شده است:

«وزارت‌خانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظفند با همکاری سایر دستگاه‌های ذی‌ربط ضمن اعمال اقدامات ذیل شاخص‌های آن را پایش نموده و گزارش عملکرد سالانه را به کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس شورای اسلامی ارائه نمایند» (۲۵).

نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۰) با توجه به احساس نیاز برای تحول نظام سلامت در داخل کشور و به دست آوردن جایگاهی مناسب در زمینه سلامت در میان کشورهای منطقه تدوین شد. برای تهیه آن، از همفکری مستقیم بیش از ۳۰۰ نفر از محققین، مدیران و خبرگان نظام آموزش، پژوهش، ارائه خدمات و پشتیبانی سلامت استفاده شد که در سیزده پانل به تهیه داده‌های مورد نیاز اقدام کردند و در آذرماه سال ۱۳۸۹ اعلام شد. ارزش‌های برابری، شفافیت، انسجام، پاسخگویی و مشارکت به دفعات در این نقشه مورد تأکید قرار گرفته‌اند. برای نمونه سیاست ششم در مورد برابری، پاسخگویی و شفافیت این گونه می‌باشد:

«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 سطح‌بندی، استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها» (۲۸).

همچنین هدف کلان پانزدهم در مورد انسجام اجتماعی چنین بیان داشته است:

«جلب مشارکت مردم و همه دستگاه‌های ذی‌نفع بر فعالیت‌های سلامت محور» (۲۸).

و سیاست چهارم در مورد مشارکت به شرح ذیل است:

«افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده، جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» (۲۸).

بند ۴۱ از سیاست ششم در مورد هزینه-اثربخشی بیان می‌دارد:

«افزایش هزینه- اثربخشی مراقبت‌های سلامت به کمک دانش و فناوری‌های نوین» (۲۸).

بحث

تحلیل اسناد پیش‌گفت بیانگر آن بود که رویکرد متفاوتی در توجه به ارزش‌های اجتماعی وجود داشته است. برخی از اسناد صراحتاً به بیان ارزش‌های اجتماعی و لزوم توجه به آن‌ها پرداخته است. در حالی که در برخی دیگر تلویحاً به تعدادی از آن‌ها اشاره شده است. در قانون اساسی که به عنوان معتبرترین مرجع قانونی در کشور به شمار می‌آید، در بندهای متعددی به طور صریح و یا ضمنی به ارزش‌هایی از قبیل برابری، مشارکت اجتماعی، شفافیت، آزادی، انسجام اجتماعی و پاسخگویی اشاره شده است. برنامه‌های پنج ساله توسعه، دومین منبع معتبر قانونی در کشور می‌باشند که بررسی آن‌ها بیانگر روند رو به رشد از نظر توجه به ارزش‌های اجتماعی از سال‌های ابتدای تدوین این برنامه‌ها تاکنون بوده است. البته با این تفاوت که در هر یک از این برنامه‌ها بر ارزش‌های متفاوتی تأکید شده است. به عنوان نمونه در برنامه اول بر عدالت، آزادی و مشارکت اجتماعی، در برنامه دوم بر عدالت اجتماعی و مشارکت اجتماعی، در برنامه سوم بر مشارکت مردم و کارایی، در برنامه چهارم بر اثربخشی، عدالت و در برنامه پنجم بر عدالت، یکپارچگی و

اطلاع‌رسانی به عموم مردم (شفافیت) تأکید شده است.

نقشه تحول سلامت تنها سندی می‌باشد که در آن به طور صریح به طیف نسبتاً گسترده‌ای از ارزش‌های اجتماعی اشاره شده است که این خود بیانگر اهمیت یافتن لزوم توجه به ارزش‌های اجتماعی در اسناد نوین کشوری می‌باشد. در این نقشه به خوبی به بیان ارزش‌های اجتماعی پرداخته شده است که می‌توان گفت کامل‌ترین بیان از ارزش‌های اجتماعی در میان اسناد بررسی شده مربوط به این سند می‌باشد. تعداد زیادی از ارزش‌های اجتماعی مطرح شده در متون بین‌المللی در این سند صراحتاً بیان شده‌اند که این خود بیانگر نقطه قوت نقشه تحول سلامت می‌باشد. ارزش‌هایی همچون پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی، بهره‌وری، تحقق عدالت، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت در این سند صراحتاً مورد تأکید قرار گرفته‌اند.

قرار گرفتن ارزش برابری در صدر سایر ارزش‌ها (از نظر دفعات تکرار) حکایت از دیدگاه مساوات‌طلبی قانون‌گذاران و سیاست‌گذاران نظام دارد. «عدالت» و مفاهیم مترادف با آن پرتکرارترین ارزش اجتماعی در اسناد بالادستی می‌باشد به طوری که می‌توان گفت در هر یک از اسناد حداقل یک‌بار مورد اشاره قرار گرفته است. تعابیری مانند امکانات عادلانه، توزیع متعادل، یک‌یک افراد، فراگیر و عادلانه، دسترسی عادلانه، عدالت توزیعی، برخورداری همگانی، بهره‌مندی عادلانه و عدالت برای بیان ارزش عدالت یا برابری به کار برده شده است. از این که در اغلب اسناد بالادستی ارزش برابری و عدالت اجتماعی به اشکال مختلف و تحت عناوین متنوع مورد تأکید قرار گرفته است، می‌توان

این گونه استدلال نمود که اصل بنیادین در تصمیم‌گیری‌های مهم و حیاتی؛ اصل برابری انسان‌ها و لزوم برخورداری تک‌تک آن‌ها از مواهب و دستاوردهای نظام به ویژه در بخش بهداشت و درمان می‌باشد.

چنانچه Takian و همکاران نیز در پژوهش خود بیان می‌دارد پس از پیروزی انقلاب اسلامی که ریشه در تفکرات مذهبی داشت تغییر در دیدگاه سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان کشوری از مکتب لیبرالیسم و امپریالیسم به سمت مساوات‌طلبی کاملاً محسوس بوده است (۲۹). در استرالیا قانون نجات تصویب شده است که بر لزوم خدمت‌رسانی به افرادی که نیازمند خدمات درمانی فوری می‌باشند، تأکید شده است که این خود جنبه‌ای از توجه به عدالت می‌باشد (۳۰).

Pinto و همکاران نیز در تحلیل اسناد مربوط به سیاست‌های نوسازی سلامت عمومی در دو ایالت انتاریو و بریتیش کلمبیا به این نتیجه رسیده است که در اسناد هر دو ایالت نابرابری با یک الگوی مشابه به عنوان نتیجه بی‌عدالتی در موقعیت‌های ساختاری مورد توجه قرار گرفته است و کاستن از میزان نابرابری هدف واضح در فرآیند نوسازی سلامت عمومی در هر دو ایالت بوده است. در اسناد هر دو ایالت اولویت به کاستن موانع مربوط به دسترسی به خدمات سلامت عمومی و شکل‌گیری همکاری‌های بین بخشی برای کاهش میزان نابرابری داده شده بود (۳۱).

مشارکت مردم به عنوان دومین ارزش مهم و پرتکرار در اسناد نیز تأکیدی دیگر بر رویکرد مساوات‌طلبی قانون‌گذاران دارد و در عین حال از نمودهای عینی جمهوریت نظام حکومتی کشور

می‌باشد که می‌توان نمونه‌های بارز آن را در تشکیل کار گروه‌های تخصصی سلامت در سطح استان‌ها، تشکیل کمیته‌های دریافت پیشنهادها در دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز بهداشتی و درمانی مشاهده نمود. ارزش «مشارکت» با تعابیری از قبیل مشارکت مؤثر مردم، همکاری و مشارکت مردم، مشارکت عمومی و مشارکت ساختارمند افراد و خانواده‌ها بیان شده است. Kapiriri و همکاران نیز در پژوهش خود به این نکته اشاره می‌کند که در سند سیاست ملی سلامت اوگاندا که توسط وزارت بهداشت این کشور تهیه شده است بر لزوم مشارکت و نیز شفاف‌سازی تصمیمات تأکید شده است (۳۲). همچنین Maluka و همکاران در بخشی از مطالعه خود به بررسی اسنادی از قبیل بسته ملی مداخلات ضروری سلامت در تانزانیا، دستورالعمل‌های جامع شورای برنامه‌ریزی سلامت، دستورالعمل‌های مربوط به ایجاد کمیته‌ها و بوردهای شورا، گزارش‌های اجرایی سالانه مناطق مختلف و دست نوشته‌های شورای برنامه‌ریزی سلامت پرداخته است و در قسمتی از یافته‌های مطالعه خود به این نکته اشاره کرده است که اغلب تصمیمات به وسیله متخصصان سلامت اتخاذ می‌شوند و از مشارکت‌های مردمی به ندرت در تصمیم‌گیری‌ها استفاده می‌شود (۳۳).

در اسناد بررسی شده از عباراتی مانند علنی بودن، اطلاع‌رسانی عمومی، گزارش عملکرد سالانه و ارائه اطلاعات به نحو مناسب و مطلوب برای بیان ارزش اجتماعی «شفافیت» استفاده شده است. هر چند ارزش شفافیت یکی از ارزش‌های اجتماعی بسیار مهم می‌باشد اما بررسی اسناد نشان داد فقط دو مورد از اسناد بالادستی (قانون اساسی و نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران) به آن‌ها اشاره

نموده‌اند. شاید این موضوع بیانگر آن باشد که هنوز سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان به اهمیت شفاف‌سازی تصمیمات برای عموم مردم چندان واقف نمی‌باشند.

پاسخگویی به مردم نیز دلالت بر اهمیت جایگاه مردم در نظام حکومتی کشور و در سازمان‌ها و بخش‌های مختلف جامعه دارد. آزادی و شفافیت نیز دو ارزش دیگر می‌باشند که هر چند فقط یک‌بار به هر یک از آن‌ها اشاره شده است ولی این به معنای اهمیت کم این دو ارزش نمی‌باشد. در مقدمه برنامه پزشک خانواده بر عدالت اجتماعی و مشارکت مردمی تأکید شده است. در قانون بیمه همگانی نیز به لزوم توجه به وضعیت اقتصادی مردم و برقراری عدالت اجتماعی پرداخته شده است. نقشه تحول نظام سلامت، تنها سندی بود که به ارزش هزینه-اثربخشی اشاره کرده است. در جمهوری کره که به طور موفقیت‌آمیزی اقدام به اجرای پوشش همگانی بیمه نموده است، لیست مثبت داروها تهیه شده است که یکی از معیارهای اصلی در این لیست هزینه-اثربخشی می‌باشد و تصمیم‌گیری در مورد قرار گرفتن فناوری‌های سلامت در لیست مثبت باید پس از سنجش هزینه-اثربخشی آن‌ها انجام گردد. لازم به توضیح است منظور از لیست مثبت، لیستی می‌باشد که فناوری‌های هزینه-اثربخش در آن قرار می‌گیرند (۳۴). نکته جالب این که ارزش اثربخشی بالینی در هیچ‌کدام از اسناد بررسی شده مشاهده نشد. در حالی که در آلمان کتابی با عنوان «کتاب کدهای اجتماعی» تدوین شده است که معیارها و قوانینی که باید در تصمیم‌گیری‌ها مورد توجه قرار گیرند را بیان نموده است. یکی از این معیارها اثربخشی بالینی می‌باشد، این موضوع بیانگر آن است که در نظام سلامت

نظام سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد، لذا آشنا سازی تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران با ارزش‌های اجتماعی و پیامدهای مثبت توجه به این ارزش‌ها می‌تواند در تحقق اهداف کلان نظام سلامت مفید واقع شود.

بدیهی است عدم توجه به ارزش‌های اجتماعی در اسناد بالادستی می‌تواند پیامدهای منفی نیز به دنبال داشته باشد که کمترین پیامد این عدم توجه، عدم لحاظ ارزش‌های اجتماعی در اسناد خرد سازمانی می‌باشد که ممکن است راه را برای حصول به نظام سلامتی عادلانه و ارزش محور دشوار کند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش قسمتی از پایان‌نامه دکترای خانم حکیمه مصطفوی با شماره ثبت ۹۰۲۱۵۵۷۰۰۶ می‌باشد.

References

- Gibson JL, Martin DK, Singer PA. Priority setting for new technologies in medicine: A transdisciplinary study. *BMC Health Serv Res.* 2002; 2: 14.
- Peacock S, Mitton C, Bate A, McCoy B, Donaldson C. Overcoming barriers to priority setting using interdisciplinary methods. *Health Policy.* 2009;92(2-3):124-32.
- Teng F, Mitton C, Mackenzie J. Priority setting in the provincial health services authority: survey of key decision makers. *BMC Health Serv Res.* 2007; 7: 84.
- Buse K, Mays N, Walt G. *Making Health Policy.* 2th ed. London: McGraw-Hill; 2012.
- Makundi E, Kapiriri L, Norheim OF. Combining evidence and values in priority setting: testing the balance sheet method in a low-income country. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:152.
- Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *Int J Equity Health.* 2008;7:4.
- Kapiriri L, Norheim OF, Martin DK. Fairness and accountability for reasonableness. Do the views of priority setting decision makers differ across health systems and levels of decision making? *Soc Sci Med.* 2009;68(4):766-73.
- Mitton C, Donaldson C. *Priority Setting Toolkit: Guide to the Use of Economics in Healthcare Decision Making.* 1th ed. London: BMJ Books;

آلمان، اثربخشی بالینی یک ارزش اصلی در اولویت‌گذاری سلامت می‌باشد (۳۵). در تایلند نیز به دلیل اجرای پوشش همگانی سلامت راهنماهایی تدوین شده است که بسیاری از انواع ارزش‌های محتوایی شامل هزینه-اثربخشی، برابری، انسجام و همچنین اثرات بودجه در تصمیم‌گیری‌ها در آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است (۳۶). شاید بتوان گفت کامل‌ترین اسناد ملی از نظر توجه به ارزش‌های اجتماعی مربوط به انگلیس می‌باشد که همواره به بروزرسانی راهنماها و دستورالعمل‌های مرتبط با تخصیص منابع می‌پردازد (۳۷).

نتیجه‌گیری

با توجه به این که اسناد بالادستی در هر کشوری به عنوان یک راهنمای عملی برای حصول به اهداف

- 2004.
- Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R. Setting priorities for health interventions in developing countries: a review of empirical studies. *Trop Med Int Health.* 2009;14(8):930-9.
- Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoyd B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: A scoping review. *Health Policy.* 2009; 91(3):219-28.
- Olsen JA. Aiding priority setting in health care: is there a role for the contingent valuation method? *Health Econ.* 1997;6(6):603-12.
- Stefanini A. Editorial: Ethics in health care priority-setting: a north-south double standard? *Tropical Medicine & International Health.* 1999;4(11): 709-12.
- Clark S, Weale A. Social values in health priority setting: a conceptual framework. *J Health Organ Manag.* 2012;26(3):293-316.
- Mitton CR, Donaldson C. Setting priorities and allocating resources in health regions: lessons from a project evaluating program budgeting and marginal analysis (PBMA). *Health Policy.* 2003;64(3):335-48.
- Vuorenkoski L, Toiviainen H, Hemminki E. Decision-making in priority setting for medicines-- a review of empirical studies. *Health Policy.* 2008;86(1):1-9.
- Daniels N. Accountability for reasonableness.

- BMJ. 2000;321(7272):1300-1.
17. Giacomini M, Hurley J, Gold I, Smith P, Abelson J. The policy analysis of 'values talk': lessons from Canadian health reform. *Health Policy*. 2004;67(1):15-24.
18. Eslami RA. The analytical methods of political and diplomatic documents. *Quarterly of Foreign Relations History*. 2011;12(48):1-26. Persian
19. Khan MM, Heuvel W. Description and Content Analysis of the National Health Policy of Pakistan. *Asia Pacific Journal of Public Health*. 2006; 33-51.
20. Khayat-zadeh-Mahani A, Fotaki M, Harvey G. Ethical theories and values in priority setting: a case study of the Iranian health system. *Public Health Ethics*. 2013;6(1):60-72.
21. Sapsford R, Jupp V. *Data Collection and Analysis*. 2th ed. London: Sage; 2006.
22. The Research Center of the Islamic Republic of Iran Parliament. The Constitution of the Islamic Republic of Iran.; 1989 [cited 2015 Agu 18]. Available from: http://rc.majlis.ir/fa/content/iran_constitution
23. Formation Act of the Ministry of Health and Medical Education; 1985. [cited 2015 Agu 18] Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/91112>
24. The Research Center of the Islamic Republic of Iran Parliament. The Ministry of Health and Medical Education Act and Duties Legislation; 1985. [cited 2014 Feb 20] Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/91555>
25. The Research Center of the Islamic Republic of Iran Parliament. The 5th Five-year Development Plan Legislation of the Islamic Republic of Iran; 2010. [cited 2015 Agu 10] Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/790196>
26. Comprehensive Database for Iranian Doctors. The Law of Public Health Insurance; 1993. [cited 2015 Feb 15] Available from: www.irteb.com/bimedarmanee/bime%20hamagane.htm
27. The Ministry of Health, Treatment and Medical Education- Ministry of Labor and Social Welfare. The Instructions for the Family Physician and Referral System Program in urban regions. 2th ed. 2006. [cited 2015 Agu 18] Available from: <http://th.ihio.gov.ir/Portal/File/ShowFile.aspx?ID=d4980317-a206-4a76-8137-72144cafb8f6>
28. Secretariat of the Council for Health Policy and Reform, Health Plan of the Islamic Republic of Iran in the fifth economic, social and cultural development program 2010-2014; 2012. [cited 2015 Agu 18]. Available from: irimc.org/FileManager/health_map_1394.pdf?Lang=FA
29. Takian A, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician programme in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. *Fam Pract*. 2013;30(5):551-9.
30. Whitty JA, Littlejohns P. Social values and health priority setting in Australia: an analysis applied to the context of health technology assessment. *Health Policy*. 2015;119(2):127-36.
31. Pinto AD, Manson H, Pauly B, Thanos J, Parks A, Cox A. Equity in public health standards: a qualitative document analysis of policies from two Canadian provinces. *Int J Equity Health*. 2012;11:28.
32. Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda. *Soc Sci Med*. 2003;56(12):2433-41.
33. Maluka S, Kamuzora P, San Sebastián M, Byskov J, Ndawi B, Hurtig AK. Improving district level health planning and priority setting in Tanzania through implementing accountability for reasonableness framework: Perceptions of stakeholders. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10: 322.
34. Ahn J, Kim G, Suh HS, Lee SM. Social values and healthcare priority setting in Korea. *J Health Organ Manag*. 2012;26(3):343-50.
35. Kieslich K. Social values and health priority setting in Germany. *J Health Organ Manag*. 2012;26(3):374-83.
36. Tantivess S, Pérez Velasco R, Yothasamut J, Mohara A, Limprayoonpong H, Teerawattananon Y. Efficiency or equity: value judgments in coverage decisions in Thailand. *J Health Organ Manag*. 2012;26(3):331-42.
37. Littlejohns P, Sharma T, Jeong K. Social values and health priority setting in England: "values" based decision making. *J Health Organ Manag*. 2012;26(3):363-73.

Social Values in Health Prioritizing: the analysis of national documents of Iran

Hakimeh Mostafavi¹, Mohammad Arab², Arash Rashidian^{2,3}

Abstract

Background: Health system, as a part of the wider social system, should consider social values in decisions for health prioritizing. This study was aimed at identifying social values considered in the health-related national documents.

Methods: This qualitative study was conducted based on the Clark-Weale framework to identify the social values in health related national documents. Identification of health-related basic documents (11 documents) was performed purposefully. Documents included Iran's Constitution Law, the 5-year development plan, national health insurance law, urban family physician program, health sector development map, Health Ministry foundation law and Health Ministry structure and organizational law. Each value was analyzed based on qualitative content analysis.

Results: Different approaches toward considering social values were observed. While some documents had explicitly considered social values, some others had implicitly considered them. The health Road Map was the most comprehensive document in terms of considering social values. Equity was the most repeated value in documents and clinical effectiveness was not mentioned in any of the documents.

Conclusion: Although, the importance of social values has been increased in national documents during the recent years, it dose not have the same trend in different documents and each of them have emphasized on different social values. It seems that using national documents, as a practical guide, can be effective in achieving health system goals.

Keywords: Social values, Health system, National documents, Priority setting, Clark-Weale framework

1- PhD, Deputy of Treatment, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Director, Department of Information, Evidence and Research, Eastern Mediterranean Region, World Health Organization, Cairo, Egypt

Corresponding Author: Arash Rashidian **Email:** arash.rashidian@gmail.com

Address: Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel/Fax: 021-88989129