



«"لاخير في الحياه الا مع الصحه": خيري در زندگي نيست مگر با سلامتي.»

پيامبر اسلام (ص)

«يكي از بزرگترين جهات معنوي خدمت به خلق الله است، خدمت به انسان‌هاي محروم است. اين است كه

براي انسان جاودانه مي‌ماند و در عالم ديگر به درد انسان مي‌خورد.»

امام خميني (ره)

«سلامت، محور همه چيز حتي عروج انسان است و هر انساني حتي اگر در عرصه معنويت بخواهد رشد كند

بايد فرد سالمی باشد.»

مقام معظم رهبري





وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شورای سیاست گذاری

نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

مبتنی بر الگوی اسلامی – ایرانی پیشرفت

اسفندماه ۱۳۹۰





فهرست

مقدمه وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.....	۷
درباره محتوا.....	۹
چشم انداز.....	۱۳
ارزش ها.....	۱۴
اصول.....	۱۷
اهداف کلان.....	۱۹
سیاست ها.....	۲۱
برنامه های ملی تحول.....	۲۳
نقاط تمرکز برنامه ها.....	۳۱
پیاده سازی نقشه تحول نظام سلامت.....	۵۸
پیوست ۱- تعریف واژه ها.....	۶۹
پیوست ۲- شاخص ها.....	۷۴
پیوست ۳- موضوعات کلیدی و اقدامات پیشنهادی کارگروه های تدوین نقشه.....	۷۶
خروجی کارگروه نظام مراقبت تعیین کننده های سلامت/ عوامل تهدید کننده سلامت.....	۷۶
خروجی کارگروه نظام تأمین مالی سلامت.....	۷۹
خروجی کارگروه نظام ارائه خدمات.....	۹۲
خروجی کارگروه فناوری اطلاعات.....	۱۰۵
خروجی کارگروه تعیین کننده های اجتماعی سلامت.....	۱۱۰
خروجی کارگروه امنیت غذا و تغذیه.....	۱۱۳



- ۱۲۳..... خروجی کارگروه مدیریت منابع انسانی
- ۱۳۲..... خروجی کارگروه توانمند سازی جامعه
- ۱۳۷..... خروجی کارگروه سلامت اجتماعی، روانی و اعتیاد
- ۱۴۵..... خروجی کارگروه علم و فناوری
- ۱۵۱..... خروجی کارگروه سلامت زنان
- ۱۶۲..... مشارکت کنندگان در تدوین نقشه



«بزرگترین آرمان بشر از اول تاریخ انسان (یعنی از آن زمانی که انسان تعقلی یافته و فکری به سراغ او آمده، و به زندگی خود، نظم و ترتیبی داده است) تا امروز، آرزوی تحقق عدالت است.»

«کاری کنیم که بیمار به جز رنج بیماری، درد و رنج دیگری نداشته باشد.»

«مسئله سلامت در برنامه‌ریزی‌های گوناگون همه دستگاه‌های اجرایی مورد توجه ویژه قرار گیرد.»

مقام معظم رهبری

مقدمه

سلامت، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جزو مهمترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره‌مند شدن انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است، لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم بوده است.

مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای مردم و جامعه است. این نیازها تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، پیوسته تغییر می‌کنند. از سوی دیگر بیماری‌ها و عوامل مخاطره‌آمیز سلامت دائماً در حال تغییر بوده و به خصوص در دوره حاضر تحولات بسیار سریعی را تجربه می‌نمایند. پاسخگویی به این تغییرات مهمترین استدلالی است که بر اساس آن باید نظام سلامت را متحول و ارتقا داد.

با توجه به اهمیت موضوع، سلامت آحاد مردم به عنوان یک حق در قانون اساسی مورد توجه قرار گرفته و ارتقای سطح سلامت مردم نیز از مهمترین اهداف در چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در نظر گرفته شده است. در چشم‌انداز، جامعه‌ای آرمانی ترسیم شده که می‌بایست از حداکثر سلامت برای تمامی جامعه برخوردار باشد.

تدوین نقشه جامع علمی کشور نخستین گام از این مجموعه و در جهت تبیین برنامه‌های کلان علم و فناوری کشور بوده که به دنبال آن الزام به تدوین نقشه نظام سلامت برای تحقق اهداف چشم‌اندازی، بسیار ضروری می‌نماید. در این اثنا طرح الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت از سوی رهبر فرزانه انقلاب اسلامی، طلیعه‌ای از ژرف‌نگری رهبری جامعه بود. تمامی آنانی که به برنامه‌ریزی‌های کلان و ملی پرداخته‌اند، نیک می‌دانند که برای تبیین جهت‌گیری‌هایی این چنینی باید فلسفه و غایت حرکت مشخص بوده و افق دوری را از مفهوم



پیشرفت و در نهادهای اجتماعی، سعادت انسانی برگرفته از الگوی بومی برگرفته از ارزش‌ها داشت. طرح موضوع از سوی مقام معظم رهبری، خیزشی فکری را سامان داد تا همگان تصویری فراتر از چشم انداز را نیز رصد کنند که در این نقش و در قالب چشم انداز، اصول و ارزش‌های نظام سلامت کشور آمده است.

به این اعتبار نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، مجموعه‌ای جامع، هماهنگ و پویا از اهداف، سیاست‌ها و الزامات برنامه‌ریزی تحول راهبردی نظام سلامت مبتنی بر الگوی پیشرفت اسلامی - ایرانی است که می‌تواند در صورت اجرای مناسب، پیشرفتی ارزشی در عرصه سلامت و نوید بخش تحقق اهداف چشم‌اندازی در افق سال ۱۴۰۴ باشد. در این نقشه تلاش بر این بوده که جهت‌گیری‌های کلی و حرکت‌های لازم برای تحول بنیادی در سلامت کشور ترسیم گردند.

این نقشه در حقیقت مجموعه فعالیت‌های حوزه سلامت کشور اعم از بهداشت، درمان، آموزش، پژوهش و فناوری است. با طراحی این نقشه، سیاست‌های اصلی و تحولی سلامت مشخص شده و امید است با مشروعیت گرفتن از ارکان اصلی نظام، ثبات در سیاست‌ها را به دنبال داشته باشد که این مهم قطعاً به ارتقای نظام سلامت خواهد انجامید.

سند پیش رو به لحاظ روش شناسی به روش «آینده‌نگاری» تدوین شده و لذا متشکل از بخش‌های گوناگونی است که برای تدوین بیش از دو سال زمان برده شده و تعداد زیادی از افراد که نام آنها در انتهای این مجموعه آمده شده است فعالیت نموده اند. جا دارد در اینجا از کلیه دست‌اندرکاران، خبرگان، صاحب‌نظران و مشارکت‌کنندگان عزیز در تدوین سند، کمال تشکر و امتنان را داشته باشیم. آن چه واضح است تلاش بی‌دریغ این عزیزان در تدوین این سند بسیار مؤثر بوده است. بدون شک اجرایی شدن این سند مهم، بدون همیاری و همکاری متولیان بخش سلامت و سایر بخش‌های درگیر در خارج از بخش سلامت، امکان‌پذیر نیست.

در نهایت این نقشه بایستی با فواصل زمانی منظم بازبینی و به روز شود تا سیر تعالی سلامت جامعه تا افق چشم انداز رخ دهد. اما لزوم وجود یک میثاق مشترک بین تمامی فعالان درگیر در ارتقای سلامت، امری است که ضرورت آن قابل انکار نیست. لذا امید است این نقشه سرلوحه اقدامات بعدی و به خصوص برنامه‌های پنج ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور قرار گیرد.

دکتر مرضیه وحید دستجردی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



«اگر بخواهیم عدالت به معنای حقیقی خودش در جامعه تحقق پیدا کند، دو مفهوم به شدت در هم تنیده اند؛ یکی عقلانیت و دیگری معنویت. اگر عدالت از عقلانیت و معنویت جدا شد، دیگر عدالتی نخواهد بود. عقلانیت به خاطر این است که اگر عقل و خرد در تشخیص مصادیق عدالت به کار گرفته نشود، انسان به گمراهی و اشتباه دچار می شود؛ خیال می کند چیزهایی عدالت است، در حالی که نیست؛ و چیزهایی را هم که عدالت است، گاهی نمی بیند. بنابراین عقلانیت و محاسبه، یکی از شرایط لازم رسیدن به عدالت است.

اگر عدالت را از معنویت جدا کنیم - یعنی عدالتی که با معنویت همراه نباشد - این هم عدالت نخواهد بود. عدالتی که همراه با معنویت و توجه به آفاق معنوی عالم وجود و کائنات نباشد؛ به ریاکاری، دروغ، انحراف، ظاهر سازی و تصنع تبدیل خواهد شد.»

مقام معظم رهبری

درباره محتوا

نقشه تحول نظام سلامت بایستی مشخص کند که مجموعه کشور: الف) چه اهدافی را دنبال می کند؟، ب) برای تحقق این اهداف چه راهی را بایستی طی کند؟ و ج) ملزومات تحقق اهداف چه می باشد؟ برای تدوین این نقشه تحولی، منشوری در نظر گرفته شده است. اینکه تحول سلامت در ایران تغییری پایدار، هدفمند و بنیادین خواهد بود. پایدار از این رو که این تلاش مقطعی و یکباره نیست که اثرات چنین تفسیری ثبات نخواهد داشت. هدفمند به این معنی که مبتنی بر عقلانیت، برنامه ریزی و مبتنی بر شواهد است و پیگیر تحقق اهداف چشم انداز جمهوری اسلامی ایران است. بنیادین از این رو که به ابعاد مهم و راهبردی سلامت می پردازد.



برای تدوین نقشه تحول نظام سلامت، از رویکرد «آینده نگاری» استفاده شده است.^۱ این فرآیند مشتمل بر مراحل تبیین اصول، ارزش‌ها و چشم انداز سلامت، تحلیل روندها (اجتماعی، اقتصادی، فناورانه، سیاسی و محیطی)، فرصت‌ها و تهدیدهای ناشی از آنها، مشخص کردن نقاط قوت و ضعف موجود و سپس پیدا کردن مناسب ترین گزینه‌ها برای دستیابی به اهداف بوده است.

دو نکته در تدوین این نقشه مد نظر بوده اند: نخست آن که جهت گیری تهیه نقشه، زمینه‌های تحول راهبردی و بنیادین در سلامت کشور را فراهم آورد. دوم این که پیوستگی با روال‌های جاری برنامه‌ریزی کشور در قالب برنامه‌های توسعه اجتماعی، اقتصادی و اجتماعی کشور وجود داشته و به این دلیل از ادبیات موجود در این برنامه‌ریزی‌ها تبعیت شد. در نتیجه به لحاظ روش شناسی این نقشه در خردترین سطح خود مبنای برنامه‌های توسعه پنج ساله قرار می گیرد. پس سیر تدوین بشکلی طرح ریزی شده تا بر اساس مقدماتی که در پاراگراف قبل توضیح داده شد، **"برنامه‌های ملی تحول"** به دست آیند. این برنامه‌های تحول ملی چون برگرفته از چشم انداز، اصول و ارزش‌ها هستند؛ مبتنی بر الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت بوده و بایستی بتوانند سلامت کشور را به چشم انداز تعریف شده رهنمون سازند. خواست مؤکد طرح ریزان این نقشه، تبدیل برنامه‌های ملی تحول به عناوین بسته‌های اجرایی برنامه‌های توسعه پنج ساله است. بر اساس تعریف مورد استفاده در برنامه پنجم توسعه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور، بسته اجرایی عبارت است از مجموعه فعالیت‌های اصلی و تبعی و طرح‌ها و پروژه‌های به هم پیوسته و یا خوشه‌ای از پروژه‌های متجانس و به هم مرتبط اولویت دار که به منظور حل یک مشکل اقتصادی، اجتماعی و یا فرهنگی در چارچوب اهداف برنامه به اجرا در می آید. به همین منظور است که در این نقشه، عناوین این برنامه‌های ملی تحول و نیز جزییاتی که مناسب است طراحی و اجرای آنها در برنامه‌های پنج ساله مورد توجه قرار بگیرند، آمده است.

توجه مهم این است که این نقشه، برنامه نظام سلامت برای موضوعات گسترده آن نیست. چون هم اکنون نیز برنامه‌های متعددی در دست اجراست. لیکن بر اساس منشوری که ذکر شد، تلاش بر این بوده تا برنامه‌هایی شناسایی شوند که تحول و ارتقای بنیادین نظام سلامت را باعث شوند و بدیهی است سایر برنامه‌ها همچنان جاری و در هر حال انجام خواهند بود.



۱- توضیح مختصری در خصوص روش شناسی تدوین در این قسمت آمده است، لیکن جزییات روش شناسی تدوین نقشه را می توانید در صفحه خانگی نقشه به آدرس <http://siasat.behdasht.gov.ir> ملاحظه فرمایید.

در خصوص روش شناسی باید گفت که برای شکل گیری سیاست‌ها، برنامه‌های ملی تحول و نیز جزییات آن‌ها اقداماتی صورت گرفت. نخست بر اساس تحلیل محیطی و آینده نظام سلامت، چالش‌ها و فرصت‌های پیش روی نظام سلامت تعیین شدند. در مرحله بعد بر اساس خروجی به دست آمده، نقاط تمرکز که می‌توانستند بهترین تحول را در سلامت کشور ایفا کنند تعیین شدند. برای هر یک از این نقاط تمرکز، تحلیل وضعیت موجود صورت گرفت (ضعف و قوت). هم زمان برای هر یک از موضوعات مهمی که بایستی به آن‌ها پرداخته می‌شد، طرح پژوهشی مستقلی تعریف شد که از این طرح‌ها به عنوان "منابع اطلاعاتی"^۱ یاد شده است. وظیفه مجریان در این طرح‌ها این بود که روال‌های بعدی نقشه را به صورت نظام مند و بر اساس مرور شواهد جهانی و بومی در ایران پیش ببرند ولی خروجی کار آن‌ها مورد استفاده کارگروه‌هایی قرار گرفت که بر اساس همان عناوین نقاط تمرکز شکل گرفته بودند. وظیفه این کارگروه‌ها این بود که برای هر یک از نقاط تمرکز، بر اساس اصول سیاست‌گذاری مطلع از شواهد^۲ و با استفاده از مستندی که به عنوان خروجی طرح‌های پژوهشی (منابع اطلاعاتی) تهیه شده بود، اقداماتی را طرح ریزی کنند که بتواند پاسخگوی تحول نظام سلامت باشد. در واقع کارگروه‌ها^۳ به تعیین اهداف، اقدامات و منابع آن‌ها بپردازند. در تعیین اقدامات، انتظار این بود که ضمن مرور شواهد جهانی و بومی، به مزایا، مضرات و هزینه آن‌ها توجه شود ولی در این بین عدالت به عنوان تنها ملاکی که پالایش تمام اقدامات را انجام می‌داد، مطرح شد. انتظار نیز این بود که اقدامات در قالب "اهرم‌های کنترل"^۴، (شامل ملاحظات مالی، تامین مالی نظام پرداخت، قوانین و مقررات، ساختار و تغییر رفتار) باشند.

پس از این که کلیه خروجی‌ها از کارگروه‌ها به دست آمد، با مرور سیاست‌های برگرفته از چشم انداز، اصول و ارزش‌ها، بین آن‌ها اولویت بندی شد و اقدامات پیشنهادی کارگروه‌ها، "برنامه‌های ملی تحول" را شکل داد. پس اقدامات پیشنهادی کارگروه‌ها، ورودی برای این برنامه بود و برای این که برداشت درستی از برنامه‌ها انجام شود، خصوصیات آن‌ها نیز ارائه شد. معیذا به این علت که خروجی کارگروه‌ها با بحث‌های زیاد و نظرات

۱ - اسامی طرح‌ها، مجریان و همکاران اصلی ایشان در انتهای این مستند آمده است.

۲ - Evidence-Informed Policy Making

۳ - نام کارگروه‌ها و افرادی که در آن‌ها مشارکت فعال داشته‌اند در انتهای مستند آمده است.

۴ - Control knobs



ارزشمند کارشناسی شکل گرفته اند، برای حفظ دانش سازمانی به وجود آمده، اقدامات پیشنهادی کارگروه‌ها به صورت پیوست آمده است.^۱

رجای واثق دارد که همدلی، خرد جمعی، برنامه‌ریزی و تعهد به اجرای برنامه، بتواند جامعه آرمانی را برای جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ محقق نماید.

دکتر باقر لاریجانی
رئیس شورای سیاست‌گذاری



۱- این پیوست حاوی نکات ارزشمندی است که ارائه آن را ضروری می‌نمود معیناً به عنوان ضمیمه تلقی شده و به عنوان مصوبه تلقی نمی‌گردد.

چشم انداز

«جامعه‌ای پیشرو در مسیر سعادت انسانی است که در پرتو کارا ترین و عادلانه ترین نظام سلامت در منطقه چشم اندازی و در توجه به سلامت در همه سیاست‌ها و پاسخگویی و نوآوری، به سطحی توسعه یافته از شاخص‌های سلامت دست یافته است.»

جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴، واجد جامعه‌ای سالم و توانمند در تحقق چشم انداز 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، نظامی مسئول و پاسخگوست که ضمن فراهم‌سازی دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با جلب حمایت کلیه سازمان‌ها و نهادها، رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها را اجرایی می‌نماید. این نظام 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 همه جانبه (در تامین، توزیع منابع و تحقق سلامت) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه‌ای اصل نخست بوده و تمامی افراد بر اساس نیاز خود از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند خواهند بود و بر اساس توان پرداخت، در تامین مالی مشارکت خواهند داشت. این نظام خلاق بوده و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندی حداکثری از کلیه ظرفیت‌های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه بخش‌های ذینفع)، علمی و فناورانه، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند، به نحوی که با استفاده از ارتباطات بین‌المللی و تعامل با کشورهای منطقه (بویژه کشورهای اسلامی)، الگویی الهام‌بخش برای سایر کشورها می‌باشد.



ارزش‌ها

۱. سلامت همه جانبه: سلامت شامل رفاه و آرامش جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است.^۱ سلامت موهبتی الهی است. تحقق انسان سالم، برای نیل به کمال انسانی به عنوان خلیفه الله می‌باشد. از سویی، سلامت ابعاد و تعیین کننده‌های متعدد و پیچیده‌ای دارد. در نتیجه تامین آن به صورت تک بعدی و یک سویه میسر نمی‌شود و نیازمند اتخاذ نگاهی همه جانبه و کل نگر در سطوح مختلف فردی، خانوادگی، ملی و جهانی است، نگاهی متوازن به کلیه سطوح پیشگیری و مداخله در تعیین کننده‌ها و تهدید کننده‌های سلامت (که خود در لایه‌ها و سطوح مختلف اجتماع پراکنده اند)^۲، پرداختن به سلامت^۳ را وظیفه‌ای مهم^۴، فرا بخشی و فرا ملی تلقی می‌کند. اگر تعریف گسترده سلامت (مشمول بر رفاه معنوی و اجتماعی) باور جامعه باشد، آنگاه هدف توسعه پایدار، انسان سالم و توجه به سلامت، وظیفه تمام نهادهای اجتماعی است.^۵ لذا تمامی نهادها اعم از عمومی و غیردولتی بایستی در این جهت تلاش نمایند.

- ۱- سلامت نداشتن بیماری نیست بلکه برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است.
 اللهم صل على محمد و آله و عافني عافية كافية شافية عالية نامية تولد في بدني العافية، عافيه الدنيا والاخرة و امنن على بالصحة والامن و السلامة في ديني و بدني والبصيرة في قلبي (صحيفة سجادية)
- «خداوند! بر محمد و آلش درود فرست، و مرا عافیت بخش، عافیتی کافی و شفابخش، و برتر و روزافزون، عافیتی که در بدنم عافیت تولید کند، و در یک کلمه: عافیت دنیا و آخرت، و بر من ممت نه به تندرستی و امنیت و سلامت در دین و بدن، و بصیرت در دل».
- بر خلاف باور اندیشه‌هایی که هویت انسان را در سه بعد زیستی، روانشناختی و اجتماعی (Biopsychosocial) تعریف می‌کنند، باور اسلامی بر هویت معنوی انسان و توجه ویژه به بعد ملکوتی و روحی او علاوه بر سه بعد دیگر (Spiritual-Bio-Psychosocial) اهتمام دارد. این تاکید با توجه به درک ویژه از مفهوم حیات انسان و نیز فلسفه آفرینش او در ارایه خدمات سلامت، حضور و توجه خاص به بعد روحی و معنوی و به اعتباری بعد خدایی وجود انسان. (اشاره به آیه ۲۹ سوره حجر و آیه ۷۲ سوره ص).
- امام علی (ع): سلامتی بهترین نعمت است. (غرالحکم حدیث ۱۰۵۰).
- ۲- در خطبه ای در نهج البلاغه، امام علی (ع) در توصیف شرایط بعثت پیامبر می فرمایند: «خداوند، پیامبر اکرم - صلی الله علیه و آله - را هشدار دهنده جهانیان مبعوث نمود... آنگاه که شما ملت عرب، بدترین دین را داشتید و در بدترین خانه‌ها زندگی می کردید، میان غارها و سنگ‌های خشن و مارهای سمی خطرناک فاقد شنوایی به سر می بردید، آب‌های آلوده می نوشیدید و غذاهای ناگوار می خوردید».
- ۳- پیامبر اسلام (ص) فرمودند: «لاخیر فی الحیاة الا مع الصیحة». (خیری در زندگی نیست مگر با سلامتی)
- ۴- در سوره مائده: «...مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا وَلَقَدْ جَاءَتْهُمْ رُسُلُنَا بِالْبَيِّنَاتِ ثُمَّ إِنَّ كَثِيرًا مِّنْهُمْ بَعْدَ ذَلِكَ فِي الْأَرْضِ لَمُشْرِفُونَ». و آیه ۸۰ سوره شعرا: «وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ»
- ۵- پروردگار حکیم که همه چیز را برای انسان و انسان را برای خویش آفریده است. (اشاره به حدیث قدسی خلقت الاشياء لاجلك و خلقتك لاجلي، احوهر السنيه). حفظ جان او را واجب و تهیه مقدمات تحقق این واجب بزرگ را نیز واجب قرار داده است.



۲. **کرامت انسانی:** بر اساس ارزش‌های والای اسلامی، انسان در عرصه خلقت از جایگاه ویژه و والاتری نسبت به سایر مخلوقات برخوردار است. بر اساس این ارزش ذاتی، همه انسان‌ها^۱ محترم بوده، با یکدیگر برابرند و حیات آن‌ها حرمت ویژه‌ای دارد. در حیطه خدمات سلامت، این حرمت در احترام به حق باری تعالی و حقوق دیگران (اعم از گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت)، رعایت حریم خصوصی، رازداری، حق انتخاب و تصمیم‌گیری در امور خود، پرهیز از ظلم، هر گونه تبعیض و آسیب رساندن و لزوم نوع دوستی و نیکوکاری تجلی پیدا می‌کند.

۳. **حداکثر سلامت ممکن به مثابه حق:** حاکمیت، متولی ارتقا، حفظ و اعاده سلامت و کیفیت زندگی همگان در بالاترین حد ممکن می‌باشد. از این رو دولت مسئول^۲ اطمینان از بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت با کیفیت، شناسایی، استقرار و بکارگیری شیوه‌ها و ابزارهای ارتقای سلامت، کاهش و کنترل مخاطرات فردی و اجتماعی مؤثر بر سلامت است. نتیجه‌ی آن‌ها باید تامین طولانی‌ترین عمر ممکن توأم با سلامت و رفاه، زندگی با کیفیت و عاری از معلولیت و ناتوانی برای کل افراد جامعه باشد.

۴. **عدالت:** عدالت اساس ارزش‌های اجتماعی است و از آنجا که پیش‌نیازی برای کرامت انسانی، آزادی و حقوق است، ارزشی ذاتی دارد^۳. بی‌عدالتی در سلامت دلالت بر تفاوت‌های غیرمنصفانه و قابل اجتناب در وضعیت سلامت، بهره‌مندی از خدمات سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت دارد. مفهوم عدالت در سلامت از دو جنبه خاص باید مورد توجه اکید قرار گیرد: عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت (که باید براساس نیاز فرد باشد) و عدالت در تامین مالی سلامت (که باید براساس توان پرداخت فرد باشد).

۵. **انسجام اجتماعی:** به معنای همبستگی و اشتراک مساعی تمامی ذینفعان (در بخش‌های مختلف سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با مالکیت‌های دولتی و غیردولتی اعم از خصوصی، خیریه و تعاونی است)

۱- انسان همین‌که انسان است در خور احترام و برخوردار از داشتن منافع انسانی است. ناتوانی، بیکاری، شغل، موقعیت و... مهم نیست، مهم این است که انسان کرامت دارد: «قد کرمنا بنی آدم». (سوره‌ی اسراء، آیه‌ی ۷۰)

۲- اصل بیست و نهم قانون اساسی: «برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حق است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های فوق را برای یک یک افراد کشور تامین کند.»

۳- امام علی (ع) می‌فرمایند: «میان آنها در توجه و نگاه یکسان رفتار کن تا بزرگان در تو طمع نورزند و ضعیفان از عدالت مایوس نشوند.»

که در ساختار و فرآیندی به هم تنیده، با هدف حفظ استقلال و پایداری و ایجاد هم افزایی با یکدیگر همکاری می کنند. دستیابی به سلامت همه جانبه فردی و اجتماعی و عدالت در سلامت، در زمینه ای از اعتماد و همکاری همه جانبه میسر است. انسجام اجتماعی علاوه بر تحقق اهداف، منجر به تقویت، حفظ و ارتقای سرمایه اجتماعی می گردد.



اصول

۱. نهادینه سازی ارزش‌های اخلاقی: احترام به ارزش‌های اخلاقی اسلامی - ایرانی، رعایت حقوق فردی و اجتماعی از جمله آزادی‌های فردی در چارچوب قانون، رعایت کدهای اخلاقی و تعهدات حرفه‌ای در آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت، رعایت حقوق مالکیت فکری، تکریم گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت.

۲. پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری: تعهد در برابر چشم انداز جمهوری اسلامی ایران و نقشه جامع علمی در افق ۱۴۰۴، آینده نگری و برنامه‌ریزی با توجه به نیازهای حال و آینده، پاسخگویی در قبال مسئولیت‌های اجتماعی و مطالبات گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات و شفافیت عملکرد.

۳. بهره مندی عادلانه: پوشش فراگیر و بهره مندی آحاد جامعه از بسته جامع خدمات پایه سلامت (متناسب با نیازها و فرهنگ جامعه)، استقرار ساختار مبتنی بر سطح‌بندی، ارجاع و پزشک خانواده، تامین منابع مالی پایدار، توجه خاص به اقشار آسیب پذیر و سایر گروه‌های در معرض خطر (ساکنین روستاها و حاشیه شهرها)، دسترسی عادلانه به سایر خدمات و اطلاعات سلامت.

۴. ارتقای سلامت و پیشگیری: اجرای مداخلات به منظور جلوگیری از وقوع زیان‌های فردی و جمعی، بهره‌مندی از محیط زیست مطلوب، اولویت پیشگیری بر درمان، ارزش‌گذاری به مسئولیت‌دهی به مردم برای افزایش سطح سلامت و کاهش سطح خطرات فردی و اجتماعی.

۵. مشارکت مردم: افزایش سواد سلامت مردم و مشارکت ایشان در مدیریت، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های سلامت در راستای ارتقای سلامت و توانمندسازی جامعه.

۶. همکاری بین بخشی: همکاری همه بخش‌ها، پذیرش مسئولیت همگانی در ارتقای سلامت و پاسخگویی کلیه سازمان‌ها، نهادها در مورد تاثیر سیاست‌ها و اقداماتشان بر سلامت، با هدف تحقق «سلامت در همه سیاست‌ها».

۷. تولیت یکپارچه: ادغام علم و عمل، قانون مداری و نظارت بر حسن اجرای قوانین، هم‌راستایی سیاست گذاری، برنامه‌ریزی، هدایت، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع سلامت، استفاده از شواهد معتبر در



سیاست گذاری، ادغام نظام آموزشی، پژوهشی و خدمات سلامت در راستای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت.

۸. بهره گیری از نوآوری و فناوری مطلوب: بهره گیری مؤثر از نظام های مراقبت، پایش و ارزشیابی، مدیریت دانش، تولید، انباشت و کاربست شواهد معتبر بومی، استفاده از فناوری کارا، ایمن و هزینه - اثربخش، متناسب با فرهنگ بومی و در جهت پاسخگویی به نیازهای در اولویت جامعه در ساختاری پایدار و با هزینه ای قابل پرداخت برای آحاد مردم، ترغیب خلاقیت و تبدیل ایده به عمل در بستر نظام ملی نوآوری.

۹. ارتقای سرمایه انسانی: مدیریت مؤثر، آموزش، تربیت و نگهداشت سرمایه انسانی مؤمن، متخصص، خلاق، با انگیزه و با بهره وری بالا متناسب با نیازهای حال و آینده در نظام ادغام یافته خدمات سلامت، آموزش و پژوهش.

۱۰. تعالی و توازن: کیفیت - محوری مبتنی بر دانش و نوآوری، فرهنگ سازمانی پویا، حفظ آمادگی و توانایی برای مواجهه با نیازهای در حال تغییر و تغییرات محیطی (اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، علم و فناوری، محیط زیست)، حرکت در جهت استقلال و خودباوری، پیشرفت و عدالت همزمان، ایجاد ارتباطات مؤثر و تبادل دانش و فناوری در سطح بین المللی.



«در عرصه‌ی اجتماعی، توسعه باید با مردم گره بخورد؛ مردم باید محور توسعه باشند. عدالت حتماً یکی از شاخص‌های اصلی است. برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری که عدالت و توزیع عادلانه ثروت را در جامعه ندیده بگیرد، نمی‌تواند چشم‌انداز مورد نظر ما را تأمین کند.»

مقام معظم رهبری

اهداف کلان^۱

چشم‌انداز سلامت در جمهوری اسلامی ایران حرکت در مسیر **سعادت انسانی** است. بر اساس اصلی‌ترین جنبه‌های پیشرفت در سلامت جامعه اسلامی؛ محوریت، عدالت و ارزش‌های اخلاقی می‌باشند. معهداً هنوز برای ارائه هدف‌گذاری شفاف، شاخص‌مند و قابل‌سنجش بخصوص برای سعادت انسانی بایستی مفاهیم گسترده‌تر از صرف سلامت در نظر گرفته شود و یا سلامت با مفهوم گسترده‌تر که مشتمل بر سلامت معنوی و اجتماعی علاوه بر رفاه جسمی و اجتماعی می‌گردد را مدّ نظر داشت. به همین لحاظ اهداف کلان ذیل در مسیر سعادت انسانی و از طریق مداخله‌های سلامتی است که متعاقباً قابلیت سنجش و کمی کردن با شرایط حاضر را دارد و به جای خود می‌تواند جهت‌گیری‌های بعدی سیاست‌های سلامت کشور را مشخص کند. از این گذشته نکته مهم آنست که از مهمترین ارزش‌های مطرح در نقشه تحول نظام سلامت کشور، عدالت می‌باشد. به همین منظور علاوه بر اهدافی که در این بخش عنوان شده‌اند، **عدالت** در توزیع این متغیرها نیز جزو اهداف کلان می‌باشد که از ذکر آن به واسطه تکرار در نگارش اجتناب می‌شود.

۱. افزایش امید به زندگی^۲ و بهبود شاخص توسعه انسانی

۲. ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همه جانبه^۳

۱- اهداف کلان اهدافی هستند که جهت‌گیری کلی نظام سلامت و عملکردهای اصلی نظام سلامت را تبیین خواهند کرد. به همین علت عمدتاً به پی‌آمدهای سلامت پرداخته‌اند.

۲- امید به زندگی تطبیق داده شده برای سلامت، جزو پیشنهادهای مهمی بود که در کارگروه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. لیکن به این علت که این شاخص پایایی بالایی ندارد و بین کشورها قابل‌مقایسه نیست، از امید به زندگی استفاده شده است.

۳- هدف این است که کیفیت زندگی در تمام ابعاد که در تعریف سلامت می‌باشند؛ اعم از حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد توجه قرار گیرند.

۳. کاهش بار ناشی از عوامل خطر بیماری‌های مهم (بخصوص بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها و اعتیاد) و

صدمات

۴. افزایش سواد سلامت

۵. بهبود شاخص توسعه سلامت کودکان

۶. کاهش مرگ مادران باردار^۳، نوزادان و کودکان زیر ۵ سال^۱

۷. حفاظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های سلامت

۸. کاهش عوارض ناشی از آسیب‌های اجتماعی

۹. افزایش سرمایه اجتماعی

۱۰. کاهش سطح خطر ناشی از مخاطرات طبیعی و انسان-ساخت در جامعه

۱۱. کاهش سطح خطاهای ناشی از مداخله‌های سلامتی

۱۲. کاهش ناامنی غذایی خانوار

۱۳. ارتقای پاسخگویی نظام ارائه خدمات به نیازهای غیرطبی گیرندگان خدمت^۲

۱۴. کاهش میزان آلاینده‌های خطرناک و مهم زیست-محیطی

۱۵. جلب مشارکت مردم و همه دستگاه‌های ذینفع بر فعالیت‌های سلامت محور

۱۶. کنترل سل و ایدز، حذف مالاریا^۳ و کزاز، ریشه‌کنی فلج اطفال، سرخک و سرخجه

۱- اهمیت این اهداف کلان از آن جایی نیز هست که جزو اهداف توسعه هزاره می باشند و به این لحاظ به عنوان تعهدات کشورها در نظر گرفته می شوند.

۲- جنبه های مختلف پاسخگویی عبارتند از: احترام به شان افراد، محرمانه بودن اطلاعات، اختیار و خود مختاری فرد برای مشارکت در انتخاب های مربوط به سلامت خود و در گیر شدن در تصمیم گیری، ارتباط شفاف، مشتری مداری، توجه سریع، کیفیت محیط ارائه خدمت و دسترسی به شبکه های حمایت اجتماعی.

۳- این اهداف کلان جزو اهداف توسعه هزاره می باشند و به این لحاظ به عنوان تعهدات کشورها در نظر گرفته می شوند.



«نهضت احیاء و گسترش فرهنگ بهداشت و طب پیشگیری را با

بکارگیری و بسیج کلیه امکانات موجود آغاز نمایند.»

مقام معظم رهبری

سیاست‌ها

۱. تحکیم مبانی، اصول و ارزش‌های متعالی اخلاقی، فرهنگی و اجتماعی اسلام و نهادینه‌سازی آن در عرصه‌های ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت.
۲. تحقق رویکرد سلامت همه جانبه (جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی) و انسان سالم در همه سیاست‌های کشور و پاسخگو بودن کلیه نهادهای مؤثر کشور.
۳. تمرکز و یکپارچگی در سیاست‌گذاری و تخصیص منابع مالی و غیرمالی نظام سلامت.
۴. 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.
۵. روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی.
۶. مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تاکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر سطح بندی، استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها.
۷. تأمین مالی پایدار، پوشش بیمه همگانی سلامت و اصلاح نظام‌های پرداخت به منظور بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت متناسب با نیاز و مشارکت عادلانه مالی آنان و متناسب با توان.
۸. ایجاد و تقویت زیرساخت‌های فرهنگی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی، فناوری و امنیتی لازم برای تولید فرآورده‌های سلامت (شامل فرآورده‌های دارویی، واکسن و محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی) دارای کیفیت تضمین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای برخورداری عادلانه مردم و مراقبت مداوم، نظام‌مند و ساختاریافته) برای تداوم آن‌ها.



۹. تامین حق مردم در بهره‌مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی مطلوب و مکفی.
۱۰. توسعه کیفی و کمی هدفمند (پاسخگو، جامعه‌نگر و عادلانه) آموزش علوم پزشکی (سلامت) در ساختار ادغام یافته با ارائه مراقبت‌های سلامت متناسب با نیازهای جامعه و گسترش دانش و بر اساس سند تحول و توسعه آموزش پزشکی کشور.
۱۱. تحول راهبردی پژوهش با رویکرد نظام نوآوری سلامت مبتنی بر نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت.
۱۲. بهره‌مندی از دستاوردهای بین‌المللی سلامت و ارائه دستاوردهای ملی در سطوح بین‌المللی و الگوسازی با تاکید بر جهان اسلام.
۱۳. اجرای دیدبانی، تقویت نظام مراقبت و گزارش‌دهی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت بخشی و بین بخشی.
۱۴. ارتقای بهره‌وری و منزلت نیروی انسانی سلامت.
۱۵. توسعه فناوری اطلاعات برای اعتلای برنامه‌های سلامت.



برنامه‌های ملی تحول

همان طور که در قسمت «درباره محتوا» گفته شد، برای تحقق سیاست‌های تحولی سلامت، برنامه‌های ملی تحول طراحی شده‌اند. هر برنامه ملی تحول، به مجموعه‌ای از خدمات و فعالیت‌های مرتبط با یکدیگر اطلاق می‌شود که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل سلامت و یا ارتقای سلامت طراحی و اجرا می‌شود. جزییاتی که بایستی در هنگام طراحی نهایی برنامه‌های ملی تحول بیابند در قسمت بعد مشخص شده، معه‌ذا برای این که هر برنامه ملی تحول در اجرا به مسئولیت قسمت مشخصی سپرده می‌شود و محور اقدامات بعدی هستند، به هر یک از این برنامه‌ها شماره مشخصی داده شده است. به همین دلیل شماره‌های برنامه‌های ملی تحول ذیل، به صورت سری آمده‌اند.

سیاست ۱) تحکیم مبانی، اصول و ارزش‌های متعالی اخلاقی، فرهنگی و اجتماعی اسلام و نهادینه‌سازی آن در عرصه‌های ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت

۱- اجرای نظام شایسته سالاری در انتخاب، تعلیم و تربیت، انتصاب و ارزشیابی نیروی انسانی بر اساس ارزش‌های اسلامی

۲- ارتقای رعایت حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت

۳- گسترش عدالت در تمامی زمینه‌های ارائه خدمات به مردم و در میان کارکنان و بخش‌های مختلف نظام سلامت

۴- آگاه‌سازی مردم به حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود

۵- حفظ و ارتقای رعایت اصول و ارزش‌های متعالی در ارائه مراقبت‌های سلامت

۶- بازآرایی اخلاقی محیط‌های مرتبط با سلامت برای رشد و ترویج ارزش‌های اخلاقی و فرهنگی در جامعه



سیاست ۲) تحقق رویکرد سلامت همه جانب (جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی) و انسان سالم در

همه سیاست‌های کشور و پاسخگو بودن کلیه نهادهای مؤثر کشور

۷- نقش آفرینی مؤثر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای ایفای نقش محوری در ارتقای سلامت از

طریق همکاری بین بخشی

۸- استفاده از پیوست سلامت برای کلیه طرح‌های کلان توسعه‌ای، قوانین و سیاست‌های کشوری

۹- افزایش همراهی همه سازمان‌های مؤثر در برنامه جامع ارتقای سلامت با رویکرد همکاری بین بخشی و

مشارکت مردمی

۱۰- استقرار رویکرد عوامل اجتماعی سلامت در کلیه سازمان‌های مؤثر در سطح ملی و استانی

۱۱- توسعه و گسترش برنامه چتر حفاظت اجتماعی

سیاست ۳) تمرکز و یکپارچگی در سیاست‌گذاری و تخصیص منابع مالی و غیرمالی نظام سلامت

۱۲- یکپارچگی سیاست‌گذاری، برنامه ریزی، نظارت و دیدبانی نظام سلامت و استقرار تولید امور مربوطه

در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۳- سیاست‌گذاری، برنامه ریزی، هماهنگی تخصیص منابع مالی و غیرمالی سلامت در وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی

۱۴- ایجاد ساختار منسجم پایش و نظارت سیاست‌ها و برنامه‌های کلان سلامت در وزارت بهداشت

۱۵- ساماندهی نظام استقرار مصوبات و پاسخگویی کلیه نهادهای عضو شورای سلامت و امنیت غذا و زیر

واحدهای آن‌ها

سیاست ۴) افزایش آگاهی، مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد،

خانواده و جامعه در تأمین حفظ و ارتقای سلامت با نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی

۱۶- برنامه ملی ارتقای سواد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جامعه



- ۱۷- برنامه ملی توسعه مشارکت‌های مردمی در نظام سلامت
- ۱۸- برنامه توانمند سازی گروه‌های آسیب پذیر با مشارکت مردم
- ۱۹- شناسایی و هدایت شبکه‌های اجتماعی عمومی در راستای ارتقای سلامت جامعه
- ۲۰- برنامه جامع خود مراقبتی
- ۲۱- فرهنگ سازی و اصلاح باورهای جامعه نسبت به جایگاه زنان در تصمیم گیری و تصمیم سازی و نقش آنان در سلامت خانواده و جامعه
- ۲۲- توسعه آگاهی زنان و خانواده از نقش‌های متعدد زنان در خانواده و اجتماع و نیازهای متناسب با این حوزه‌ها در دوره‌های مختلف زندگی
- سیاست ۵) روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی
- ۲۳- اجرای سند سیاست مدیریت یکپارچه عوامل خطر
- ۲۴- برنامه ملی ارتقای آمادگی در برابر حوادث و مخاطرات طبیعی و انسان ساخت
- ۲۵- برنامه ملی محیط زیست سالم
- ۲۶- برنامه ملی جامعه ایمن در محیط‌های مختلف مسکونی، تفریحی، کار، و آموزشی شامل مدارس و دانشگاه‌ها
- ۲۷- برنامه تکامل دوران ابتدایی کودکی^۱
- ۲۸- توجه به ارتقای سلامت و پیشگیری در تامین مالی نظام سلامت
- ۲۹- روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در گروه‌های مختلف جمعیتی (سنی، جنسی و)



سیاست ۶) مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تاکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر

سطح بندی استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها

۳۰- استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها

۳۱- استفاده بهینه از ظرفیت‌های بالقوه و امکانات بخش دولتی

۳۲- استقرار سامانه‌ی خدمات جامع و همگانی سلامت

۳۳- توسعه جامع خدمات اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی

۳۴- توسعه ارائه خدمات سلامت از راه دور

۳۵- ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامت

۳۶- راه اندازی نظام ارائه خدمات مبتنی بر شواهد

۳۷- استقرار نظام جامع اعتباربخشی مؤسسات و صدور پروانه‌های حرف پزشکی

۳۸- طرح جامع کاهش تصدی گری دولت در ارائه خدمات سلامت

۳۹- استقرار شبکه ملی آزمایشگاه‌های کشور

۴۰- بازنگری نظام مراقبت‌های اولیه سلامت بر اساس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

۴۱- افزایش هزینه- اثربخشی مراقبت‌های سلامت به کمک دانش و فناوری‌های نوین

سیاست ۷) تامین مالی پایدار، پوشش بیمه همگانی سلامت و اصلاح نظام‌های پرداخت به منظور

بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت متناسب با نیاز و مشارکت عادلانه مالی آن‌ها و متناسب

با توان

۴۲- افزایش سهم منابع عمومی در تامین مالی سلامت

۴۳- توسعه کمی و کیفی بیمه سلامت

۴۴- استقرار نظام خرید راهبردی خدمات سلامت

۴۵- کنترل تقاضای القایی و اصلاح الگوی مصرف



۴۶- بازآرایی ساختارهای مالی بخش سلامت

سیاست ۸) ایجاد و تقویت زیرساخت‌های فرهنگی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی، فناوری و امنیتی لازم برای تولید فرآورده‌های سلامت (شامل فرآورده‌های دارویی، واکسن و محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی) دارای کیفیت تضمین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای برخورداری عادلانه مردم و مراقبت مداوم، نظام‌مند و ساختاریافته برای تداوم آن‌ها

۴۷- پیاده سازی نظام جامع ارتقای کیفیت، تولید و توزیع فرآورده‌های سلامت

۴۸- تجویز و مصرف منطقی و بهینه دارو

۴۹- استقرار نظام جامع یکپارچه ثبت عوارض دارویی و واکسن

۵۰- مدیریت نگهداشت و استفاده درست از تجهیزات پزشکی

۵۱- نظارت بر عرضه اطلاعات موثق و مناسب مخاطب عمومی

۵۲- توسعه زیر ساخت‌های ملی در زمینه فرآورده‌های پلاسمایی

۵۳- توسعه زیر ساخت‌های ملی در زمینه فرآورده‌های زیستی

۵۴- حمایت ویژه از تثبیت و شکل گیری نام تجاری ملی در زمینه واکسن

۵۵- توسعه داروسازی سنتی و فرآورده‌های طب سنتی

۵۶- داشتن برنامه روشن برای طب جایگزین، مکمل و سنتی، ادغام خدمات طب سنتی اسلامی ایرانی

در نظام جامع ارائه خدمات

۵۷- الزامی کردن ارزیابی فناوری‌های سلامت برای مداخله‌های سلامتی پیش از موافقت با خرید و یا

حمایت بیمه‌ای در بهره‌برداری آن



سیاست ۹) تامین حق مردم در بهره‌مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی مطلوب و مکفی

۵۸- یکپارچگی سیاست‌گذاری، تولید و برنامه‌ریزی برای امنیت غذا و تغذیه و تامین ایمنی غذا و

تعیین استانداردهای مربوطه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۵۹- طرح جامع ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای

۶۰- طراحی و پیاده سازی طرح جامع بهینه سازی و ارتقای استانداردهای فرآورده‌ها و محصولات غذایی و

آشامیدنی

۶۱- بومی سازی سبد غذایی مطلوب

۶۲- ارتقای کنترل و پایش مواد غذایی و آشامیدنی

۶۳- کنترل و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در گروه‌های مختلف

سیاست ۱۰) توسعه کیفی و کمی هدفمند (پاسخگو، جامعه‌نگر و عادلانه) آموزش علوم پزشکی

(سلامت) در ساختار ادغام یافته با ارائه مراقبت‌های سلامت متناسب با نیازهای جامعه و گسترش

دانش و بر اساس سند تحول و توسعه آموزش پزشکی کشور

۶۴- ارتقای ادغام آموزش و پژوهش سلامت در ارائه خدمات

۶۵- تقویت برنامه‌های آموزش مداوم ارائه دهندگان خدمات و آموزش ضمن خدمت کارکنان با تأکید

بر استفاده از آموزش‌های مجازی

۶۶- توزیع مراکز آموزشی در سطح منطقه‌ای و ملی بر اساس سند آمایش سرزمینی

۶۷- پاسخگو نمودن آموزش علوم پزشکی به جامعه

۶۸- توسعه آموزش‌های بین رشته‌ای

۶۹- ارتقای نظام ملی اعتباربخشی، ارزشیابی، رتبه‌بندی واحدهای آموزشی

سیاست ۱۱) تحول راهبردی پژوهش با رویکرد نظام نوآوری سلامت مبتنی بر نقشه جامع علمی

کشور و نقشه جامع علمی سلامت



- ۷۰- توسعه مأموریت گرای شبکه‌های سلامت با اولویت حل مشکلات سلامت جامعه
- ۷۱- توسعه خوشه‌ها، مراکز رشد و پارک‌های علم و فناوری سلامت بر اساس آمایش سرزمین
- ۷۲- تسهیل و تشویق نوآوری، ایده و نظریه‌پردازی سلامت
- ۷۳- هدایت مراکز تحقیقاتی و شبکه‌های سلامت به تهیه و پیاده سازی راهنماهای مبتنی بر شواهد
- ۷۴- رصد فناوری‌های علوم سلامت و طراحی توسعه فناوری‌های سطح ملی
- ۷۵- توسعه استانداردهای بومی بر حسب کمیت و کیفیت در حد استانداردهای جهانی
- ۷۶- ایجاد آزمایشگاه‌های منطقه‌ای (برای خاورمیانه، آسیای میانه و غیره) برای شناسایی بیماری‌ها و عوامل خطر و کنترل کیفی آزمایشگاه‌های ملی
- ۷۷- استانداردسازی آزمایشگاه‌های پژوهشی و واحدهای آموزشی براساس الزامات بین‌المللی در ارائه خدمات
- سیاست ۱۲) بهره‌مندی از دستاوردهای بین‌المللی سلامت و ارائه دستاوردهای ملی در سطوح بین‌المللی و الگوسازی برای جهان اسلام
- ۷۸- ایجاد و گسترش همکاری‌ها با کشورهای همسایه برای کنترل بیماری‌ها
- ۷۹- شکل دهی شبکه‌های فراملی دانش در حیطه‌های مختلف علوم پزشکی
- ۸۰- معرفی دستاوردهای نظام سلامت جهت ارتقای وضعیت کشورهای منطقه
- ۸۱- ارائه الگوهای الهام بخش در مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت منطبق با نقشه جامع علمی سلامت کشور

- سیاست ۱۳) اجرای دیدبانی، تقویت نظام مراقبت و گزارش‌دهی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت بخشی و بین بخشی

- ۸۲- دیدبانی پیامدهای سلامت همه جانبه، عدالت و عملکرد نظام سلامت در سطوح مختلف ملی و منطقه چشم اندازی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



۸۳- توسعه پوشش نظام مراقبت سلامت

۸۴- تحول فرآیندهای نظام مراقبت بیماری‌های واگیر با هدف حذف (بخصوص مالاریا و کزاز) و ریشه

کنی (با تأکید بر فلج اطفال، سرخک و سرخجه)

۸۵- جلب مشارکت نهادهای مؤثر در استقرار نظام مراقبت بخشی و بین بخشی

۸۶- طراحی نظام جامع مراقبت از بیماری‌ها و عوامل خطر با استفاده از فناوری اطلاعات (با تأکید بر

استفاده از نظام اطلاعات جغرافیایی، کنترل از راه دور و پیش بینی دراز مدت سلامت متعاقب

تغییرات آب و هوایی)

سیاست ۱۴) ارتقای بهره‌وری و منزلت نیروی انسانی سلامت

۸۷- تدوین و اجرای برنامه افزایش رضایتمندی و منزلت نیروی کار سلامت

۸۸- ایجاد مراکز مستقل ارزیابی و اعتبار بخشی و بازآموزی نیروی انسانی بخش سلامت

۸۹- پیاده سازی نظام جامع نیازسنجی، به کارگیری و نگهداشت نیروی انسانی متناسب با نیاز نظام

سلامت و آمایش سرزمین

سیاست ۱۵) توسعه فناوری اطلاعات برای اعتلای برنامه‌های سلامت

۹۰- توسعه خدمات الکترونیک پایه در نظام سلامت

۹۱- دسترسی عادلانه به منابع، خدمات سلامت (مشمول بر ارتقای سلامت و حفظ ایمنی) به کمک

فناوری اطلاعات و ارتباطات

۹۲- دسترسی سریع، ارزان، پایدار و امن به صد درصد سوابق سلامت کلیه افراد جامعه به کمک

فناوری اطلاعات و ارتباطات



نقاط تمرکز برنامه‌ها

برای این که در تبیین برنامه‌های ملی تحول خللی وجود نداشته باشد و این برنامه‌ها در جهت چشم انداز، اصول و ارزش‌ها و در جهت تحقق سیاست‌ها باشند، برای بسیاری از آن‌ها نقاط تمرکز تعریف شده است. در واقع نقاط تمرکز برنامه‌های ملی تحول، مختصاتی را معرفی می‌کنند تا اجرا کنندگان و ارزیابان برنامه‌های ملی تحول بدانند چه مسیری تبیین شده و به عنوان راه گشا از آن‌ها استفاده نمایند. در نتیجه ذیل بسیاری از برنامه‌های ملی تحول، این نقاط مشخص شده اند که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود.

شماره‌های هریک از برنامه‌های تحول در این قسمت نظیر مواردی است که در قسمت قبل در ذیل سیاست‌ها آمده بودند.

۱- اجرای نظام شایسته سالاری در انتخاب، تعلیم و تربیت، انتصاب و ارزشیابی نیروی انسانی بر

اساس ارزش‌های اسلامی

- بازتعریف نظام انتصاب و ارتقای مدیران واحدهای آموزشی و پژوهشی، استادان و پژوهشگران و تقویت نظام شایسته سالاری^۱

۲- ارتقای رعایت حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت

- برنامه ارتقای اخلاق سازمانی در سازمان‌های سلامت محور
- اجرای منشور حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات
- افزایش منزلت منابع انسانی سلامت
- استقرار کدهای رفتاری، اخلاقی و شغلی



۳- گسترش عدالت در تمامی زمینه‌های ارائه خدمات به مردم و در میان کارکنان و بخش‌های

مختلف نظام سلامت

- پایش عدالت در ارائه خدمات
- ایجاد نظام اخذ نظرات و پاسخگویی برای کارمندان و آحاد جامعه

۴- آگاه سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود

- به روز رسانی و آموزش سند مسئولیت‌های اجتماعی شهروندان در سلامت خود و جامعه
- آگاه سازی زنان و مردان از حقوق و مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی برای حفظ و ارتقای رعایت اصول و ارزشهای متعالی در ارائه مراقبت‌های سلامت

۵- حفظ و ارتقای رعایت اصول و ارزشهای متعالی در ارائه مراقبت‌های سلامت

- رعایت کرامت انسانی در مواجهه با خدمت گیرندگان

۶- بازآرایی اخلاقی محیط‌های مرتبط با سلامت برای رشد و ترویج ارزش‌های اخلاقی و فرهنگی در

جامعه

- تمرکز بر ایجاد رابطه استاد- شاگردی
 - تمرکز بر رابطه حکیم- بیمار
 - تمرکز بر رابطه درون گروهی تیم‌های ارائه دهنده خدمت
 - استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت سلامت برای رشد و ترویج ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی
- اسلام در جامعه از جمله حفظ ارزشهای زنان مسلمان



۷- نقش آفرینی مؤثر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای ایفای نقش محوری در ارتقای

سلامت از طریق همکاری بین بخشی

- توسعه ظرفیت سازمانی شورا و تقویت نظایر استانی برای همکاری بین بخشی و پاسخگویی بخش‌ها در برابر سلامت آحاد جامعه
- پایش صحیح و دقیق تحقق مصوبات شورا
- محور قرار گرفتن سامانه پایش و ارزشیابی عدالت در سلامت برای تصمیم‌گیری‌های شوراهای سلامت و امنیت غذایی در سطوح مختلف

۸- استفاده از پیوست سلامت برای کلیه طرح‌های کلان توسعه‌ای، قوانین و سیاست‌های کشوری

- ایجاد نظام تشویقی و تنبیهی برای حمایت از سلامت همه جانبه آحاد مردم
- تهیه پیوست فرهنگی برای بهره‌برداری از علم و فناوری سلامت

۹- افزایش همراهی همه سازمان‌های مؤثر در برنامه جامع ارتقای سلامت با رویکرد همکاری بین

بخشی و مشارکت مردمی

- حمایت کلیه نهادهای مرتبط از برنامه که از محیطی ترین سطوح آغاز شده و در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با استفاده از ظرفیت‌های شبکه اجرا می‌شود.

۱۰- استقرار رویکرد عوامل اجتماعی سلامت در کلیه سازمان‌های مؤثر در سطح ملی و استانی

- ترویج توجه به عوامل اجتماعی سلامت توسط رسانه‌های عمومی و تأکید مدیریت‌های جامع در سطح استانداری‌ها، شهرداری و ... با تأکید اعمال سیاست سلامت برای همه



۱۱- توسعه و گسترش برنامه چتر حفاظت اجتماعی

- مجموعه سیاست‌ها و اقدامات جبرانی، پیشگیرانه و ارتقایی که برای کنترل و کاهش فقر و پایداری جامعه سالم انجام می‌شود. اقدامات و برنامه‌های حمایتی موضوع عبارتند از امنیت تغذیه، بهداشت و درمان پایه، اشتغال مولد، توانمند سازی، ارتقای آگاهی عمومی، مسکن و مدیریت مخاطرات

۱۲- یکپارچگی سیاست‌گذاری، برنامه ریزی، نظارت و دیدبانی نظام سلامت و استقرار تولیت امور

مربوطه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تشکیل شبکه خبرگان سیاست‌گذاری سلامت در کشور
- مبتنی بر شواهد بودن تصمیم سازی‌های مرتبط با سلامت، شفافیت و دسترسی به اسناد آن

۱۳- سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و هماهنگی تخصیص منابع مالی و غیرمالی سلامت در وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- ارتقای ساز و کار ارتباط واحدهای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تخصیص منابع
- استقرار فرآیند سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در وزارت بهداشت

۱۴- ایجاد ساختار منسجم پایش و نظارت سیاست‌ها و برنامه‌های کلان سلامت در وزارت بهداشت

- استقرار نظام الکترونیکی یکپارچه پایش و ارزیابی علم و فناوری کشور
- ارتقای نظام جامع بازرسی و پاسخگویی به شکایات و ارزیابی عملکرد
- طراحی و اجرای پروتکل‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت
- استقرار سامانه یکپارچه دیدبانی سلامت
- ایجاد شبکه پایش بهره‌وری در نظام سلامت
- پیاده سازی، پایش و ارزشیابی نقشه جامع علمی و نقشه تحول نظام سلامت



۱۵- ساماندهی نظام استقرار مصوبات و پاسخگویی کلیه نهادهای عضو شورای سلامت و امنیت غذا

و زیر واحدهای آنها

- ایجاد نظام منسجم اطلاع رسانی
- توسعه مشارکت سازمان یافته
- استفاده از نقش نهادهای مدنی در تحقق اهداف بین بخشی

۱۶- برنامه ملی ارتقای سواد سلامت^۱ جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جامعه

- توسعه استفاده از رسانه‌ها و صدا و سیما و فضای سایبری در جهت ترویج رفتارهای سالم با نظارت و هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ارزیابی و استاندارد سازی رسانه‌ها در ارتباط با مباحث سواد سلامت و مشارکت مردم
- سامانه پایش و ارزیابی مستمر سواد سلامت جامعه و قابلیت مشارکت‌های مردمی
- ارائه خدمات جامع سلامت روان با اولویت پیشگیری از بیماری‌های با بار بالا در جامعه، بازتوانی و مشارکت خانواده در مراقبت‌ها
- ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، تقویت مهارت‌های زندگی و فرزند پروری
- تدارک مراقبت سلامت روانی و اجتماعی، آموزش‌های اخلاقی و معنوی و توانمندسازی جامعه برای تشکیل، تحکیم و تعالی بنیان خانواده
- برنامه توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع (روحانیون، اساتید دانشگاه، هنرمندان، ورزشکاران) در جوامع محلی در زمینه سلامت
- دادن آموزش‌های لازم در زمینه حقوق، مسئولیت و روابط زناشویی و بهداشت باروری
- ترویج شیوه‌های زندگی سالم با تاکید بر توسعه فرهنگ ورزش در میان دختران و زنان



۱۷- برنامه ملی توسعه مشارکت‌های مردمی در نظام سلامت

- نهادینه سازی ساختار و فرآیند مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت
- نهادینه سازی ساختار و فرآیند مشارکت مردمی در برنامه‌ریزی و اجرا و ارزیابی برنامه‌های سلامت
- استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه خدمات برای جلب مشارکت جامعه و نیز آموزش و توانمندسازی آنان برای اتخاذ رفتارهای سالم
- استفاده از ظرفیت محیط‌های آموزشی در رده‌های مختلف جهت توانمندسازی جامعه برای افزایش مشارکت و نیز اتخاذ رفتارهای سالم
- محیط مناسب برای مشارکت دانش آموزان و دانشجویان برای ارتقای سلامت خود و جامعه
- ایجاد انگیزه برای مشارکت و نیز اصلاح سبک زندگی خود و توصیه به دیگران در این زمینه
- ترویج کار داوطلبانه و مشارکتی در زمینه ارتقای سلامت در جامعه

۱۸- برنامه توانمند سازی گروه‌های آسیب پذیر با مشارکت مردم

- توانمند سازی سالمندان و توانمند سازی جامعه در خصوص مراقبت از سالمندان
- توانمند سازی زنان، توانمند سازی حاشیه نشین‌ها و خانواده‌های بد سرپرست

۱۹- شناسایی و هدایت شبکه‌های اجتماعی عمومی در راستای ارتقای سلامت جامعه

- ایجاد انجمن‌های علمی و مرتبط با مشارکت مردم و سواد سلامت

۲۰- برنامه جامع خود مراقبتی

- تمرکز زدایی ارائه خدمات تسکینی و توانبخشی در بیمارستان‌ها
- اجرای برنامه خود مراقبتی، تسکینی و توانبخشی بیماران قلبی - عروقی و دیابتی و عضلانی - اسکلتی



- نظام جامع ارائه مراقبت‌ها در منزل
- تعیین الگوهای خودمراقبتی^۱ و مصرف منطقی دارو برای تمامی بیماری‌های اولویت‌دار

۲۱- فرهنگ سازی و اصلاح باورهای جامعه نسبت به جایگاه زنان در تصمیم‌گیری و تصمیم سازی و نقش آنان در سلامت خانواده و جامعه

۲۲- توسعه آگاهی زنان و خانواده از نقش‌های متعدد زنان در خانواده و اجتماع و نیازهای متناسب با این حوزه‌ها در دوره‌های مختلف زندگی

۲۳- اجرای سند سیاست مدیریت یکپارچه عوامل خطر

- تدوین و استقرار برنامه نظارت بین بخشی برای کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر
- تدوین و استقرار راهنماهای سلامت عمومی به منظور پیشگیری و غربالگری بیماری‌های غیرواگیر
- شناسایی افراد در معرض عوامل خطر اصلی، واسطه‌ای و ژنتیکی بیماری‌های غیرواگیر به منظور کنترل عوامل، انجام اقدامات پیشگیرانه، غربالگری و درمان زودرس
- استفاده از فناوری‌های نوین در حوزه شناسایی و کنترل عوامل خطر
- تاکید بر عوامل خطر کلیدی در قالب برنامه‌های کنترلی جامعه‌محور شامل:
 - برنامه ملی کنترل اعتیاد، دخانیات و الکل
 - برنامه ملی کنترل چاقی و افزایش وزن و کاهش مصرف نمک
 - برنامه ملی افزایش فعالیت فیزیکی
 - برنامه ملی ارتقای سلامت روان با تأکید بر مهارت‌های زندگی (در راستای کاهش بار بیماری‌های روانی)، فرزند پروری و روابط خانوادگی (سلامت روانی و اجتماعی خانواده)،



حمایت روانی اجتماعی در بلایا، پیشگیری از خودکشی و خشونت (کودک‌آزاری، همسرآزاری و سالمندآزاری) و انگ‌زدایی

- تقویت همکاری بین بخشی برای بازاریابی رفتارهای اجتماعی سالم
- برنامه ملی کنترل رفتارهای پرخطر (در راستای کنترل بیماری ایدز)

۲۴- برنامه ملی ارتقای آمادگی در برابر حوادث و مخاطرات طبیعی و انسان ساخت

- بهره‌مندی از زیرساخت‌های لازم و نظام کارآمد فرماندهی و کنترل برای مراقبت‌های سلامت قبل، حین و بعد از مخاطرات طبیعی و انسان ساخت
- برنامه ارتقای توان آمادگی و مقابله در زمینه حوادث غیر مترقبه (سیل، زلزله، رانش و ...) طبیعی در سطح ۱ و ۲ و ۳
- توسعه همکاری‌های بین بخشی در مقابله با حوادث و بلایا

۲۵- برنامه ملی محیط زیست سالم

- تدوین و پیاده سازی سند جامع ارتقای دسترسی به آب آشامیدنی سالم
- تدوین و پیاده سازی سند جامع هوای سالم
- طرح گسترش استفاده از بسته بندی‌های زیست فعال و زیست تخریب پذیر
- بهبود حفاظت مردم در برابر تشعشعات (گاز رادون، پرتوهای ماورای بنفش نور خورشید و...)

۲۶- برنامه ملی جامعه ایمن در محیط‌های مختلف مسکونی، تفریحی، کار و آموزشی شامل

مدارس و دانشگاه‌ها

- کنترل بار ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی
- گسترش شهرهای مجری جامعه ایمن در کل کشور به منظور کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و زمینه‌های رخداد حوادث در محیط‌های مختلف



۲۷- برنامه تکامل دوران ابتدایی کودکی

- جلب همکاری بین‌بخشی در حوزه تکامل دوران ابتدایی کودکی
- توجه به ابعاد مختلف رشد و تکامل جسمی، روانی، شناختی و اجتماعی
- آگاه‌سازی و جلب مشارکت جامعه، والدین و مسئولین در مورد اهمیت تکامل دوران ابتدایی کودکی و نقش آن‌ها در آن
- سنجش شاخص‌های این حوزه در نظام مراقبت

۲۸- توجه به ارتقای سلامت و پیشگیری در تامین مالی نظام سلامت

- اصلاح نظام پرداخت با توجه خاص به فعالیت‌های ارتقای سلامت، پیشگیری اولیه و غربالگری
- توسعه بیمه به خدمات پیشگیری اولیه، غربالگری و ارتقای سلامت

۲۹- روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و

افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در گروه‌های مختلف جمعیتی (سنی، جنسی و)

۳۰- استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها

- تعیین بسته پایه خدمات و ارائه آن به تمامی افراد جامعه در قالب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- برگزاری دوره‌های آموزش اختصاصی تیم پزشک خانواده
- انطباق شبکه آزمایشگاه‌های کشور با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



- تدوین و اجرای راهنماهای تشخیص و درمان بیماری‌های مزمن (مانند فشار خون، دیابت، آسم، بیماری قلب و عروق، نارسایی قلب، صرع و اختلالات روانی و همچنین پیشگیری و غربالگری سرطان‌ها و مشکلات ارثی قبل و بدو تولد) در بسته خدماتی پزشکان خانواده
- طراحی و اجرای برنامه ارتقای سلامت حاشیه نشین‌ها و افراد آسیب پذیر با محوریت پزشک خانواده

۳۱- استفاده بهینه از ظرفیت‌های بالقوه امکانات دولتی در بخش دولتی

- ایجاد و توسعه واحدهای سرپایی در قالب کلینیک‌های ویژه دانشگاه
- ایجاد بخش‌های ویژه در بیمارستان‌های دولتی

۳۲- استقرار سامانه‌ی خدمات جامع و همگانی سلامت

- تکمیل، طراحی و استقرار سیستم ادغام یافته ارائه خدمات با رعایت سطح بندی متناسب
- استقرار سامانه‌ی خدمات سلامت ایرانیان و استقرار کامل پرونده الکترونیک و کارت سلامت ایرانیان
- تدوین الگوی معماری کلان سامانه‌های یکپارچه اطلاعات سلامت
- انطباق شبکه آزمایشگاه‌های کشور بر اساس برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- سطح بندی خدمات، تجهیزات و مراکز ارائه خدمات سلامت
- التزام استفاده از ارزیابی فناوری سلامت، برای استفاده بهینه از فناوری‌ها
- ارائه خدمات جامع و یکپارچه به بیماران خاص، صعب‌العلاج و سرطانی
- ارائه بسته‌های خدمات برای گروه‌های هدف اختصاصی به ویژه زنان

۳۳- توسعه جامع خدمات اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی

- توسعه کامل ساختاری و فرآیندی شبکه اورژانس پیش بیمارستانی در کشور
- اتصال و هماهنگی نرم افزار سیستم اورژانس پیش بیمارستانی با بیمارستانی
- ارتقای خدمات اورژانس هوایی، دریایی و ریلی برای پوشش کامل مناطق خاص و صعب‌العبور



- ارتقای ساختار فیزیکی، تجهیزات، فرآیندها و نیروی انسانی اورژانس‌های پزشکی کشور
- اعتبار بخشی و ارزشیابی مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی
- استقرار کامل نظام کشوری مراقبت از حوادث (اعم از ترافیکی و غیرترافیکی)
- استقرار نظام شکایات اورژانس‌های بیمارستانی
- اعتدالی آگاهی‌های عمومی و آموزش همگانی جهت تقویت خودمراقبتی و دیگر مراقبتی در حوادث ترافیکی
- بهبود همکاری‌های درون بخشی و برون بخشی در حوزه حوادث

۳۴- توسعه ارائه خدمات سلامت از راه دور

- نیاز سنجی و تامین زیر ساخت‌های لازم جهت گسترش خدمات سلامت از راه دور

۳۵- ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامت

- توسعه بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار در مراکز ارائه کننده خدمات سلامت
- استقرار نظام جامع و یکپارچه ثبت خطاها، تخلفات و شکایات پزشکی و هماهنگ سازی نظام‌های رسیدگی کننده به آن‌ها
- افزایش مشارکت مردم در فرآیند ارائه خدمت
- استقرار کامل منشور حقوق بیماران در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت
- استقرار نظام جامع و یکپارچه ارزیابی عملکرد مراکز ارائه خدمات سلامت
- اصلاح و بازنگری قوانین حقوقی و قضایی حاکم در ارائه خدمات سلامت با همکاری مراجع ذیربط
- استانداردسازی ارائه خدمات با تأکید بر نیازهای سلامت و حفظ کرامت انسانی زنان

۳۶- راه اندازی نظام ارائه خدمات مبتنی بر شواهد

- شبکه سازی مراکز مدیریت، تبادل و ترجمان دانش بالینی در حیطه‌های مختلف تخصصی



- تدوین و به کارگیری نظام مند راهنماهای طبابت بالینی و راهنمای مدیریت سلامت در کشور
- استانداردسازی خدمات و مراقبت سلامت در سطوح مختلف ارائه خدمت (شامل ساختار، فرآیندها، فضای فیزیکی، نیروی انسانی و تجهیزات)
- طراحی و اجرای فرآیندهای بومی ارزیابی فناوری سلامت
- استقرار نظام جامع ارتقای مستمر کیفیت با رویکرد حاکمیت بالینی در مراکز ارائه خدمات بخش دولتی و غیردولتی

۳۷- استقرار نظام جامع اعتباربخشی مؤسسات و صدور پروانه‌های حرف پزشکی

- واگذاری اعتبار بخشی مؤسسات از طریق خرید خدمات با نظارت عالیه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- استقرار سامانه الکترونیکی صدور پروانه‌ها، مجوزها و گواهی‌ها

۳۸- کاهش تصدی گری دولت در ارائه خدمات سلامت

- راه اندازی بیمارستان‌های هیئت امنایی
- اصلاحات در ساختار و فرآیند مدیریت اقتصادی مؤسسات ارائه کننده خدمات سلامت
- تدوین برنامه جامع گردشگری سلامت

۳۹- استقرار شبکه ملی آزمایشگاه‌های کشور

- هم افزایی تجهیزات و ظرفیت‌های شبکه‌های آزمایشگاه‌های تحقیقاتی، کنترل دارو و غذا، ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و سازمان انتقال خون

۴۰- بازنگری نظام مراقبت‌های اولیه سلامت بر اساس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

- گسترش خدمات تغذیه در نظام ارائه خدمات سلامت



- استقرار برنامه سلامت بانوان ایرانی

۴۱- افزایش هزینه- اثربخشی مراقبت‌های سلامت به کمک دانش و فناوری‌های نوین

۴۲- افزایش سهم منابع عمومی در تامین مالی سلامت

- افزایش سهم سلامت از منابع عمومی حداقل به ۱۲ درصد تا انتهای برنامه پنجم، توسعه و بهبود آن تا افق ۱۴۰۴
- افزایش سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی به حداقل ۸ درصد تا انتهای برنامه پنجم توسعه به طوری که سهم مشارکت مردم حداکثر ۳۰ درصد باشد و بهبود آن‌ها تا افق ۱۴۰۴
- به صفر رسیدن هزینه‌های کمرشکن سلامت تا افق ۱۴۰۴
- عوارض و مالیات بر محصولات و مواد زیان آور سلامت
- تخصیص هدفمند یارانه به بخش سلامت و توزیع هدفمند آن‌ها در درون نظام سلامت
- ساماندهی مشارکت خیرین سلامت
- یکپارچگی منابع عمومی در راستای ارتقای سلامت جامعه

۴۳- توسعه کمی و کیفی بیمه سلامت

- پوشش اجباری بیمه پایه خدمات سلامت تمام جمعیت
- حمایت بودجه عمومی (افزایش سهم دولت) برای تامین منابع بیمه‌ای
- تعیین حق بیمه به صورت پیشرونده
- تقبل دولت برای پرداخت حق بیمه افراد نیازمند
- توسعه بیمه الکترونیکی در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت
- تعیین بسته بیمه پایه سلامت محور (متناسب با بار بیماری‌ها و ملاحظات اقتصادی و هزینه اثربخشی و حیاتی و ضروری بودن خدمات و اولویت‌های نظام سلامت)



- تعیین نرخ فرانشیز به صورت متغیر و متناسب با گروه‌های مختلف خدمتی و درآمدی جمعیت هدف
- یکپارچه سازی از طریق ادغام منابع عمومی در یک صندوق واحد بیمه‌ای
- حمایت ویژه دولت از اقشار نیازمند (زنان بد سرپرست، خودسرپرست و سرپرست خانوار آسیب پذیر، کودکان کار، کودکان خیابانی، کودکان حاشیه نشین، زنان و سالمندان در سایر گروه‌های آسیب پذیر، مادران باردار محروم، نوزادان و کودکان محروم)

۴۴- استقرار نظام خرید راهبردی خدمات سلامت

- تعیین بسته خدمات پایه به صورت دوره‌ای و تامین مالی آن از طریق بیمه‌ها
- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت، مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده
- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد
- استقرار نظام پرداخت سرانه در سطح اول ارائه خدمت
- استقرار سازوکار پرداخت آینده نگر در نظام ارائه خدمات درمانی مبتنی بر گروه‌های تشخیصی وابسته (DRG) و Case mix در سطح دوم و سوم ارائه خدمت
- ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه کنندگان خدمات
- توجه ویژه به فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری

۴۵- کنترل تقاضای القایی و اصلاح الگوی مصرف

- اصلاح نظام بودجه ریزی مبتنی بر نیاز و استقرار بودجه ریزی عملیاتی
- استانداردسازی مصرف تجهیزات پزشکی، داروها، کالاهای و خدمات سلامت در قالب نظام سطح بندی مراقبت‌ها در بخش دولتی و غیر دولتی
- توسعه فرهنگ استفاده بهینه از خدمات سلامت در بین مردم
- ساماندهی تبلیغات برای محصولات و خدمات سلامت بر مبنای اصول جامعیت، صحت و قانونمندی
- افزایش کارایی بیمه



- استقرار کامل نظام ارزیابی فناوری‌های سلامت و استفاده از نتایج ارزیابی‌ها در تدوین بسته بیمه پایه خدمات
- افزایش نظارت بر ارائه دهندگان خدمات و ایجاد تبعات قانونی جدی در صورت بروز تقاضای القایی
- صرفه جویی در مصرف انرژی، یکپارچه سازی نگهداری و استفاده بهینه از منابع فیزیکی
- افزایش بهره‌وری و هزینه اثربخشی مداخلات سلامت
- تأکید بر پیشگیری و ارتقای سلامت^۱

۴۶- بازآرایی ساختارهای مالی بخش سلامت

- استقرار الگوی حسابداری تعهدی
- تقویت و توسعه عادلانه نظام مالیاتی

۴۷- پیاده سازی نظام جامع ارتقای کیفیت، تولید و توزیع فرآورده‌های سلامت

- ارتقای کیفیت محصولات پزشکی تولید داخل قابل مقایسه با استانداردهای جهانی و کسب گواهینامه‌های بین‌المللی توسط کلیه بخش‌های مرتبط
- ارتقا و پیاده سازی استانداردهای بهینه تولید، توزیع و ذخیره دارو مبتنی بر نیازهای سلامت
- توسعه سامانه نظارت بر کیفیت محصولات پزشکی
- اصلاح نظام قیمت گذاری دارو و بازپرداخت هزینه‌های دارویی
- دستیابی به تراز مثبت تجاری در بازار دارویی کشور
- دستیابی به سهم ۲ درصدی از بازار فرآورده‌های سلامت در منطقه
- دستیابی به حداقل ۸۵ درصد حجم ارزشی بازار دارو توسط تولیدکنندگان داخل در شرایط بازار رقابتی کشور



- تقویت گزارش‌دهی و نظارت مؤثر بر کیفیت دارو، واکسن و محصولات زیستی و تجهیزات و ملزومات پزشکی پس از ورود به بازار

۴۸- تجویز و مصرف منطقی و بهینه دارو

- توسعه سامانه اطلاعات دارویی
- استقرار کامل نظام جامع نظارت بر تجویز و ارائه خدمات دارویی
- استقرار نظام ارزیابی فناوری سلامت در بخش دارو
- دسترسی عادلانه به دارو
- تعیین الگوهای خودمراقبتی^۱ و مصرف منطقی دارو برای تمامی بیماری‌های اولویت‌دار
- تحقق اهداف کاهش مصرف خودسرانه دارو به کمتر از ۱۰ درصد تا افق ۱۴۰۴
- تجویز دارو مبتنی بر راهنماهای بالینی در حداقل ۵۰ درصد از موارد تجویز برای بیماری‌های مزمن، خاص و صعب‌العلاج و داروهای پر مصرف و گران قیمت تا افق ۱۴۰۴

۴۹- استقرار نظام جامع یکپارچه ثبت عوارض دارویی و واکسن

- ارتقای نظام گزارش‌دهی عوارض دارویی، توجه به مدیریت دانش
- به کارگیری فناوری اطلاعات

۵۰- مدیریت نگهداشت و استفاده درست از تجهیزات پزشکی

- آموزش نیروی انسانی ماهر جهت کاهش سرمایه‌گذاری، حفظ سرمایه‌های اقتصادی و افزایش بهره‌وری در بخش تجهیزات پزشکی

۵۱- نظارت بر عرضه اطلاعات موثق و مناسب مخاطب عمومی

۱- Self-care



- نظارت بر اطلاعات عرضه شده در رسانه‌ها
- نظارت بر محتوای اطلاعات مرتبط با کلیه محصولات، خدمات، مراقبت‌ها و مداخلات مؤثر بر سلامت و مداخلاتی که موظف به داشتن پیوست سلامت هستند
- ایجاد، اصلاح و تکمیل بانک جامع اطلاعات بهداشتی و درمانی
- حمایت از ارتقای نظام اطلاع‌رسانی روزآمد و پاسخگو

۵۲- توسعه زیر ساخت‌های ملی در زمینه فرآورده‌های پلاسمایی

- تسلط بر فناوری‌های فرآیند پالایش پلاسما به کمک دانشگاه‌ها و انتقال فناوری
- راه اندازی پالایشگاه پلاسما
- خودکفایی در تولید فرآورده‌های پلاسمایی

۵۳- توسعه زیر ساخت‌های ملی در زمینه فرآورده‌های زیستی

- خودکفایی در تولید فرآورده‌های زیستی
- تسلط بر فناوری‌های زیستی به کمک دانشگاه‌ها و انتقال فناوری
- دستیابی و به کارگیری فناوری زیستی برای پیشگیری و ژن درمانی بیماری‌ها با استفاده از فرآورده‌ها و روش‌های زیست فناوری و پزشکی مولکولی (بیماری‌های هدف: سرطان، دیابت و بیماری‌های وراثتی)

۵۴- حمایت ویژه از تثبیت و شکل‌گیری نام تجاری ملی در زمینه واکسن

- حمایت از شکل‌گیری شرکت‌های با سهم قابل توجه از بازار با نام تجاری ویژه در حوزه واکسن در سطح جهان
- حمایت از شکل‌گیری شرکت‌های دانش بنیان خصوصی در حوزه واکسن در کشور



۵۵- توسعه داروسازی سنتی و فرآورده‌های طب سنتی

- افزایش سهم داروهای طب سنتی از بازار دارویی کشور به نحوی که در افق سال ۱۴۰۴، ۳۰ درصد بازار دارویی کشور از این داروها باشد
- حمایت تجهیزاتی و دارویی از رویکردها و مداخلات طب سنتی
- برند سازی درمان برخی از بیماری‌ها توسط طب سنتی برای ایران
- راه اندازی شهرک دانش و سلامت در حوزه طب سنتی

۵۶- داشتن برنامه روشن برای طب جایگزین، مکمل و سنتی، ادغام خدمات طب سنتی اسلامی

ایرانی در نظام جامع ارائه خدمات

- طراحی بسته خدمات پایه طب سنتی اسلامی - ایرانی و راهنماهای بالینی مربوطه
- آموزش راهنماهای بالینی خدمات ادغام شده برای تیم پزشک خانواده

۵۷- الزامی کردن ارزیابی فناوری‌های سلامت برای مداخله‌های سلامتی پیش از موافقت با خرید و

یا حمایت بیمه‌ای در بهره‌برداری از آن‌ها

- در خصوص کلیه فرآورده‌های دارویی، واکسن، محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی

۵۸- یکپارچگی سیاست‌گذاری، تولید و برنامه‌ریزی برای امنیت غذا و تغذیه و تامین ایمنی غذا و

تعیین استانداردهای مربوطه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- اجرای برنامه ملی ایمنی غذا از مزرعه تا سفره
- فراهمی امکان توزیع عادلانه سبد غذایی مطلوب و مواد غذایی سالم برای برخورداری تمامی افراد جامعه از غذای مناسب و کافی



- سازماندهی سیستم نظارت بر واردات، مراکز تولید، تهیه، نگهداری، توزیع و حمل و نقل مواد خوراکی و آشامیدنی
- نظارت بر روند پایش و کنترل قیمت مواد غذایی اساسی
- ایجاد و تقویت سیستم خوداظهاری جهت نظارت بر مراکز عرضه مواد خوراکی و آشامیدنی
- ارتقای برجسب گذاری مواد غذایی و آشامیدنی (با تاکید بر میزان قند، نمک و چربی فرآورده‌ها) بر اساس استاندارد اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۵۹- طرح جامع ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای

- ارتقای سطح فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه و کارکنان از طرق مختلف
- تقویت و توسعه برنامه‌های هدفمند آموزش تغذیه در رسانه‌های عمومی به ویژه صدا و سیما
- گنجاندن آموزش تغذیه در آموزش و پرورش و آموزش عالی و تعیین حداقل دانش مورد انتظار به تفکیک هر یک از مقاطع تحصیلی

۶۰- طراحی و پیاده سازی طرح جامع بهینه سازی و ارتقای استانداردهای فرآورده‌ها و محصولات

غذایی و آشامیدنی

- بازسازی یا جایگزینی تجهیزات فرسوده و استفاده از فناوری‌های نوین
- ارتقای کیفیت استانداردهای بومی مواد خوراکی و آشامیدنی بر مبنای استانداردهای بین المللی
- توسعه روش‌های زیست فناوری در تولید مواد غذایی
- غنی سازی فرآورده‌ها و اجزای زنجیره تولید غذا (مانند خاک کشاورزی) با ریز مغذی‌ها
- غنی سازی مواد غذایی با ریز مغذی‌ها
- طرح تولید غذاهای فراسودمند^۱



- حمایت از تولید مواد غذایی ارگانیک

۶۱- بومی سازی سبد غذایی مطلوب

- مطالعه و شناسایی غذاهای سنتی و تعیین ارزش تغذیه‌ای آن‌ها به منظور ترویج غذاهای سنتی سالم در منطقه
- ترویج استفاده از مواد غذایی و آشامیدنی با منشأ طبیعی

۶۲- ارتقای کنترل و پایش مواد غذایی و آشامیدنی

- اعطای نشان ایمنی و سلامت محصولات غذایی و آشامیدنی
- درجه بندی واحدهای تولیدی مواد غذایی و آشامیدنی
- ارتقای استاندارد آب آشامیدنی سالم

۶۳- کنترل و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در گروه‌های مختلف

- گسترش مصرف انواع محصولات غذایی کم چرب و کم کالری
- توسعه و حمایت از تولید کنندگان و عرضه کنندگان مواد غذایی و آشامیدنی که حامی سلامت هستند

۶۴- ارتقای ادغام آموزش و پژوهش سلامت در ارائه خدمات

- به روز رسانی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر شایستگی‌ها و متناسب با نیازهای بخش سلامت، تجارت داخلی و بین‌المللی و پژوهش‌های سلامت
- انجام مطالعات پژوهشی در خصوص دستاوردهای ادغام آموزش پزشکی

۶۵- تقویت برنامه‌های آموزش مداوم ارائه دهندگان خدمات و آموزش ضمن خدمت کارکنان با

تأکید بر استفاده از آموزش‌های مجازی



- تحقق بالاترین سطح دانش برای ارائه بهترین خدمات برای کلیه سرمایه‌های انسانی نظام سلامت کشور

۶۶- توزیع مراکز آموزشی در سطح منطقه‌ای و ملی بر اساس سند آمایش سرزمینی

- توسعه رشته‌ها و نهادهای آموزشی و پژوهشی مبتنی بر آمایش سرزمین و اولویت‌های نظام سلامت
- افزایش توان تربیت دانشجو بر اساس اهداف نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت کشور
- اجرای سند راهبردی گزینش دانشجو در نظام آموزش عالی سلامت

۶۷- پاسخگو نمودن آموزش علوم پزشکی به جامعه

- تقویت ایفای نقش واحدهای آموزش عالی سلامت و دانشگاهیان به آموزش عمومی آحاد جامعه

۶۸- توسعه آموزش‌های بین رشته‌ای^۱

- تمرکز بر ارتباط علوم پایه و بالینی
- علوم انسانی و اجتماعی با مبانی سلامت
- هم افزایی فناوری‌های نوین و طب و داروسازی سنتی

۶۹- ارتقای نظام ملی اعتباربخشی، ارزشیابی، رتبه‌بندی واحدهای آموزشی

۷۰- توسعه ماموریت گرای شبکه‌های سلامت با اولویت حل مشکلات سلامت جامعه

- توجه خاص به بیماری‌ها و معضلات بومی (که الزاماً مشکل سایر کشورها نبوده) و بیماری‌های با بار بالا



- برنامه توسعه شبکه‌های دانش مرتبط با مسایل راهبردی سلامت (مانند آینده نگاری سلامت، دیده‌بانی و ...)
- ارتقای توسعه هدفمند امکانات آزمایشگاهی در مراکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی
- ایجاد و توسعه شبکه‌های ملی دانش و نوآوری در هر یک از حوزه‌های اولویت‌دار نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت

۷۱- توسعه خوشه‌ها، مراکز رشد و پارک‌های علم و فناوری سلامت بر اساس آمایش سرزمین

- تقویت بخش غیر دولتی و شرکت‌های دانش‌بنیان
- ارتقای تجاری سازی پژوهش‌های سلامت
- شکل دهی به ساختارهای نظام ملی نوآوری و حمایت از پژوهش و فناوری در موضوعات با ارزش افزوده جمعی برای سلامت بخصوص شیوه‌های زندگی منطبق با آموزه‌های اسلامی و ارتقای سلامت
- تاسیس صندوق حمایت از پژوهش و فناوری سلامت کشور برای حمایت از فعالیت‌های پژوهشی در حوزه‌های اولویت‌دار نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت
- ایجاد شهر دانش سلامت با هدف گردشگری سلامت، بهره‌برداری اقتصادی از مزیت‌های رقابتی دستاوردهای پژوهشی و هم افزایی فعالیت‌های مرتبط در یک محیط
- ایجاد صندوق حمایت از کسب و کارهای کوچک و متوسط در حوزه‌های اولویت‌دار نظام سلامت برگرفته از نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت

۷۲- تسهیل و تشویق نوآوری، ایده و نظریه‌پردازی سلامت

- استقرار نظام مالکیت فکری از نوآوری، خلاقیت و نظریه پردازی
- طراحی و اجرای مدل مدیریت دانش ضمنی^۱ سلامت

^۱ - Tacit knowledge



۷۳- هدایت مراکز تحقیقاتی و شبکه‌های سلامت به تهیه و پیاده سازی راهنماهای مبتنی بر

شواهد

- دستورالعمل‌های پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های اولویت‌دار (راهنماهای بالینی و مدیریت سلامت) مبتنی بر شواهد بومی
- طراحی و پیاده سازی سامانه تصمیم یار (مانند کمک تصمیم بیمار و خلاصه‌های سیاستی) مبتنی بر برنامه سلامت کشوری به منظور ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت

۷۴- رصد فناوری‌های علوم سلامت و طراحی توسعه فناوری‌های سطح ملی

- برنامه‌ریزی برای انتخاب، اکتساب و یا تولید فناوری‌های مورد نیاز
- تحلیل بازارهای داخلی، منطقه‌ای و بین‌المللی سلامت کشورها
- وجود پیوست دانشی برای مداخلات کلان سلامت کشور

۷۵- توسعه استانداردهای بومی بر حسب کمیت و کیفیت در حد استانداردهای جهانی

۷۶- ایجاد آزمایشگاه‌های منطقه‌ای (برای خاورمیانه، آسیای میانه و غیره) برای شناسایی

بیماری‌ها و عوامل خطر و کنترل کیفی آزمایشگاه‌های ملی

۷۷- استانداردسازی آزمایشگاه‌های پژوهشی و واحدهای آموزشی براساس الزامات بین‌المللی در

ارائه خدمات

۷۸- ایجاد و گسترش همکاری‌ها با کشورهای همسایه برای کنترل بیماری‌ها

- ایجاد ساختارهای منطقه‌ای با همسایگان برای مسایل سلامت
- گسترش شبکه یکپارچه اطلاعات سلامت بین کشورهای همجوار مبتنی بر فناوری اطلاعات



۷۹- شکل دهی شبکه‌های فراملی دانشی در حیطه‌های مختلف علوم پزشکی

- تقویت ساختارها متناسب با فعالیت‌های بین‌المللی
- شکل دهی شرکت‌های دانش بنیان فراملی
- توجه به اولویت‌های سلامت و زمینه‌های با امکان مرجعیت علمی
- جذب دانشجویان از سایر کشورها بخصوص کشورهای اسلامی، متناسب با اهداف نقشه جامع علمی کشور

۸۰- معرفی دستاوردهای نظام سلامت در جهت ارتقای وضعیت کشورهای منطقه

- گسترش همکاری‌های کشورهای جنوب-جنوب
- ارائه دوره‌های ظرفیت‌سازی برای کشورها

۸۱- ارائه الگوهای الهام بخش در مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت منطبق با نقشه جامع

علمی سلامت کشور

۸۲- دیدبانی پیامدهای سلامت همه جانبه، عدالت و عملکرد نظام سلامت در سطوح مختلف ملی و

منطقه چشم اندازی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تدوین گزارش‌های دوره‌ای پیامدهای سلامت و عملکرد نظام سلامت
- گزارش‌های آینده‌نگاری وضعیت سلامت ملی و بین‌المللی
- یکپارچه سازی اطلاعات جهت هدایت و کمک به تصمیم‌گیرندگان سطوح کلان در سلامت عمومی و نظام

سلامت

- استقرار مرکز ملی داده‌ها و اسناد سلامت
- رصد شاخص‌های عدالت در سلامت با تأکید بر وضعیت اقتصادی، آمایش سرزمینی و گروه‌های سنی و

جنسی



- توجه به بیماری‌های نوپدید و باز پدید

۸۳- توسعه پوشش نظام مراقبت سلامت

- از سطوح فرد، اجتماع و جغرافیا در زمینه بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن‌ها، حوادث، سلامت اجتماعی و سلامت روان
- به کارگیری مدل شبکه سنجش سلامت، همراه با سطح بندی نظام پایش خدمات سلامتی بخصوص در سطح خدمات سرپایی
- ارتقای نظام مراقبت گروه‌های سنی - جنسی جمعیت (بیماری‌های مادرزادی، کودکان، نوجوانان و جوانان، میانسالان و سالمندان) و زنان

۸۴- تحول فرآیندهای نظام مراقبت بیماری‌های واگیر با هدف حذف (بخصوص مالاریا و کزار) و

ریشه کنی (با تاکید بر فلج اطفال، سرخک و سرخجه)

- راه اندازی نظام مراقبت علامتی^۱
- استفاده از فناوری اطلاعات، هشدار زودرس و اقدام

۸۵- جلب مشارکت نهادهای مؤثر در استقرار نظام مراقبت بخشی و بین بخشی

- برای بیماری‌های مشمول مقررات بین المللی
- ترسیم نقشه آسیب پذیری و ناامنی غذایی کشور و استقرار نظام پایش ناامنی غذایی

۸۶- طراحی نظام جامع مراقبت از بیماری‌ها و عوامل خطر با استفاده از فناوری اطلاعات (با تاکید بر

استفاده از نظام اطلاعات جغرافیایی، کنترل از راه دور و پایش بینی دراز مدت سلامت متعاقب

تغییرات آب و هوایی)



۸۷- تدوین و اجرای برنامه افزایش رضایت‌مندی و منزلت نیروی کار سلامت

- تدوین بسته رفاهی برای منابع انسانی مختلف در نظام سلامت
- بازآرایی ساختار و فرآیندهای ارزیابی و تحول فرهنگ سازمانی همراه با استقرار نظام انگیزشی
- تدوین و اجرای برنامه‌های غنی‌سازی شغلی، تبیین مسیر ارتقاء، نظام جانشین‌پروری و انتقال دانش ضمنی در نظام سلامت

۸۸- ایجاد مراکز مستقل ارزیابی و اعتبار بخشی و بازآموزی نیروی انسانی بخش سلامت

- ایجاد پایگاه‌های داده در خصوص دانش، مهارت، نگرش و شایستگی‌های شاغلین در کلیه سطوح بخش سلامت
- طراحی و استقرار نظام سنجش بازگشت سرمایه آموزش‌های ارائه شده به نیروی انسانی
- ایجاد سامانه نظارت و سنجش عملکرد کارکنان بخش سلامت

۸۹- پیاده‌سازی نظام جامع نیازسنجی، بکارگیری و نگهداشت نیروی انسانی متناسب با نیاز نظام

سلامت و آمایش سرزمین

- انجام مطالعات و برنامه ریزی منابع انسانی نظام سلامت (همراه با ایجاد زیرساخت‌های لازم برای برآورد و الگوی توزیع نیروی انسانی مورد نیاز کشور در حوزه سلامت)
- تدوین استانداردهای پیوست منابع انسانی برای سیاست‌های نظام سلامت
- تدوین و اجرای سند سیاست بومی‌گزینی نیروی انسانی، تهیه و تدوین شاخص‌های مربوط به بهره‌وری منابع انسانی
- ایجاد بانک اطلاعاتی نیروی انسانی ارائه‌دهنده خدمات سلامت
- تدوین اقلام اطلاعاتی و شاخص‌های ارزیابی عملکرد مدیریت منابع انسانی
- اجرا و ارزیابی قانون تمام‌وقتی نیروی انسانی بخش سلامت
- طراحی نظام ارزشیابی مبتنی بر شایستگی کلیه مشاغل و حرفه‌های نظام سلامت کشور



- ایجاد فرصت‌های مناسب برای بهره‌مندی از توان زنان در عرصه‌های ارائه خدمت و مدیریت بخش سلامت

۹۰- توسعه خدمات الکترونیک پایه در نظام سلامت

- ثبت داده‌های ملی مراقبت، رفتارهای پرخطر و عوامل خطر، عوامل تعیین‌کننده سلامت و توسعه سامانه‌های هشدار سریع و تصمیم‌یار
- توسعه نظام‌های ملی محاسبه و به روزرسانی شاخص‌های سلامت

۹۱- دسترسی عادلانه به منابع، خدمات سلامت (مشمول بر ارتقای سلامت و حفظ ایمنی) به کمک

فناوری اطلاعات و ارتباطات

- توسعه پزشکی از راه دور
- استفاده از امکانات سلامت الکترونیک و تلفن همراه برای مراقبت‌های سلامت

۹۲- دسترسی سریع، ارزان، پایدار و امن به صد درصد سوابق سلامت کلیه افراد جامعه به کمک

فناوری اطلاعات و ارتباطات

- تسهیل دسترسی به اطلاعات و ساماندهی به نظام آمار و اطلاعات علمی و پژوهشی دولتی و غیردولتی (شامل: ایجاد نظام اطلاعات کارآمد در سطوح جمع‌آوری، ذخیره‌سازی، پردازش و اطلاع‌رسانی)
- تامین شبکه ارتباطی امن، پایدار و پرسرعت در نظام سلامت کشور
- ایجاد مراکز ملی (خزانه ملی اطلاعات سلامت) جهت نگهداری امن داده‌های سلامت و ارائه خدمات پایدار به سامانه‌های ذی‌نفع
- تدوین و به روز رسانی معماری یکپارچه سامانه‌های اطلاعات سلامت و استانداردهای ملی سلامت الکترونیکی
- استقرار نظام یکپارچه اطلاعات سلامت، پرونده الکترونیکی سلامت
- استقرار نظام‌های مدیریت امنیت اطلاعات



پیاده‌سازی نقشه تحول نظام سلامت

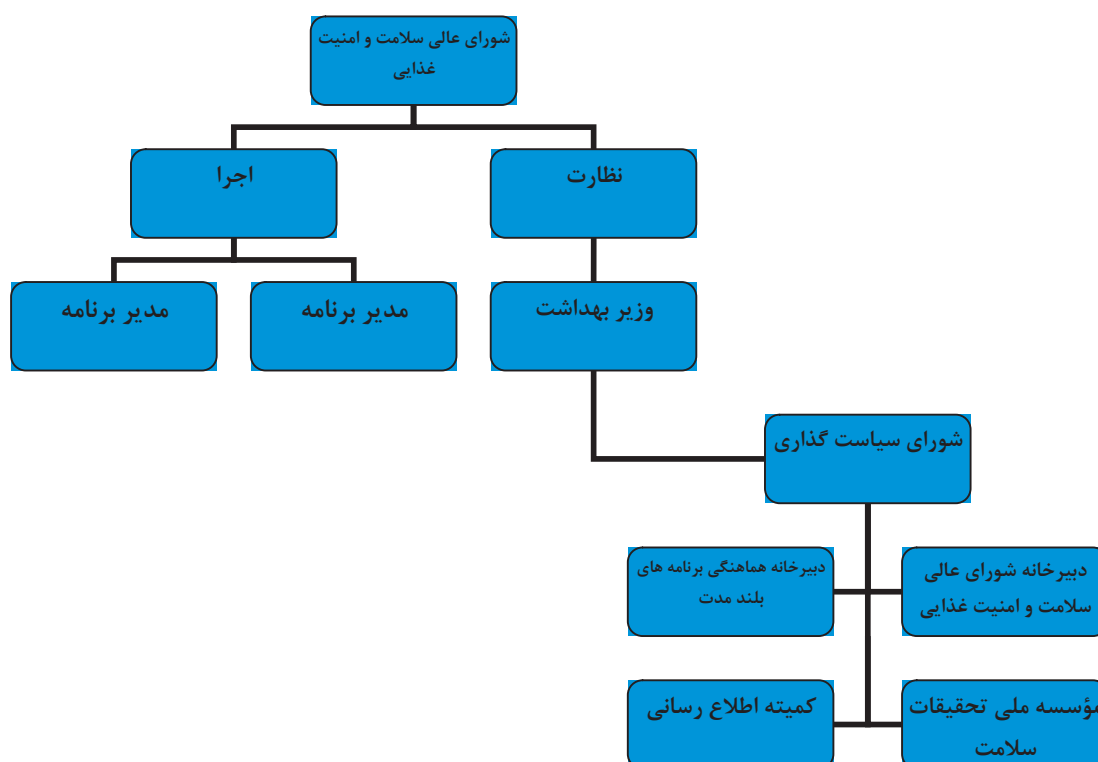
نقشه تحول نظام سلامت به خودی خود مجموعه‌ای ارزشمند است که آینده نظام سلامت، سیاست‌ها، اهداف کلان و مسیر حرکت به سمت تحقق اهداف را به خوبی تبیین می‌نماید. جهت اجرایی و عملیاتی شدن این نقشه باید اقدامات دیگری انجام شود تا علاوه بر حرکت به سمت اهداف چشم‌اندازی، میزان پیشرفت، موانع و مشکلات پیاده‌سازی، متولیان اجرا و نحوه نظارت بر عملیات اجرای نقشه، کنترل و پایش منظم، گزارش‌های ادواری و محتوای آن‌ها و ... نیز مشخص گردد.

مدیریت و سازماندهی

در شکل زیر کلیه اجزای اصلی پیاده‌سازی برنامه‌های تحول نظام سلامت و ارتباطات آن‌ها نمایش داده شده است. این اجزا عبارتند از:

- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- شورای سیاست‌گذاری
- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (هماهنگ کننده برنامه‌های بین بخشی)
- دبیرخانه هماهنگی برنامه‌های بلند مدت (هماهنگ کننده برنامه‌های داخلی)
- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت (دیدبانی شاخص‌های کلان سلامت)
- مدیر برنامه





* توضیح اینکه شمای فوق مرتبط به کل نقشه تحول نظام سلامت است و وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئولیت اجرای برنامه‌های ملی تحول در درون وزارت بهداشت را عهده‌دار است.

توضیح هر یک اجزا و شرح وظایف آن و معرفی اعضا

الف) شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

رئیس جمهور، مسئول عالی پیاده‌سازی نقشه تحول نظام سلامت در کشور بوده که وظایف مدیریت و نظارت خود را از طریق وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به انجام می‌رساند.

شرح وظایف

وظیفه اصلی این شورا که زیر نظر ریاست جمهوری انجام وظیفه می‌کند عبارت است از:

- تصویب بودجه برنامه‌های پیاده‌سازی و تعیین محل اعتبار آن‌ها



- بررسی گزارش‌های سالیانه وزیر بهداشت و تلاش در جهت برطرف کردن موانع و مشکلات اجرای برنامه‌ها

اعضا

۱. رئیس جمهور (رئیس)
۲. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر)
۳. معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری
۴. وزیر آموزش و پرورش
۵. وزیر جهاد کشاورزی
۶. وزیر بازرگانی
۷. وزیر صنایع و معادن
۸. وزیر تعاون، رفاه و تامین اجتماعی
۹. وزیر کشور
۱۰. وزیر دادگستری
۱۱. وزیر نیرو
۱۲. وزیر ذی ربط حسب مورد
۱۳. رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
۱۴. رئیس سازمان حفاظت محیط زیست
۱۵. رئیس سازمان تربیت بدنی
۱۶. رئیس سازمان نظام پزشکی کشور

ب) وزیر بهداشت

شرح وظایف

- ارائه برآورد هزینه اجرای نقشه و برنامه‌های تحول نظام سلامت به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی



- ارائه گزارش پیشرفت برنامه‌ها و اعلام مشکلات و موانع اجرا به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- تضمین همکاری‌های بین بخشی از طریق دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ساماندهی و نظارت بر پیاده‌سازی برنامه‌ها
- پیگیری تخصیص منابع تامین یافته از سوی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

ج) رئیس شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت

شرح وظایف

رئیس گزارش‌های هماهنگ کنندگان پیاده سازی برنامه‌ها را دریافت می‌کند. ارزشیابی‌های سالانه پیشرفت برنامه‌ها را انجام می‌دهد و هر شش ماه یکبار گزارش‌های ارسالی از سوی هماهنگ کننده را به وزیر بهداشت ارائه می‌نماید. همچنین با برگزاری نشست‌های تخصصی و استفاده از مشاوره‌های شبکه خبرگان نظام سلامت، نظرات کارشناسی خود را درخصوص پیشرفت پروژه و اصلاحات مورد نیاز به مدیران برنامه اعلام می‌دارد.

د) هماهنگ کننده‌های پیاده‌سازی نقشه

۱- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

۲- دبیرخانه هماهنگی برنامه‌های بلند مدت

۳- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت



شرح وظایف

• طرح ریزی ۵ ساله

یکی از اهم وظایف هماهنگ کننده‌ها، طراحی برنامه‌های ۵ ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که اولویت‌های نظام سلامت را به تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران اعلام کرده تا در تدوین برنامه‌های توسعه‌ای کشور مورد توجه قرار گیرند.

• طرح ریزی سالانه

وزارت بهداشت و واحدهای تابعه آن می‌بایست برنامه عملیاتی سالانه خود را متناسب با برنامه‌های تحول نظام سلامت تهیه و تدوین نمایند.

• کنترل و نظارت کلان

از آنجا که کلیه برنامه‌ها تحت نظارت هماهنگ کننده اجرا می‌شوند و هر ۶ ماه یکبار توسط او مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، وی می‌بایست یک دسته شاخص‌های کلان برای ارزیابی تمامی فرایندها تهیه کند. این شاخص‌ها راهنمای پایش پیاده‌سازی نقشه هستند و باید کلیه فرایندها و اقدامات، نتایج و خروجی‌های نهایی برنامه‌ها را مورد سنجش قرار دهند.

• تهیه فهرست شاخص‌های اجرای نقشه (راهنمای پایش نقشه)

• تدوین پروتکل چگونگی انجام کنترل و نظارت

• بازخورد

مدیران بصورت ماهیانه گزارش‌های پیشرفت برنامه‌ها را به هماهنگ کننده اعلام می‌دارند. در این گزارش‌ها کلیه موانع، مشکلات و اصلاحات و تغییرات برنامه‌ها مشخص می‌گردند. هماهنگ کننده با بررسی آن‌ها، اصلاح و بازبینی در اسناد نقشه و یا قوانین را به شورای سیاست‌گذاری پیشنهاد می‌دهد.

• پیشنهاد اصلاح و بازبینی در اسناد نقشه



- پیشنهاد اصلاح و بازبینی در قوانین و مقررات

• کمیته اطلاع رسانی

کلیه فعالیت‌هایی که در سطوح مختلف در راستای پیاده‌سازی نقشه تحول نظام سلامت انجام می‌شوند، باید به گروه‌های مختلف هدف و ذینفع معرفی گردند. این امر با استفاده از ابزارهای مختلف اطلاع رسانی شامل وبسایت، خبرنامه، همایش و کنفرانس و ... انجام می‌گیرد.

- راه‌اندازی یک وبسایت اختصاصی برای پیاده‌سازی نقشه تحول سلامت با ذکر روزآمد پیشرفت‌ها

- تهیه اسناد و مفاهیم نقشه با توجه به گروه‌های مختلف هدف

- تهیه یک خبرنامه الکترونیک با موضوع پیاده‌سازی نقشه برای کارمندان سراسر کشور

- برگزاری همایش سالانه برای ارائه گزارش عملکرد توسط مدیران برنامه‌های ملی تحول سلامت به

سیاست‌گذاران، مدیران، کارمندان و جامعه

ه) مدیران برنامه‌های ملی تحول سلامت

اعضا

برای هر یک از برنامه‌های تحول نظام سلامت، یک مدیر با ابلاغ وزیر بهداشت تعیین می‌گردد. این مدیران زیر نظر هماهنگ‌کننده فعالیت می‌نمایند و کلیه امور مربوط به پیاده‌سازی برنامه را برنامه‌ریزی، هدایت و کنترل می‌نمایند و گزارش‌های پیشرفت برنامه را به هماهنگ‌کننده اعلام می‌دارند.

شرح وظایف

- تشکیل شورای بین بخشی برنامه با مشارکت مؤثر ذینفعان کلیدی

- مشارکت و توانمندسازی جامعه جهت پیاده‌سازی برنامه

- تهیه جزییات اجرایی برنامه سالانه شامل؛ فعالیت‌ها، مجریان، زمان بندی و برآورد هزینه‌ها و منابع



- تامین و تخصیص منابع شامل: انسانی، مالی، دانشی، فیزیکی و
- تدارک و اجرای توانمندسازی منابع انسانی متناسب با پیش نیازها یا اهداف برنامه
- عقد تفاهم نامه با دانشگاه های مجری
- عقد قرارداد با سایر سازمان ها و نهادهای دولتی و خصوصی
- تدوین راهنمای کنترل و نظارت هر برنامه ملی
- تهیه فهرست شاخص های اجرا برنامه تحول نظام سلامت (راهنمای پایش پیشرفت برنامه)
- تدوین پروتکل چگونگی انجام کنترل و نظارت

و) پایش^۱ و ارزشیابی^۲

پایش به معنی سنجش درجه انطباق فعالیت ها با استانداردها در حین اجراست و سه قسمت درونداد، فرایند و برونداد را مورد بررسی قرار می دهد.

ارزشیابی به معنای بررسی تحقق اهداف با اجرای برنامه در عمل است. در ارزشیابی اثربخشی، پیامد و تاثیر نهایی برنامه در جامعه، مورد مطالعه قرار می گیرد.

در این مرحله سه نوع نظارت تعریف شده است. هر یک از عناصر درگیر در ساختار پیاده سازی طبق مدل مشخصی گزارش های خود را به سطح بالاتر می فرستند.

در جدول زیر هر یک از مراحل را ملاحظه می کنید:

پایش	زمان بندی: ماهانه موضوع: گزارش پیشرفت	تهیه کننده: مدیر برنامه دریافت کننده: هماهنگ کننده ها
ارزیابی	زمان بندی: ۶ ماه یکبار موضوع: گزارش موانع	تهیه کننده: هماهنگ کننده دریافت کننده: رئیس شورای سیاست گذاری
ارزشیابی	زمان بندی: سالانه موضوع: گزارش موفقیت ها، چالش ها، فرصت ها و تغییرات برنامه ها	تهیه کننده: رئیس شورای سیاست گذاری دریافت کننده: وزیر بهداشت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
ارزشیابی	زمان بندی: ۵ ساله موضوع: گزارش موفقیت و منابع	تهیه کننده: وزیر بهداشت دریافت کننده: مجلس

۱- Monitoring
۲- Evaluation

مراحل مختلف پیاده‌سازی در یک نگاه

مرحله	توضیحات	اقدامات	توضیحات اقدامات	مسئولیت
مرحله اول: آماده‌سازی قبل از اجرا	در این مرحله کلیه اقدامات مورد نیاز جهت ایجاد آمادگی برای اجرای گام‌های پیاده‌سازی، صورت می‌پذیرند. یعنی کلیه قوانین و مقررات مورد نیاز تصویب شده، برنامه‌های ملی تحول سلامت شناسایی و مورد تصویب قرار گرفته، نیروی انسانی مورد نیاز در سطوح مختلف با شرح وظایف گوناگون تامین شده و پیش‌بینی منابع مالی مورد نیاز انجام می‌گیرد.	نظام سلامت به سند پیاده‌سازی تبدیل سند نقشه تحول	تبدیل اقدامات به برنامه‌های ملی تحول سلامت	دبیرخانه تدوین نقشه تحول نظام سلامت
			تصویب عناوین برنامه‌های ملی تحول سلامت	دبیرخانه تدوین نقشه تحول نظام سلامت
			تهیه طرح‌های اجرایی (با جزییات) به ازای هر یک از برنامه‌های ملی تحول سلامت	مدیران برنامه‌های تحول نظام سلامت
			تعیین وابستگی‌های درونی کلیدی ^۱ بین برنامه‌های ملی تحول سلامت	هماهنگ‌کننده
	تصویب اسناد	تصویب اسناد	تهیه و تصویب قوانین و مقررات به ویژه پیش‌نیازها، تصویب چشم‌انداز، اهداف ویژه، سیاست‌ها، راهبردها و جزییات برنامه‌های ملی تحول سلامت	شورای معاونین، شورای سیاست‌گذاری، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
			برآورد منابع مورد نیاز پیاده‌سازی برنامه‌های ملی تحول سلامت	دبیرخانه تدوین نقشه تحول نظام سلامت
			تصویب منابع مورد نیاز پیاده‌سازی برنامه‌های ملی تحول سلامت	شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
			تامین منابع مورد نیاز پیاده‌سازی نقشه	وزیر بهداشت
	تامین منابع مالی و انسانی	تامین منابع مالی و انسانی	برقراری ارتباط بین نقشه تحول سلامت با برنامه‌های ۵ ساله توسعه‌ای کشور	هماهنگ‌کننده‌های برنامه



حله	توضیحات	اقدامات	توضیحات اقدامات	مسئولیت
مرحله دوم: اجرا	در قسمت فرآیند اجرا دو گروه بطور عمده درگیر می‌شوند: ۱- هماهنگ کننده	طرح ریزی ۵ ساله	برقراری ارتباط بین برنامه‌ها و برنامه‌ریزی عملیاتی سالانه وزارت بهداشت	هماهنگ کننده پیاده‌سازی برنامه
	۲- مدیران برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت	طرح ریزی سالانه	راه‌اندازی یک وب‌سایت اختصاصی برای پیاده‌سازی نقشه تحول سلامت با ذکر روزآمد پیشرفت‌ها	کمیته اطلاع رسانی
		اطلاع رسانی	تهیه اسناد و مفاهیم نقشه با توجه به گروه‌های مختلف هدف	کمیته اطلاع رسانی
			تهیه یک خبرنامه الکترونیک با موضوع پیاده‌سازی نقشه برای کارمندان سراسر کشور	
			برگزاری همایش سالانه برای ارائه گزارش عملکرد توسط مدیران برنامه‌های ملی تحول سلامت به سیاست‌گذاران، مدیران، کارمندان و جامعه	
			تهیه فهرست شاخص‌های اجرای نقشه (راهنمای پایش نقشه)	
		تدوین راهنمای کنترل و نظارت کلان	تدوین پروتکل چگونگی انجام کنترل و نظارت	هماهنگ کننده پیاده‌سازی برنامه
		بازخورد	پیشنهاد اصلاح و بازبینی در قوانین و مقررات	هماهنگ کننده پیاده‌سازی برنامه



مرحله	توضیحات	اقدامات	توضیحات اقدامات	مسئولیت
مرحله دوم: اجرا			تشکیل شورای بین بخشی برنامه با مشارکت مؤثر ذینفعان کلیدی	پیاااسازی برنامه مآیران برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	مشارکت و توانمندسازی جامعه جهت پیاااسازی برنامه	مآیران برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	تهیه جزییات اجرایی برنامه سالانه شامل؛ فعالیت‌ها، مجریان، زمان‌بندی برآورد هزینه‌ها و منابع	مآیران برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	تامین و تخصیص منابع شامل؛ انسانی، مالی، دانشی، فیزیکی و ...	مآیران برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	تدارک و اجرای توانمندسازی منابع انسانی متناسب با پیش‌نیازها یا اهداف برنامه	مآیران برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	عقد تفاهم‌نامه با دانشگاه‌های مجری	مآیران برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	عقد قرارداد با سایر سازمان‌ها و نهادهای دولتی و خصوصی	مآیران برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	تهیه فهرست شاخص‌های اجرای برنامه تحول نظام سلامت (راهنمای پایش پیشرفت برنامه)	مآیران برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	تدوین پروتکل چگونگی انجام کنترل و نظارت	مآیران برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت



حله	توضیحات	اقدامات	توضیحات اقدامات	مسئولیت
مرحله سوم:	در این مرحله سه نوع نظارت تعریف شده است. هر یک از عناصر درگیر در ساختار پیاده‌سازی، طبق مدل مشخصی گزارش‌های خود را به سطح بالاتر می‌فرستند.	پایش	زمانبندی: ماهانه موضوع: گزارش پیشرفت	تهیه‌کننده: مدیر برنامه دریافت‌کننده: هماهنگ‌کننده
		ارزیابی	زمانبندی: ۶ ماه یکبار موضوع: گزارش موانع	تهیه‌کننده: هماهنگ‌کننده دریافت‌کننده: رئیس شورای سیاستگذاری
		ارزشیابی	زمانبندی: سالانه موضوع: گزارش موفقیت‌ها، چالش‌ها، فرصت‌ها و تغییرات برنامه‌ها	تهیه‌کننده: رئیس شورای سیاستگذاری دریافت‌کننده: وزیر بهداشت
		ارزشیابی	زمانبندی: ۵ ساله موضوع: گزارش موفقیت و منابع	تهیه‌کننده: وزیر بهداشت دریافت‌کننده: مجلس



پیوست ۱ - تعریف واژه‌ها

سیاست (Policy): جهت‌گیری‌های عمده برای دستیابی به اهداف کلان و راهبردی می‌باشد.

برنامه ملی تحول: مجموعه‌ای از خدمات و فعالیت‌های مرتبط با یکدیگر است که برای مقابله با یک یا چند مشکل سلامت و یا ارتقای آن طراحی و اجرا می‌شود. امید می‌رود که این برنامه‌های ملی تحول در صورت تصویب، بتوانند مصدر بسته‌های اجرایی برنامه‌های توسعه پنج ساله فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور باشند.

چشم انداز: ارائه دهنده یک تصویر مطلوب، آرمانی و قابل دستیابی است که منظر و دورنمایی در افق بلندمدت فراروی مدیریت عمومی جامعه قرار می‌دهد و دارای ویژگی‌های جامع‌نگری، آینده‌نگاری، ارزشگرایی و واقع‌گرایی می‌باشد.

شاخص: در این مستند، منظور ابزار سنجش لازم جهت تعیین وضعیت آتی نظام سلامت کشور نسبت به مسیر تعیین شده در نقشه نظام سلامت و میزان دستیابی به اهداف مقرر نقشه می‌باشد.

ارزش‌ها: عقاید و باورهایی که مبنای اصلی جهت‌گیری‌ها هستند. هیچ یک از سیاست‌ها و یا اقدامات طراحی شده در هنگام اجرا نباید از ارزش‌ها تخطی کنند و باید مجموعه آن‌ها نیز در جهت ارزش‌ها قرار گیرند. در نتیجه انتظار می‌رود ارزش‌ها آن دسته از باورهایی باشند که ناظر به مدت زمان طولانی بوده و به راحتی تغییر نکنند.

اصول: قوانین و قواعدی پایدار در سطح عالی که چارچوبی را برای تحکیم ارزش‌ها، تعیین اهداف و مسیر دستیابی به آن‌ها مشخص می‌کنند.



اهداف کلان: اهداف کلی مؤید جهت‌گیری راهبردی کل نظام سلامت بوده و نقاط مطلوبی در آینده هستند که نظام سلامت تمایل به دستیابی به آن‌ها دارد. اهداف کلان مسیر حرکت نظام سلامت را مشخص کرده و علی‌رغم اینکه در حوزه‌های خاص نوشته می‌شوند، به اندازه کافی عمومی و کلی هستند که منجر به تقویت خلاقیت و نوآوری می‌گردند. اهداف کلان همچنین مشکلات جدی یا فوری و یا مسائل با اولویت را نشان می‌دهند.

تامین مالی: تأمین مالی یعنی ساز و کارهایی که پول در نظام سلامت از طریق آن‌ها جمع‌آوری، انباشت و صرف‌خرید خدمات می‌شود.

پاسخگویی: منظور میزان پاسخ به نیازهای غیر سلامت افراد می‌باشد که در آن موارد مهمی نظیر حفظ کرامت انسانی مطرح می‌شود.

عدالت: عدالت در سلامت دلالت بر این مطلب دارد که هر کسی باید به طور آرمانی فرصت‌های عادلانه‌ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود یعنی سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی داشته باشد و واقع‌بینانه‌تر این که هیچ‌کسی نباید از به دست آوردن این ظرفیت‌ها محروم گردد.

ارتقای سلامت: طراحی و اجرای برنامه‌ها و فرآیندهایی که اشخاص و سازمان‌ها را قادر می‌سازد تا بر سلامت خود نظارت کنند و آن را ارتقا دهند.

توسعه پایدار: پاسخگویی به نیازهای کنونی افراد جامعه بدون تضعیف توانایی نسل‌های آینده در تأمین نیازهای خود می‌باشد. توسعه پایدار در حقیقت ما حاصل تعادل میان جامعه، محیط زیست و اقتصاد است و تنها



بر جنبه‌های زیست محیطی تمرکز نداشته و علاوه بر پایداری منابع طبیعی؛ پایداری سیاسی، اجتماعی و اقتصادی را نیز در بر می‌گیرد.

تولیت: بخشی از کارکرد یک حکومت که مسئول سلامت و رفاه جامعه می‌باشد و به میزان اعتماد و مشروعیتی که شهروندان برای فعالیت‌های حکومت قائل هستند اهمیت می‌دهد.

سرمایه اجتماعی: پیوند رسمی و غیر رسمی بین افراد و میزان اعتماد آن‌ها به یکدیگر. سرمایه اجتماعی منبعی است که افراد و گروه‌ها از طریق پیوند با یکدیگر و نوع این ارتباطات به دست می‌آورند. در سطح فردی به معنی میزان سرمایه گذاری افراد در شبکه‌های اجتماعی شخصی تلقی شده و در سطح عمومی به میزان اهمیت و توجه اعضای جامعه نسبت به امور مدنی و ترویج هنجارهای اجتماعی جمعی و میزان اعتماد به نهادهای عمومی است.

سلامت: سلامت نداشتن بیماری نیست بلکه برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است.

پیوست ۱

سلامت معنوی: دیدگاه معنوی، بر روی باورها، ارزش‌ها و رفتارها تاثیر عمیق دارد. این تاثیر از طریق رفتارهای بهداشتی، حمایت اجتماعی و سایکو نوروفیزیولوژی بر سایر ابعاد سلامت اثر گذار است.

سعادت انسانی: سعادت هر چیزی عبارت است از رسیدنش به خیر وجودش تا بوسیله آن، کمال خود را یافته و در نتیجه متلذذ شود و سعادت در انسان که موجودی است مرکب از روح و بدن، عبارت است از رسیدن به خیرات جسمانی و روحانی اش و متنعم شدن به آن (علامه طباطبایی)^۱.

۱- از دیدگاه اسلام در سایه ایمان است که اعمال معنا پیدا می‌کند و ایمان اسلامی یعنی تسلیم قلبی و تصدیق زبانی و بندگی مطلق در برابر خدا و انجام فرمان‌های او و عبودیت، راه رسیدن به سعادت است. استاد مطهری رسیدن به سعادت را متکی به حرکت و سیر تکامل انسان و رسیدن او به کمالات می‌داند و می‌گوید سعادت به حرکت و مسیر تکاملی انسان بستگی دارد. هر موجودی به تناسب ظرفیت و سعه وجودی



سواد سلامت: توانایی دستیابی، درک و تحلیل اطلاعات و خدمات سلامت مورد نیاز به منظور تصمیم‌گیری و انتخاب آگاهانه در مورد فرصت‌های سلامت و مراقبت از خود.

فرهنگ سازمانی: الگویی از فرضیات بنیادی مشترک که توسط گروه در هنگام حل مشکلات، سازگاری با محیط خارج و یکپارچگی در محیط داخل آموخته می‌شود و چنان خوب کار کرده است که معتبر در نظر گرفته شده و به اعضای جدید آموخته می‌شود تا به عنوان شیوه درست فهم، تفکر و درک مشکلات به کار گرفته شود.

فناوری: حاصل ترکیب موزون مهارت، دانش و اطلاعات، سخت افزار و مدیریت مربوط به تهیه و تولید کالا و عرضه خدمات است که می‌تواند به صورت فناوری نرم یا سخت باشد. از مثال‌های فناوری نرم می‌توان به روش‌های مدیریت و دستورالعمل‌ها اشاره کرد. ابزار نیز نمونه‌ای از فناوری سخت می‌باشد.

فناوری مطلوب: فناوری است که از نظر کارایی، بی‌خطری، هزینه اثربخشی، ملاحظات اخلاقی، اجتماعی، امکان برخورداری آحاد نیازمندان و قانون، مناسب‌ترین باشد و ملاک مناسب بودن آن، ساده و یا پیچیده بودن، موجود بودن و یا نوین بودن دانش آن، سخت افزاری و یا نرم افزاری بودن نیست.

نوآوری: تبدیل ایده به کاربرد، محصول، خدمت اجتماعی، فرآیند صنعتی و یا تجاری جدید یا بهبودیافته که قابل عرضه و دارای مشتری باشد.



نظام سلامت: افراد، سازمان‌ها و منابعی که با رویکردهای تأیید شده در کنار یکدیگر قرار گرفته اند تا سلامت جمعیت تحت پوشش خود را ارتقا دهند و از طریق انواعی از فعالیت‌ها که هدف اصلی آن‌ها ارتقای سلامت است به انتظارات منطقی مردم پاسخ دهند و از آن‌ها در برابر هزینه سلامت نامطلوب محافظت نمایند.

پیوست ۲- شاخص‌ها

ارزیابی توفیق در تحقق نقشه تحول نظام سلامت کشور، نیازمند تعدادی شاخص است که حساسیت قابل توجهی نسبت به تغییرات داشته، جامع باشند (از این نظر که ابعاد مختلف پیشرفت در سلامت را در نظر بگیرد) و عمدتاً به جای تمرکز بر فرآیند، به پیامدها بپردازند. در تعیین شاخص‌های مناسب، موارد فوق مد نظر قرار گرفته اند. اما در انتخاب این شاخص‌ها علاوه بر اهداف و خصوصیات پیش گفت، باید به امکان گردآوری آن‌ها و امکان مقایسه با کشورهای منطقه چشم اندازی نیز توجه کرد. از این رو شاخص‌ها ناظر بر کل اهداف کلان و یا سیاست‌های سلامت نبوده و نمادی از شاخص‌هاست که البته میزان توفیق نقشه تحول نظام سلامت کشور را مشخص خواهد نمود. البته همان طور که در قسمت "درباره محتوی" آمده است، عملیاتی ترین سطح این نقشه، برنامه‌های ملی تحول هستند که بایستی در برگیرنده خصوصیات یک برنامه، یعنی هدف اختصاصی، مسئول برنامه، شاخص‌های تحقق اهداف و زمان بندی باشند که در ابتدای هر برنامه پنج ساله جزئیات آن مشخص می شود.

در تحول نظام سلامت، کارآیی، عدالت، پاسخگویی و توسعه یافتگی مورد تأکید قرار گرفته، بنابراین می‌توان انتظار داشت با تعریف شاخص‌های عملیاتی و تعیین معیارها در این حوزه‌ها، ارزیابی پیشرفت نقشه تحول نظام سلامت امکان پذیر گردد.



ویژگی‌های شاخص‌های انتخابی از نظر گروه بندی و تعریف هر شاخص

دسته شاخص‌ها	شاخص انتخابی	تعریف شاخص انتخابی
تاثیر	امید زندگی	شاخصی است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است و یا به عبارت دیگر هر عضو آن جامعه چند سال می‌تواند توقع طول عمر داشته باشد.
تاثیر	مرگ نوزادان	تعداد مرگ در متولدين صفر تا ۲۸ روزه در یکسال نسبت به کل تعداد متولدين زنده همان سال
تاثیر	مرگ مادران	شاخصی که میزان مرگ و میر مادران به علت عوارض حاملگی و زایمان را در یکسال نشان می‌دهد.
عدالت	انحراف معیار امید به زندگی در بین شهرستان‌های مختلف	تفاوت در بین امید به زندگی در شهرستان‌های مختلف کشور که ناشی از تفاوت‌های فاحش در وضعیت سلامت طبقات و گروه‌های اجتماعی مختلف در درون کشور است.
حفاظت مالی	میزان پرداخت از جیب	در این روش تامین مالی، بیماران مستقیماً و از جیب خودشان به ارائه کنندگان کالا و خدمات بهداشتی درمانی، پول می‌پردازند و این هزینه صرف شده از سوی آن‌ها قابل بازپرداخت از سوی یک نهاد یا شخص ثالث (مثل برنامه‌های بیمه) نیست.
تامین منابع	هزینه کل پرداختی دولت برای بخش بهداشت و درمان	کل بودجه مالی که از سوی دولت برای سلامت در نظر گرفته می‌شود و شامل مواردی نظیر یارانه به ارائه کنندگان و یارانه به مصرف کنندگان می‌شود.
پوشش	پوشش بیمه	درصد افرادی از جمعیت که به هنگام نیاز، به خدمات ارتقا دهنده، پیش‌گیرنده، درمانی و توانبخشی سلامت با یک قیمت مناسب و در قالب نوعی حمایت بیمه‌ای دسترسی داشته باشند.

پیوست ۲



پیوست ۳- موضوعات کلیدی و اقدامات پیشنهادی کارگروه‌های تدوین نقشه

چنانچه در ابتدای سند در خصوص روش شناسی گفته شد، بر اساس مطالعات مقدماتی انجام شده برای تدوین نقشه تحول نظام سلامت، نقاط تمرکزی تعریف گردید تا فعالیت در کارگروه‌ها، حول تاثیرگذارترین حوزه‌ها متمرکز گردد. کارگروه‌ها برای هریک از این نقاط تمرکز اهداف و مداخلات پیشنهادی خود را تدوین نمودند. در ادامه فهرست این نقاط تمرکز، اهداف و اقدامات برای هر گروه آورده شده است.

خروجی کارگروه نظام مراقبت تعیین کننده‌های سلامت / عوامل تهدید کننده سلامت

موضوعات کلیدی:

- ۱- کنترل و کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر، کنترل و کاهش (مدیریت) مخاطرات فردی (ژن‌های نامناسب، شیوه زندگی)
- ۲- استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات
- ۳- کنترل و کاهش مخاطرات اجتماعی
- ۴- استفاده از داده‌ها و نظام‌های اطلاعاتی بخش خصوصی و دیگر نهادها
- ۵- کنترل و کاهش مخاطرات شرایط زندگی و کار (کشاورزی و تولید غذا، آموزش، محیط کاری، بیکاری، آب و گندزدایی، خدمات مراقبت سلامت و مسکن)
- ۶- کنترل و کاهش مخاطرات سیاسی
- ۷- کنترل و کاهش مخاطرات اقتصادی
- ۸- کنترل و کاهش مخاطرات زیست محیطی

هدف ۱: ارتقای نظام یکپارچه، سطح بندی شده و جامع اطلاعات تعیین کننده‌ها و تهدید کننده‌های سلامت



اقدامات:

- (۱-۱) معماری نظام مراقبت
- (۱-۲) بررسی و شناخت نیازهای مشتریان داخلی و خارجی جهت سطح بندی و طبقه بندی اطلاعات، گزارش ها و خدمات (با تاکید بر مفاد پیمان های بین المللی و تفاهم نامه های ملی در نظام مراقبت)
- (۱-۳) تدوین استانداردهای جمع آوری و آنالیز و گزارش داده ها
- (۱-۴) الکترونیکی نمودن اقدامات و فعالیت ها در تمامی سطوح برنامه ریزی و اجرا
- (۱-۵) ایجاد سامانه الکترونیک برخط (آن لاین) سطح بندی شده در خصوص عوامل تعیین کننده و تهدید کننده تاثیر گذار بر سلامت
- (۱-۶) استاندارد سازی نظام مراقبت در زمینه های مختلف (با تاکید بر قابلیت ادغام در برنامه های سلامت محور و استفاده از رویکردهای جدید مراقبتی مانند سندرمیک و ارائه خدمت مبتنی بر ویژگی های فرد)
- (۱-۷) به روز رسانی قوانین لازم جهت الزام ارگان های درگیر در به اشتراک گذاشتن اطلاعات سلامت
- (۱-۸) پالایش و آنالیز داده ها و انتشار اطلاعات
- (۱-۹) انتشار میزان شاخص های ملی و سندهای سیاستی مبتنی بر اطلاعات نظام مراقبت (با تاکید بر شواهد بومی)

هدف ۲: استفاده بهینه (مطلع از شواهد) از خروجی های مفهوم دار (بر مبنای سامانه تصمیم یار) نظام مراقبت توسط تصمیم گیرندگان

پیوست ۳

- (۲-۱) طراحی خروجی های مفهوم دار بر اساس استفاده کنندگان و به تفکیک نظام های مراقبت (از جمله ترسیم نقشه جغرافیایی تعیین کننده ها و تهدید کننده های سلامت به طور مرتب)
- (۲-۲) تهیه بسته تصمیم گیری برای برنامه ریزی و اجرا و ارزیابی برنامه های بین بخشی سلامت در سطح شوراهای سلامت و امنیت غذا از سطح ملی تا شهرستان با تاکید بر نظام مراقبت تعیین کننده و تهدید کننده سلامت
- (۲-۳) توانمندسازی تصمیم گیران در هماهنگی جهت اتخاذ سیاست های مرتبط با سلامت همگانی و بکارگیری

آن



هدف ۳: توسعه و تقویت مشارکت بخش خصوصی و مردم به همراه ایجاد نظام مراقبت سلامت برای همه طرح‌های کلان توسعه‌ای اعم از دولتی، غیردولتی و مردمی و... (پوشش حداکثری نظام مراقبت تعیین‌کننده‌ها و تهدیدکننده‌های سلامت)

اقدامات:

- ۳-۱) ایجاد و به روز رسانی قوانین لازم جهت الزام سازمان‌های همکار در به اشتراک گذاشتن اطلاعات سلامت
- ۳-۲) ایجاد راهکارهای مناسب برای تشویق بخش دولتی و خصوصی و الزام آن‌ها به مشارکت
- ۳-۳) ایجاد پتانسیل علمی و اجرایی جهت ایجاد "دیدبانی سلامت عمومی"



خروجی کار گروه نظام تأمین مالی سلامت

موضوعات کلیدی:

- ۱- نظام پرداخت سلامت نگر - خرید راهبردی خدمات
- ۲- تعرفه گذاری واقعی - مبتهی بر ارزش افزوده و قیمت تمام شده
- ۳- تعریف بسته پایه خدمات و حمایت بیمه‌های پایه از آن (گنجانیدن خدمات گران قیمت و دارای هزینه‌های کمرشکن در بسته‌ی خدمتی)
- ۴- مشارکت مالی خانواده (تأمین مالی عادلانه)
- ۵- عادلانه شدن نظام گردآوری منابع
- ۶- گسترش کمی بیمه‌های سلامت (بیمه همگانی در خدمات پایه)
- ۷- جدا کردن نقش بیمه‌ای دولت از نقش حمایتی آن در تأمین منابع سلامت
- ۸- توجه به سلامت حاشیه نشین‌ها و آسیب پذیرها

اقدامات:

- ۱- مدیریت پشتیبانی منابع مالی، انسانی و تجهیزاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید به مدیریت راهبردی مجموعه هزینه‌های بخش و مجموعه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (شامل مراقبت‌های اولیه بهداشتی، سرپایی، بستری، نگهداری سالمندان و معلولین و سایر خدمات) گسترش یابد.

- ۲- بیش از نیمی از هزینه‌های بخش سلامت، فاقد شرایط تأثیرپذیری از سیاست‌ها و اقدامات دولت هستند و نگرانی‌های عمومی نسبت به موضوع عدالت در بخش سلامت و خطر تحمیل هزینه‌های خطر بیماری به بیماران را می‌افزاید. لذا باید پرداخت غیرمنصفانه کنونی حذف گردد و کل مبلغ آن به نسبت یک چهارم سهم خانوارها به عنوان مشارکت مستقیم در پرداخت و سه چهارم سهم بیمه اجتماعی سلامت تقسیم شود.

۳- تأمین منابع از طریق تلفیق دو روش صرفه‌جویی و ساز و کارهای مبتنی بر پیش پرداخت‌ها طی یک دوره ۳ تا ۵ ساله، سبب حذف یا کاهش پرداخت مستقیم و هزینه‌های مصیبت‌بار می‌شود.

۴- ایجاد منابع از طریق اختصاص سهمی از رشد سالانه درآمد خانوارها (یا یارانه نقدی سهم خانوار) به حساب پیش‌پرداخت‌ها در چارچوب نظام بیمه اجتماعی سلامت، امکان‌پذیر می‌باشد. در این حالت منابع پیش‌پرداخت‌ها از یکی از روش‌های مالیات بر درآمد عمومی یا اختصاصی، پس‌انداز اختصاصی برای سلامت، کسر سهمی از یارانه نقدی خانوار، حق بیمه اجتماعی تکمیلی یا خاص و نظایر آن تأمین می‌گردد.

۵- برای افزایش نقش بیمه‌ها در بخش و اثرگذاری آن‌ها بر وضعیت مبادلاتی و رقابت در بخش خصوصی، سهم بیمه‌های اجتماعی باید حداقل به بیش از ۴۰ درصد افزایش یابد. در این صورت گسترش نقش بیمه‌های اجتماعی براساس سه هدف‌گذاری هم‌زمان: پوشش جمعیتی کامل (بیش از ۹۰ درصد)، سهم از هزینه‌های مصرفی بخش (بیش از ۵۰ درصد) و سهم از دریافتی‌های بخش خصوصی (بیش از ۴۰-۵۰ درصد) ضروری می‌باشد.

۶- نظام بیمه اجتماعی سلامت، باید برای تمام گروه‌های شایسته پوشش، پیش‌پرداخت‌ها را بر اساس درآمدهای افراد یا گروه‌ها مقرر کند.

۷- نظر به این‌که از سال ۱۳۷۳ که قانون بیمه همگانی درمان تصویب شد، تأمین پوشش بیمه درمانی در تمامی سیاست‌ها و برنامه‌های بخش، یک پیش‌فرض دائمی بوده و با توجه به این‌که تاکنون ارزیابی مناسبی از عملکرد آن برای تصمیم‌گیری در مورد ادامه نظام فعلی بیمه برای تأمین خدمات سلامت به عمل نیامده است، به نظر می‌رسد ضروری است که این ارزیابی با هدف تعیین نظام مناسب برای پوشش همگانی خدمات سلامت انجام شود.



۸- برای گسترش پوشش همگانی بیمه سلامت و به دنبال آن پوشش خدمات سلامت، باید تجدید ساختار راه‌های کسب درآمد و هماهنگ ساختن آن‌ها در سازمان‌های بیمه‌گر صورت گیرد. دست یافتن به بخش غیررسمی تولید اقتصادی، از چالش‌های عمده در این موضوع خواهد بود. چرا که عمده این گروه‌های شاغل در پوشش خدمات و پوشش بیمه‌ای قرار نمی‌گیرند. به منظور رعایت عدالت در پرداخت حق بیمه و تحت پوشش بیمه درآوردن شاغلین غیررسمی، لازم است مالیات دستمزدی را کاهش داد و همراه آن حق بیمه دریافتی را ابتدا به صورت درصدی ثابت از دستمزد و در بلندمدت به صورت صعودی طراحی و اجرا نمود.

۹- تعیین اجزا و معیارهای بهای واقعی خدمات (مانند جبران خدمات و حاشیه سود ارائه‌کنندگان خدمات سلامت) با مشارکت ذینفعان، از ابزارهای مناسب برای توسعه و گسترش بیمه‌های اجتماعی سلامت در جمعیت خدمت‌گیرنده و مجموعه وسیع‌تری از ارائه‌کنندگان خدمات و مؤسسات خصوصی می‌باشد.

۱۰- تعیین حق سرانه واقعی بیمه‌ها متناسب با هدف‌گذاری آن برای گسترش پوشش جمعیتی، پوشش عمق خدمات، پوشش هزینه‌های بخش و پوشش گروه‌های ارائه‌کننده خدمت، مبتنی بر محاسبات بیمه‌ای و با لحاظ نمودن شرایط مناسب جهت افزایش رقابت در گروه یاد شده، با تاکید بر تامین حق سرانه از محل حق بیمه پرداختی توسط سازمان بیمه‌گر و کمک دولت و سایر منابع عمومی، از دیگر ابزارهای مناسب برای توسعه بیمه‌های اجتماعی سلامت می‌باشد.

پیوست ۳

۱۱- از ابزارهای اثرگذار در توسعه بیمه‌های اجتماعی سلامت، تعیین میزان منافع ناشی از برخی ملاحظات سیاسی- اجتماعی و منابع و الزامات لازم برای جبران هزینه‌های تامین این گونه ملاحظات و منافع حاصل از آن‌ها در گسترش سطح سلامت جامعه است.

۱۲- تنظیم سبد خدمات سلامت یکسان برای تمامی بیمه‌شدگان در صندوق‌های موجود بیمه سلامت و دریافت عملکرد مالی درباره هزینه صندوق‌ها و درآمد دریافتی آن‌ها بابت حق بیمه و ایجاد بیمه اتکایی برای



پوشش صندوق‌هایی که با زیان عملکرد مواجه هستند، از الزامات توسعه بیمه سلامت محسوب می‌شود. این مجموعه اقدامات با حفظ مدیریت و مسئولیت فعلی صندوق‌های بیمه درمانی در محدوده وظایف جاری آن‌ها، ایجاد وحدت رویه در ارائه خدمات آن‌ها را امکان‌پذیر می‌سازد.

۱۳- باید هرچه سریعتر بستر راه‌اندازی سازمان بیمه سلامت و اصلاح اساسنامه شورای عالی بیمه درمان (با تغییر عنوان به شورای عالی بیمه سلامت) را فراهم نمود. به نظر می‌رسد مسئولیت این شورا، ایجاد تعادل و تناسب میان اختیار، وظیفه و قدرت تصمیم‌گیری کلیه ذینفعان اصلی به ویژه ارائه دهنده، خریدار، گیرنده و سیاست‌گذار و ناظر است و باید در وزارت بهداشت به عنوان متولی بخش سلامت تمرکز یابد.

۱۴- به جهت سهم محدود بودجه دولت از کل منابع بخش سلامت و نیز سهم محدود بودجه دولتی بیمه اجتماعی سلامت در پرداخت به بخش خصوصی، ضروری است هزینه سرباری دولت به شدت کاهش یابد، مؤسسات دولتی ارائه کننده خدمات سلامت با کارآیی و اثربخشی مورد انتظار راهبری شوند، نظارت بر عملکرد فعالیت‌های خصوصی، تأثیرگذارتر و عمیق‌تر شود و انجام به موقع تعهدات هزینه‌ای دولت و بیمه‌ها برای افزایش کارآیی نظام مبادلاتی بخش مورد توجه قرار گیرد.

۱۵- کنترل بهای خدمات و سپس پیش‌بینی جبران افزایش آن از طریق منابعی غیر از پرداخت مستقیم و از جمله یارانه‌ها، از سیاست‌های ضروری برای کاهش شدت نابرابری محسوب می‌شود.

۱۶- اجرای دقیق و صحیح قانون مالیات‌ها در بخش، در قالب رویکرد وصول مالیات براساس کارت تجمیع درآمد، ضمن شفاف سازی منابع درآمدی افراد و میزان آن‌ها، هدف سودآوری را تحت کنترل درخواهد آورد و نظام بازرسی را تعدیل خواهد نمود.

۱۷- پیاده سازی قانون تجارت در واحدهای ارائه خدمات اعم از دولتی و غیردولتی در جهت ثبت دقیق



اطلاعات مالی و شفاف سازی ارزش اسمی سهام و اعتبار هر برگ سهم، از ضروریات است. در همین رابطه تبعیت واحدهای ارائه خدمات سلامت دولتی، به ویژه بیمارستان‌ها از قانون تجارت، امکان سهم‌بندی دقیق فعالیت‌ها، منابع و سرمایه واحدها را به درستی و مطابق قانون فراهم می‌نماید. در این صورت با بهره‌گیری از ظرفیت‌های قانونی سیاست‌های اصل ۴۴، باید به واگذاری سهام این واحدها به کارکنان و مردم در قالب شرکت‌های سهامی عام نگاه ویژه‌ای داشت. بالطبع اجرای این پیشنهاد مستلزم تغییر در نظام و ساختار مدیریت واحدها خواهد بود.

۱۸- پیاده‌سازی سیستم‌های عملیاتی از جمله سیستم بهای تمام شده خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی، آموزشی، پژوهشی و پشتیبانی واحدهای ارائه خدمت، مستلزم طراحی و بعضاً بهینه‌سازی سایر سیستم‌های مرتبط است که بعنوان پیش‌نیاز و مقدمه کار، الزامی می‌باشد. از ضروری‌ترین این نیازها تدوین نظام مالی جدید و تغییر رویکرد حسابداری از روش نقدی به تعهدی است.

۱۹- برای افزایش کارایی حاصل از مصرف منابع مالی، باید سهم قابل ملاحظه‌ای از هزینه سرانه سلامت کشور از محل پیش‌پرداخت‌ها و انباشت ریسک حاصل شود. این نوع کارایی در بخش سلامت کشور، زمانی حاصل می‌آید که سهم بیمه‌ها از سبد مصرفی خانوار، از سطح محدود پیش‌پرداخت‌های فعلی حداقل تا دو برابر سطح فعلی آن افزایش یابد. این نیز در نتیجه بهبود خدمات بیمه‌ها برای مشتریان و دریافت منابع مالی بیشتر از مشتریان می‌باشد.

پیوست ۳

۲۰- در خصوص بیمه در گروه‌های دولتی با امتیازات ویژه و نهادهای عمومی با ماهیت بیمه‌ای و برخی بیمه‌های خصوصی، باید حق بیمه سرانه خدمات سلامت در تمامی گروه‌ها یکسان شود، افراد تحت پوشش این بیمه‌ها باید در تامین مالی بیمه پایه مشارکت عادلانه داشته باشند و باید اولویت تسویه حساب بیمه‌ها واحدهای ارائه خدمات دولتی باشند. بنابراین برای تجمیع منابع و ریسک باید به سمت یکپارچگی منابع



بیمه‌ای حرکت نماییم. همچنین همه صندوق‌ها یا نهادهای بیمه‌ای به طور مشخص به شورای عالی بیمه سلامت پاسخگو باشند.

۲۱- برای افزایش کارایی منابع بخش، رفع مشکل پراکندگی در میان منابع و صندوق‌های بیمه‌ای؛ سیاست همگرایی صندوق‌ها می‌تواند جایگزین ادغام صندوق‌ها گردد. منظور از سیاست همگرایی این است که هر تصمیمی در یک صندوق با توجه به امکانات صندوق‌های دیگر برای دنباله روی، نبود تبعیض بین صندوق‌ها در عرضه خدمات و جبران زیان صندوق(هایی) که برای اجرای طرح‌های مشترک با دیگر صندوق‌ها با مشکلات مالی مواجه شوند، اتخاذ می‌گردد.

۲۲- با فرض مناسب بودن وضعیت فعلی مؤسسات دولتی، عمومی غیردولتی و مؤسسات غیرانتفاعی و در نظر داشتن حفظ یکپارچگی در نظام سلامت، گسترش نظام و ساز و کار ارجاع و یا مراقبت مدیریت شده، می‌تواند امکان عرضه خدمات با بیشترین مزایا را با مجموع منابع بخش دولتی و خصوصی فراهم نماید. همچنین در برابری از جهت نیازها، توجه اصلی به تخصیص خدمات، براساس نیازها همراه با برقراری مناسب‌ترین شیوه-های عرضه خدمات پس از کاهش هزینه‌های غیرضروری می‌باشد. مناسب‌ترین شیوه‌های عرضه نیز به طور عمومی با تأکید بر ساز و کار ارجاع طراحی و اجرا می‌شود. در شرایط نبود چنین ساز و کاری در کشور، منابع اختصاص یافته به این نوع برابری در کشور را می‌توان محدود به خدمات مؤسسات دولتی دانست.

۲۳- یکی از مشکلات مهم برای ارزیابی عرضه خدمات توسط بیمارستان‌های دولتی، شرایطی است که در این مؤسسات پس از برقراری روش مدیریتی موسوم به خودگردانی ایجاد شده است. در این شرایط شفاف‌سازی مصارف برای منابع دوگانه شامل خودگردانی و جبران هزینه‌های اجتماعی ضروری می‌باشد.

۲۴- برای افزایش سالانه ظرفیت خدمت‌دهی نیروی انسانی در بودجه دولت، ضروری است به طور اختصاصی برای اشتغال نیروی انسانی و پرداخت‌های جبران خدمت در سطح مناسب و با توجه به موقعیت جغرافیایی



محل خدمت، منابع مالی مورد نیاز در بودجه دولت پیش‌بینی و تأمین گردد و تنها یک حوزه در امر تخصیص و توزیع منابع انسانی در سطوح مختلف عمومی و تخصصی اعم از هیئت علمی یا غیر آن تصمیم‌گیری نماید.

۲۵- کاهش فشار ناشی از نابرابری‌های عمودی در بخش، از طریق تسهیل در پرداخت‌های بیمه‌ای، برای افرادی که در زمان بروز بیماری با مراجعه به مؤسسات دولتی، در پوشش بیمه سلامت قرار می‌گیرند، به جهت نبود استمرار بعد از اتمام دوره درمان و بیمه سلامت، نمی‌تواند پیش‌پرداخت از سوی گروه‌های یاد شده بابت کاهش هزینه ریسک بیماری قلمداد شود. باید با شفاف‌سازی هزینه این تسهیلات به عنوان هزینه خدمات اجتماعی درمان مستقیم دولتی و منظور داشتن محدودیت‌ها در شرح عملیات بیمه سلامت، این بیمه‌ها را از گرفتاری در عملیات غیربیمه‌ای دور نگاه داشت.

۲۶- با توجه به راهبرد جداسازی سریع و شفاف خریدار و ارائه‌کننده خدمات در بخش عمومی و ایجاد حمایت سازمانی از تجميع همه منابع عمومی سلامت و کاهش هزینه‌های سربار اداری و وحدت رویه در تنظیم قرارداد با همه ارائه‌کنندگان، ایجاد "صندوق عمومی خرید خدمات" مستقل از ارائه‌کنندگان خدمات در بازار سلامت، ضرورت می‌یابد.

پیوست ۳

۲۷- راه‌اندازی «مرکز» یا «مجمع» خاصی برای هماهنگ‌سازی کلی نظام اطلاعات مدیریت بخش سلامت ضرورت دارد. در شرایط امروز که ساخته شدن نرم‌افزاری مشخص در بیش از یک جا غیرمنتظره نیست؛ باید «مرکز» ویژه‌ای در کار باشد تا تضمین کند اجزای مختلفی که در پایگاه‌های مختلف ساخته یا تدوین می‌شوند، سرانجام و در شکل نهایی، سازگار با هم خواهند بود.

۲۸- باید نظام‌های ادغام یافته آمار و اطلاعات و پایش و ارزشیابی را که میان عوامل تعیین‌کننده سلامت، بهره‌مندی، هزینه‌ها و پیامدها ارتباط برقرار کنند، طراحی و اجرا نمود. چنین نظام‌هایی برای پرداخت و



ارتقای کیفیت مفید خواهند بود و زیرساختی دائمی برای راهنماها و دستورالعمل‌های متکی به شواهد فراهم می‌آورند.

۲۹- تکرار و بهنگام سازی مطالعه حساب‌های ملی سلامت هر چهار یا پنج سال یک بار در محیطی با این همه تغییرات سریع، کافی نیست. دولت باید از اطلاعات هرچه دقیق‌تر جداول حساب‌های ملی سلامت استفاده کند و در هر سال یا حداکثر هر دو سال یکبار آن‌ها را بهنگام سازد. حساب‌های ملی سلامت را باید با بررسی واحدهای ارائه خدمات و بررسی‌های خانوار تکمیل کرد و از آن برای ارزشیابی عملکرد نظام‌های بهداشتی و تاثیر آن‌ها بر ذینفعان، از نظر بهره‌مندی از خدمات، وضعیت مالی و اقتصادی، و سرانجام سلامت و رفاه آنان بهره گرفت.

۳۰- بخش عمده‌ای از منابع مالی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی از طریق بودجه عمومی تأمین می‌گردد. دانشگاه‌های علوم پزشکی بنابر ضرورت‌های عملیاتی در استان‌ها، دارای استقلال مالی- عملیاتی هستند. ارتباط و تعامل بین این دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت در مبادله اطلاعات مالی و هزینه‌ای در حال حاضر در سطح رضایت‌بخشی برقرار می‌باشد. در چنین شرایطی باید ترتیباتی فراهم شود که بر اساس آن جزئیات اطلاعات تنظیم شده برای تعامل بین دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت، با جزئیات استاندارد در جداول حساب‌های ملی سلامت و شاخص‌های مالی برای سیاست‌گذاری انطباق بیشتری حاصل نماید. همچنین، این ساز و کار باید برای مجموعه دیگر منابع دانشگاه‌ها، که درآمد اختصاصی از بیمه‌های درمانی، خانوارها و قراردادهای با سایر مؤسسات نامیده می‌شود، برای ایجاد انطباق با جزئیات اطلاعاتی مورد نیاز در حساب‌های ملی سلامت فراهم آید.

۳۱- در بخش دولتی مجموعه دیگری از مؤسسات وجود دارند که یا خود عامل هزینه‌های سلامت هستند و یا با استفاده از سازوکار بیمه‌ای، خریدار خدمات سلامت محسوب می‌شوند. اطلاعات مرتبط با هزینه‌های سلامت در این مؤسسات، با توجه به استقلال مالی- عملیاتی و عدم ارتباط سازمانی آن‌ها با وزارت بهداشت،



در شرایط سازمان یافته به دست نمی‌آید. برای رفع این مشکل، تنظیم ارتباطات منظم برای دریافت اطلاعات تخصیص اعتبار و پذیرش هزینه‌های درمان به طور مستقیم توسط آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

۳۲- برای یکپارچه‌سازی نظام مبادلاتی در بخش سلامت، ضروری است بیمارستان‌ها و مؤسسات سلامت دولتی، با توسعه فعالیت‌های خود برای عرضه خدمات شبیه به نوع خصوصی، برای آنان که مایل به دریافت این نوع خدمات با تمایل به پرداختی بیش از نرخ دولتی هستند، خدمات رقابت‌پذیر با بخش خصوصی و با نرخ‌های غیرانتفاعی، عرضه نمایند.

۳۳- سهم بسیار بالای دریافتی‌های مؤسسات خصوصی انتفاعی در حوزه سلامت کشور، از موضوعات نگران‌کننده می‌باشد. ضروری است با تأکید بر تعریف جبران خدمت پزشکان و حاشیه سود در بخش خصوصی، روند اعطای مجوز برای ایجاد مؤسسات خصوصی غیرانتفاعی و حمایت مالی و عملیاتی از آن‌ها، سریعاً تسهیل گردد، تا چنین مؤسساتی گسترش یابند. در یک هدف‌گذاری طولانی مدت باید نسبت سهم مؤسسات غیرانتفاعی و انتفاعی خصوصی از کل دریافتی‌ها در بخش خصوصی سلامت به ترتیب به حدود ۶۰ و ۴۰ درصد تغییر یابد.

۳۴- با توجه به سهم بسیار بالای مؤسسات سلامت بخش خصوصی انتفاعی از مجموع هزینه‌های مصرفی بخش به خصوص برای خدمات بیمارستانی، می‌توان به روشنی سهم بالای دریافتی‌ها برای این مؤسسات را ناشی از بالا بودن نرخ خدمات آن‌ها دانست. در چنین شرایطی، اتخاذ سیاست‌های لازم برای کنترل نرخ خدمات در این مؤسسات با مشارکت سازمان نظام پزشکی الزامی به نظر می‌رسد. این کنترل باید برای تأثیرگذاری بر اجزای اصلی درآمدها به خصوص جبران خدمت پزشکان و حاشیه سود مؤسسات خصوصی تسری یابد. در چنین شرایطی، نظام پزشکی مسئولیت حسن اجرای تفاهم دوجانبه و وزارت بهداشت مسئولیت نظارت بر آن را بر عهده خواهند داشت.

۳۵- استفاده از ساز و کار قراردادهای یک موضوع حائز اهمیت در توسعه نظام مبادلاتی و بهره‌گیری از مزایای مشارکت بخش خصوصی در طرح‌های بهداشتی-درمانی دولتی در نظام یکپارچه می‌باشد. برای سازمان‌دهی چنین شرایطی در نظام مبادلاتی بخش، توضیح قراردادهای با الزامات موسوم به "حالت منطقی" از مهم‌ترین موضوعات برای سیاست‌گذاری محسوب می‌شود. یکی از موضوعات مهم دیگر، استفاده از ساز و کار روش‌های پرداخت برای واگذاری ارائه خدمات سلامت به فراهم‌کنندگان بخش خصوصی است. مناسب‌ترین روش‌های پرداخت در قراردادهای روش‌هایی هستند که علاوه بر ایجاد انگیزه در افراد و مؤسسات خصوصی، برای مراقبت‌های مدیریت شده نیز مناسب دانسته می‌شوند.

۳۶- با توجه به محدودیت موجود در دسترسی جامعه روستایی و حاشیه‌نشین به خدمات درمان سرپایی عمومی و تخصصی، و این که در شهرها نیز این خدمات در مطب‌ها و مؤسسات خصوصی حتی پس از عقد قرارداد با بیمه‌ها، بدون الزام به رعایت تعرفه‌های مقرر ارائه می‌شوند، وجود مؤسسات دولتی برای ارائه خدمات یاد شده، هم به عنوان یک رقیب برای مؤسسات خصوصی، توان بیمه‌ها را در چانه‌زنی با این مؤسسات افزایش می‌دهد و هم این که با افزایش در دسترسی‌ها از این طریق، افزایش ظرفیت خدمت‌دهی و دیگر نتایج حاصل از آن امکان‌پذیر می‌گردد.

۳۷- در سیاست توسعه بیمه‌های اجتماعی سلامت و همگرایی صندوق‌های بیمه سلامت، لازم است نقش این بیمه‌ها در برقراری و پشتیبانی از نظام ارجاع در چارچوب ساز و کار قراردادهای، با تعهدات طرفین یعنی بیمه‌ها و عاملان بخش خصوصی در نظام ارجاع، نسبت به یکدیگر و تعهدات هر دو، نسبت به طرح کلی برای یکپارچگی نظام عرضه خدمات شفاف گردد. توضیح شرایط قراردادهای و نظارت بر تعهدات طرفین باید توسط دولت و در چارچوب طرح نظام یکپارچه بخش سلامت تبیین و ابلاغ شود.

۳۸- تخصیص کلان منابع دولتی در دهه اخیر طبق یک فرمول تخصیص جغرافیایی انجام شد که مبتنی بر اصول سرانه یا "سمت تقاضا" می‌باشد. در جریان تخصیص سرانه جغرافیایی (استانی)، نوسانات مهمی در



هر استان با توجه به نرخ فقر در آن استان مشاهده می شود و بین میزان تخصیص و نرخ فقر استانی همخوانی کمی وجود دارد. اما اگر این تعادل برقرار شود، در امر تخصیص منابع مالی، فرمول تخصیص جغرافیایی با رعایت نرخ فقر به عنوان یک ابزار سیاستی می تواند مفید باشد. اما این نوع تخصیص، برخلاف تخصیص مبتنی بر "سمت عرضه" است. این موضوع می تواند از طریق تنظیم کننده های ریسک در حق بیمه ها یا در تخصیص و یا در نظام های پرداخت اجرا شود.

۳۹- نظام های پرداخت گوناگونی به ارائه کنندگان خدمات در برنامه های بیمه اجتماعی و تکمیلی کشور وجود دارد که بر کیفیت و کارایی اثر منفی دارد. علاوه بر این، اتکای زیادی بر نظام پرداخت کارانه^۱ وجود دارد. مطالعات نشان می دهد که دولت باید از اتکا به نظام پرداخت کارانه در خدمات درمانی سرپایی خارج شود و به تدریج به سمت سرانه حرکت کند. اما برای تشویق مصرف خدمات پیشگیری و اولیه توسط مردم، باید از حقوق ثابت و بودجه خطی به سمت پرداخت کارانه حرکت کند.

۴۰- مطالعات نشان می دهد که دولت باید از پرداخت بودجه بر اساس نهاده ها به مراکز ارائه خدمت دور شود. دولت با جدا کردن خریدار از ارائه کننده و واگذاری خرید خدمت به بیمه ها و نگهداشت جبران خدمت در بودجه، کاری خواهد کرد تا نظام پرداخت به سمت بهبود کیفیت خدمات سوق پیدا کند و نظام پرداخت با محصولات و پیامدها سنجیده شود.

پیوست ۳

۴۱- با توجه به ظرفیت های قابل توجه بخش سلامت در ارائه خدمات درمانی، تشخیصی، آموزشی، تحقیقاتی و تولید دارو و تجهیزات پزشکی، گسترش مبادلات بین المللی مربوط به این حوزه و افزایش سهم منابع ناشی از صادرات در کل منابع سلامت، باید به عنوان اولویت در تامین مالی در نظر گرفته شود.

۴۲- علاوه بر تحولات مستقیمی که می بایست در ساختار، ساز و کارها و روش های تامین مالی صورت گیرد،

۱- Fee For Service



ایجاد تحول در ساختار تصمیم‌گیری و نظام مدیریتی واحدهای ارائه دهنده خدمات دولتی الزامی است. از آنجا که بیمارستان‌ها بیشترین و پرهزینه‌ترین واحدهای ارائه خدمت هستند، به نظر می‌رسد اصلاح نظام مدیریت و ساختار تصمیم‌گیری این واحدها در اولویت اول برای بهبود قرار دارد. استقرار نظام مدیریت هیئت امنایی بیمارستان‌ها (اعم از آموزشی-درمانی و درمانی) و اصلاح روند کنونی با شفاف‌سازی قدرت و اختیار لایه‌های تصمیم‌گیر وزارتی و دانشگاهی، گام اول را تشکیل خواهد داد. بدیهی است با تحکیم شرایط و ثبات نظام جدید مدیریتی، در بلندمدت زمینه پیاده سازی این الگو در سایر واحدهای ارائه خدمات بهداشتی-درمانی و توانبخشی فراهم خواهد شد.

۴۳- با توجه به وجود منابع انسانی توانمند و آماده و وجود ظرفیت بالقوه برای پذیرش قدرت و اختیار تصمیم‌گیری متناسب با مسئولیت و همچنین ظرفیت‌های قانونی بوجود آمده در چارچوب سیاست‌های کلی اصل ۴۴ و کنترل فضای سودآوری بخش خصوصی در نظام ارائه خدمات سلامت، توسعه تعاونی‌های ارائه دهنده خدمات سلامت در کلیه سطوح نظام مراقبت سلامت کشور الزامی است. در این صورت لازم است توان نرم افزاری و سخت افزاری و همچنین ساختار پایش، نظارت و ارزشیابی واحدهای ارائه دهنده خدمات تقویت شود.

۴۴- تهیه برنامه مداخله خیرین در نظام ارائه خدمات سلامت و همچنین در نظام آموزشی-تحقیقاتی-دانشجویی از یک طرف و مبادله توافق نامه‌های قانون‌مند با نهاد «خیرین سلامت» استان‌ها با نظارت عالی واحد هماهنگ کننده آن در سطح ملی و ثبت قانونی این توافق نامه‌ها و ارقام ریالی آن‌ها در قانون بودجه کل کشور، ضروری به نظر می‌رسد.

۴۵- به منظور اطمینان از ثبات منابع مالی بخش سلامت و افزایش قدرت تصمیم‌گیری متولی بخش (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) متناسب با مأموریت و وظایف محوله و امکان عمل به مسئولیت حاکمیتی (سیاست‌گذاری، استانداردسازی، تنظیم روابط و مناسبات، تخصیص منابع و نظارت) ایجاب می‌کند کلیه



اعتبارات بخش در صندوق واحدی تحت عنوان «صندوق ارتقای سلامت» تجمیع یابد. انجام چنین پیشنهادی امکان توسعه سرمایه‌گذاری از طریق بورس و ورود به بازار سهام و همچنین تشکیل «بانک سلامت» را فراهم خواهد ساخت.

۴۶- اصلاح نظام بودجه‌ریزی از اقدامات اساسی در روند ارتقای تأمین مالی بخش سلامت است. در حال حاضر گام‌های اساسی برای اصلاح بودجه‌بندی (از بودجه افزایشی به بودجه‌ریزی عملیاتی) برداشته شده و در قالب نظام نوین مالی، اصلاحاتی در کدگذاری مراکز هزینه، ثبت اموال و دارایی‌ها، روش گردش اسناد حسابداری، تأمین اعتبار، انبارداری، حقوق و مزایا، تنظیم صورت‌های مالی استاندارد و تعیین قیمت تمام شده خدمات و عملیات برداشته شده است. دستیابی به قیمت تمام شده، گامی محکم و اساسی برای استقرار حسابداری تعهدی، تعرفه‌گذاری مبتنی بر شواهد، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بودجه‌ریزی عملیاتی و در نهایت استقرار الگوی DRG خواهد بود. چنانچه این الگو عملیاتی شود، تنظیم بودجه مبتنی بر برنامه‌های متکی به قوانین توسعه خواهد بود و تخصیص و توزیع بودجه براساس برنامه و عملکرد واحدها صورت خواهد گرفت و پرداخت به افراد از الگوی پرداخت مبتنی بر عملکرد تبعیت خواهد کرد.

۴۷- شناسایی صنایع و حرف آسیب‌رسان به سلامت فرد یا جامعه و تعیین درصد آسیب و شیوه‌های جبران آن از طریق پرداخت مستقیم یا غیرمستقیم مالی و یا ارائه خدمات ویژه و یا برنامه‌ریزی برای کنترل و حذف کامل آسیب‌ها از اقدامات اساسی است که می‌بایست در یک همکاری مشترک بین دستگاه‌های اجرایی، عملیاتی شود. در این رابطه تعیین عوارض سنگین و تجمیع آن در درآمدهای مالیاتی با گردش مشخص، برای برداشت آن توسط دستگاه‌های متولی و مسئول امر سلامت جامعه و تعیین شاخص‌های توزیع درآمدهای کسب شده در اولویت قرار دارد.

خروجی کارگروه نظام ارائه خدمات

موضوعات کلیدی:

- ۱- تقویت نظام ارجاع، سطح بندی خدمات و پزشک خانواده
- ۲- استفاده از فناوری‌های مناسب شامل تجهیزات، دارو و روش‌ها
- ۳- استفاده از طب ایرانی
- ۴- توجه به سلامت حاشیه نشین‌ها و آسیب پذیرها
- ۵- تقویت نقش نظارت نظام‌مند وزارت بهداشت بر ارائه خدمات در سطوح مختلف
- ۶- کنترل عوامل تعیین کننده سلامتی
- ۷- کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و عوارض ناشی از مسن شدن جمعیت (قلب و عروق، سرطان‌ها، اسکلتی- عضلانی و افسردگی)
- ۸- تقویت عادلانه و متعادل هر سه سطح پیشگیری
- ۹- ارائه خدمات فرد محور، خود مراقبتی
- ۱۰- استفاده از توانایی‌های بخش خصوصی و غیر دولتی برای ارائه خدمات
- ۱۱- اصلاح الگوی تجویز و مصرف دارو
- ۱۲- حفظ و تکمیل سیستم مدیریت بیماری‌های واگیردار

زیر گروه دارو

هدف ۱: دسترسی عادلانه آحاد مردم به داروهای مؤثر، با کیفیت و قیمت مناسب براساس الگوی سطح بندی

نظام ارائه خدمات



اقدامات:

- ۱-۱) تدوین و بازنگری سیاست‌های ملی دارویی در نظام سلامت
- ۱-۲) اصلاح نظام قیمت‌گذاری دارو و بازپرداخت هزینه‌های دارویی
- ۱-۳) بازنگری سامانه ثبت دارو به منظور شفاف سازی و تسریع دسترسی به داروها
- ۱-۴) توسعه بسترهای رقابت و حذف کامل انحصار در زمینه تولید، توزیع و واردات داروها
- ۱-۵) تدوین برنامه راهبردی و شرح وظایف سازمان غذا و دارو

هدف ۲: ساماندهی نظام ارزیابی‌های اقتصاد دارو در انتخاب داروهای مورد نیاز نظام سلامت

اقدامات:

- ۲-۱) تدوین فهرست داروهای "اساسی" و نیز اصلاح ضوابط تدوین و بازنگری مستمر "فهرست داروهای ایران" و انتشار سالانه آن‌ها
- ۲-۲) بازنگری فهرست "داروها و تجهیزات اساسی" مورد نیاز نظام سلامت و نیز استفاده مناسب از داروهای جدید براساس مطالعات ارزیابی فناوری‌های سلامت
- ۲-۳) بازنگری فهرست داروهای مشمول بیمه و یارانه به منظور بهینه سازی تخصیص منابع

پیوست ۳

هدف ۳: تضمین کیفیت، اثربخشی و ایمنی داروهای موجود در بازار دارویی (قبل و بعد از ورود به بازار دارویی کشور)

اقدامات:

- ۳-۱) تقویت و توسعه سیستم نظارت و ثبت دارو به منظور تضمین کیفیت در سطح تولید، توزیع، ذخیره سازی و عرضه دارو
- ۳-۲) توسعه و تقویت آزمایشگاه‌های کنترل دارو



- ۳-۳) تدوین و اعمال استانداردهای بهینه تولید، توزیع و ذخیره دارو
- ۳-۴) توسعه آموزش‌های عمومی در زمینه مصرف منطقی داروها
- ۳-۵) آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی مرتبط
- ۳-۶) تدوین شرح وظایف و خدمات داروسازان در نظام ارائه خدمات
- ۳-۷) روزرسانی فرآیندهای مدیریتی، اجرایی و پشتیبانی در ارائه خدمات دارویی

هدف ۴: توسعه و ترویج تجویز و مصرف منطقی داروها

اقدامات:

- ۴-۱) تدوین و انتشار شاخص‌های تجویز و مصرف داروها در سطوح استانی و کشوری و نظارت مستمر، جامع و مؤثر بر نحوه تجویز و ارائه خدمات دارویی با بهره برداری از این شاخص‌ها

زیرگروه ارائه خدمات

هدف ۱: ارائه عادلانه خدمات سلامت

اقدامات:

- ۱-۱) توزیع هدفمند نیروی انسانی تخصصی از طریق جذب و توزیع بومی/ منطقه‌ای نیروی متخصص در سطح کشور با محوریت عدالت
- ۱-۲) سطح بندی خدمات سلامت در هر سه سطح
- ۱-۳) تبیین جایگاه و سهم بخش خصوصی در عرصه ارائه خدمات سلامت (طراحی مدل مناسب خرید راهبردی خدمات سلامت)
- ۱-۴) بازنگری در ساز و کار تعرفه گذاری بخش‌های مختلف متناسب با نحوه ارائه خدمات
- ۱-۵) نظارت کامل و یکپارچه بر اجرای تعرفه‌های خدمات سلامت



- ۱-۶) ارائه خدمات بی قید و شرط به مراجعه کنندگان اورژانس
- ۱-۷) ایجاد ساز و کار مناسب به منظور فعالیت پزشکان صرفاً در یک مرکز
- ۱-۸) متناسب سازی نرخ خرید خدمت (دولتی و غیردولتی)
- ۱-۹) خرید عملکردی کلیه خدمات با هدف توزیع عادلانه امکانات در سراسر کشور
- ۱-۱۰) توسعه دوره‌های طب اورژانس متناسب با نیازهای کشور
- ۱-۱۱) طراحی و استقرار مدل ارتقای سلامت حاشیه نشین‌ها و افراد آسیب پذیر (در قالب پزشک خانواده) و افزایش دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت
- ۱-۱۲) تعیین نحوه تعامل شفاف و مثبت با بخش خصوصی در سطوح مختلف ارائه خدمت
- ۱-۱۳) تعیین بسته پایه خدمات و ارائه آن به تمامی افراد جامعه (در قالب پزشک خانواده)، پوشش کامل بیمه برای بسته خدمات پایه (۱۰۰ درصد) و توجه به تمامی نیازها حتی موارد خارج از بسته خدمات پایه (تعیین فرد/ واحد ارائه کننده، تعرفه، پوشش بیمه و...)

هدف ۲: تعالی کیفیت و ایمنی خدمات (اعم از خدمات تشخیصی، مراقبت‌ها، دارو و...) و ارائه مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت

اقدامات:

- ۲-۱) طراحی و استقرار مدل‌های مناسب ارتقای کیفیت در تمامی مراکز ارائه خدمات
- ۲-۲) استقرار نظام جامع و یکپارچه ارزیابی عملکرد مراکز ارائه خدمات سلامت با محوریت خود ارزیابی
- ۲-۳) استاندارد سازی فرآیندهای تمامی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت
- ۲-۴) استاندارد سازی ساختار و فضای فیزیکی تمامی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت
- ۲-۵) استقرار نظام حاکمیت بالینی
- ۲-۶) استقرار کامل منشور حقوق بیمار در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت

۲-۷) بررسی رضایتمندی ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات سلامت و اقدام برای بهبود مستمر این دو شاخص

۲-۸) اداره مراکز ارائه خدمات سلامت با روش‌های مختلف و نوین (مانند بیمارستان‌های هیئت امنایی یا واگذاری ارائه خدمات در سطوح ۱ و ۲ و ۳)

۲-۹) معرفی و بومی سازی بیمارستان‌های مروج سلامت^۱ در نظام ارائه خدمت

۲-۱۰) اصلاح و بازنگری قوانین حقوقی و قضایی حاکم در ارائه خدمات سلامت

۲-۱۱) تدوین و استفاده از راهنماهای طبابت بالینی در نظام ارائه خدمات سلامت و ملاک قرار دادن آن‌ها در مراجع قضایی

۲-۱۲) ارتقای اعضای هیئت علمی و دستیاران تخصصی و فوق تخصصی بر مبنای کیفیت خدمات ارائه شده در بخش درمانی مربوطه

۲-۱۳) استقرار نظام جامع و یکپارچه ثبت خطاها، تخلفات و شکایات پزشکی و همچنین هماهنگ سازی نظام‌های رسیدگی کننده به آن‌ها

۲-۱۴) خودکفایی در عرصه ارائه خدمات سلامت مورد نیاز (تأمین کلیه خدمات سلامت در داخل کشور شامل روش‌های نوین درمانی)

۲-۱۵) هماهنگی درون بخشی و بین بخشی در حوزه‌های ارائه خدمت

هدف ۳: استفاده بهینه از فناوری اطلاعات در ارائه خدمات سلامت

اقدامات:

۳-۱) استقرار نظام جامع مدیریت اطلاعات سلامت

۳-۲) دسترسی عادلانه و طبقه بندی شده مردم و ذینفعان اصلی به اطلاعات مرتبط با خدمات سلامت

۳-۳) استقرار پرونده الکترونیک سلامت در مدیریت سلامت

۱- Health Promoting Hospital



هدف ۴: تمرکز زدایی از ارائه خدمت در بیمارستان

(۴-۱) ارتقای ارائه خدمات در منزل^۱

هدف ۵: توسعه نظام ارائه خدمت با توجه به تغییرات جمعیتی و همه‌گیر شناختی

اقدامات:

(۵-۱) تربیت متخصص و تیم تخصصی درمان جهت ارائه خدمات طب سالمندان

(۵-۲) توانمند سازی جامعه در خصوص مراقبت از سالمندان

هدف ۶: ساماندهی وضعیت ارائه خدمت به گروه‌های مختلف بیماران (بیماران خاص و صعب‌العلاج و اقشار

آسیب‌پذیر) با هدف کاهش خانواده‌های مواجه با هزینه‌های کمرشکن بیماری

اقدامات:

(۶-۱) ساماندهی وضعیت ارائه خدمت به گروه‌های مختلف بیماران (بیماران خاص و صعب‌العلاج و اقشار

آسیب‌پذیر) از طریق تدوین نظام پویای تعیین مصادیق، اصلاح نظام تأمین مالی (جمع‌آوری، تجمیع،

انباشت و توزیع منابع مالی)، کاهش سهم پرداختی هزینه‌های ایشان، ایجاد صندوق واحد و تجمیع منابع

مالی پراکنده جهت تأمین داروهای مورد نیاز با مشارکت مؤسسات خیریه و سازمان‌های مردم نهاد

هدف ۷: کاهش بار ناشی از حوادث ترافیکی، غیرترافیکی (حوادث ناشی از کار و حوادث خانگی) و حوادث غیرمترقبه

اقدامات:

- ۷-۱) اعتلای آگاهی عمومی و آموزش همگانی جهت تقویت خودمراقبتی و دیگر مراقبتی در حوادث ترافیکی
- ۷-۲) اجرای برنامه جامعه ایمن در کلیه شهرها و روستاها
- ۷-۳) آموزش کارکنان حوزه سلامت و بهبود دانش و مهارت آن‌ها در اورژانس‌های پیش بیمارستانی و بیمارستانی
- ۷-۴) بهبود و توسعه برنامه‌های پیشگیری از حوادث عمدی و غیر عمدی
- ۷-۵) استقرار کامل نظام کشوری مراقبت از حوادث (اعم از ترافیکی و غیر ترافیکی)
- ۷-۶) سیستم یکپارچه ساماندهی آمبولانس‌های اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی و مراکز بهداشتی درمانی کل کشور
- ۷-۷) آگاه سازی عمومی در ارتباط با ایمن سازی غیر سازه‌ای اماکن عمومی (منازل، محیط‌های آموزشی، کاری و تفریحی)
- ۷-۸) استقرار نظام مدیریت بحران و هشدار سریع در تمام سطوح ارائه کننده خدمات

هدف ۸: توانمندی اورژانس پیش بیمارستانی در ارائه خدمات با کیفیت قابل قبول در تمام گستره جغرافیایی کشور

اقدامات:

- ۸-۱) گسترش پایگاه‌های اورژانس شهرها و جاده‌های اصلی به منظور افزایش پوشش حوادث و فوریت‌ها
- ۸-۲) توسعه زیرساخت‌های نرم افزاری و سخت افزاری پایگاه‌ها و سیستم یکپارچه اطلاعاتی
- ۸-۳) توسعه اورژانس هوایی جهت پوشش راه‌های فرعی و روستایی



زیر گروه خود مراقبتی

هدف ۱: ارتقای خود مراقبتی برای حفظ و ارتقای سلامت (با مد نظر قرار دادن محورهای: دانش، آگاهی، مهارت و عملکرد)

اقدامات:

- ۱-۱) طراحی مدل اجرای خدمات خودمراقبتی در سطح کشور و تهیه بسته‌های خدمتی
- ۱-۲) ادغام مدل اجرای خدمات خودمراقبتی در نظام شبکه، پزشک خانواده و سایر سازمان‌های ارائه خدمات
- ۱-۳) طراحی فراورده‌های رسانه‌ای و خدمات الکترونیک مرتبط با خدمات خودمراقبتی
- ۱-۴) شناسایی ظرفیت‌های موجود در کشور به منظور تأمین خدمات خودمراقبتی
- ۱-۵) استاندارد سازی و ارزشیابی خدمات خودمراقبتی ارائه شده در جامعه
- ۱-۶) پژوهش و تهیه مستندات و شواهد مورد نیاز جهت اجرای کامل برنامه خودمراقبتی
- ۱-۷) تدوین و تأمین الزامات ادغام خدمات خودمراقبتی در نظام سلامت کشور

هدف ۲: توانمندسازی جامعه

اقدامات:

- ۲-۱) طراحی مؤسسات پاسخگویی به درخواست‌ها و پیام‌ها
- ۲-۲) شفاف سازی همکاری بین بخشی و نظام‌مند کردن مشارکت جامعه با ارائه و آموزش راهنماهای بالینی لازم
- ۲-۳) برنامه‌ریزی گسترده برای افزایش سواد سلامتی جامعه

زیر گروه بیماری‌های واگیر

هدف ۱: ارتقای خدمات پیشگیری، شناسایی، مراقبت و درمان افراد در معرض ابتلا یا مبتلا به بیماری‌های واگیر

اقدامات:

۱-۱) پوشش افراد در معرض ابتلا به بیماری‌های واگیر با تقویت واکسیناسیون، آموزش بهداشت و درمان این بیماری‌ها

۱-۲) مشخص کردن سندرم‌های بالینی قابل گزارش و آموزش دادن آن‌ها به مسوولین مبارزه با بیماری‌های واگیر

۱-۳) مراقبت ادغام یافته مبتلایان به بیماری‌های واگیر

۱-۴) فراهم کردن وسایل آزمایشگاهی و پاراکلینیکی برای تشخیص به موقع بیماری‌های واگیر

هدف ۲: ارتقای خدمات شناسایی زودرس همه‌گیری‌ها با راه اندازی «سامانه پایش سندرمیک^۱» در کنار سیستم مراقبت معمول

اقدامات:

۲-۱) راه‌اندازی «سامانه پایش سندرمیک» در کنار سیستم مراقبت معمول

زیر گروه بیماری‌های غیر واگیر

هدف ۱: ارتقای خدمات شناسایی افراد در معرض عوامل خطر اصلی، واسطه‌ای و ژنتیکی بیماری‌های غیرواگیر



۱ - Syndromic Surveillance System

اقدامات:

۱-۱) شناسایی افراد در معرض عوامل خطر اصلی، واسطه‌ای و ژنتیکی بیماری‌های غیرواگیر به منظور کنترل عوامل، انجام اقدامات پیشگیرانه و درمان زودرس

هدف ۲: ارتقای خدمات مراقبت مبتلایان به بیماری‌های غیر واگیر بر مبنای دستورالعمل‌های استاندارد کشوری

اقدامات:

۲-۱) اصلاح نظام آموزشی گروه علوم پزشکی (پزشک عمومی و اعضای تیم سلامت) متناسب با نیازهای نظام ارائه خدمات سلامت و مبتنی بر جامعه^۱ ()

زیر گروه خدمات سطح اول

هدف ۱: افزایش بهره‌مندی آحاد مردم جامعه از خدمات جامع سلامت و ارتقای کیفیت خدمات با اجرای کامل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بستر خدمات اولیه بهداشتی در کل کشور

پیوست ۳

اقدامات:

۱-۱) تقویت و گسترش نظام آموزش ضمن خدمت و مداوم جهت کارکنان نظام سلامت

۱-۲) استقرار نظام آموزش و توانمند سازی مدیران نظام سلامت از طریق طراحی و استقرار راهنماهای بالینی اجرایی



- ۳-۱) تربیت و به کارگیری متخصصین پزشکی اجتماعی (یک نفر به ازای هر پنجاه هزار نفر) به منظور نظارت بر عملکرد تیم‌های سلامت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- ۴-۱) تکمیل برنامه آموزشی رشته تخصصی پزشکی اجتماعی به منظور ایجاد توانمندی لازم برای پایش و ارزشیابی برنامه
- ۵-۱) تکمیل طراحی و استقرار سیستم ادغام یافته ارائه خدمات با رعایت سطح بندی متناسب با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- ۶-۱) اعزام کارشناسان و سیاست‌گذاران کلیدی برای طی دوره‌های آموزشی مرتبط در کشورهای با تجربه در این زمینه
- ۷-۱) ایجاد دپارتمان تخصصی پزشک خانواده، تدوین برنامه آموزشی و راه‌اندازی دوره تخصصی مربوطه^۱، ایجاد بوردهای تخصصی FP
- ۸-۱) تعیین اهداف آموزشی و نظام بازآموزی پزشک خانواده
- ۹-۱) اصلاح نظام پرداخت به مدل مطلوب و قابل اجرا
- ۱۰-۱) بازاریابی اجتماعی (با هدف اصلاح رفتار ارائه دهنده و دریافت کننده خدمت)
- ۱۱-۱) تنظیم بازار سلامت با توجه به گردش بیمار، تنظیم طبابت بالینی، مسئولیت و تعهد
- ۱۲-۱) ارزیابی میزان اثربخشی برنامه پزشک خانواده در مقاطع مختلف
- ۱۳-۱) تامین زیرساخت‌ها و لحاظ نمودن همه اجزای برنامه پزشک خانواده قبل از اجرا
- ۱۴-۱) طراحی راهنماهای ارائه خدمات جهت برنامه پزشک خانواده و فرایندهای پشتیبان آن‌ها
- ۱۵-۱) برآورد مستمر نیروی انسانی مورد نیاز اجرایی شدن برنامه پزشک خانواده
- ۱۶-۱) ارزیابی اقتصادی برنامه پزشک خانواده
- ۱۷-۱) طراحی و اجرای پروتکل‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت در ابعاد پاسخگویی، عدالت و کارایی
- ۱۸-۱) راه‌اندازی HOT Line جهت پاسخگویی و راهنمایی افراد تحت پوشش به صورت منطقه‌ای در تعامل با ۱۱۵ و ستاد هدایت

۱ - Family Physician



- ۱۹-۱) تعیین بسته پایه خدمات و ارائه آن برای تمامی افراد جامعه (در قالب پزشک خانواده)، پوشش کامل بیمه برای بسته خدمات پایه (۱۰۰ درصد) و توجه به تمام نیازها حتی موارد خارج از بسته خدمات پایه (تعیین فرد/ واحد ارائه کننده، تعرفه، پوشش بیمه و...)
- ۲۰-۱) گسترش پوشش بیمه به ویژه در حوزه خدمات پیشگیری و توانبخشی
- ۲۱-۱) تعیین نحوه تعامل شفاف و مثبت با بخش خصوصی در سطوح مختلف ارائه خدمت
- ۲۲-۱) شفاف سازی همکاری بین بخشی و نظام مند کردن مشارکت جامعه با ارائه و آموزش راهنماهای بالینی لازم
- ۲۳-۱) طراحی و استقرار مدل ارتقای سلامت حاشیه نشین‌ها و افراد آسیب پذیر (در قالب پزشک خانواده) و افزایش دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت
- ۲۴-۱) تداوم ارائه خدمات سلامت در هر سه سطح پیشگیری
- ۲۵-۱) طراحی و استقرار گروه تخصصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ساختار مرکز مدیریت شبکه
- ۲۶-۱) طراحی و استقرار گروه تخصصی تأمین و ارتقای سلامت مهاجرین در ساختار مرکز مدیریت شبکه
- ۲۷-۱) برنامه‌ریزی گسترده برای افزایش سواد سلامتی جامعه
- ۲۸-۱) استقرار پرونده الکترونیک سلامت در مدیریت سلامت
- ۲۹-۱) بازآموزی‌های حضوری و غیرحضوری (با تخصیص ۲۵ درصد کل امتیاز بازآموزی مداوم به محتواهای آموزشی پزشک خانواده)

پیوست ۳

زیرگروه نظارت و اعتباربخشی

هدف ۱: اعتبار بخشی ملی تمامی مراکز ارائه خدمات سلامت کشور اعم از سرپایی و بستری

اقدامات:

- ۱-۱) ایجاد ساز و کار مناسب در طراحی کمیسیون مشترک (دولتی و غیردولتی) و واگذاری اعتباربخشی ملی به آن



۱-۲) رتبه بندی مراکز و ارائه دهندگان خدمات براساس مدل‌های مبتنی بر شاخص‌های کیفی

۱-۳) افزایش اطلاع رسانی به جامعه درخصوص کیفیت ارائه خدمات

هدف ۲: کسب رتبه بین‌المللی برای نظام اعتبار بخشی ملی مراکز ارائه خدمات درمانی

اقدامات:

۲-۱) بهبود نظام اعتبار بخشی ملی و کسب تأییدیه توسط سازمان‌های بین‌المللی مرتبط

هدف ۳: نظارت اثربخش بر تمامی فعالیت‌های مرتبط با سلامت

اقدامات:

۳-۱) تدوین شاخص‌های متوازن در سطوح ملی و منطقه‌ای

۳-۲) تدوین ساختار و قوانین نظارت بر بیمارستان‌های هیئت امنایی

۳-۳) افزایش نظارت غیرمستقیم بر مراکز ارائه خدمات با استفاده از شاخص‌های عملکردی

۳-۴) اصلاح و بروزرسازی کلیه قوانین، دستورالعمل‌ها و ضوابط در حوزه نظارت بر مراکز ارائه خدمات درمانی

۳-۵) تهیه دستورالعمل‌ها و قوانین نظارتی قدرتمند و تاثیرگذار

۳-۶) نهادینه کردن مشارکت سازمان‌ها و نهادهای دولتی و مردمی خارج از وزارت بهداشت در نظارت بر

مراکز ارائه خدمات درمانی



خروجی کارگروه فناوری اطلاعات

موضوعات کلیدی:

- ۱- پوشش خدمات اداری
- ۲- پوشش خدمات سلامتی
- ۳- پوشش خدمات آموزشی
- ۴- پوشش خدمات پژوهشی
- ۵- پوشش نظام تصمیم سازی
- ۶- پوشش اطلاع رسانی و اطلاع گیری
- ۷- پرونده الکترونیکی سلامت
- ۸- سلامت از راه دور

هدف ۱: دسترسی سریع، ارزان، پایدار و امن به حداکثر سوابق سلامت کلیه افراد جامعه

اقدامات:

- ۱-۱) طراحی شبکه گسترده سلامت
- ۱-۲) پیاده سازی شبکه گسترده سلامت
- ۱-۳) ایجاد مرکز ملی داده های سلامت در ستاد وزارت بهداشت و مراکز منطقه ای داده های سلامت در سطح کشور
- ۱-۴) تدوین و انتشار استانداردهای حوزه سلامت الکترونیکی و استانداردهای جمع آوری و آنالیز و گزارش داده ها
- ۱-۵) پایش و ارزشیابی پیاده سازی استانداردهای منتشر شده
- ۱-۶) تدوین الگوی معماری کلان سامانه های یکپارچه اطلاعات سلامت

- ۷-۱) ایجاد و توسعه پرونده الکترونیکی سلامت
- ۸-۱) طراحی مدل معماری کلان امنیت اطلاعات سلامت
- ۹-۱) پیاده سازی نظام مدیریت و پایش امنیت اطلاعات سلامت
- ۱۰-۱) پیاده سازی سرویس مدیریت اتفاقات و پشتیبانی خدمات متمرکز
- ۱۱-۱) تدوین قوانین، مقررات و دستورالعمل‌های رعایت اخلاقیات و رازداری داده‌های سلامت
- ۱۲-۱) به رسمیت شناختن امضای الکترونیکی (خدمت دهنده جهت موارد قانونی- مالی و گیرنده)

هدف ۲: دسترسی عادلانه به منابع و خدمات پیش‌خوان سلامت

اقدامات:

- ۱-۲) ایجاد سامانه کمک به تصمیم برای توزیع منابع انسانی و خدمات سلامت در کشور بر اساس شرایط جغرافیایی، جمعیتی، امکانات و بار و الگوی بیماری‌ها و غیره
- ۲-۲) برقراری سطوح پزشکی از راه دور با اولویت ارائه کننده خدمات سلامت و بیمار
- ۳-۲) ایجاد پایگاه روز آمد از منابع انسانی- تجهیزاتی و خدمات (بالقوه و بالفعل) نظام سلامت
- ۴-۲) ایجاد سامانه آموزشی جهت افزایش سواد سلامت برای کلیه افراد جامعه
- ۵-۲) تدوین قوانین و مقررات جزایی انتشار اطلاعات غلط پزشکی (با مرجع مشخص) برای سایت‌های عمومی
- ۶-۲) ایجاد سامانه‌های عمومی اطلاع رسانی منابع و خدمات سلامت برای مردم
- ۷-۲) تجهیز واحدهای ارائه کننده خدمات به ابزارهای نوین با ساختار قابلیت ارائه الکترونیکی خدمات سلامت (ابزارهای پزشکی از راه دور)
- ۸-۲) ارتقای فرهنگ دسترسی الکترونیکی مردم به منابع و خدمات سلامت
- ۹-۲) قانونمند کردن خدمات پزشکی از راه دور در کشور
- ۱۰-۲) ارائه حمایت‌های مالی - تجهیزاتی از بخش خصوصی که خدمات پزشکی از راه دور استاندارد ارائه می‌کنند



۲-۱۱) تدوین قوانین و مقررات تاسیس اداره پیش خوان سلامت الکترونیک و اولویت‌گذاری، ارائه منابع و خدمات گام به گام الکترونیکی در حوزه سلامت به مردم

۲-۱۲) طراحی سامانه سنجش میزان توسعه خدمات الکترونیکی سلامت

۲-۱۳) استقرار نظام پایش و ارزیابی عدالت در سلامت در کشور

۲-۱۴) ایجاد بانک اطلاعاتی تعیین کننده‌های اجتماعی و عدالت در سلامت ایرانیان

هدف ۳: توسعه مدیریت دانش علوم پزشکی و بهداشتی در راستای ارتقای سلامت و حفظ ایمنی افراد جامعه با استفاده از فناوری اطلاعات

اقدامات:

۳-۱) طراحی نرم افزارهای آموزشی و سرگرمی رایانه‌ای با محوریت سلامت در فضای مجازی

۳-۲) ایجاد و توسعه رشته‌های تخصصی در حوزه فناوری‌های مشترک (نانوتکنولوژی، بیوتکنولوژی، انفورماتیک و علوم شناختی)

۳-۳) مدل‌سازی و شبیه‌سازی در بانک‌های ژنتیکی با استفاده از فناوری اطلاعات

۳-۴) توسعه آزمایشگاه‌های مجازی

۳-۵) اجرای دوره‌های آموزشی ویژه در زمینه ارتقای عملکرد - کارکرد در حوزه نرم‌افزاری مأموریتی

۳-۶) طراحی و اجرای مدل مدیریت اشتراک اطلاعات ضمنی سلامت

۳-۷) طراحی ابزارهایی جهت استفاده کاربر نهایی در فضای مجازی در راستای توسعه نیازمندی‌های جدید

۳-۸) گسترش شرکت‌های مادر دانشی

۳-۹) توسعه مراکز رشد و پارک‌های فناوری اطلاعات سلامت به منظور تقویت بخش غیردولتی و شرکت‌های دانش‌بنیان

۳-۱۰) تولید و توسعه سیستم‌های پشتیبان تصمیم‌گیری بالینی

۳-۱۱) به‌کارگیری سیستم‌های شناسایی پیشرفته در حوزه سلامت

- ۳-۱۲) به کارگیری راهنماهای بالینی در سیستم‌های بهداشتی، تشخیصی و درمانی
- ۳-۱۳) ایجاد و توسعه شبکه‌های علمی تخصصی سلامت (جهت اشتراک دانش و تجربیات متخصصین و دست‌اندرکاران سلامت)
- ۳-۱۴) ایجاد، توسعه و هدایت شبکه‌های اجتماعی عمومی در حوزه سلامت (بیماران، خانواده‌های بیماران و سایر شهروندان)

هدف ۴: توسعه خدمات الکترونیکی حاکمیتی (پشتیبان) در نظام سلامت

اقدامات:

- ۴-۱) توسعه سازمان الکترونیکی/ مجازی
- ۴-۲) توسعه نظام‌های ثبت و مراقبت ملی
- ۴-۳) توسعه نظام مراقبت‌های سندرمیک مبتنی بر فناوری اطلاعات
- ۴-۴) توسعه ثبت عوامل تعیین کننده یا تهدید کننده سلامت
- ۴-۵) ترسیم نقشه جغرافیایی تعیین کننده‌ها و تهدیدکننده‌های سلامت به طور پیوسته
- ۴-۶) توسعه سامانه‌های هشدار سریع و تصمیم یار
- ۴-۷) توسعه آموزش از راه دور - محتواها و دوره‌های الکترونیکی
- ۴-۸) توسعه بیمه الکترونیکی در تعامل با سپاس
- ۴-۹) توسعه زیر ساخت اطلاعاتی مدیریت بحران
- ۴-۱۰) توسعه سامانه ملی پایش غذا
- ۴-۱۱) توسعه سامانه جامع اطلاعات دارویی
- ۴-۱۲) توسعه نظام‌های اطلاعاتی ارزشیابی و سنجش کیفیت عملکرد در حوزه سلامت (پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد)
- ۴-۱۳) ارزیابی فناوری‌های اطلاعات سلامت^۱

^۱ - HITA: Health Information Technology Assesment



- ۴-۱۴) توسعه نظام اطلاعاتی هدفمند سازی یارانه‌ها و منابع مالی سلامت
- ۴-۱۵) برنامه‌ریزی برای قرار گرفتن پایگاه‌های اطلاع‌رسانی دانشگاه‌های علوم پزشکی توانمند کشور در رتبه‌بندی مناسب جهانی (وب سنجی)
- ۴-۱۶) تسهیل دسترسی به منابع الکترونیکی پژوهشی
- ۴-۱۷) توسعه شبکه‌های تحقیقاتی الکترونیکی
- ۴-۱۸) توسعه نظام الکترونیکی نظارت و ارزیابی و رتبه‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی
- ۴-۱۹) استقرار نظام الکترونیکی یکپارچه پایش و ارزیابی علم و فناوری کشور
- ۴-۲۰) توسعه سامانه اطلاعاتی داده‌های مکانی
- ۴-۲۱) تامین دسترسی تمامی فعالان نظام سلامت به پایگاه مقالات مورد نیاز ملی و بین‌المللی (منابع و کتابخانه‌های الکترونیکی)
- ۴-۲۲) برقراری ارتباطات الکترونیکی حوزه سلامت با دیگر حوزه‌ها مانند بیمه، بانکداری، گمرک و غیره
- ۴-۲۳) ارائه خدمات الکترونیکی و از راه دور به تمامی مجوزهای صادره در نظام سلامت (صدور پروانه‌های مطب، پروانه بهداشتی کسب و کار، مرگ و تولد و غیره) دفترچه‌ها و کارت‌های بیمه و استعلام‌ها)
- ۴-۲۴) توسعه سامانه یکپارچه ثبت و مدیریت داده‌های پژوهش در سلامت
- ۴-۲۵) انتشار میزان شاخص‌های ملی و سندهای سیاستی مبتنی بر اطلاعات نظام مراقبت (با تاکید بر شواهد بومی)
- ۴-۲۶) توسعه نظام پالایش و آنالیز داده‌ها و انتشار اطلاعات سلامت
- ۴-۲۷) توسعه دانشکده‌های مجازی
- ۴-۲۸) ایجاد زیرساخت‌های لازم برای استقرار برنامه خودمراقبتی مبتنی بر فناوری اطلاعات
- ۴-۲۹) راه اندازی شبکه ایده پردازی
- ۴-۳۰) طراحی و استقرار نظام پاسخگویی و بازخورد در کلیه بخش‌های حوزه سلامت کشور
- ۴-۳۱) ایجاد بانک اطلاعاتی تعیین کننده‌های اجتماعی و عدالت در سلامت ایران
- ۴-۳۲) راه اندازی ساز و کار (نظام) جمع آوری اطلاعات محله محور

خروجی کارگروه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

موضوعات کلیدی:

- ۱- محیط زیست
- ۲- مدیریت و کاهش خطر بلایا و فوریت‌ها
- ۳- پیشگیری از صدمات
- ۴- سلامت در همه سیاست‌ها
- ۵- همکاری‌های بین بخشی
- ۶- مشارکت مردم و توانمند سازی جامعه
- ۷- ارائه خدمات سلامت اجتماعی

هدف ۱: استقرار نظام پایش و ارزیابی عدالت در سلامت در کشور

اقدامات:

- ۱-۱) ایجاد بانک اطلاعاتی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت ایران با همکاری بخش‌های متولی و با قابلیت استفاده و به روز شدن توسط کلیه بخش‌های مرتبط
- ۱-۲) راه اندازی ساز و کار (نظام) جمع‌آوری اطلاعات محله محور^۱
- ۱-۳) راه اندازی بانک اطلاعات SDH در کلیه استانداری‌ها (بانک اطلاعات روزآمد)
- ۱-۴) ایجاد مرکز تحلیل اطلاعات SDH و عدالت در سلامت و ارائه پسخوراند به دست‌اندرکاران
- ۱-۵) بازنگری نظام اطلاعاتی تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت به منظور ادغام شاخص‌های بیشتر
- ۱-۶) طراحی سامانه و فرآیند انتشار اطلاعات
- ۱-۷) ایجاد بانک اطلاعاتی پیرامون مطالعات انجام شده در کشور در خصوص SDH به منظور جمع‌آوری شواهد

۱ - SDH: Sosial Determinant Health



۸-۱) طراحی و اجرای مطالعات وسیع و عمیق در خصوص شناخت ساز و کارهای ایجاد بی‌عدالتی در هر پیامد سلامتی

۹-۱) ایجاد نظام نظارت و پایش مستمر بر دقت و صحت داده‌های ثبت شده و نتایج

۱۰-۱) ایجاد ساختار در نظام مدیریت شبکه سلامت برای امر پایش و نظارت

۱۱-۱) ایجاد نظام دیدبانی سلامت در استانداری‌ها و نهاد ریاست جمهوری

۱۲-۱) تدوین سند سیاستی بین بخشی

۱۳-۱) بازنگری سیستم اطلاعات سلامت به منظور ادغام نیازمندی‌های اطلاعاتی مرتبط

هدف ۲: اصلاح نظام مراقبت‌های اولیه سلامت بر اساس رویکرد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

۱-۲) بازنگری وظایف و ساختار PHC^۱ بر اساس رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

۲-۲) انجام مداخله پایلوت و ارزیابی نتایج

۳-۲) طراحی بسته خدمات و فرآیندها بر اساس رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

۴-۲) انجام ارزیابی میزان عدالت در ارائه خدمات PHC در کشور^۲

۵-۲) طراحی و اجرای بازاریابی اجتماعی رفتارهای سالم

۶-۲) طراحی و اجرای طرح حمایتی پوشش بیمه همگانی به ویژه برای اقشار محروم و کم درآمد

۷-۲) آموزش و توانمندسازی

پیوست ۳

هدف ۳: ترویج لحاظ کردن SDH در کلیه سیاست‌ها

۱-۳) طراحی ساز و کار ارزیابی اثرات سیاست‌ها، قوانین و برنامه‌ها بر سلامت^۳ با تمرکز بر عدالت در سلامت

۱ - Primary Health Care

۲ - Benefit- Incidence Analysis

۳ - Health Impact Assessment



- ۳-۲) تدوین سند ملی و بخشی سیاست‌های تعیین کننده اجتماعی سلامت در ایران
- ۳-۳) طراحی و به‌کارگیری پیوست سلامت برای تمام پروژه‌ها در سطوح مختلف ملی، استانی و پایین‌تر
- ۳-۴) طراحی و به‌کارگیری پیوست سلامت برای سیاست‌های سطوح مختلف ملی، استانی و پایین‌تر
- ۳-۵) آموزش و توانمند سازی جهت به‌کارگیری پیوست سلامت



خروجی کار گروه امنیت غذا و تغذیه

موضوعات کلیدی:

۱- اصلاح الگوی تغذیه‌ای سالم جامعه

۲- غذای سالم و ایمن

۳- سبد غذایی مطلوب و در دسترس

۴- سواد تغذیه‌ای

هدف کلان ۱: کاهش ناامنی غذا و تغذیه در کشور

هدف کلان کمی ۱-۱: افزایش درصد خانوارهای دارای امنیت غذایی در کشور به بیش از ۹۰ درصد تا سال ۱۴۰۴

هدف راهبردی ۱-۱-۱: کاهش درصد خانوارها با عدم دسترسی اقتصادی به سبد غذایی مطلوب در هر یک

از استان‌های کشور به کمتر از ۱۰ درصد

اقدامات:

۱- مبارزه با فقر و توانمندسازی در جهت مدیریت صحیح منابع خانوار

۱-۱) ساماندهی و هدفمندسازی تسهیلات اشتغال زایی با تاکید بر سه دهک اول درآمدی به ویژه زنان

۱-۲) به کارگیری سازمان‌های غیردولتی (خصوصی و مردم نهاد) جهت اجرای برنامه‌های کاهش فقر و

توانمندسازی

۱-۳) اجرای برنامه‌های حمایتی خانوارهای نیازمند به منظور افزایش دسترسی مستقیم به مواد غذایی سالم و

مغذی

۴-۱) اجرای پروژه‌های توانمندسازی محلی و منطقه‌ای به منظور شکوفایی قابلیت‌ها و الگوسازی مدل جدید توسعه و امنیت غذایی

۵-۱) برنامه استفاده از ظرفیت شبکه تعاونی‌های روستایی کشور در آموزش‌های تغذیه، بهداشت مواد غذایی و عرضه غذای سالم

۶-۱) ایجاد تعاونی‌های بازاریابی و فروش محصولات کشاورزی به منظور حذف واسطه‌ها

۷-۱) تقویت دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و انتخاب متخصصین باتجربه برای هدایت برنامه‌های مرتبط با تغذیه و سلامت و ایجاد اتاق فکر با حضور کلیه دست‌اندرکاران اجرایی در سطح کلان و وزارتخانه‌های مرتبط مانند جهاد کشاورزی و بازرگانی، سازمان‌هایی نظیر حمایت از مصرف‌کننده، متولیان تنظیم بازار، سازمان دامپزشکی، اداره غذا و دارو، صدا و سیما و ... که برای غذا و تغذیه تصمیم‌سازی می‌کنند.

۸-۱) تدوین و به روز نمودن ماموریت‌ها، اهداف و راهبردهای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

۲- تقویت جایگاه زنان در مدیریت منابع اقتصادی خانوار

۱-۲) گسترش سوادآموزی و آموزش دختران و زنان

۲-۲) اشتغال‌زایی برای زنان

۳-۲) تقویت جایگاه تصمیم‌گیری زنان در خانواده

۴-۲) تقویت پروژه‌های CBI^۱ (با تاکید بر توانمندسازی زنان)

۳- نظارت و کنترل قیمت‌ها با تاکید بر مواد غذایی

۱-۳) بازنگری سیاست‌ها و فرآیندهای تنظیم بازار در جهت هماهنگی با سیاست‌های امنیت غذا و تغذیه

۲-۳) ایجاد سیستم پایش و نظارت و تثبیت قیمت مواد غذایی اساسی

۳-۳) هدفمند کردن یارانه‌های تولید و به کارگیری و اصلاح ابزارهای قیمتی به منظور کاهش هزینه تولید و

قیمت محصولات غذایی

۴- حمایت از تولیدکنندگان مواد غذایی

۴-۱) توسعه و تجهیز امکانات تولید محصولات غذایی در قطب‌های تولید و عرضه با توجه به سیاست‌های غذا و تغذیه‌ای کشور

۴-۲) حمایت از توسعه کشاورزی صنعتی

۴-۳) توسعه و تدوین برنامه جامع کاهش ضایعات مواد غذایی از تولید تا مصرف

۴-۴) حمایت از توسعه مراکز خدمات در بخش کشاورزی و صنایع غذایی به ویژه از نظر توسعه بازار و فناوری

۴-۵) پشتیبانی از تأمین کافی و به موقع نهاده‌های کشاورزی

۴-۶) افزودن مواد آلی به ترکیبات خاک شامل کمپوست‌ها بر اساس استانداردهای بهداشتی

هدف راهبردی ۱-۱-۲: ارتقای ایمنی غذا و دسترسی به غذای سالم به میزان حداقل ۳۰ درصد

اقدامات:

۱- تدوین، تصویب و اجرای برنامه ملی ایمنی غذا از مزرعه تا سفره با همکاری دستگاه‌های اجرایی

۱-۱) سازماندهی مجدد سیستم نظارت بر مراکز تهیه، تولید، نگهداری، توزیع و حمل و نقل غذا

۱-۲) ساماندهی حمل و نقل بهداشتی مواد غذایی از تولید تا مصرف

۱-۳) پیاده‌سازی سیستم بهبود کیفیت، HACCP^۱ در واحدهای عرضه و توزیع مواد غذایی

۱-۴) گسترش و بهسازی مراکز نگهداری و ذخیره‌سازی مواد غذایی (سیلو، انبار، سردخانه)

۱-۵) ارتقای کیفیت استانداردهای ملی مواد غذایی بر مبنای استانداردهای بین‌المللی نظیر کدکس و ایزو

۱-۶) بازنگری و تقویت نظارت بر اجرای قوانین و استانداردهای ملی بسته‌بندی مواد غذایی و ظروف یکبارمصرف

۱-۷) ایجاد سیستم و تقویت اجرای نظارت و کنترل قوی بر واردات مواد غذایی و مواد اولیه مورد استفاده در صنایع غذایی (سیستم بارکد)

۱-۸) توسعه و بهبود سیلوهای نگهداری غذای دام

۱-۹) ایجاد و تقویت سیستم خوداظهاری جهت نظارت بر مراکز عرضه مواد غذایی

۱-۱۰) ارتقای کنترل و ارزیابی آلودگی‌های غذایی اعم از زیستی و شیمیایی در سطح کشور

۱-۱۱) شناسنامه‌دار کردن باغها و مزارع و دامداری‌ها و دامپروری‌ها و دریاچه‌های پرورش ماهی (محصولات کشاورزی)

۲- سیاست‌های تشویقی در نوآوری و بهینه‌سازی صنایع غذایی و سرمایه‌گذاری در تحقیقات بخش کشاورزی

۲-۱) حمایت از پروژه‌های اصلاح فناوری و روش‌های فرآوری به ویژه در صنایع روغن

۲-۲) تقویت ساز و کارهای مناسب تشویقی و حمایتی جهت تولید غذاهای ارگانیک

۳- استفاده از رویکردهای ادغام‌یافته در دفع آفات و حاصل‌خیز کردن خاک در کشاورزی

۳-۱) برنامه استفاده از ظرفیت بخش ترویج وزارت جهاد کشاورزی در تولید مواد غذایی سالم

۳-۲) ترویج و تشویق روش‌های بیولوژیک برای دفع آفات نباتی به جای استفاده از سموم

۳-۳) تقویت اجرای قانون عدم آبیاری مزارع با فاضلاب خام

هدف کلان کمی ۱-۲: افزایش درصد خانوارهای برخوردار از امنیت تغذیه‌ای به بالاتر از ۷۰ درصد

هدف راهبردی ۱-۲-۱: کاهش شیوع کمبود ریزمغذی‌ها به میزان ۷۰ درصد وضع موجود



اقدامات:

۱- غنی‌سازی^۱ و بازیابی^۲ غلات به صورت اجباری

۱-۱) غنی‌سازی خاک کشاورزی با ریزمغذی‌ها

۱-۲) بازیابی غلات در مرحله سبوس‌گیری

۱-۳) مصرف کودهای میکرو برای تقویت ریزمغذی‌های خاک

۱-۴) کنترل کیفیت محصولات غذایی غنی شده

۲- غنی‌سازی مواد غذایی خاص با ریزمغذی‌ها

۲-۱) توسعه روش‌های زیست فناوری در تولید مواد غذایی

۳- افزایش دسترسی دهک‌های پایین درآمدی به مواد غذایی حاوی ریز مغذی‌ها

۳-۱) مغذی سازی مواد غذایی عمده با افزایش دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای

۳-۲) توزیع کالبرگ‌های غذایی^۳ برای مواد غذایی غنی از ریزمغذی‌ها و با کاهش درآمدی بالا برای خانوارهای

آسیب‌پذیر

۳-۳) توسعه و گسترش بخش خصوصی دست‌اندرکار با هدف تسهیل دسترسی فیزیکی به میوه و سبزی در

مناطق شهری و روستایی

۳-۴) تدوین برنامه جامع برای کاهش ضایعات مواد غذایی

۳-۵) استفاده از فناوری مناسب در بسته‌بندی مواد غذایی

۳-۶) هدفمندسازی یارانه‌های غذایی در جهت تامین ریزمغذی‌ها (سبزی، میوه، گوشت، شیر و لبنیات) در

اقشار کم درآمد (دهک ۱ تا ۳)

پیوست ۳



۴- بهبود دسترسی به مراقبت‌های تغذیه‌ای و بهداشتی مناسب در سطوح مختلف پیشگیری برای گروه‌های آسیب‌پذیر

۴-۱) ارتقای برنامه‌های مکمل یاری گروه‌های آسیب‌پذیر با تولید مکمل‌هایی کم‌هزینه‌تر و با قابلیت پذیرش بهتر (اسپرینکل، فودلت)

۴-۲) تدوین برنامه جامع مراقبت تغذیه‌ای خانواده در سطح ملی، منطقه‌ای و محلی

۴-۳) استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کل کشور

۴-۴) تدوین ساز و کارهای حمایت از برنامه‌های نوآورانه در زمینه ترویج تغذیه با شیر مادر و تغذیه تکمیلی مناسب

۴-۵) گسترش بهسازی محیط (آب و فاضلاب و زباله) با تاکید بر مناطق محروم

۴-۶) مدیریت صحیح بازیافت زباله و آموزش آن در جامعه

۴-۷) گسترش برنامه عدالت در سلامت

۴-۸) گسترش آموزش همگانی به ویژه دختران و زنان و تقویت جایگاه زنان در خانواده

۴-۹) برنامه حمایت‌طلبی برای کاهش میزان مواجهه با آلاینده‌های حاوی سرب در محیط

هدف راهبردی ۲-۲-۱: کاهش درصد شیوع سوء تغذیه انرژی - پروتئین به میزان ۵۰ درصد وضع موجود

۱- بهبود دسترسی به مراقبت‌های تغذیه‌ای و بهداشتی مناسب در سطوح مختلف پیشگیری و درمانی برای گروه‌های آسیب‌پذیر

۱-۱) تقویت جایگاه مشاور تغذیه در نظام ارائه خدمات

• ادغام خدمات مشاوره تغذیه‌ای در مراکز بهداشتی - درمانی (تیم سلامت)

• ارائه مراقبت‌های تغذیه‌ای با کیفیت بالا به بیماران بستری در سطوح بالینی

• گسترش خدمات مشاوره‌ای تغذیه‌ای از راه دور

• گسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی

۱-۲) ساماندهی تغذیه در مهدکودک‌ها، مدارس و مراکز آموزشی و مراکز نگهداری سالمندان



۳-۱) تدوین پروتکل‌ها و استانداردهای تغذیه در سطح ملی

۴-۱) ارتقای دسترسی حاشیه‌نشین‌ها به خدمات تغذیه‌ای استاندارد از طریق شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور

۲- گذر تدریجی و تغییر دسترسی به مراقبت‌های اولیه از خانه بهداشت به خانواده

۱-۲) تقویت جایگاه زنان در خانواده

۳- اجرای برنامه‌های حمایت تغذیه‌ای و توانمندسازی خانوارهای نیازمند

۱-۳) تدوین برنامه غذا برای کار^۱ با بهره‌گیری از ظرفیت‌های خیرین و مراکز خیریه

۲-۳) کانالیزه کردن امکانات و منابع خیریه‌ها به فعالیت‌های اجتماعی هدفمند در جهت تحصیل و اشتغال اعضای خانوارهای نیازمند

۳-۳) ارتقای وضعیت تغذیه رایگان در مدارس و استفاده از مواد غذایی مغذی شده (از جمله مغزدا نه‌ها، میوه‌ها و سبزی‌ها) و منع فروش و یا ارائه مواد غذایی کم ارزش در بوفه‌های مدارس

۴-۳) هدفمندسازی یارانه‌های غذایی

هدف کلان ۲: ارتقای سلامت تغذیه‌ای جامعه

پیوست ۳

هدف کلان کمی ۱-۲: کاهش میزان عوامل خطر تغذیه‌ای بیماری‌های مزمن به میزان ۵۰ درصد وضع

موجود تا سال ۱۴۰۴

اقدامات:

۱- تعادل مصرف انرژی



۱-۱) گسترش استفاده از سبد غذایی مطلوب و راهنماهای غذایی کشور

۱-۲) گسترش فضاهای ورزشی به خصوص برای دختران و بانوان

۱-۳) توسعه تسهیلات ورزشی در محل کار

۲- تقویت مراقبت‌های تغذیه‌ای دوران جنینی و دو سال اول زندگی

۲-۱) توسعه و تقویت برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر

۲-۲) کاهش ساعت کاری مادران باردار شاغل

۲-۳) افزایش مرخصی زایمانی تا یکسال برای مادران

۲-۴) قانون مرخصی همسران به مدت ۲ ماه پس از زایمان مادر برای حمایت از مادر و شیرخوار

۲-۵) تولید غذاهای کمکی غنی شده بر پایه غذاهای بومی

۲-۶) توسعه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه‌ای در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور

۳- مقابله با عوامل مختل‌کننده سیستم متابولیسم و اندوکراین

۳-۱) جایگزین کردن رنگ‌های طبیعی به جای رنگ‌های مصنوعی

۴- گسترش تنوع محصولات غذایی کم چرب و کم کالری

۴-۱) تولید محصولات غذایی رژیمی برای گروه‌های خاص جامعه

۴-۲) کاهش میزان قند، چربی و نمک در فرآورده‌های غذایی

۵- تصویب قوانین و مقررات بازدارنده

۵-۱) برنامه توسعه و حمایت از رستوران‌های حامی سلامت

۵-۲) ارتقای کیفیت تولید و عرضه فست‌فودها و غذاهای آماده



۳-۵) تدوین، تصویب و اجرای افزایش مالیات برای کلیه غذاهای کاهنده سلامت و اختصاص درآمد حاصله برای یارانه به گروه‌های آسیب پذیر در تامین غذاهای سالم

۴-۵) تقویت برنامه نظارت بر عرضه مواد غذایی در اماکن آموزشی، اداری و در اماکن و مراسم مذهبی

۶- تشویق تولیدکنندگان جهت تولید مواد غذایی سالم ساز

۱-۶) بهبود کیفیت روغن‌های مصرفی و به حداقل رساندن میزان اسیدهای چرب اشباع و ترانس در آنها

۲-۶) حمایت و جلب همکاری صنایع غذایی برای تولید غذاهای کم قند و بدون قند، کم نمک و کم چربی یا بدون چربی و غذاهای پر فیبر و نوشابه‌های سالم

۳-۶) حمایت از تولید غذاهای فراسودمند^۱

۴-۶) دستیابی به تکنولوژی‌های نوین در صنایع غذایی تولیدکننده اسنک‌ها و تنقلات سالم

هدف کلان کمی ۲-۲: افزایش رفتارهای سالم تغذیه‌ای تا ۷۰ درصد وضع موجود در سال ۱۴۰۴

اقدامات:

۱- توسعه برنامه‌های تغییر رفتار تغذیه‌ای

۱-۱) آموزش استفاده از برچسب‌های تغذیه‌ای کالاهای غذایی

۲-۱) تدوین و اجرای برنامه‌های توانمندسازی محلی و منطقه‌ای در زمینه رفتارهای سالم تغذیه‌ای

۳-۱) مطالعه در زمینه شناخت باورها و رفتارهای غذایی هر منطقه

۲- آموزش همگانی ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای در جامعه به ویژه زنان

۱-۲) برنامه‌ریزی آموزشی و اجرایی جهت ارائه خدمت هدفمند به جامعه توسط کارشناسان تغذیه در تیم سلامت

- ۲-۲) ارائه مشاوره‌های تغذیه‌ای با بهره‌گیری از فناوری‌های جدید ارتباطی
- ۲-۳) ساماندهی آموزش تغذیه و شیوه زندگی سالم در مقاطع تحصیلی آموزش و پرورش و آموزش عالی و تعیین حداقل دانش مورد انتظار به تفکیک هر یک از مقاطع تحصیلی
- ۲-۴) ایجاد مهارت‌های تغذیه‌ای در دختران در مقاطع بالای تحصیلی به منظور اصلاح الگوی مصرف خانواده
- ۳- توسعه سیاست‌های اجرایی حمایتی در جهت تسهیل رفتارهای سالم و ممانعت از رفتارهای مخاطره‌آمیز تغذیه‌ای
- ۳-۱) بومی‌سازی سبد غذایی مطلوب
- ۳-۲) آموزش همگانی بر اساس سبد غذایی محلی
- ۳-۳) مطالعه و شناسایی غذاهای سنتی و تعیین ارزش تغذیه‌ای آن‌ها به منظور ترویج غذاهای سنتی سالم در منطقه



خروجی کار گروه مدیریت منابع انسانی

موضوعات کلیدی:

- ۱- فرار مغزها (خروج از سیستم دولتی، خروج از کشور)
- ۲- کمیت و کیفیت سطوح مختلف نیروی انسانی لازم برای سلامت
- ۳- تربیت نیروی انسانی کارآمد و پاسخگو
- ۴- حفظ و نگهداشت (عوامل نارضایتی، عوامل رضایتمندی)
- ۵- تضاد منافع

هدف ۱: تامین، تربیت و کاربست نیروی انسانی شایسته برای پاسخگویی به نیازهای نظام سلامت

اقدامات:

۱-۱) تحول در نظام آموزش بخش سلامت و تربیت نیروی کارآمد، شایسته و اثربخش در کلیه سطوح ارائه دهنده خدمات

• تشکیل کمیته تحول نظام آموزشی با مشارکت معاونت آموزشی، اداره کل منابع انسانی و بخش ارائه

خدمات جهت تدوین سناریوهای مختلف برای تعیین نیازهای بخش سلامت

• به روز رسانی طرح درس‌های آموزشی، مبثنی بر شایستگی‌ها و متناسب با نیازهای بخش سلامت

• باز تعریف رشته‌های تحصیلی مورد نیاز بر اساس نیازهای نظام سلامت (تعیین رشته‌های مازاد و برنامه

ریزی برای ایجاد رشته‌های جدید متناسب با نیازهای سلامت در افق ۱۴۰۴)

• تلفیق آموزش با تربیت، پژوهش و مهارت در تولید علم

۱-۲) برآورد عرضه نیروی انسانی بخش سلامت در مناطق مختلف جغرافیایی به تفکیک رشته تحصیلی

• برآورد وضعیت موجود عرضه نیروی انسانی

- پیش بینی عرضه نیروی انسانی مورد نیاز به تفکیک رشته‌های مورد نیاز در مناطق مختلف جغرافیایی

۱-۳) تدوین سند راهکارهای جلب مشارکت سازمان‌های جهانی جهت بهره‌گیری از تجارب موفق آن‌ها در حوزه آموزش، نوسازی و توانمندسازی نیروی انسانی (نظام یادگیرنده سلامت)

۱-۴) تدوین سیاست‌های ملی برای تامین منابع انسانی سلامت

۱-۵) تدوین سندی جهت تقویت مشارکت بخش غیر دولتی در بخش آموزش با توجه به اصل ۴۴ قانون اساسی

۱-۶) طراحی و استقرار چارچوبی برای تکمیل و تقویت نظام اعتبار بخشی آموزشی

- ارتقای حضور مؤثر هیئت علمی در دانشگاه‌ها از طریق نظام پایش و پرداخت مبتنی بر توانمندی‌ها، عملکرد و ... (تدوین استانداردهای ارزیابی و پاداش به اعضای هیئت علمی و تشکیل کمیته پایش حضور اساتید)

- ممیزی فعالیت‌های تضمین کیفیت تدوین شده

- افزایش کیفیت تدریس (به روز رسانی دانش اعضای هیئت علمی متناسب با علوم نوین در حوزه

مربوطه (بر اساس محتوای دروس بازتعریف شده)، تشکیل کمیته تضمین کیفیت آموزش)

۱-۷) ایجاد مرکز پژوهش و برنامه ریزی منابع انسانی نظام سلامت (راه اندازی مرکز تحقیقات منابع انسانی بخش سلامت، به شکل مستقل و یا به صورت یکی از دپارتمان‌های مؤسسه ملی تحقیقات سلامت کشور)

هدف ۲: تنظیم عرضه و تقاضای نیروی انسانی نظام سلامت با هدف ارتقای پاسخگویی، عدالت محوری و کارایی

اقدامات:

۱-۲) برآورد تقاضای نیروی انسانی بخش سلامت در مناطق مختلف جغرافیایی به تفکیک مشاغل

- برآورد وضعیت موجود تقاضای نیروی انسانی

- پیش بینی تقاضای نیروی انسانی مورد نیاز به تفکیک رشته‌های مورد نیاز در مناطق مختلف جغرافیایی

- برقراری تعادل نسبی میان تعداد و ترکیب نیروهای ارائه دهنده خدمت در سطوح اول، دوم و سوم



- تعیین تکلیف مشاغل حساس و چند حرفه‌ای (بهورزان و...)
- تدوین استانداردهای کمی و کیفی نیروی انسانی مورد نیاز در نظام سلامت کشور
- تدوین نقشه توزیع عادلانه و مبتنی بر نیاز نیروی انسانی نظام سلامت کشور
- ۲-۲) متعادل سازی عرضه و تقاضای نیروی انسانی بخش سلامت
- ۲-۳) بازنگری در مرزهای حرفه ای و ترکیب مهارت‌های کارکنان بهداشتی و درمانی به منظور دسترسی کلیه اعضای جامعه به خدمات به شیوه ای عادلانه و اثربخش.
- شفاف سازی حدود مسئولیت‌ها و اختیارات مشاغل حساس طبق استانداردهای حرفه‌ای مربوطه در دنیا
- هدف ۳:** تصدی ۱۰۰ درصد مشاغل و حرف نظام سلامت توسط نیروی انسانی شایسته
- ۳-۱) بازنگری مشاغل تعریف شده و طراحی مشاغل جدید، متناسب با نیازهای بخش سلامت در افق ۱۴۰۴
- تدوین سناریوهای متفاوت بر اساس نیازهای شناسایی شده بخش سلامت در افق ۱۴۰۴ با توجه به پیش فرض‌های پیش رو از جمله خصوصی سازی، ایجاد دولت الکترونیک و...
- بازنگری مشاغل بخش سلامت با توجه به نیازها و سناریوهای تعریف شده
- ۳-۲) طراحی مجدد و استقرار ساختار سازمانی با توجه به نیازهای شناسایی شده در افق ۱۴۰۴
- ۳-۳) ارزشیابی مبتنی بر شایستگی کلیه مشاغل و حرف نظام سلامت کشور
- تعیین ویژگی‌های شغلی برای مشاغل مختلف، متناسب با نیازهای بخش سلامت
- ایجاد پایگاه‌های داده در خصوص دانش، مهارت و نگرش و شایستگی‌های شاغلین در کلیه سطوح بخش سلامت به منظور ارزیابی مستمر نیازهای آموزشی
- باز تعریف شرایط احراز مشاغل با توجه به شایستگی‌های تعریف شده
- ۳-۴) به روزرسانی ساختار نظام سلامت بر اساس سطح بندی خدمات و مبتنی بر تخمین کمیت و کیفیت نیروی انسانی تربیت شده (خروجی ارزیابی مشاغل) متناسب با نیازهای بخش سلامت
- ۳-۵) تحول در نظام جذب و به کارگیری مؤثر نیروی انسانی شایسته، متناسب با نیاز بخش سلامت

- طراحی و استقرار مراکز ارزیابی منابع انسانی جهت جذب و به کارگیری نیرو، آموزش، توسعه و ارتقای نیروی انسانی

(۳-۶) ایجاد مراکز مستقل ارزیابی و اعتبار بخشی نیروی انسانی بخش سلامت

- افزایش حضور مؤثر متخصصین (به ویژه اعضای هیئت علمی) در محل کار (بررسی سالانه نیازها، ضرورت‌ها و ترجیحات جهت حضور مؤثر متخصصین، تشکیل کمیته پایش حضور متخصصین، تدوین استانداردهای ارزیابی و پاداش به متخصصین جهت حضور فعال)

- بازنگری و تدوین نظام نظارت بر عملکرد حرفه‌ای پزشکان، متخصصین و شاغلین نظام سلامت به ویژه در بخش خصوصی در سطح ملی و استانی با مشارکت مستقیم انجمن‌های حرفه‌ای مربوطه

- (۳-۷) تدوین نظام‌های جامع استخدام، آموزش حین خدمت، مسیر ارتقای شغلی، ارزیابی عملکرد، جبران خدمت، حمایت و رفاه، رسیدگی به تخلفات و خروج از خدمت کارکنان غیر هیئت علمی و اعضای هیئت علمی، متناسب با نیازهای بخش سلامت

(۳-۸) آموزش و توسعه مداوم حرفه‌ای نیروی انسانی

- بازبینی و استقرار نظام نوین و جامع آموزش (بدو و ضمن خدمت) مبتنی بر شایستگی‌های مشاغل مختلف و بر اساس نیازهای بخش سلامت

- به روزرسانی توانایی‌ها و مهارت‌های کارشناسان بخش‌های ستادی در جهت تبدیل ستاد به یک مرکز صرفاً سیاست‌گذار

- بسترسازی به منظور تبدیل بخش سلامت به یک بخش یادگیرنده از طریق ایجاد فرصت‌های آموزشی مستمر برای کلیه نیروهای شاغل در بخش

(۳-۹) سنجش مستمر بازگشت سرمایه^۱ آموزش‌های ارائه شده به نیروی انسانی

- طراحی و استقرار نظامی برای سنجش مستمر بازگشت سرمایه (Return on Investment) آموزش‌های ارائه شده به نیروی انسانی



۳-۱۰) تهیه سیاست‌های نحوه تعامل و استفاده از ظرفیت‌های هیئت امنای دانشگاه‌ها به منظور تحول در نظام‌های اداری، استخدامی و تشکیلاتی، مالی و معاملاتی، و آموزشی - پژوهشی و تصویب مقررات تسهیل‌کننده و چابک ساز

۳-۱۱) بازنگری و اصلاح آیین نامه‌های (اداری، استخدامی و تشکیلاتی) کارکنان غیر هیئت علمی و اعضای هیئت علمی، متناسب با نیازهای بخش سلامت

۳-۱۲) بسترسازی جهت استقرار نظام حاکمیت بالینی در بخش سلامت از طریق تغییر رویکرد سنتی مدیریت منابع انسانی به رویکرد سیستمی و مشارکتی

• اتخاذ رویکرد سیستماتیک در فرآیندهای مربوط به استخدام و نگهداشت نیروی انسانی

• ارزیابی مستمر شایستگی‌های مورد نیاز سطوح مختلف نیروی انسانی براساس نیازهای بازار سلامت در

افق ۱۴۰۴

• هدایت فرهنگ سازمانی به سمت فرهنگ کاری با رویکرد تیم‌های چند تخصصی

هدف ۴- حداقل میزان رضایت شغلی منابع انسانی شاغل در نظام سلامت ۸۵ درصد باشد.

اقدامات:

۴-۱) تدوین و اجرای سیاست‌های ارتقای میزان رضایتمندی منابع انسانی سلامت

• طراحی و استقرار نظام رفاهی - انگیزشی برای منابع انسانی مختلف در نظام سلامت

• شناسایی عوامل بهداشتی و غیر بهداشتی دخیل در تامین و ارتقای میزان رضایت منابع انسانی و

تلاش در جهت رسیدن به شرایط مطلوب

۴-۲) طراحی و استقرار نظام مدیریت عملکرد و سیستم پاداش و پرداخت مبتنی بر عملکرد

۴-۳) افزایش میزان ارزش افزوده اقتصادی مشاغل در فعالیتهای تحقیقاتی و علوم پایه و رشته‌های مدیریتی به منظور جذب نیروهای تخصصی

۴-۴) در نظر گرفتن پاداش در سه حیطه کار در مناطق جغرافیایی خاص، ساعات خاص (خارج از زمان اداری) و شرایط خاص

۴-۵) بسط و توسعه عدالت اجتماعی در روابط رسمی و غیررسمی، افقی، عمودی و موازی سازمانی در شبکه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی

هدف ۵- حدافل میزان انگیزش و تعهد سازمانی منابع انسانی شاغل در نظام سلامت ۷۵ درصد باشد.

اقدامات:

۵-۱) بازبینی و متناسب سازی اختیارات و مسئولیت‌های تفویض شده به کارشناسان جهت ایجاد انگیزه کافی در انجام وظایف محوله

۵-۲) بازبینی نظام ارزیابی عملکرد نیروی انسانی

• طراحی و استقرار نظام اثر بخش و پویای ارزیابی عملکرد نیروی انسانی متناسب با ماهیت مشاغل مختلف

۵-۳) تهیه مسیر ارتقای شغلی کارآمد برای کلیه نیروی انسانی شاغل در نظام سلامت بر پایه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مشاغل

۵-۴) تحول در فرهنگ سازمانی و تبدیل آن به فرهنگ پشتیبان تعهد، وفاداری و پایبندی به اصول و ارزش‌های رفتار حرفه‌ای

• ترویج فرهنگ کار شایسته در بخش سلامت

۵-۵) تدوین برنامه ملی ارتقای سلامت نیروی انسانی و کاهش عوامل خطر شغلی نیروی انسانی بخش سلامت

۵-۶) تدوین و اجرای برنامه‌های غنی سازی شغلی/ نظام جانشین پروری

۵-۷) تدوین و به کارگیری کدهای رفتاری، اخلاقی و شغلی برای نیروی انسانی

۵-۸) فراهم سازی امکان مشاوره برای پیشرفت نیروی انسانی در مسیر شغلی و حرفه‌ای ترسیم شده

۵-۹) ارزیابی سالانه علایق و استعدادهای حرفه‌ای نیروی انسانی و ابلاغ وظایف بر اساس آن‌ها



هدف ۶- رساندن میزان رشد بهره‌وری نیروی انسانی بخش سلامت به حداقل ۳ درصد در سال

اقدامات:

۶-۱) طراحی نظام بهره‌وری نیروی انسانی مختص نظام سلامت

۶-۲) ایجاد مرکز سنجش بهره‌وری نیروی انسانی بخش سلامت

هدف ۷- افزایش نرخ ماندگاری نیروی انسانی متخصص (اشتغال به کار تمام وقت) در بخش دولتی سلامت به میزان ۹۰ درصد

اقدامات:

۷-۱) بهبود وضعیت نگهداشت نیروی انسانی متخصص و مورد نیاز در بخش سلامت

• افزایش امکان اشتغال نیروی انسانی در حرفه مرتبط با تحصیل

• افزایش میزان برخورداری نیروی انسانی متخصص از تسهیلات اقتصادی، رفاهی و...

۷-۲) طراحی و استقرار نظامی جهت افزایش منزلت نیروی کار

• افزایش سهم نیروی انسانی از ارزش افزوده نظام سلامت

پیوست ۳

هدف ۸- کاهش نرخ مهاجرت دانش‌آموختگان علوم پزشکی (نخبگان، متخصصان، مدیران و کارشناسان) از کشور به میزان ۸۵ درصد

اقدامات:

۸-۱) راه‌اندازی شبکه ایده‌پردازی

۸-۲) تهیه و اجرای سیاست‌های افزایش میزان ارزش افزوده اقتصادی مشاغل در فعالیتهای تحقیقاتی و علوم پایه و رشته‌های مدیریتی به منظور جذب نیروهای تخصصی



۸-۳) فراهم سازی بستر مناسب جهت جذب و بازگرداندن نیروی انسانی از خارج از کشور

- ایجاد زیر ساخت‌های لازم برای تحقیق و تولید فناوری

هدف ۹- تبادل نیروی انسانی مورد نیاز در بازار سلامت منطقه چشم انداز

اقدامات:

۹-۱) تدوین و اجرای سیاست‌های تشویقی کاربرست تحقیقات معتبر بومی و بین المللی منابع انسانی سلامت

هدف ۱۰- کاهش شاخص سوء استفاده مالی (فساد اداری) در کارکنان سلامت به میزان ۵۰ درصد سال پایه

تا پایان سال ۱۴۰۴

اقدامات:

۱۰-۱) الزام به تمام وقت بودن نیروی انسانی مورد نیاز در یکی از بخش‌های دولتی یا غیر دولتی

۱۰-۲) تدوین و استقرار سند سیاست تشویق رقابت و حذف انحصار در بین ارائه دهندگان نظام سلامت

هدف ۱۱- افزایش عدالت در نظام نگهداشت منابع انسانی نظام سلامت

اقدامات:

۱۱-۱) منطقی نمودن نسبت پرداخت‌ها بین بخش‌ها (دولتی و غیر دولتی)

۱۱-۲) منطقی نمودن نسبت پرداخت‌ها بین سطوح مختلف شغلی



هدف ۱۲- پایش حصول اهداف

اقدامات:

۱-۱۲) یکپارچگی تولید منابع انسانی نظام سلامت

- تشکیل کمیته یا ستاد تولید منابع انسانی بخش سلامت، مشتمل بر نمایندگان معاونت توسعه‌ی مدیریت و منابع (مدیرکل منابع انسانی و رئیس مرکز توسعه‌ی مدیریت و تحول اداری)، معاونت بهداشتی، معاونت درمان، معاونت آموزشی و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت (معاونت پژوهشی و مرکز آمار و فناوری اطلاعات)

- شبکه سازی بین کمیته‌ی تولید با دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر ذینفعان

۲-۱۲) توسعه نظام مراقبت و دیدبانی منابع انسانی

- دیدبانی منابع انسانی در بخش دیدبانی کل نظام سلامت کشور
- ایجاد سیستم جامع اطلاعات منابع انسانی برای بخش سلامت کشور
- ۳-۱۲) الزام کلیه اسناد سیاستی نظام سلامت به داشتن پیوست منابع انسانی
- تدوین استانداردهای پیوست منابع انسانی برای سیاست‌های نظام سلامت

خروجی کارگروه توانمند سازی جامعه

موضوعات کلیدی:

- ۱- مشارکت مردمی در سلامت
- ۲- سواد سلامت
- ۳- سواد تغذیه
- ۴- مهارت‌های زندگی
- ۵- توجه به سلامت حاشیه نشین‌ها و آسیب پذیرها

اهداف راهبردی مشارکت مردم و سواد سلامت در افق ۱۴۰۴

۱- حداقل ۵۰ درصد از گروه‌های جمعیتی تحت پوشش مراکز سلامت شهری و روستایی از مهارت‌های لازم برای کار گروهی در نهادهای مرتبط با سلامت برخوردار باشند و به عنوان عضو فعال در این نهادها مشارکت داشته باشند. اهم این گروه‌ها عبارتند از:

- نوجوانان و جوانان پسر و دختر (۲۴-۱۰ سال)
- میانسالان زن و مرد (۶۴-۲۵ سال)
- سالمندان زن و مرد (۶۵ سالگی به بالا)

۲- حداقل ۷۵ درصد افراد جامعه یا ولی آن‌ها از حداقل سواد سلامت متناسب با نیاز فرد برخوردار باشند (دسترسی، درک، تجزیه و تحلیل اطلاعات و خدمات و تصمیم‌گیری درست در مورد سلامت خود، خانواده و جامعه)

۳- ۱۰۰ درصد از افراد جامعه، نهادها و سازمان‌های سلامت محلی حداقل در یکی از محورهای زیر فعال باشند

- فرایند حل مشکل سلامت در جامعه شامل: نیازسنجی، تعیین اولویت، تدوین مداخله، اقدام و ارزیابی



- آموزش موضوعات سلامت به جامعه به خصوص گروه‌های آسیب‌پذیر
 - تدوین و ترویج سیاست‌ها و برنامه‌های ارتقای سلامت و عدالت در سلامت از طریق وسایل ارتباط جمعی و گفتگو با سیاست‌مداران، برنامه‌ریزان و مدیران نظام سلامت
 - تشویق نیکوکاران برای تامین منابع مالی نظام سلامت
- ۴- حداقل ۸۰ درصد مطالبات مردم در زمینه سلامت با نیازهای واقعی تطابق داشته باشد
- ۵- حداقل ۵۰ درصد مشارکت خیرین سلامت در راستای ارتقای سلامت، پیشگیری و غربالگری بیماری‌های شایع در جامعه باشد
- ۶- حداقل ۹۰ درصد افراد جامعه از حضور خود یا نمایندگان آن‌ها در عرصه سلامت احساس رضایت نمایند.

سطح ملی

- ۱- انتصاب نمایندگان مردم در گروه‌های مختلف شغلی، قومی، سنی و جنسی در کلیه شوراهای تصمیم‌گیری از سطح ستادی تا شهرستان و محلات
- ۲- تقویت توانمندسازی جامعه و ارتقای سلامت در محیط‌های کار و سایر اجتماعات از قبیل مدارس، سربازخانه‌ها، مساجد و...
- ۳- تدوین و اجرای «برنامه‌های جلب حمایت» برای تغییر در مقررات و قوانین با هدف ارتقای مشارکت مردم
- ۴- توانمندسازی شوراهای اسلامی شهر و روستا در مشارکت شبکه‌ای مردم برای توسعه
- ۵- ایجاد شوراهای مردمی مشارکت در سلامت محلات و مناطق شهری
- ۶- تدوین و استقرار برنامه بازاریابی اجتماعی در مورد «ارزش کار داوطلبانه و مشارکت» برای مردم
- ۷- طراحی و اجرای برنامه‌های جلب حمایت ساختارهای قدرت در جامعه از جمله مسئولان قوای سه‌گانه و مدیران سطوح میانی برای گنجاندن عملی مفاهیم مشارکت مردم در کلیه عرصه‌ها
- ۸- تقویت همکاری‌های بین بخشی
- ۹- توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع در جوامع محلی

- ۱۰- طراحی و اجرای برنامه‌های جلب حمایت ساختارهای قدرت در جامعه از جمله مسئولان قوای سه‌گانه و مدیران سطوح میانی برای گنجاندن عملی مفاهیم مشارکت مردم در کلیه عرصه‌ها
- ۱۱- نهادینه کردن «ساختار مشارکت مردم و همکاری بین بخشی» در کلیه سازمان‌های دولتی
- ۱۲- طراحی و استقرار سازوکار مناسب به منظور تسهیل مشارکت مردم در رفع نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه
- ۱۳- تدوین سازوکار هدایت مسئولیت اجتماعی «شرکت‌ها» در ارتقای سلامت جامعه
- ۱۴- ترویج الگوهای موفق توانمندسازی اجتماع - محور برای مردم و مجریان
- ۱۵- تهیه، تولید و انتشار برنامه‌های ترویجی پایدار برای ارتقای مشارکت و سواد سلامت از طریق رسانه‌های جمعی
- ۱۶- طراحی و استقرار نظام پاسخگویی و بازخورد در کلیه بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی
- ۱۷- تهیه و به روز رسانی بانک‌های اطلاعاتی از توانایی‌های مردمی و میانجیان مشارکت مردم
- ۱۸- اولویت دادن به پروژه‌های اعتمادسازی در تخصیص اعتبارات در کلیه دستگاه‌ها
- ۱۹- توانمندسازی سیاستگذاران، برنامه‌ریزان، مدیران و ارائه‌کنندگان خدمات
- ۲۰- تقویت ارتباطات منطقه‌ای و بین‌المللی در زمینه تبادل تجارب و شبکه سازی
- ۲۱- طراحی و توسعه و به روزآمدی شاخص‌ها و استانداردها و معیارهای مناسب به منظور سنجش سطح توانمندی مردم و سواد سلامت
- ۲۲- تقویت تمرکززدایی و دادن اختیار و مسئولیت به واحدهای محیطی به منظور تسهیل در امر توانمندسازی جامعه
- ۲۳- توسعه برنامه‌ها و پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت جامعه
- ۲۴- ارزیابی و استانداردسازی رسانه‌ها در ارتباط با مباحث سواد سلامت و مشارکت مردم
- ۲۵- ایجاد انجمن‌های علمی و مرتبط با مشارکت مردم و سواد سلامت



اقدامات اساسی برای دستیابی به اهداف راهبردی مشارکت مردم و سواد سلامت در افق ۱۴۰۴

سطح بخشی (وزارت بهداشت)

- ۱- تدوین و استقرار نقشه مهندسی فرهنگ سلامت کشور با مشارکت دستگاهها
- ۲- تعیین سهم و نقش دستگاهها (همکاری بین بخشی) در ارتقای سواد سلامت و مشارکت مردم در سلامت و تصویب آن در شورای عالی سلامت
- ۳- مشارکت دادن مردم با سازوکارهای مناسب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و کارگروههای تخصصی سلامت و امنیت غذایی استانها و شهرستانها
- ۴- طراحی و اجرای برنامههای ارتقای نگرش و آگاهیهای عمومی در مورد مزایای مشارکت در برنامههای سلامت برای گروه مخاطب مردم و مسئولین (در ردههای سنی، سازمان و...)
- ۵- آموزش سازمانهای مردم نهاد و شوراهای اسلامی شهر و روستا در زمینه ارتقای مشارکت آنان در سلامت
- ۶- اطلاع رسانی به مردم در خصوص تسهیلات و شیوههای مشارکت در بخش سلامت
- ۷- تدوین و استقرار سیاست مشارکت بخش خصوصی و صنعت در فرآیند ارتقای مشارکت مردم و سواد سلامت با مشارکت دستگاههای ذیربط
- ۸- ارزشیابی، اعتبارگذاری و رتبهبندی سازمانهای دولتی، غیردولتی و سمنها در ارتباط با مشارکت مردم و ارتقای سواد سلامت

پیوست ۳

- ۹- پایش و ارزیابی مستمر قابلیت کمی و کیفی مشارکت مردم، سواد سلامت و به کارگیری نتایج آن در طراحی الگوهای مناسب فرهنگ و رفتار فردی
- ۱۰- ایجاد مراکز رشد و پارکهای فناوری مرتبط با ارتقای مشارکت مردم و سواد سلامت آموزش
- ۱۱- شبکهسازی نهادهای اجتماع محور به منظور انتقال تجارب
- ۱۲- ارتقای کیفیت خدمات بخش سلامت به منظور اعتمادسازی و جلب مردم برای مشارکت
- ۱۳- برگزاری جشنوارههای مستمر برای معرفی و تقدیر از افراد و نهادهای موفق در جلب مشارکت همه جانبه مردم و سواد سلامت



- ۱۴- توانمندسازی گروه‌های آسیب‌پذیر جهت جلب مشارکت و ارتقای سواد سلامت آن‌ها
- ۱۵- توسعه محیط‌های حامی سلامت (مساجد، فرهنگسراها، حوزه‌های علمیه، مدارس، پایگاه‌های بسیج و...)
- ۱۶- شناسایی، احیا و ترویج هنجارهای موجود در فرهنگ دینی و بومی کشور مرتبط با سلامت (از قبیل زکات، وقف و نذورات و...)



خروجی کارگروه سلامت اجتماعی، روانی و اعتیاد

هدف ۱: ایجاد ساختارهای هماهنگ که در آنها سهم و نقش دستگاه‌ها برای مدیریت آسیب‌های اجتماعی و ارتقای شاخص‌های سلامت اجتماعی نهادینه شده است.

اقدامات:

۱-۱) ارتقای سطح دانش و نگرش سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران

۱-۲) تدوین پیش‌نویس لایحه ارتقای سلامت اجتماعی و مدیریت آسیب‌های اجتماعی هیئت دولت

۱-۳) تدوین اسناد سیاست و همکاری بین بخشی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی

هدف ۲: در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های کلان کشور «پیوست سلامت اجتماعی» نهادینه شود.

اقدامات:

۲-۱) تدوین پیش‌نویس لایحه پیوست سلامت اجتماعی در هیئت دولت

هدف ۳: بروز رفتارهای سالم اجتماعی در گروه‌های مختلف جامعه افزایش یابد.

اقدامات:

۳-۱) تهیه اسناد سیاست و همکاری بین بخشی بازاریابی رفتارهای اجتماعی سالم

۳-۲) تهیه راهنماها و متون آموزشی مناسب

هدف ۴: مشارکت میانجیان مردم در حوزه سلامت اجتماعی نهادینه شود.

اقدامات:

۴-۱) تدوین سند سیاست ارتقای مشارکت عمومی

۴-۲) تدوین برنامه و سازماندهی سمن‌های کشور برای مشارکت در پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی

هدف ۵: شاخص سرمایه اجتماعی در روند افزایشی قرار گیرد.

اقدامات:

۵-۱) تدوین سند سیاست سرمایه اجتماعی

۵-۲) تدوین ابزار و مقیاس‌های پایش سرمایه اجتماعی و انجام بررسی‌های ادواری

هدف ۶: شاخص‌های آسیب‌های اجتماعی به کمتر از یک سوم وضعیت فعلی تنزل یابد.

اقدامات:

۶-۱) ایجاد نظام یکپارچه پایش و مراقبت آسیب‌های اجتماعی

۶-۲) تدوین برنامه ساماندهی سمن‌های کشور در جهت مشارکت مؤثر برای پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی با استفاده از تجارب داخلی و بین‌المللی

۶-۳) ارتقای سیستم‌های حمایتی گروه‌های آسیب‌دیده و در معرض خطر موجود

هدف ۷: شاخص‌های سلامت معنوی در روندی افزایشی قرار گیرند.



اقدامات:

۷-۱) تدوین اسناد همکاری بین بخشی

۷-۲) تدوین ابزار و مقیاس‌های پایش سلامت معنوی و انجام بررسی‌های ادواری

هدف ۸: ارتقای سلامت روان در افق ۱۴۰۴

- کاهش بار اختلالات روانی حداقل به میزان ۵۰ درصد سال پایه تا ۱۴۰۴
- سهم و نقش وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی، استان‌ها و میانجیان مردم در ارتقای سلامت روان نهادینه شود.
- سواد سلامت روان در گروه‌های جمعیتی کودکان، نوجوانان و جوانان، میانسالان و سالمندان زن و مرد به سه برابر فعلی ارتقا یابد.
- بهره‌مندی، تداوم و کیفیت مراقبت از بیماران روانی اورژانس و شدید در سطح روستا و شهر به سه برابر فعلی ارتقا پیدا کند.

اقدامات پیشگیری سطح اول:

۸-۱) تشکیل گروه جلب حمایت‌کننده و مشورت‌دهنده در وزارت بهداشت برای تاثیرگذاری در تصویب سیاست‌های عمومی سالم (به‌طور ویژه سلامت روان)، مداخله مشورتی در مواقع تنش‌های اجتماعی، تدوین پیوست‌های سلامت و همکاری در ارتقای سلامت اجتماعی و معنوی (نقش‌این گروه در تنظیم سهم و نقش دستگاه‌ها و تفاهم‌نامه‌های همکاری مهم است).

۸-۲) تعیین سهم و نقش دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی، بخش خصوصی و غیردولتی (سمن‌ها و شوراهای اسلامی) در ارتقای سلامت روان

۸-۳) تصویب قانون سلامت روان و پایش استقرار آن

۸-۴) تدوین برنامه جامع پیشگیری از خشونت اجتماعی و جلب حمایت برای تصویب و استقرار آن

۸-۵) بازطراحی برنامه‌های سلامت روان در قالب استاندارد «برنامه‌های سلامت» و شروع اجرای کشوری آن‌ها در شش حیطه اولویت‌دار: مهارت‌های زندگی (براساس آموزه‌های فرهنگ ایرانی و اسلامی)، فرزند پروری و روابط خانوادگی، حمایت روانی اجتماعی در بلایا، پیشگیری از خودکشی و خشونت (کودک‌آزاری، همسرآزاری و سالمندآزاری) و انگ‌زدایی

۸-۶) تدوین منشور «سلامت روان ایرانیان» حاوی دانش، نگرش و مهارت‌های ارتقای سلامت روان فردی و خانوادگی و ترویج آن در مدارس، دانشگاه‌ها، محل‌های کاری، میانجیان مردمی، رسانه‌ها و محلات

۸-۷) استمرار و تکمیل برنامه ادغام سلامت روان در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور و سایر برنامه‌های جاری بر اساس نتایج حاصل از ارزشیابی‌ها

۸-۸) طراحی و اجرای برنامه آموزشی ارتقای آگاهی و نگرش سیاست‌گذاران و مدیران ارشد کشور در زمینه‌های اولویت‌دار سلامت روان

۸-۹) همکاری در طراحی برنامه‌های سلامت باروری، سلامت مدارس و تکامل دوران کودکی جهت گنجاندن ملاحظات سلامت روان در این برنامه‌ها (سلامت باروری، سلامت مدارس و تکامل دوران کودکی مناسب به عنوان سه عامل پیشگیری از بروز بیماری‌های روانی)

۸-۱۰) طراحی و استقرار برنامه‌های ارتقای سلامت روان در محل کار از طریق همکاری با دفاتر مربوطه در وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌ها

اقدامات پیشگیری سطح دوم:

۸-۱) طراحی و استقرار راهنماهای پیشگیری، مراقبت و ارجاع بیماران روانی جهت به کارگیری در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

۸-۲) طراحی و اجرای بسته غربالگری و مراقبت از بیماران روانی در موارد اولویت‌دار

۸-۳) بررسی سلامت روان ساکنان حاشیه شهرها، تعیین اقدامات هزینه اثربخش و استقرار آن‌ها (از جمله ایجاد کلینیک‌های سیار سلامت روان)

۸-۴) طراحی و استقرار راهنماهای مشاوره و مداخله در مواقع بحرانی برای اقدامات اورژانس روانی



۸-۵) طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی ارتقای سواد سلامت روان در کلیه گروه‌های مراقبت پزشکی (تغییر در طرح درس‌های آموزشی)

۸-۶) طراحی و استقرار مراکز توانمندسازی مراقبان سلامت روان در سطح استان

۸-۷) طراحی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر و استقرار یا ادغام آن در نظام شبکه بهداشتی و درمانی و پزشک خانواده

اقدامات پیشگیری سطح سوم:

۸-۱) تدوین یا بازنگری بسته حمایتی بیماران روانی و جلب حمایت برای استقرار این بسته در کشور (تلفیق با بسته مراقبت‌های پس از ترخیص)

۸-۲) طراحی و اجرای برنامه‌های جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماران مزمن روانی

۸-۳) اجرای برنامه‌های جلب حمایت و تشویق بیمارستان‌ها در اختصاص ۱۰ درصد تخت‌های بیمارستانی به بخش‌های سایکوسوماتیک

۸-۴) تدوین و ابلاغ شیوه نامه گروه‌های خودیار ویژه بیماران روانی و طراحی بسته‌های آموزشی لازم

۸-۵) راه‌اندازی بیمارستان ویژه بزه‌کاران دچار بیماری‌های روانپزشکی

۸-۶) اعتباربخشی بیمارستان‌های سلامت روان، رتبه‌بندی آن‌ها و استقرار نظام نظارت هم‌تایان

۸-۷) طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر عملکرد بخش خصوصی مراقب سلامت روان

پیوست ۳

هدف ۹: ارتقای پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد و الکل در افق ۱۴۰۴

- تثبیت / کاهش بار اعتیاد حداقل به میزان ۵۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه
- سهم و نقش سازمان‌های دولتی و استان‌ها و میانجیان مردم در تثبیت و کاهش بار بیماری اعتیاد و سوء مصرف الکل نهادینه شود.
- مردم در گروه‌های سنی مختلف از علل ریشه‌ای، عوامل خطر و پیامدهای اعتیاد و مصرف الکل آگاه شوند.



- بهره‌مندی، تداوم و کیفیت مراقبت از بیماران معتاد و سوء مصرف‌کنندگان الکل در سطح روستا و شهر ارتقا پیدا کند.

اقدامات پیشگیری سطح اول:

- ۹-۱) استقرار بسته‌های استاندارد «آموزش و ترویج مهارت‌های زندگی» برای گروه‌های سنی مختلف و جلب حمایت برای گنجاندن آن در برنامه‌های رسمی و غیررسمی (با پوشش ۱۰۰ درصد جمعیت تا پایان برنامه از کلیه موقعیت‌های مهد کودک، مدارس، دانشگاه‌ها، سربازخانه‌ها، محل‌های کاری خصوصی و دولتی، مراکز فنی و حرفه‌ای، اتحادیه‌ها و سندیکاها، زندان‌ها و ...)
- ۹-۲) طراحی و استقرار بسته خدمتی پیشگیری، درمان و کاهش آسیب در حاشیه هشت شهر بزرگ کشور
- ۹-۳) تدوین و استقرار بسته خدمتی برای بیماریابی و درمان اختلالات زمینه‌ای در کودکی که زمینه‌ساز سوء مصرف هستند.
- ۹-۴) تدوین و استقرار برنامه عملیاتی ارتقای سواد جامعه در زمینه سوء مصرف مواد و الکل از طریق رسانه
- ۹-۵) تدوین منشور ارتقای سواد جامعه در مورد علل ریشه‌ای، عوامل خطر و پیامدهای اعتیاد و مصرف الکل و ترویج آن
- ۹-۶) تدوین بسته خدمتی پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد و الکل برای ادغام در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور و استقرار آن
- ۹-۷) تدوین استانداردها و الزامات پیشگیری از سوء مصرف مواد و ابلاغ به دستگاه‌ها و آموزش آن‌ها (استفاده از مدل‌های ارتقای همکاری بین بخشی مانند پیام‌گزاران و ...)
- ۹-۸) تدوین بسته خدمتی پیشگیری از اعتیاد و شناسایی افراد در معرض خطر از طریق اقدامات محله محور و استقرار آن با مشارکت شوراهای اسلامی شهر و روستا
- ۹-۹) تدوین برنامه و سازماندهی سمن‌ها و سام‌های کشور برای مشارکت در پیشگیری، درمان و کاهش آسیب‌های ناشی از سوء مصرف مواد و الکل



۹-۱۰) جلب حمایت همه جانبه ارتقای عملکرد مدیریت آسیب‌های اجتماعی به ویژه کاهش خشونت‌های خانگی، طلاق و جرم

۹-۱۱) جلب حمایت برای تدوین سیاست پیشگیری و مدیریت ترک تحصیل دانش‌آموزان در تمام مقاطع

۹-۱۲) جلب حمایت برای تدوین برنامه جامع تفریحات جامعه و تعیین متولی

۹-۱۳) جلب حمایت از طریق ایجاد ائتلاف برای توسعه و ارتقای سیاست کاهش دسترسی به مواد، افزایش مجازات برای مصرف کننده و توزیع کننده

۹-۱۴) جلب حمایت برای ارتقای سیاست‌های اشتغال (کاهش بیکاری)، آموزش و حمایت از افراد دارای مشاغل سنگین

۹-۱۵) جلب حمایت برای تدوین و استقرار برنامه جامع ارتقای سرمایه اجتماعی کشور

۹-۱۶) جلب حمایت برای استقرار بهینه برنامه‌های ارتقای سلامت روان و برنامه کاهش مصرف سیگار

۹-۱۷) جلب حمایت برای تدوین قانونی به منظور ارتقای اختیارات وزارت بهداشت در زمینه مدیریت پیشگیری، درمان و کاهش آسیب

اقدامات پیشگیری سطح دوم:

۹-۱) مطالعه برای تدوین بسته خدمتی پیشگیری، درمان و کاهش آسیب در قالب تیم سلامت برنامه پزشک خانواده و جلب حمایت برای ادغام آن

۹-۲) تدوین و استقرار برنامه‌های بازآموزی برای ارتقای سطح علمی گروه علوم پزشکی در خصوص درمان

۹-۳) تدوین و استقرار پروتکل سوء مصرف محرک‌ها

۹-۴) تدوین و استقرار بسته خدمتی برخورد با مادر باردار و شیرده معتاد

۹-۵) امکان‌سنجی برای راه‌اندازی مراکز اورژانس و اقامت ۱۰ روز تا ۱۲ روزه کوتاه مدت برای درمان و تدوین و تصویب سیاست مرتبط با آن

۹-۶) ارزشیابی برنامه‌های جاری، بازبینی و ارتقای دوره‌ای پروتکل‌های درمانی بر اساس یافته‌های جدید و مواد جدید مصرفی (توجه به درمان‌های ریشه‌ای به جای درمان‌های تسکینی و زودگذر و با توجه به اقدامات برای گروه‌های خاص مانند کودکان و زنان)

۹-۷) طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت مراکز ارائه دهنده خدمات و جلوگیری از فعالیت مراکز غیر مجاز NA و کمپ‌ها (به ویژه تشویق و آگاه‌سازی برای اجرای پروتکل)

۹-۸) بررسی و ارائه راهکار عملیاتی به منظور افزایش دسترسی به خدمات درمان سوء مصرف مواد و عملیاتی کردن نتایج مطالعه

۹-۹) توسعه درمان در واحدهای درمانی بیمارستانی فعلی

۹-۱۰) طراحی و استقرار سیستم مراقبت و دیده‌بانی از سوء مصرف مواد و الکل

۹-۱۱) تربیت کادر تخصصی مورد نیاز در بخش درمان

۹-۱۲) فراهم کردن دسترسی عادلانه به درمان کیفی و اثربخش با هزینه منطقی

۹-۱۳) تدوین بسته‌های آموزشی خودمراقبتی مرتبط

اقدامات پیشگیری سطح سوم:

۹-۱) کاهش آسیب از طریق: برنامه‌ریزی مناسب، مشارکت در اجرای برنامه مصوب، فرهنگ‌سازی

۹-۲) تعیین داروهای مناسب برای جایگزینی مواد در درمان، تدوین و استقرار بسته حمایت اجتماعی از افراد در حال درمان

۹-۳) تدوین بسته خدمتی مشاوره تخصصی بعد از ترک و استقرار آن

۹-۴) همسویی برنامه‌های درمان و کاهش اثرات درمان‌های متفاوت با یکدیگر

۹-۵) ارتقا وضعیت توانبخشی از طریق: تدوین و استقرار استانداردهای مراکز توانبخشی، بازتوانی بر مبنای رویکردهای علمی، بازسازی مراکز دانشگاهی، توسعه بیمه در توانبخشی، تدوین بسته خدمتی توانبخشی

مبتنی بر جامعه و استقرار آن



خروجی کار گروه علم و فناوری

هدف ۱: پاسخگویی و پوشش کامل نیازهای تحقیقاتی و فناوری نظام سلامت

اقدامات:

- ۱-۱) تعیین و تدوین اولویت‌های تحقیقاتی نظام سلامت
- ۱-۲) تخصیص حداقل ۵۰ درصد اعتبارات تحقیقاتی به اولویت‌های نظام سلامت
- ۱-۳) حمایت ترجیحی از ثبت پتنت‌های بین‌المللی
- ۱-۴) حمایت از انتشار ملی و بین‌المللی نتایج تحقیقات حوزه سلامت
- ۱-۵) تدوین و اجرای نظام جامع حقوق مالکیت فکری

هدف ۲: دستیابی به جایگاه برتر منطقه در تحقیق، توسعه و تولید فرآورده‌های سلامت با فناوری بالا (بیو، نانو، منوکلونال، سلول‌های بنیادی و ...) در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان سریع و مؤثر بیماری‌های قلب و عروق، سرطان، دیابت، آسم، اعتیاد، افسردگی و بیماری‌های نورودژنراتیو

اقدامات:

- ۲-۱) تعیین و تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های تشویقی حوزه علم و فناوری
- ۲-۲) تقویت زیرساخت‌های تحقیق، توسعه و تولید در حوزه‌های با فناوری بالا (آزمایشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، مراکز رشد، پارک‌های علم و فناوری)
- ۲-۳) حمایت‌های دولتی از سرمایه‌گذاری‌های خطرپذیر در حوزه‌های با فناوری بالا
- ۲-۴) توسعه شرکت‌های دانش بنیان

هدف ۳: افزایش نسبت نیروی داروساز از ۲۰ به ۴۰ نفر در یکصد هزار نفر جمعیت کشور

اقدامات:

- ۳-۱) بازنگری دوره‌های آموزش داروسازی مبتنی بر سطوح ارائه خدمات
- ۳-۲) اصلاح ظرفیت پذیرش دانشجوی داروسازی مبتنی بر امکانات آموزشی و نیازهای کشور
- ۳-۳) تاسیس و توسعه دانشکده‌های داروسازی مبتنی بر نیازهای کشور و بهره‌گیری از ظرفیت‌های بخش خصوصی

هدف ۴: ایجاد اشتغال در بخش دارو (تولید، توزیع، واردات، ارائه خدمات، آموزش و تحقیقات) به میزان یکصد و شصت هزار نفر (حداقل ۲۵ درصد داروساز)

اقدامات:

- ۴-۱) توسعه ساز و کارهای رقابت و حذف انحصار در صنعت داروسازی
- ۴-۲) تدوین ضوابط و دستورالعمل ملی مبتنی بر استانداردهای بین‌المللی در حیطه‌های جدید کاری از جمله کارآزمایی بالینی، تحقیق و توسعه و بازرسی دارویی
- ۴-۳) تدوین ضوابط حمایتی برای جلب سرمایه‌گذاری شرکت‌های بین‌المللی در صنعت دارویی
- ۴-۴) اتخاذ سیاست‌های توسعه بازار دارویی و اصلاح اقتصاد دارو
- ۴-۵) حذف تصدی گری دولتی و نهادهای عمومی از بنگاه‌های دارویی (کاهش سهام به کمتر از ۵۰ درصد)
- ۴-۶) توسعه صادرات به میزان حداقل ۵۰ درصد واردات دارو



زیر گروه علم و فناوری

هدف ۱: ارتقای آموزش عمومی جامعه با تأکید بر پیشگیری به میزان ۲ برابر وضع موجود در حوزه سلامت

اقدامات:

- ۱-۱) تعیین وضعیت موجود
- ۱-۲) بهبود روش‌های آموزش
- ۱-۳) ارائه برنامه‌های جدید بر اساس مسائل مهم و کلیدی
- ۱-۴) حمایت صدا و سیما از برنامه‌های پیشنهادی

هدف ۲: آموزش گروه تخصصی با تأکید بر پیشگیری به میزان دو برابر وضع موجود

اقدامات:

- ۲-۱) بازنگری دروس پزشکی عمومی

پیوست ۳

هدف ۳: ارائه روش‌های نوین در عرصه جدید پیشگیری مبتنی بر پژوهش در حوزه سلامت به گونه‌ای که

فناوری سلامت در حوزه پیشگیری به دو برابر وضعیت موجود برسد

اقدامات:

- ۳-۱) تهیه و تدوین سیاست استفاده از فناوری‌های نوین
- ۳-۲) توسعه شرکت‌های دانش بنیان
- ۳-۳) تحول مدیریت تجهیزات



هدف ۴: ارزیابی ۱۰۰ درصد روش‌های پیشگیری در حال اجرا و مشخص کردن مناسب‌ترین اقدامات در راستای ارتقای وضعیت موجود

اقدامات:

- ۴-۱) ایجاد شبکه‌های بیماری
- ۴-۲) ایجاد مراکز تحقیقات مبتنی بر پیشگیری
- ۴-۳) حمایت دولت از تحقیقات
- ۴-۴) تقویت انجمن‌ها و سفارش برنامه‌ها به انجمن‌ها
- ۴-۵) برقراری سیستم ثبت بیماری‌ها

هدف ۵: تولید روش‌های علمی بومی جهت اولویت‌بندی اقدامات پیشگیری از بیماری‌ها به میزان ۲ برابر وضع موجود

اقدامات:

- ۵-۱) تقویت ساختار پیشگیری در وزارتخانه بهداشت
- ۵-۲) تقویت شبکه‌های بیماری
- ۵-۳) تهیه راهنمای ملی برای بیماری‌ها

هدف ۶: دستیابی به مدیریت و مهندسی زیرساخت‌ها در تحقیق و فناوری در نظام پیشگیری به میزان دو برابر وضعیت موجود

اقدامات:

- ۶-۱) تخصیص اعتبارات بالا به تحقیقات در حوزه‌های اولویت‌دار سلامت



۶-۲) حمایت از طرح‌های مبتنی بر تقویت زیرساخت تحقیق، توسعه و تولید

۶-۳) تدوین ضوابط و دستورالعمل‌های ملی در حوزه پیشگیری

۶-۴) بازآرایی مدیریت با فن‌آوری نوین

۶-۵) تحول مدیریت تجهیزات

هدف ۷: تمرکز مطالعات هزینه در مداخلات پیشگیری به میزان دو برابر وضعیت موجود

اقدامات:

۷-۱) تقویت انجمن‌ها و سفارش برنامه‌ها به انجمن‌ها

۷-۲) افزایش دانش مطالعات هزینه در گروه‌های تخصصی

هدف ۸: تربیت نیروی انسانی مورد نیاز بخش سلامت با ویژگی‌های: برخورداری از ایمان و اخلاق اسلامی، روحیه جهادی، دارای علم و تخصص، تجربه و توانمندی، خودباوری، مسئولیت‌پذیری و وظیفه‌شناسی، پاسخگویی و کارآفرینی برای انجام مسئولیت‌های حرفه‌ای) با تأکید بر ورود طیف وسیع‌تری از دانش‌آموختگان علوم پزشکی کشور به دوره‌های تحصیلات تکمیلی

هدف ۹: تحقق کامل و عملکردی ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات بخش سلامت (تعمیق ادغام عملکردی و استفاده بهینه از آن در تمامی سطوح و ابعاد)

هدف ۱۰: تحقق نظام ملی نوآوری سلامت با ویژگی‌های اثربخشی، با هدف تولید، نخبه پروری، حمایت هدفمند از نخبگان و نوآوران عرصه‌های علوم و فنون سلامت

هدف ۱۱: استقرار نظام معتبر آموزش عمومی^۱ به منظور ارتقای مستمر سواد سلامت مردم و اعتلای فرهنگ سلامتی جامعه

اقدامات:

- ۱- طراحی شبکه‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی در کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و استانداردسازی آن‌ها
- ۲- تدوین / اجرا برنامه متناسب سازی کمیت و کیفیت نیروهای گروه پزشکی
- ۳- تدوین سند آمایش سرزمینی و توزیع جغرافیایی نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۴- تدوین سند راهبردی گزینش دانشجو در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۵- تدوین سند راهبردی مرتبط به هیئت علمی در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۶- تدوین سند راهبردی توسعه فناوری و اطلاعات و ارتباطات در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۷- تدوین سند راهبردی توسعه رشته‌ها و مقاطع در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۸- تدوین سند راهبردی ساختار نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۹- تدوین سند راهبردی توسعه فعالیت‌های بین‌المللی در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۰- تدوین سند راهبردی ارتقای مدیریت و رهبری در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۱- تدوین سند راهبردی تعامل با صنعت در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۲- تدوین سند راهبردی تضمین کیفیت اعتباربخشی نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۳- تدوین سند راهبردی تمایز و تفکیک رسالت و فعالیت‌ها در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۴- تدوین سند راهبردی تامین مالی نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۵- تدوین سند راهبردی نظام مقاطع و مدارک آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۶- تعیین جهت‌گیری‌های راهبردی و کلان در اعطای بورس‌های تحصیلی
- ۱۷- طراحی و بازتعریف عرصه‌های آموزشی اعم از بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی آموزشی



خروجی کار گروه سلامت زنان

اهداف راهبردی

- (۱) ارتقای شاخص‌های استاندارد سلامت زنان و پایش و ارزیابی مستمر آنها در سطح کشور و کسب رتبه اول در منطقه
- (۲) ارتقاء شاخص‌های استاندارد سلامت و توانمندسازی زنان و متعادل‌سازی آنها در استان‌های مختلف کشور
- (۳) تأمین خدمات مورد نیاز سلامت زنان متناسب با اولویت‌های آنان
- (۴) بهبود ارتباط و هماهنگی مراکز تحقیقاتی و اجرایی مرتبط با سلامت زنان
- (۵) همگام نمودن نظام سلامت با پیشرفتهای علم و تکنولوژی سلامت زنان در دنیا
- (۶) افزایش تولیدات علمی و فناوری مرتبط با سلامت زنان و اطلاع رسانی متناسب با نیازهای آنان
- (۷) افزایش حضور زنان در سطوح و ابعاد مختلف نظام سلامت و استفاده بهینه از داوطلبان سلامت
- (۸) افزایش حضور زنان و استفاده بهینه از توان و استعداد آنان در سطوح عالی آموزش، پژوهش
- (۹) گسترش و هماهنگی تحقیقات سلامت زنان

جهت گیری‌های استراتژیک

پیوست ۳

حوزه‌های تمرکز:

- وضعیت شاخصهای سلامت زنان در حال حاضر و پایش روند آنها و کاهش بار بیماری‌های زنان
- علم و فناوری‌های مؤثر بر سلامت زنان
- حضور زنان در رشد علم و فناوری
- مسائل و مشکلات سلامتی زنان در حال حاضر و آینده
- لزوم خانواده محوری برنامه های سلامت در جهت تعالی و تحکیم بنیان خانواده
- افزایش کیفیت وایمنی خدمات و مراقبت های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی، تعیین استانداردها و بهره گیری از ساز و کارهای اعتبار بخشی توسط وزارت بهداشت، درمان و



- آموزش پزشکی و استاندارد سازی ارائه خدمات پیشگیری، درمان و مراقبتی برای تمامی گروه‌ها
- بالاخص زنان جهت حفظ کرامت انسانی آنان
- کاهش بار بیماری‌های مختص زنان

الزامات

۱. الزامات اشتغال زایی

- الف) تضمین امنیت شغلی برای زنان در عرصه‌های علمی و پژوهشی و تصمیم‌گیری در نظام سلامت
- ب) بهبود سلامت شغلی ایشان
- ج) تأمین فرصت‌های لازم برای کارآفرینی و خلاقیت زنان
- د) بکارگیری نیروهای انسانی مورد نیاز در مراکز علمی، تحقیقاتی و آموزشی علوم پزشکی
- هـ) شناسایی و جلوگیری فناوری‌های جدید در استفاده از توان زنان در قالب الگوهای جدید شغلی

۲. الزامات مالی

- تأمین منابع مالی لازم برای هریک از اهداف و برنامه‌های کلان سلامت زنان در قالب بودجه عمومی سالیانه سلامت
- تأمین منابع مالی لازم جهت پژوهش‌های مرتبط با سلامت زنان

۳. الزامات همکاری

- الزام به تلفیق دیدگاه سلامتی در کلیه برنامه‌ریزی‌های فرهنگی و اجتماعی دستگاه‌های دولتی و غیردولتی
- الزام به تلفیق دیدگاه‌های فرهنگی - اجتماعی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کلان و عملیاتی وزارت بهداشت در خصوص زنان
- تقویت ارتباط فعال با حوزه‌های علمیه جهت انعکاس موضوعات سلامت زنان به آنان و رفع ابهامات و شفاف‌سازی دیدگاه‌های فقهی در تأمین امنیت و حق سلامت زنان
- ارتباط متقابل بین افراد محقق و علاقه‌مند به انجام تحقیق با وزارت بهداشت



- الزام به همکاری مشترک و ارتباط متقابل با مراکز فعال زنان در نهادهای و دستگاههای مختلف مؤثر بر سلامت زنان
- برگزاری نشستهای فصلی (حداقل) بین نمایندگان دفتر بانوان سازمانهای مختلف جهت بررسی مسائل و رسیدن به راهکارهای مشترک و اقدامات هماهنگ
- انجام تحقیقات بین رشته ای در راستای مسائل سلامتی زنان

۴. الزامات پژوهشی

- شاخصهای استاندارد سلامت زنان را در ایران تعیین نماییم (در مقایسه با اطلاعات who و کشورهای منطقه)
- پایش و ارزیابی شاخصهای سلامت زنان بصورت دوره ای (مثال: ۵ ساله) و تعیین روند
- پژوهش در زمینه عوامل مؤثر فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی که مؤثر بر سلامت زنان است و ارائه راهکارهای ارتقاء آنها
- حمایت از افراد محقق و پژوهشگر بخصوص زنان در عرصه بهداشت و سلامت زنان
- حمایت از افراد محقق و پژوهشگر بخصوص زنان در تکنولوژی و فن آوری و در سایه نوآوری
- مشخص کردن اولویتهای پژوهشی مرتبط با سلامت زنان
- جمع آوری شاخصها و اطلاعات و دادههای مربوط به سلامت زنان در سطح ملی براساس توصیههای سند چشم انداز و قانون اساسی و ...

پیوست ۳

۵. الزامات آموزشی

- گسترش آموزش سلامت در همه سطوح (در زنان - مردان)
 - آموزش رسمی و غیر رسمی
 - رسانه ای
 - جامعه



- توسعه آموزش‌های رسمی نیروی انسانی بهداشتی با توجه به نیازهای سلامت زنان (حتی‌المقدور منطقه‌ای)
- تعیین نیازهای آموزشی سلامت زنان براساس پایه‌های مختلف تحصیلی و آموزشی و لحاظ کردن اولویت‌های سلامت براین مبنا، در برنامه‌های درسی (Curriculum)
- ارتقاء آگاهی زنان و خانواده‌ها از نقش‌ها و مسئولیت‌ها، نیازهای سلامت در مراحل مختلف زندگی (بلوغ، ازدواج و ...) حقوق و تکالیف متقابل زن و مرد در زندگی خانوادگی
- ارتقاء کیفیت زندگی خانوادگی و تعیین الزامات آموزشی و تربیتی آن در سطوح مختلف
- آموزش مهارت‌های ارتباطی برای خانواده با تاکید بر آموزش‌های زن و مرد بطور مجزا
- افزایش سهمیه و افزایش نسبت زنان در دوره‌های تحصیلات تکمیلی
- ایجاد رشته خاص در خصوص مدیریت سلامت زنان (گرایش رشته ای در سطح کارشناسی و کارشناسی ارشد)
- تربیت نیروی انسانی متخصص و پژوهشگر درخصوص سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) زنان
- برداشتن موانع موجود درخصوص آموزش مهارت‌ها و ... درخصوص سلامت زنان
- اضافه نمودن و تکمیل آموزش پزشکی با تأکید بر آموزش‌های ابعاد مختلف سلامت زنان (جسمی، روانی و اجتماعی)
- مهارت آموزی فن‌آوری‌های نوین برای زنان
 - رسمی
 - غیر رسمی
- گسترش روابط علمی و آموزشی درخصوص سلامت زنان با کشورهای منطقه و دیگر کشورهای جهان و تأمین حمایت قانونی و منابع مالی دراین خصوص
- آموزش و توانمندسازی ساختاری (اشتغال زایی و آموزش) زنان خودسرپرست و بدسرپرست (در تأمین حمایت‌های مالی - حقوقی و اجتماعی از آنها)
- گنجاندن درس ورزش در برنامه تحصیلی



• تغییرات Life Style

- آموزش معیارهای صحیح در همسرگزینی و افزایش مهارت‌های آنها در حفظ خانواده پایدار و توانمندسازی دختران و پسران (جوانان) در این خصوص و حفظ خانواده پایدار
- ایجاد رشته مطالعات سلامت زنان در آموزش علوم پزشکی

۶. الزامات نیروی انسانی

- تربیت پژوهشگر ویژه عرصه سلامت زنان با برنامه‌ریزی و تأمین اعتبار لازم
- شناسایی افراد محقق علاقه‌مند به انجام تحقیقات و آموزش در حیطه سلامت زنان
- استفاده از افراد بازنشسته و معلمان، کارکنان وزارت بهداشت در قالب فعالیت‌های محله‌ای و منطقه‌ای بعنوان health Volunteers و یا تقویت و توسعه طرح رابطین سلامت
- توانمندسازی زنان مناطق محروم برای سرویس دادن به عرصه سلامت زنان
- ایجاد بانک اطلاعاتی از افراد محقق و عالم دانشمند در زمینه‌های مسائل و مشکلات زنان و جلب همکاری و حمایت از آنها در این خصوص
- حضور فعال زنان در تمام عرصه‌های تصمیم‌گیری تا اجرا

پیوست ۳

۷. الزامات قانونی، مدیریتی و سیاسی

- تعهد دولت به افزایش سلامت زنان
- بازنگری قوانین در جهت تامین منابع مالی و انسانی در خصوص تحقیقات ناظر بر سلامت زنان
- بررسی تطبیقی قانون مدنی فعلی در زمینه زنان و خانواده با قانون اساسی
- طراحی و تدوین استانداردهای ملی ناظر بر سلامت زنان با توجه به وضعیت اقتصادی و ملی و ... سازگار با استانداردهای بین‌المللی در این خصوص



- آگاهی جامعه از نقش و تاثیر شغل خانه‌داری در سلامت و توسعه اقتصادی، اجتماعی فرهنگی کشور و حمایت از آن
- تعیین قوانین و سازوکارهایی برای همکاری بین‌بخشی با محوریت وزارت بهداشت در طرح و برنامه و اجرای برنامه‌های سلامت زنان
- اتخاذ تدابیر لازم جهت اصلاح قوانین، مقررات و برنامه‌ها و ساختارهای حقوقی، اقتصادی و فرهنگی در راستای حمایت از خانواده با تاکید بر سلامت زنان
- تأمین سازوکارهایی جهت استقلال اقتصادی زنان از طریق:
 - توانمندسازی آنان جهت کمتر وابسته بودن به افراد دیگر در این خصوص و دستیابی به شغل مناسب با شأن و وظیفه زنان
- ارائه قوانین در حمایت از زنان و خانواده در مراجع قانونی
- بازنگری قانون مدنی در راستای تأمین سلامت زنان
- تشکیل کمیته‌های کاری مابین کارشناسان و متخصصین سلامت و متخصصین حوزوی و متخصصین قضایی - حقوقی در رابطه با اصلاح قوانین مدنی فعلی و پیامدهای آن بر سلامت زن و خانواده
- ایجاد تدابیر مناسب جهت پیشگیری و کاهش هرگونه ظلم و خشونت خانوادگی و اجتماعی در تهدید سلامت جسمانی و روانی زنان و حمایت از قربانیان خشونت
- تأمین امنیت اجتماعی برای زنان در فضاهای عمومی
- تضمین امنیت شغلی برای زنان و بهبود سلامت شغلی ایشان
- گنجاندن برنامه‌ها و اهداف ناظر بر سلامت زنان در برنامه‌های توسعه و سلامت کشور
- بازنگری مستمر - ارزشیابی و نظارت بر اجرای سیاستها و برنامه‌های سلامت زنان، طراحی و استقرار نظام پایش و مراقبت آن در نظام سلامت کشور

۸. الزامات نهادی

- مراکز تحقیقاتی سلامت زنان با ترکیب بین رشته ای که به بررسی مسائل سلامتی زنان می پردازند در نقاط مختلف کشور



- ایجاد شبکه مراکز تحقیقاتی سلامت زنان
- تاسیس مراکز رشد مربوط به مداخلات سلامت زنان

راہبردها

جهت دستیابی به اهداف نقشه علمی سلامت زنان و همچنین هماهنگ با سیاست های ارتقاء سلامت زنان مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی راهبردهای زیر پیشنهاد می گردد :

۱. استانداردسازی ارائه خدمات سلامتی و افزایش دسترسی زنان به نیروهای متخصص و همگن خدمات سلامت در ابعاد کمی و کیفی متناسب با نیازهای دوره های مختلف زندگی آنان و رفع موانع فرهنگی اقتصادی و فیزیکی برای دسترسی و استفاده از خدمات مورد نیاز سلامت خود

۲. توجه به تعیین کننده های اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان و ارائه برنامه های مداخلاتی مرتبط

۳. تقویت بنیان خانواده با تاکید بر ارزش های اسلامی و خانواده محوری برنامه های سلامت

۴. تعیین نیازهای آموزشی سلامت زنان و عوامل فرهنگی و اجتماعی و معنوی تاثیرگذار در گروه های مختلف سنی و بر اساس پایه های مختلف تحصیلی و آموزشی تقویت برنامه ها و خدمات و توسعه آگاهی دختران و زنان درخصوص اولویتهای سلامت با توجه به آسیب پذیری شرایط فیزیولوژیک آنان در دوره های مختلف زندگی

۵. تقویت همکاری ها و هماهنگی های بین بخشی در تدوین برنامه های مؤثر بر ارتقای سلامت زنان از طریق شورای عالی سلامت

پیوست ۳

۶. لحاظ کردن اصول اعتقادی، فرهنگی جامعه در اعتبار بخشی مراکز ارائه دهنده خدمات پیشگیری، درمانی و مراقبتی خصوصی و دولتی

۷. بازنگری مستمر، ارزشیابی و نظارت بر اجرای سیاست ها و برنامه های سلامت زنان

۸. گسترش آموزش همگانی و اصلاح نگرش خانواده ها نسبت به رفع تبعیض بین کودکان خود و تقویت جایگاه زنان در خانواده و رفع ظلم و خشونت در جامعه و خانواده

۹. آموزش های ناظر بر موقعیت زنان خانه دار و نقش آنان در سلامت خانواده و جامعه و حمایت رسمی از فعالیتهای نهادهای ذی ربط



۱۰. شناسایی و اتخاذ تدابیر و اقدامات لازم جهت رفع موانع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر ارتقای سلامت زنان و اصلاح قوانین و مقررات و برنامه ها و ساختارهای حقوقی و اقتصادی و فرهنگی در راستای حمایت از خانواده و سلامت زنان

۱۱. توانمندسازی، آموزش، افزایش آگاهی و حمایت از زنان، خانواده و جامعه در خصوص مهارت‌های لازم زندگی با توجه به آموزه‌های دینی و شرایط فرهنگی، بومی و منطقه‌ای در پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی با استفاده از رسانه‌های ملی و جمعی و سازمانهای آموزشی و علمی

۱۲. اتخاذ تدابیر مناسب جهت پیشگیری و کاهش هر گونه ظلم و خشونت خانوادگی و اجتماعی در تهدید سلامت جسمانی و روانی زنان و حمایت از قربانیان خشونت توسط قوه قضائیه، نهادهای فرهنگی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۳. توسعه ارائه خدمات سلامت زنان در مناطق محروم و توانمندسازی آنان در همکاری و مشارکت در عرصه خدمات سلامت

۱۴. فرهنگ‌سازی و اصلاح باورهای جامعه نسبت به جایگاه زنان در حفظ نظام خانواده و تصمیم‌سازی و نقش آنان در سلامت خود، خانواده و جامعه

۱۵. طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت زنان و اطلاع‌رسانی آن در سطوح مختلف جامعه و برای گروههای هدف مختلف (سیاستگذار، مدیران، محققین و جامعه)

۱۶. تقویت ارتباط فعال با حوزه‌های علمیه جهت انعکاس موضوعات سلامت زنان به آنان جهت تأمین امنیت و حق سلامت زنان

۱۷. طراحی و استقرار نظام پایش و مراقبت سلامت زنان در نظام سلامت کشور

۱۸. تولید اطلاعات مربوط به زنان با فرمت قابل مقایسه با اطلاعات جهان و کشورهای منطقه

۱۹. الزام دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور جهت جمع‌آوری داده‌ها و پایش و ارزیابی خدمات مربوط به سلامت زنان و با نیروهای همگن در منطقه و تحت حوزه استحفاظی خود با نظارت و هماهنگی وزارت بهداشت و دفتر امور سلامت زنان

۲۰. ارزیابی مستمر وضعیت سلامت زنان و شناسایی عوامل مؤثر بر بهبود آن و راه‌های تقویت و توسعه آنها با استفاده از شاخص‌های ملی و جهانی

۲۱. افزایش تعداد طرح‌های تحقیقاتی در مورد مسایل سلامت زنان به میزان ده درصد در سال



۲۲. افزایش تعداد مقاله‌های منتشر شده ایندکس شده در نمایه نامه‌های معتبر بین‌المللی در مورد مسایل سلامت زنان به میزان ده درصد در سال

۲۳. هدایت ارزشی فناوری‌ها و بومی سازی آنها

۲۴. ایجاد فضاهای ورزشی اختصاصی بانوان - دختران و زنان (بخصوص در مناطق محروم)

۲۵. حمایت از محققان سلامت زنان بویژه زنان محقق و تشویق و ترغیب و تأمین نیازهای علمی و تحقیقاتی آنان

۲۶. ایجاد فرصت لازم برای زنان و دختران جهت انجام فعالیت‌های فیزیکی

۲۷. رفع موانع موجود در دسترسی آنان به امکانات مورد نیاز و بهینه‌سازی اوقات فراغت آنان (از طریق سازمانهای ذی‌ربط)

۲۸. توجه به تغذیه دختران کودک (شروع از خردسالی تا دبستان بخصوص)

۲۹. توجه به نیازهای سلامت زنان سالمند و معلول

۳۰. حمایت از تحقیقات سلامت زنان و تأمین منابع لازم

۳۱. جلب همکاری بخش خصوصی و مردمی در تحقیقات علمی سلامت زنان

۳۲. اتخاذ سیاست‌ها و انجام اقدامات لازم در پیشبرد آموزش دانش سلامت زنان در متون آموزش پزشکی

۳۳. اتخاذ تدابیر در جهت تأمین و استفاده از منابع تحقیقاتی در جهت اثرگذاری بر خدمات و وضعیت سلامت زنان

پیوست ۳

۳۴. توسعه آگاهی زنان و خانواده‌ها از نقش و مسئولیت‌های متعدد زنان در خانواده و اجتماع و همچنین نیازهای سلامت زنان در مراحل مختلف زندگی اعم از کودکی، بلوغ، ازدواج، باروری، شیردهی، یائسگی و سالمندی

۳۵. تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با نیازهای سلامت زنان و عوامل فرهنگی و اجتماعی تأثیرگذار بر آن از طریق تعامل بین بخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با دستگاه‌های ذی‌ربط

۳۶. آموزش لازم و فعال کردن زنان جهت ارتقای آگاهی و تربیت اعضای خانواده در زمینه شیوه‌های سالم زندگی توسط رسانه‌های ملی و جمعی و وزارت آموزش و پرورش



۳۷. برنامه‌ریزی مناسب جهت دسترسی به خدمات و حمایت‌های ویژه مورد نیاز سلامت برای دختران و زنان آسیب‌پذیر، زنان سرپرست خانوار، خودسرپرست و دارای معلولیت‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی بویژه در مناطق محروم توسط دستگاه‌های ذیربط
۳۸. 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
۳۹. حمایت از ترویج و تسهیل امر ازدواج و تشویق جوانان برای تشکیل خانواده پایدار بر اساس فرهنگ اسلامی - ایرانی و رفع موانع فرهنگی و اقتصادی آن به عنوان عامل مؤثر بر سلامت
۴۰. اتخاذ تدابیر لازم جهت اصلاح قوانین، مقررات و برنامه‌ها و ساختارهای حقوقی، اقتصادی و فرهنگی در راستای حمایت از زنان خانواده با تأکید بر سلامت
۴۱. آموزش و افزایش آگاهی‌های زوجین و آموزش‌های لازم در زمینه حقوق، تکالیف، روابط سالم زناشویی، بهداشت باروری، مهارت‌های ارتباطی، حسن خلق و معاشرت
۴۲. شفاف‌سازی مسئولیت و تقویت نقش و عملکرد دستگاه‌ها و سازمان‌های مختلف در پیشگیری، ایمن‌سازی و کنترل آسیب‌های اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت زنان در راستای برنامه‌های توسعه کشور
۴۳. اتخاذ تدابیر مناسب جهت ارتقای سلامت زنان شاغل و بهبود وضعیت سلامت محیط کار آنها با توجه به نقش‌های خانوادگی (همسر و مادر) و اجتماعی آنان
۴۴. افزایش آگاهی جامعه از نقش و تأثیر شغل خانه‌داری در سلامت و توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و حمایت از آن
۴۵. آموزش و توانمندسازی ساختاری (اشتغال زایی و آموزش) زنان خود سرپرست، بدسرپرست و حمایت‌های حقوقی و مالی و اجتماعی از آنان
۴۶. ساماندهی و هدفمندسازی تسهیلات اشتغال زایی با تأکید بر سه دهک اول درآمدی بویژه زنان خود سرپرست، بد سرپرست معلول نیازمند
۴۷. ارائه قوانین لازم در حمایت از خانواده و زنان در مراجع قانونی و آسیب شناسی عدم اجراء قوانین مصوب
۴۸. بررسی قانون مدنی و بازنگری قانون مدنی در زمینه زنان و خانواده با قانون اساسی در راستای تأمین سلامت زنان و کودکان و سالمندان
۴۹. مشخص کردن اولویت‌های پژوهشی مرتبط با سلامت زنان و ایجاد شبکه تحقیقات سلامت زنان



۵۰. ایجاد مراکز تحقیقاتی سلامت زنان در نقاط مختلف کشور با ترکیب بین رشته ای جهت بررسی مسائل سلامتی زنان و کاهش بار بیماری‌های مختص زنان
۵۱. اصلاح و به روز رسانی کلیه قوانین و دستور العمل‌ها و ضوابط و استانداردها در حوزه نظارت بر مراکز ارائه خدمات پیشگیری درمانی و توانبخشی و ارائه آن توسط نیروهای همگن و رعایت اصول دینی و فرهنگی
۵۲. حمایت و برقراری تسهیلات لازم از مادران باردار شاغل و رشد و تکامل نوزادان، از طریق کاهش ساعات کاری آنان، افزایش مرخصی بعد از زایمان و دوران شیردهی، مرخصی به همسران آنها

مشارکت‌کنندگان در تدوین نقشه

در تدوین سیاست‌های این نقشه که بر مبنای چشم انداز، اصول و ارزش‌های انجام شد و متعاقباً در کمیسیون اجتماعی و فرهنگی مجمع تشخیص مصلحت نظام نیز مطرح شدند این افراد مشارکت داشته اند:

آقای دکتر حسن آقاجانی، آقای مهندس مسعود ابوالحلاج، آقای دکتر حسن امامی رضوی، آقای دکتر امیدوار رضایی، آقای دکتر حسن امین لو، آقای دکتر علیرضا اولیایی منش، آقای دکتر براتی، آقای دکتر محسن پرویز، آقای دکتر مسعود پزشکیان، آقای دکتر تدین، خانم دکتر فرحناز ترکستانی، آقای دکتر حمیدرضا جمشیدی، آقای دکتر سید عباس حسنی، آقای دکتر رسول دیناروند، آقای دکتر محسن رحیمی، خانم دکتر نرگس رستمی گوران، آقای دکتر آرش رشیدیان، آقای دکتر علی رمضانخانی، آقای دکتر عبدالحسین روح الامینی، خانم ظریفه روحنواز، آقای دکتر علیرضا زالی، آقای دکتر محمد زاینده، آقای دکتر محمدحسین سالاریان‌زاده، آقای دکتر سید جمال الدین سجادی، آقای دکتر محمد شریعتی، آقای دکتر محمدرضا شمس اردکانی، آقای دکتر کریم شهرزاد، آقای دکتر حسینعلی شهریاری، آقای دکتر احمد شیبانی، آقای دکتر شهاب الدین صدر، آقای دکتر محمود طباطبایی، آقای دکتر سید امیر حسین قاضی زاده، آقای دکتر مصطفی قانعی، آقای دکتر باقر لاریجانی، آقای دکتر سیدرضا مجدزاده، آقای دکتر رمضان محسن پور، آقای دکتر محمدعلی محقق، آقای دکتر سید علیرضا مرنودی، آقای دکتر علیرضا مصداقی نیا، آقای حسن واعظی، آقای دکتر عباس وثوق مقدم، خانم دکتر مرضیه وحید دستجردی، آقای دکتر کوروش یغمائی

در تدوین کل متن، این افراد نقش داشته اند:

آقای دکتر باقر لاریجانی، آقای دکتر آرش رشیدیان، آقای دکتر مصطفی قانعی، آقای دکتر رسول دیناروند، آقای دکتر محسن پرویز، آقای دکتر علیرضا مصداقی نیا، آقای دکتر حسن آقاجانی، آقای دکتر حسین نیکنام، آقای دکتر علیرضا اولیایی منش، آقای دکتر عباس وثوق مقدم، آقای دکتر حسین ریاضی، دکتر محمد شریعتی، خانم دکتر نرگس رستمی، خانم دکتر کبری جودکی، آقای دکتر عطاءاله پورعباسی، خانم ظریفه روحنواز، آقای دکتر فرشاد فرزادفر، آقای دکتر سیدرضا مجدزاده



اعضای دبیرخانه نقشه تحول نظام سلامت

آقای دکتر سیدرضا مجدزاده، آقای مهندس حمید اسمعیل زاده، خانم دکتر فاطمه رجبی، خانم دکتر نرگس رستمی گوران، آقای مهندس علیرضا همتی، خانم ظریفه روحنواز، آقای دکتر محمدرضا روح‌اللهی، آقای مهندس میثم کاشی‌پور، آقای دکتر عباس وثوق، آقای مهندس سیاوش ملکی فر، خانم دکتر ژیلانا منوچهری مقدم، آقای دکتر حسین ابراهیمی‌پور، آقای دکتر رضا دهنویه، آقای دکتر سیدحامد حسینی، خانم دکتر سمیه نوری حکمت، خانم سمانه عروجی، خانم نسیم قرائیان، خانم زهرا خیری، خانم سلماز سادات نقوی الحسینی، خانم افسانه مددی، خانم صفورا شاهمرادی، خانم افسانه امیدمراد، خانم مژگان فرشادی، خانم سمیه یگانه.

گروه مدیریت دانش دبیرخانه

خانم زهرا خیری، خانم پروانه رنجبر، خانم صفورا شاهمرادی، خانم مهندس معصومه عبدالهی، خانم سمانه عروجی، خانم مژگان فرشادی، خانم مهندس اعظم محمدباقری، خانم سمیرا ملکیان، آقای مهدی مقصود، خانم پرستو منتظر لطف، خانم سلماز سادات نقوی الحسینی، خانم سمیه یگانه



اعضای شرکت کننده در کارگروه‌های نقشه نظام سلامت

کارگروه نظام ارائه خدمات

آقای دکتر حسن امامی رضوی، آقای دکتر محمد شریعتی، آقای دکتر حمید رواقی، خانم دکتر ژیللا منوچهری مقدم، آقای دکتر محمد آقاجانی، آقای دکتر فرید ابوالحسنی، آقای دکتر کوروش اعتماد، آقای دکتر مسعود اعتمادیان، آقای دکتر علیرضا اولیایی منش، خانم دکتر نسرین چنگیزی، خانم دکتر حنان حاج‌محمودی، آقای دکتر سید علیرضا حسینی، خانم دکتر نوشین دانش دهکردی، آقای دکتر بهزاد دمازی، خانم دکتر محبوبه دینی، آقای دکتر حسن راشکی، خانم دکتر فاطمه رخشانی، آقای دکتر سید سجاد رضوی، آقای دکتر محمد زاینده، آقای دکتر فرهاد زمانی، آقای دکتر محمود سروش، آقای دکتر محسن صابری، آقای دکتر سید موسی طباطبایی لطفی، آقای دکتر محمد فتحی، آقای دکتر جمشید کرمانچی، آقای دکتر محمودرضا محقق، آقای دکتر مسعود محمدپور، آقای دکتر نادر مرکزی مقدم، آقای دکتر محمد اسماعیل مطلق، آقای دکتر غلامرضا معصومی، خانم دکتر فرزانه مفتون، خانم شیدا ملک افضلی، آقای دکتر عباس وثوق مقدم، آقای دکتر مسعود باوری، آقای دکتر سید تقی یمانی، خانم فروغ یزدانی

کارگروه نظام تامین مالی سلامت

آقای دکتر حسن امین لو، آقای دکتر حسین سالاریان زاده، آقای مسعود ابوالحلاج، آقای جواد جعفری، آقای دکتر مهدی جعفری سیریزی، خانم مریم رمضانیان، آقای دکتر موسی طباطبایی لطفی، آقای سعید معنوی، آقای دکتر کامبیز منظم، آقای دکتر بهزاد نجفی، آقای دکتر عباس وثوق مقدم، آقای دکتر حمید پوراصغری، آقای دکتر محمد پیریایی، آقای دکتر سیامک عالیخانی، آقای امیر عباس فضائی، آقای دکتر محمود کاظمیان.



کارگروه امنیت غذا و تغذیه

آقای دکتر علیرضا مصداقی نیا، آقای دکتر احمد شیبانی، خانم دکتر زهرا عبداللهی، خانم دکتر نرگس رستمی گوران، خانم دکتر نسرين امیدوار، آقای دکتر غلا محسین آقایا، خانم فاطمه باقرزاده، خانم دکتر پریسا ترابی، آقای دکتر ابوالقاسم جزایری، آقای دکتر مجید حاجی فرجی، آقای دکتر هدایت حسینی، آقای صمد رحیمی سوره، آقای دکتر فریدون سیاسی، خانم دکتر آزاده صفرچی، خانم فرزانه عبادی، مهندس سید رضا غلامی، آقای مجید فراهانی، آقای دکتر حسین قاسمی، آقای دکتر ناصر کلانتری، خانم دکتر فریبا کلاهدوز.

کارگروه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

آقای دکتر علیرضا اولیایی منش، آقای دکتر سیدرمضان محسن پور، خانم دکتر مریم بهشتیان، خانم دکتر فاطمه رجبی، خانم معصومه ابراهیمی توانی، آقای تقی ابوطالب احمدی، آقای دکتر محسن اسدی لاری، آقای دکتر کوروش اعتماد، خانم سهیلا امیدنیا، آقای دکتر پرویز اولیاء، خانم معصومه بالوش، آقای دکتر حامد برکاتی، آقای یوسف بشیری، آقای دکتر اردشیر خسروی، آقای دکتر بهزاد دمار، خانم دکتر محبوبه دینی، آقای دکتر محمدرضا ذاکری، آقای دکتر علی رمضان خانی، آقای دکتر محمد زینلی، خانم دکتر حمیرا سجادی، آقای دکتر سیف ربیعی، آقای دکتر غلامحسین صالحی زلانی، خانم دکتر آمنه ستاره فروزان، آقای دکتر ناصر کلانتری، خانم فرح ناز کریمی، خانم نسرين گودرزی، آقای دکتر سعید مدنی، آقای دکتر مازیار مرادی لاکه، آقای ابراهیم معظمی گودرزی، آقای دکتر حسین ملک افضلی، خانم شیدا ملک افضلی، آقای مومنی، خانم مهرابی، آقای دکتر منوچهر مهرام، آقای دکتر جعفر میعادفر، آقای دکتر عباسعلی ناصحی، خانم دکتر روشنگر وامقی، خانم دکتر مروئه وامقی، آقای دکتر عباس وثوق مقدم

کارگروه نظام مراقبت

آقای دکتر علیرضا مصداقی نیا، آقای دکتر کورش اعتماد، آقای مهندس حمید اسمعیل زاده، آقای دکتر رضا مجدزاده، آقای دکتر افشین استوار، خانم دکتر رعنا امینی، آقای دکتر احسان بیطرف، خانم علییه حجت زاده، آقای دکتر سید علیرضا حسینی، خانم لیلا حسینی، آقای دکتر اردشیر خسروی، آقای دکتر بهرام دلاور، آقای



دکتر علیرضا دلاوری، خانم دکتر محبوبه دینی، آقای دکتر رحیمی، خانم طاهره زیاده، آقای دکتر سید محسن زهرایی، خانم دکتر اشرف سموات، خانم ژانت فرساد، آقای محسن فرهادی، آقای دکتر محمد مهدی گويا، آقای دکتر مطلق، آقای دکتر سعید مهدوی، آقای دکتر سید تقی یمانی

کارگروه فناوری اطلاعات

آقای دکتر باقر لاریجانی، آقای دکتر حسین ریاضی، آقای مهندس حمید اسمعیل زاده، آقای دکتر حجت زراعتی، آقای دکتر نیما اختر دانش، آقای دکتر کوروش اعتماد، آقای مهندس رضا بوستان، آقای دکتر احسان بیطرف، آقای دکتر ماشاله ترابی، آقای دکتر اردشیر خسروی، خانم دکتر محبوبه دینی، آقای مهندس ابوالفضل رضایی، آقای دکتر علیرضا طهرانی یزدی، خانم مهندس سمیه عابدیان، آقای دکتر مقصود عباسپور، آقای دکتر سید هدایت اله فقیه، آقای دکتر علیرضا کاظمی، آقای دکتر کاملی، آقای دکتر عباس نجاری، آقای دکتر سید حسین واثق، آقای دکتر پیمان همتی، آقای مهندس علیرضا همتی

کارگروه مدیریت منابع انسانی

آقای دکتر سید عباس حسنی، آقای دکتر حسین مبارکی، آقای مهندس سیاوش ملکی فر، آقای دکتر عباس انتظاری، خانم محبوبه بیات، آقای دکتر محمود بیگلر، آقای دکتر علی حیرانی، آقای دکتر محمد رهبر، آقای دکتر محمدحسین سالاریان زاده، آقای دکتر غلامحسین صالحی زلانی، آقای دکتر روح اله فردوسی، خانم شیوا مافی مرادی، آقای دکتر سید رضا مظهری، آقای دکتر محمدرضا ملکی، آقای دکتر علیرضا نمازی، آقای دکتر عباس وثوق مقدم، آقای دکتر محمدهادی، آقای مهندس علیرضا همتی

کارگروه علم و فناوری

آقای دکتر مصطفی قانع، آقای دکتر رسول دیناروند، آقای دکتر محمدرضا سیف الهی، آقای مهندس حمید اسمعیل زاده، آقای دکتر حسن ابوالقاسمی، آقای دکتر عباس انتظاری، آقای دکتر پرویز اولیاء، آقای محمدرضا باقری، خانم دکتر طاهره پارسا، آقای دکتر عبدالمجید چراغعلی، آقای دکتر علیرضا حسینی، خانم دکتر



کتایون ربیعی، آقای دکتر محمد رحمتی رودسری، آقای دکتر حسین رستگار، آقای مهندس ابوالفضل رضایی، آقای دکتر کاظم زنده دل، خانم طاهره زیادلو، خانم دکتر زهرا سالاری کیا، آقای دکتر سیدجمال‌الدین سجادی، آقای دکتر سعید سرکار، آقای دکتر کیوان سعیدفر، خانم دکتر اشرف سماوات، آقای دکتر مجید سوری، آقای دکتر حسن شاکری، آقای دکتر اکبر عبدالهی اصل، آقای دکتر محمد فرانش، آقای دکتر حسین کبریایی زاده، آقای دکتر عباس کبریایی زاده، آقای دکتر منصور کشاورز، آقای دکتر حسین کیوانی، آقای دکتر محمد مهدی گویا، آقای دکتر مسعود مردانی، آقای دکتر سید مهران مرعشیان، آقای دکتر نادر ممتاز منش، آقای دکتر محمود نجفی عرب

کارگروه سلامت اجتماعی، روانی و اعتیاد

آقای دکتر عباسعلی ناصحی، خانم سهیلا امیدنیا، آقای دکتر بهزاد دماری، آقای دکتر علیرضا احمدوند، آقای دکتر علی اخوان بهبهانی، آقای علیرضا افشار، آقای دکتر علیرضا اولیایی منش، آقای دکتر محمد امیر امیرخانی، آقای دکتر مهدی امیری، خانم دکتر ترمه ترجمان، آقای مهدی جعفری، خانم دکتر فیروزه جعفری، خانم دکتر فاطمه جواهری، آقای دکتر احمد حاجبی، خانم صحت دادگر، آقای دکتر بهزاد دماری، خانم نیلوفر دیرمانچی، آقای دکتر حسن رفیعی، آقای دکتر امیدوار رضایی، آقای دکتر عزت ا... سام آرام، خانم فاطمه سقا، خانم منیر سید صالحی، آقای سرهنگ جعفر شرافتی پور، آقای دکتر محمدباقر صابری زفرقندی، آقای دکتر کامبیز عباچی زاده، آقای دکتر نادر کیایی، خانم نسرين گودرزی، آقای دکتر سیدرضا مجدزاده، خانم مریم مهربانی، خانم مهرو محمد صادقی قویم، خانم دکتر نادره معماریان، آقای دکتر علی منتظری، آقای دکتر آبتین مهدی پور، خانم دکتر سحرناز نجات، آقای دکتر علی نیک فرجام

کارگروه توانمند سازی جامعه

آقای دکتر حسین ملک افضلی، خانم دکتر فاطمه رخشانی، خانم فرح السادات بحرینی، آقای دکتر بهزاد دماری، آقای اسکانی، آقای سردار قاسم افشار، آقای دکتر مجید آراسته، آقای جواد بهادرخان، آقای دکتر محمدحسین تقدیسی، خانم میترا توحیدی، خانم انسیه جمشیدی، آقای دکتر جعفر جندقی، آقای دکتر جعفر جوادی، آقای دکتر حسن جولائی، آقای دکتر غلامحسن خدائی، خانم دکتر معصومه دژمان، آقای دکتر



ابوالقاسم رضوانی، آقای محمدجواد روزبهانی، آقای ستاری، آقای علی شمس‌نیا، آقای حمید صاحب، آقای دکتر صدری، آقای دکتر ضیاءالدینی، خانم دکتر آمنه ستاره فروزان، خانم سیمین قنبری، آقای مهندس محمدجواد کبیر، آقای دکتر محمد کمالی، آقای دکتر محمدمهدی گل‌مکانی، خانم دکتر زهرا مالکی، آقای دکتر فرخ مختارزاده، آقای دکتر آبتین مهدی پور، آقای دکتر منوچهر مهران، آقای دکتر سید شهرام میرزمانی، آقای دکتر عباسعلی ناصحی، آقای دکتر حسین نحوی نژاد، آقای مهندس بهزاد ولی زاده، آقای محرم یوسفی

سادات

کارگروه سلامت زنان

خانم دکتر عصمت باروتی، خانم دکتر بتول احمدی، خانم سودابه طایری، خانم دکتر ابو صابر، خانم زهراوی، خانم فاطمه علی عسگری، خانم احمدیه، خانم دکتر برادران افتخاری، خانم دکتر فرانک فرزیدی، خانم دکتر فاطمه رخشانی، خانم دکتر فاطمه نیری، خانم دکتر شهربانو نخعی، خانم دکتر یادگاری، خانم دکتر

آقاحسینی



زیر پروژه‌های اطلاعاتی نقشه، مجریان و همکاران

شکل گیری زیر پروژه‌ها، مدیریت آن‌ها و نظارت بر حسن اجرا توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران انجام شده که جای تشکر ویژه دارد.

آینده نگاری نظام مراقبت و گزارش دهی بیماری‌ها در کشور

آقای دکتر افشین استوار، آقای دکتر آیت احمدی، آقای مهندس حمید اسمعیل زاده، آقای دکتر سید حامد حسینی

تبیین جایگاه بخش دارو در نظام سلامت کشور

آقای دکتر سید علیرضا حسینی، خانم دکتر شادان داربوی، آقای مهندس حمید اسمعیل زاده، آقای دکتر رسول دیناروند

نظام جامع علمی نظام پرداخت و تعرفه در چارچوب تدوین نقشه جامع نظام سلامت کشور

آقای دکتر علی اکبری ساری، آقای سعید معنوی، خانم دکتر فرشته ترابی، آقای دکتر علیرضا اولیائی منش، آقای دکتر عباس وثوق مقدم، آقای دکتر کامبیز منظم، آقای دکتر شهرام غفاری، آقای دکتر سید موسی طباطبایی، آقای دکتر محمد عابدیان، آقای دکتر حمید رواقی، آقای دکتر جمشید کرمانچی، خانم راضیه روناسیان

تدوین نقشه مدیریت خطر بلایا در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر علی اردلان، آقای دکتر محمد حسین رجایی، خانم دکتر الهام احمدنژاد، خانم دکتر گلاره جعفری، آقای دکتر سید علی آذین، آقای دکتر وحید ذنوبی، آقای دکتر محمد سرور، آقای دکتر جعفر میعادفر، خانم خورشید وسکویی، آقای دکتر فرید ابوالحسنی، آقای دکتر محمد جواد ملک، آقای دکتر حمید استاد تقی زاده، آقای دکتر عباسعلی ناصحی، آقای دکتر محمد افضلی مقدم، آقای دکتر امیر نجاتی، آقای مهندس اکبرپور،



آقای دکتر مهدی نجفی، آقای دکتر ابوالقاسم امیدوارنیا، آقای دکتر کاظم ندافی، آقای دکتر مهرباب آقازاده، خانم دکتر مهدیه وارث وزیریان، آقای دکتر جواد بابایی، آقای دکتر حسن وطن دوست، آقای دکتر علیرضا جعفری، آقای یزدانی، خانم دکتر کتایون جهانگیری، آقای دکتر کامیار یغمائیان، آقای سرهنگ چالوک، آقای دکتر چراغی، آقای دکتر حریرچی، آقای دکتر سید عباس حسنی، آقای دکتر حمیدرضا خانکه، خانم خانعلی، خانم دکتر محبوبه دینی، آقای مهندس مهدی ذهبی، آقای دکتر مهدی زارع، آقای دکتر احمد سلطانی، آقای دکتر محمود سروش، خانم فرزانه صادقی قطب آبادی، آقای دکتر محسن عباسی، آقای دکتر شهرام علمداری، آقای دکتر حسین کاظمینی، آقای مهندس محمد جواد کبیر، آقای دکتر محمد مهدی گویا، آقای دکتر رضا محمدی، آقای دکتر غلامرضا معصومی، آقای دکتر افشین مقصودی

تدوین ساختار نظام یکپارچه ایمنی غذایی در کشور

آقای دکتر هدایت حسینی، خانم عاطفه فولادی مقدم، خانم فرناز خوشنویسان، آقای دکتر آرش رشیدی، خانم دکتر فریبا کلاهدوز، آقای دکتر سهیل اسکندری، آقای حسن دادخواه، آقای دکتر بهروز جنت

مدل سازی بار بیماری های کشور تا سال ۱۴۰۴

آقای دکتر علی اکبر حقدوست، خانم راضیه خواجه کاظمی، آقای دکتر بهنام صادقی راد، آقای دکتر محمد حسین مهرالحسنی، آقای دکتر رضا دهنویه، آقای دکتر محمد صادق فلاح

تدوین نقشه اعتباربخشی مراکز خدمات درمانی در کشور

خانم دکتر فرزانه مفتون، خانم دکتر مژگان کاربخش، آقای دکتر اسماعیل مشیری، خانم دکتر مژده رضانی، خانم اکرم سجادیان، خانم فریبا رسولی، خانم فاطمه ریاضی، آقای دکتر سید حسن امامی رضوی، آقای دکتر سید سجاد رضوی، آقای دکتر سید محمد صادق مهدوی، آقای دکتر محمودرضا محقق، آقای دکتر عباس وثوق مقدم، آقای دکتر علی حدیدی، آقای غلامعلی جعفری، خانم دکتر لیلا کیکاوسی آران، خانم راحله روحپرور، خانم عطیه صباغیان پیرو، خانم پرستو عابدینی سلیم آبادی، آقای دکتر حمید مهربابی فر، خانم خدیجه دانایی، خانم دکتر پریسا دولتشاهی، آقای صمد خلیفه گری، آقای نعمت اله عباس گودرزی



ترسیم جایگاه سلامت اجتماعی در نظام سلامت کشور؛ بررسی وضعیت موجود و نگاه به آینده

خانم دکتر سحرناز نجات، آقای دکتر علیرضا احمدوند، خانم دکتر لیلا قالیچی، آقای دکتر علی عالمی، آقای دکتر محسن شتی، آقای دکتر بهزاد دماری، آقای دکتر سید رضا مجدزاده

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و عدالت در سلامت در نقشه نظام سلامت

آقای دکتر علیرضا اولیایی منش، خانم دکتر مریم بهشتیان، خانم سیده فاطمه سقا ابوالفضل، دکتر محمدرضا ذاکری، خانم دکتر ساره خاتون شاکریان، خانم حوریه اصلانی، آقای دکتر غلامحسین صالحی زلانی، آقای دکتر آرش رشیدیان، آقای دکتر بهزاد دماری، آقای دکتر سیدرضا مجدزاده، آقای دکتر علی اکبر حق دوست، آقای دکتر حسین ملک افضلی

حوزه فناوری اطلاعات سلامت نقشه نظام سلامت

آقای دکتر حسین ریاضی، آقای دکتر احسان بیطرف، خانم مهندس عابدیان، آقای دکتر نیما اختر دانش، آقای مهندس حمید اسمعیل زاده، آقای دکتر شهرام توفیقی، آقای دکتر حمیدرضا دهقان، آقای دکتر مهدی شیخ الاسلامی، آقای دکتر سید هدایت اله فقیه، آقای دکتر علیرضا کاظمی، آقای دکتر محمد اسماعیل کاملی، آقای دکتر عباس نجاری، آقای دکتر افشین نیاکان، آقای دکتر حسین واثق، آقای دکتر پیمان همتی

تبیین نقش طب سنتی ایران در نظام سلامت ۱۴۰۴

آقای دکتر محمدرضا شمس اردکانی، خانم دکتر حوریه محمدی کناری، آقای دکتر محمود مصدق، آقای دکتر بهزاد ذوالفقاری، آقای دکتر منصور کشاورز، آقای دکتر باقر مینایی، آقای دکتر محسن پرویز، آقای دکتر عبدالعلی محقق زاده، آقای دکتر غلامرضا کردافشاری، آقای دکتر غلامرضا امین، خانم دکتر مهناز خانوی، خانم دکتر فاطمه فرجاد مند



برنامه بلند مدت توسعه کشور در حوزه امنیت غذا و تغذیه

خانم دکتر پریسا ترابی، خانم دکتر ربابه شیخ الاسلام، آقای دکتر مجید حاجی فرجی، خانم دکتر فریبا کلاهدوز، آقای اسفندیار معینی، آقای دکتر ابوالقاسم جزایری، خانم فرزانه صادقی قطب آبادی

پزشک خانواده در نقشه نظام سلامت ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران

آقای دکتر محمد شریعتی، آقای دکتر داوود مقیمی، آقای دکتر محمدرضا رهبر، آقای دکتر حسین کاظمینی، آقای دکتر مجید میرمحمدخانی، آقای دکتر محمد حسن امامیان

سیاست‌های همکاری بین بخشی و مشارکت مردم برای ارتقای سلامت مردم در افق ایران ۱۴۰۴

بخش سلامت

آقای دکتر بهزاد دمار، آقای دکتر عباس وثوق مقدم، آقای دکتر شهرام رفیعی فر، آقای دکتر حسین ملک افضلی، آقای دکتر کامل شادپور

سامانه تولیت و سیاست گذاری در نظام سلامت در چشم انداز سال ۱۴۰۴

آقای دکتر عباس وثوق مقدم، آقای دکتر کامبیز منظم، آقای دکتر بهزاد دمار، آقای دکتر علی اخوان بهبهانی، خانم دکتر نرگس رستمی گوران، آقای دکتر محمدحسین سالاریان زاده، آقای مهندس حمید اسمعیل زاده، آقای دکتر آرش رشیدیان، آقای دکتر حمید رواقی، آقای دکتر ولی اله وجدانی نیا، خانم دکتر مریم رهبری

توصیف و تحلیل وضعیت موجود نقاط تمرکز نقشه تحول نظام سلامت

آقای دکتر عباس وثوق مقدم، آقای دکتر علی اخوان، آقای مهندس حمید اسمعیل زاده، آقای دکتر علیرضا حسینی، آقای دکتر بهزاد دمار، خانم دکتر نرگس رستمی گوران، آقای دکتر محمد حسین سالاریان زاده، آقای دکتر کامبیز منظم



اسامی اعضای پانل‌های بررسی زیر پروژه‌های نقشه

آقای دکتر سهیل اسکندری، آقای مهندس حمید اسمعیل زاده، آقای دکتر کوروش اعتماد، آقای دکتر شهرام توفیقی، آقای دکتر ابوالقاسم پوررضا، خانم دکتر حنان حاجی محمودی، آقای دکتر سلام زاده، آقای دکتر رامین خاکسار، آقای دکتر رسول دیناروند، آقای دکتر آرش رشیدیان، آقای دکتر حجت زراعتی، آقای دکتر سید محسن زهرایی، آقای دکتر محمود سروش، آقای دکتر احمد شیبانی، آقای دکتر سید امیر محسن ضیایی، آقای دکتر سیامک عالیخانی، آقای دکتر کاظمیان، آقای دکتر سیدرضا مجدزاده، آقای دکتر مهرداد محمدی، آقای دکتر غلامرضا معصومی، آقای دکتر کامبیز منظم، آقای دکتر منوچهر مهران، آقای دکتر عباس وثوق مقدم

اسامی همکاران از دانشگاه‌های کشور

آقای دکتر مجید ارجمند، آقای مهدی الوندی، آقای دکتر حسن امامی، آقای دکتر سیدحسن بنی کاظمی، آقای دکتر علی تقی پور، آقای دکتر فرزام بیدارپور، آقای دکتر مهدی پورکیانی، آقای دکتر حبیب جباری رنجبر، آقای دکتر رضا چمن، آقای دکتر کمال حیدری، آقای دکتر محسن رضائیان، آقای دکتر هوشنگ رفیق دوست، آقای دکتر سپهری کیا، خانم فرشته شاه محمدی درمنی، آقای فریدون صابری نژاد، آقای دکتر محمد رضا عابدینی، آقای دکتر علی عالمی، آقای دکتر بابک عشرتی، آقای دکتر سید محمد علوی، آقای دکتر سید عباس علویان، آقای غلامحسین علی احمد، آقای دکتر سید محمد عمرانی، آقای دکتر بهزاد کرمی متین، آقای دکتر محمدرضا کریمی، آقای ماشاء... کلاهدوز، آقای دکتر محمد مهدی مجذوبی، خانم دکتر مهناز مردانی، آقای دکتر محسن میرزایی، آقای دکتر شهریار یزدانی.



اسامی سازمان‌هایی که نکات مهمی از طریق بازخوردهای کتبی برای ارتقای نقشه را منعکس کرده‌اند.

معاونت درمان، معاونت بهداشت، معاونت غذا و دارو، معاونت آموزشی و معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیر مجامع شوراها و هیات‌های امناء، دفتر امور سلامت زنان و دانشگاه‌های علوم پزشکی رفسنجان، کرمان، شیراز، اردبیل، لرستان، قزوین، اهواز، آذربایجان غربی، زابل و قم

