

حکمرانی پاسخگو، رویکرد بنیادین برنامه



دولت مرد
ایران قوی

برنامه کلی

وزیر پیشنهادی

بهداشت درمان و آموزش پزشکی

آقای دکتر بهرام عین اللهی

مرداد ماه ۱۴۰۰

برنامه کلی

وزیر پیشنهادی

بهداشت درمان و آموزش پزشکی

آقای دکتر بهرام عین اللهی

مرداد ماه ۱۴۰۰



فهرست مطالب

صفحه

۴	▪ مقدمه و پیام‌های کلیدی برنامه
۹	▪ خلاصه مدیریتی
۱۰	▪ راهبردها و ابزارهای سیاسی، برنامه اجرایی با اولویت
۱۲	▪ مدیریت همه‌گیری کرونا
۲۰	▪ توصیه‌های محوری در سطح ملی برای مدیریت جامع کووید ۱۹
۲۸	▪ تقویت و استقرار شبکه ملی خدمات سلامت
۳۰	▪ تحول در نظام آموزش و پژوهش علوم پزشکی
۳۱	▪ اسناد بالا دستی
۳۷	▪ کارکردهای محوری نظام سلامت
۵۱	▪ همه‌گیری کرونا
۵۲	▪ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و عوامل فرابخشی
۵۵	▪ کارکرد تولید
۵۶	▪ تامین مالی
۵۶	▪ کارکرد تولید منابع
۵۷	▪ کارکرد ارائه خدمات سلامت
۵۷	▪ نظام اطلاعات سلامت
۵۸	▪ دارو و تجهیزات پزشکی
۶۱	▪ آموزش علوم پزشکی
۷۸	▪ مداخله‌های مبتنی بر بندهای ۱۴گانه سیاست‌های کلی سلامت
۸۴	▪ برنامه جامع توانبخشی و سلامت اجتماعی
۸۹	▪ پیوست: اطلاعات و آمار پشتیبان برای تبیین مناسب‌تر برنامه‌های تدوین شده

پاراادایم و دریچه نگاه وزیرمشیتهادی به حکمرانی

حوزه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور

حکمرانی پانچ‌گانه، رویکرد بنیادین برنامه

پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری مولفه‌های اصلی حکمرانی مطلوب در نظام سلامت هستند. در این برنامه، حکمرانی پاسخ‌گو، متعهد، مسئولیت‌پذیر، آگاه از شواهد، قابل اعتماد، بدون تضاد در منافع و مشارکت‌جو به عنوان رکن تولیت و زیربنای اصلی کار سازمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مد نظر قرار گرفته است.



اصل و اولویت در تصمیم گیری ها، سلامت مردم است.

مقام معظم رهبری

سرعت رشد حوزه بهداشتی و درمانی و ارتباط این حوزه با سایر حوزه هایی که بر سلامت اجتماع تأثیر می گذارد و علاوه بر در الویت بودن عدالت، دسترسی، فراهمی و مشارکت مالی عادلانه، نیازمند بهره مندی از متخصصین بالینی و غیر بالینی توانمند، اثر بخش و پاسخگو باشد.

همانگونه که واضح است، در تحولات اجتماعی و اقتصادی، که بخش بهداشت و درمان نیز از آن مستثنی نیست، بهره مندی از تفکر استراتژیک در راستای تغییر و تحول روزآمد، بهینه سازی فرایندها و مدیریت هزینه در راستای دستیابی به اهداف تعیین شده، امری ضروری و اجتناب ناپذیر است.

تفاوت در طراحی محتوا و مدیریت نظام سلامت باعث ایجاد تفاوت در میزان برونادهای اجتماعی ارزشمند مانند سلامت، پاسخگویی یا عدالت می شود. تصمیم گیرندگان در تمامی سطوح نیازمند این هستند که تفاوت های عملکرد نظام های سلامت را با عدد و رقم نشان دهند، عواملی که بر آن تأثیر می گذارد را شناسایی نمایند و سیاست هایی را تدوین نمایند که در زیر سیستم های نظام در هر کدام از مناطق کشور خدمات سلامت عمومی و خدمات سلامت در بخش خصوصی نیز باید ارزیابی شود.

دسترسی عادلانه همه آحاد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی باعث ارتقای سطح سلامت برای انجام فعالیت های اجتماعی ایجاد فضای رشد و توسعه در جامعه می گردد. بنابراین دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی پیش زمینه ایجاد عدالت است و حق برخورداری از مراقبت های بهداشتی و درمانی باعث ایجاد فرصت های برابر در جامعه خواهد شد.

برنامه خدا

پیام‌های کلیدی برنامه

اصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و بر طرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن و بهداشت و تعمیم بیمه را به عهده حکومت می‌داند. اصل چهل و سوم نیز به وظیفه دولت در قبال تامین نیازهای اساسی مسکن، خوراک و پوشاک، بهداشت و درمان و آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه اشاره می‌کند. شفاف‌تر و برجسته‌تر از همه‌ی مواد قانونی، اصل بیست و نهم قانون اساسی است که اصول و حیطه نظام‌های سلامت و تامین اجتماعی را این چنین مشخص می‌کند: "بر خوداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی و دولت موظف است از محل درآمدهای حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تامین کند".

با وجود قوانین مترقی برای پوشش همگانی خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و علی‌رغم دستیابی به موفقیت‌های غیرقابل انکار در سال‌های پس از انقلاب شکوهمند اسلامی، امروز نظام سلامت با چالش‌ها و مشکلاتی همچون: نابرابری در بهره‌مندی از خدمات سلامت و تحمل بار مالی ناشی از آن، کندی و لختی سازمان کار سلامت در مواجهه با بحران‌ها و مخاطرات سلامتی، همچون همه‌گیری کووید ۱۹، نابرابری در پاسخگویی به انتظارات غیرپزشکی مردم و مغفول ماندن مؤلفه‌های اجتماعی تعیین‌کننده‌ی سلامت، مانند اشتغال، امنیت شغلی، امنیت غذایی، آب سالم، مسکن ایمن، سواد، رفاه، و تکامل دوران کودکی مواجه است. از جمله علل ریشه‌ای این چالش‌ها می‌توان به یکپارچه نبودن ارکان نظام سلامت، به هدر رفتن منابع مالی، تولید و توزیع نامتناسب منابع انسانی، اشکالات ساختاری موجود در نهادهای تصمیم‌گیری و اجرایی، ضعف در سازوکارهای مدیریت و راهبری بین بخشی، تضاد منافع ناشی از حضور همزمان کارکنان در جایگاه‌های ارائه خدمت و مدیریت و نقص چشم‌گیر همکاری بین بخش‌های توسعه نام برد.

ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت که در فروردین ماه ۱۳۹۳ برای نخستین بار پس از انقلاب شکوهمند انقلاب اسلامی از سوی مقام معظم رهبری صورت گرفت، به عنوان مهم‌ترین سند راهبردی سلامت، چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴ در بخش سلامت را مشخص کرده و منطقاً باید محور تدوین تمام برنامه‌های میان مدت و عملیاتی وزارت بهداشت قرار گیرد. بدین ترتیب، برنامه‌ای که ارایه می‌شود با پذیرش بندهای ۱۴ گانه‌ی سیاست‌های کلی سلامت به عنوان راهبردهای کلان، تعهد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به عنوان متولی بخش سلامت را برای اجرایی نمودن این سیاست‌ها نشان می‌دهد.

در این برنامه، برگرفته از اسناد بالادستی و به‌ویژه، سیاست‌های کلی سلامت، ۹ پیام کلیدی برجسته شده و دنبال می‌شود:

پیام نخست:

مشارکت و همکاری کلیه دست‌اندرکاران و ذینفعان سلامت و رفاه جامعه کلید موفقیت و دستیابی به اهداف این سیاست‌ها است.

پیام دوم:

هماهنگی و یکپارچگی با سایر سیاست‌های نظام و کلان‌نگری و جامع‌اندیشی از اصول مورد توجه است.

پیام سوم:

تخصص، حرفه‌ای‌گرایی و مبتنی بر دانش و شواهد بودن تصمیم‌ها موجب افزایش کارایی و کاهش آسیب‌ها است. لذا تحقق سیاست‌های کلی سلامت و وظیفه کلیت نظام و دولت بوده اما راهبری و متولی اصلی همچنان به عهده‌ی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی خواهد بود.

پیام چهارم:

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

پیام پنجم:

برنامه‌ریزی مبتنی بر واقعیت‌ها و توجه به نقاط ضعف و قوت و همچنین فرصت‌ها و تهدیدهای پیشرو در وضعیت موجود کشور به صورت سالانه موجبات توسعه راهبردی نظام سلامت را فراهم خواهد نمود. لذا مسیر پیاده‌سازی راهکارها و تحقق سیاست‌های کلی سلامت به طور همزمان از سه مسیر تدوین قوانین (برنامه‌های توسعه پنج‌ساله و سایر قوانین موضوعی) و مقررات، دستور کار شوراهای راهبردی و کمیته‌های اجرایی وزارت بهداشت خواهد بود.

پیام ششم:

اجرا و پایش برنامه‌ها و اقدامات تدوین شده مبتنی بر راهبردها و سیاست‌ها مستلزم زمانبندی دقیق این برنامه‌ها و اقدامات وابسته است. لذا سیاست‌های کلی سلامت نقشه راه بخش سلامت در سال‌های باقی مانده از چشم انداز ایران ۱۴۰۴ می‌باشد.

پیام هفتم:

توسعه‌ی سلامت محور جامعه، موتور اصلی گردش مستمر چرخ‌های اقتصادی کشور است. براین اساس، سیاست‌های کلی سلامت یک بسته جامع و همه‌جانبه، با هدف پوشش همگانی سلامت^۱ و با نگاه سلامت در همه سیاست‌ها^۲ است. بنابراین اجرای همه سیاست‌های اجرایی آن بصورت هم‌زمان و با در نظر گرفتن قابلیت‌های اجرایی باید مدنظر قرار گیرد.

پیام هشتم:

ارزیابی، رویکردی برای دستیابی به بهبود عملکرد در راستای اجرای سیاست‌ها است. لذا، یکی از اقدامات مهم در تدوین این برنامه، تهیه شاخص‌های ارزیابی تحقق سیاست‌ها و اهداف ذیل آن می‌باشد. در طول مدت اجرای برنامه به‌طور منظم روند تحقق سیاست‌ها و اهداف آن‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌گیرند.

پیام نهم:

هدف غایی نظام سلامت، بهره‌مندی عادلانه مردم از سلامت همه‌جانبه، و پاسخگویی به نیازها و انتظارات منطقی جامعه و محصول مورد انتظار نظام کارآمد، ارتقای سطح سلامت شهروندان، حفاظت مالی از آنان در مقابل هزینه‌های سلامت و جلب رضایت ایشان است. سوگیری مدیران نظام سلامت در این دوره، تحقق کامل هدف غایی نظام سلامت است.

¹ Universal Health Coverage

² Health in all policies

خلاصه‌ی مدیریتی

جامعه‌ای ایرانی در چشم‌انداز ۱۴۰۴، چنین ترسیم شده است: جامعه‌ای پیشرو در مسیر سعادت انسانی که در پرتو نظام سلامتی کارا، عادلانه و نوآور به جایگاه نخست منطقه آسیای جنوب غربی از نظر شاخص‌های سلامت، مرجعیت علمی در علوم و فنون رسیده و قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام باشد.

تلاقی دوره کاری دولت سیزدهم با سال نهایی افق چشم‌انداز سنگینی مسئولیت متولی نظام سلامت و سایر مدیران اجرایی در بدنه‌ی حاکمیت را دوچندان کرده است. براین اساس، برنامه‌ی اجرایی این دوره‌ی کاری که با حوادث مهمی همچون: همه‌گیری کوید ۱۹ و استمرار و تشدید تحریم‌های استکبار جهانی همراه شده، برپایه‌ی حکمرانی پاسخ‌گو بنا شده است.

اولویت‌های اجرایی با توجه به مشکلات روز نظام سلامت تعیین شده و به اجرای آن‌ها حداکثر تا یک‌سال تعهد شده است.

حکمرانی پاسخ‌گو، رویکرد بنیادین برنامه

پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری مولفه‌های اصلی حکمرانی مطلوب در نظام سلامت هستند. در این برنامه، حکمرانی پاسخ‌گو، متعهد، مسئولیت‌پذیر، آگاه از شواهد، قابل اعتماد، بدون تضاد در منافع و مشارکت‌جو به عنوان رکن تولیت و زیربنای سازمان کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مد نظر قرار گرفته است.

اهداف راهبردی برنامه

خود و همکارانم را متعهد به تلاش و جهد عالمانه برای تحقق اهداف راهبردی زیر برای دستیابی به آمل غایی نظام سلامت می‌دانم.

۱. تضمین فراهمی، دسترسی، قابلیت خرید و بهره‌مندی از خدمات پایه‌ی سلامت برای همگان

۲. برقراری عدالت در تامین منابع و بهره‌مندی از خدمات سلامت

۳. افزایش کارایی و اثربخشی نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی

۴. برقراری حفاظت مالی مبتنی بر توانایی پرداخت مردم، در مقابل هزینه‌های خدمات سلامت

۵. بهبود کیفیت خدمات و مراقبت‌ها و کالاهای سلامت محور

۶. حفظ شأن و کرامت مردم هنگام دریافت خدمات سلامت

۷. سرآمدی کشور بین کشورهای منطقه چشم‌انداز در عرصه‌ی تولید دانش و آموزش و پژوهش پزشکی

راهبردها و ابزارهای سیاستی

با نگاه به تجارب بین‌المللی و ارزیابی برنامه‌ی اجرا شده و برزمین مانده‌ی پیشین، برای تحقق اهداف راهبردی، ابزارهای سیاستی زیر را مورد توجه و استفاده قرار خواهیم داد:

۱. چابک‌سازی نظام سلامت در مواجهه با ابروندها، بحران‌ها و مخاطرات سلامتی
۲. تقویت شبکه‌ی آرایه‌ی مراقبت‌های اولیه و خدمات ارتقایی سلامت با اولویت دادن به پیشگیری بر درمان
۳. ایجاد و ارتقای مسئولیت‌پذیری اجتماعی و مشارکت فعال فرد، خانواده، جامعه و نهادهای مدنی در تامین، حفظ و ارتقای سلامت
۴. حمایت‌طلبی برای تبدیل سلامت به گفتمان غالب ارکان حاکمیت و جاری‌سازی سلامت در همه‌ی سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای
۵. بازطراحی نظام آموزش، پژوهش و فناوری علوم پزشکی، با هدف رفع نیازهای سلامتی جامعه در چارچوب سیاست‌های آمایش سرزمین
۶. تقویت تولید و حکم‌رانی نظام سلامت با تفکیک کارکردها و نقش‌ها و استقرار نظام سلامت الکترونیک و برقراری جریان شفاف اطلاعات با درنظرگرفتن محرمانگی اطلاعات فردی و حفظ حریم خصوصی مردم
۷. رصد مستمر و مطالبه‌ی اصلاح تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت
۸. شناسایی و تامین منابع مالی پایدار و اصلاح نظام پرداخت و جبران خدمت
۹. اجتماعی کردن سلامت با تقویت نقش مردم در مراقبت از خود و مشارکت فعال و سازمان‌یافته‌ی آنان در تعیین اولویت‌ها، برنامه‌ریزی، شناسایی و جذب منابع، اجرا و ارزشیابی خدمات و استفاده حداکثری از ظرفیت خیرین سلامت
۱۰. حرکت به سمت خودکفایی کشور در تامین دارو، واکسن، ملزومات و تجهیزات پزشکی، بر اساس نیاز و مبتنی بر منطق ارزیابی فناوری‌های سلامت

برنامه‌های اجرایی با اولویت

تعهد به اجرای این برنامه‌ها در بازه‌های زمانی کوتاه مدت (نهایتاً پایان سال نخست) و میان مدت تا پایان دولت سیزدهم است.

أ. مدیریت همه‌گیری کووید-۱۹

این مداخلات آبی و در اولویت نخست برای کاهش مرگ و میر و ناتوانی بر اثر همه‌گیری کوید ۱۹ به گونه‌ای طراحی و از طریق ارتقای مشارکت همه عناصر حاکمیت و بسیج نیروهای توانمند، اجرا و پایش خواهند شد، که نتایج آن‌ها حداکثر تا ۶ ماه نخست دولت سیزدهم برای مردم ملموس و در بهره‌مندی‌شان از خدمات سلامت اثربخش باشد

برنامه مدیریت جامع کووید-۱۹

با توجه به افزایش موارد ابتلا و مرگ و میر ناشی از کووید-۱۹ در کشور و تأثیرات عمیق در ابعاد مختلف سلامت جامعه این برنامه به عنوان اولویت اصلی نظام سلامت بگونه‌ای تدوین شده است که در کوتاه مدت در صورت اجرا روند افزایشی ابتلا و مرگ ناشی از بیماری را متوقف کرده و در دراز مدت قادر است سطح ایمنی جمعیتی را افزایش دهد.

هر گونه برنامه‌ای در سطح ملی به منظور مدیریت کووید-۱۹ لازمست شامل حمایت همه جانبه از نظام سلامت، استراتژی ملی برای هماهنگی، مدیریت و فرماندهی واحد، برنامه ریزی، طراحی زنجیره و فرایند تامین منابع مورد نیاز از سطح محلی تا بین المللی، به‌مراه رصد و نظارت، حمایت عملیاتی از سازمان‌ها و دستگاه‌های درگیر و در نهایت تحقیق و نوآوری است.

در انجام این مهم تلاش در جهت جلب مشارکت همگانی، مدیریت اطلاعات، توسعه نظام مراقبت و افزایش ظرفیت نظام سلامت، مدیریت تماس‌ها، توجه به جنبه‌های اجتماعی همه‌گیری، حمایت از گروه‌های آسیب پذیر، نظارت بر مبادی ورودی و مدیریت تجمعات به منظور پیشگیری از گردش ویروس و تولید وارینت‌های جدید ویروس، توسعه شبکه آزمایشگاهی و ظرفیت تشخیصی، تدوین پروتکل‌های ملی مراقبتی و درمانی بطور سرپایی یا بستری، تامین خدمات سلامت پایه و غیر کوویدی برای سایر بیماران و در نهایت واکسیناسیون ملی گسترده و سریع با استفاده از واکسن‌های داخلی و سایر واکسن‌های وارداتی به منظور دسترسی به ایمنی جمعیتی و در نهایت برنامه ریزی دقیق برای بازگشایی مدارس و مراکز آموزشی می باشد.



ردیف	متن برنامه	کوتاه مدت	میان مدت	بلند مدت
۱	تقویت نقش و کارکرد ستاد ملی مدیریت همه گیری کووید-۱۹ با حضور وزرا و مدیران مرتبط، نمایندگان مجلس، نمایندگان از قوه قضائیه، نهادهای مذهبی (سازمان تبلیغات اسلامی و شورای هماهنگی حوزه های علمیه) و تعدادی از متخصصین حوزه های مختلف (به پیشنهاد وزیر محترم بهداشت) در سطح ملی و بین المللی با مدیریت ریاست محترم جمهور و/یا معاون اول و با دبیری وزیر بهداشت به منظور فرماندهی و مدیریت واحد کووید-۱۹ و معرفی سخنگو	✓		
۲	تقویت نقش و کارکرد کمیته علمی-مشورتی (با تشکیل زیر کمیته های تخصصی) متشکل از نخبگان و اندیشمندان از حوزه های تخصصی مرتبط شامل متخصصین سلامت، اقتصاد، فرهنگ، امنیت و به منظور تصمیم سازی/سیاست سازی و انجام رصد کلان بیماری، ارزیابی مداخلات و سیاست های ملی و بازبینی برنامه ها و مداخلات با استفاده از ظرفیت دانشگاه ها و مراکز علمی و تحقیقاتی بعنوان رصدخانه و دیده بانی ابعاد مختلف کووید و مشارکت در تولید شواهد علمی مورد نیاز برای تصمیم گیری/تصمیم سازی و سیاست گذاری در ستاد	✓		
۳	تقویت نقش و کارکرد ستاد مدیریت سلامت در کووید ۱۹ در وزارت بهداشت به منظور امکان سنجی توصیه های کمیته علمی، اجرایی کردن مصوبات مرتبط ستاد ملی و مدیریت کلان سلامت در سطح ملی متشکل از کلیه ذینفعان سلامت با شکل گیری کمیته های فرعی	✓		
۴	تقویت نقش و کارکرد ساختار و چارچوب پاسخ ملی به همه گیری از سطح ملی تا محلی (National Response Framework) با محوریت عالی ترین مقام اجرایی ملی/استانی و دستگاهی بر اساس برنامه ملی آمادگی و پاسخ (با استفاده از شبکه مراکز هدایت عملیات EOC) متناظر کمیته علمی و ستاد سلامت (وجود ۳ کمیته در سطح ملی و متناظر استانی شامل ستاد ملی، ستاد وزارتی و کمیته علمی)			
۵	ارزیابی و پایش مداوم خطرات و تاثیرات ناشی از همه گیری و پیش بینی تاثیرات مختلف بیماری	✓	✓	✓



				بر ابعاد مختلف جامعه (سلامت جسمی و روانی، فردی و اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و...) توسط نمایندگان دستگاه های مرتبط در سطح ملی و در سطح استانی و نمایندگان سازمان های مردم نهاد با استفاده از ابزار استاندارد و شواهد علمی (Comprehensive and continue risk assessment) با محوریت ستاد ملی و استانی
✓			۶	تدوین مداوم نقشه توزیع جغرافیای همه گیری و رنگ بندی بر اساس نتایج ارزیابی خطر و پیش بینی سناریو های محتمل ملی و استانی توسط کمیته علمی و مشورتی
✓			۷	تدوین نقشه راه و برنامه جامع پاسخ ملی و استانی بر اساس سناریو های محتمل حداقل برای ۲ سال آینده تا دستیابی به وضعیت ایمن و پایدار بصورت نقشه راه
✓			۸	تدوین برنامه پاسخ سریع، برنامه پاسخ عملیاتی در سطح ملی و استانی بر اساس رصد مداوم خطرات و تأثیرات ناشی از پاندمی متناسب با نقشه خطر ملی و استانی
✓	✓		۹	ارزیابی مداوم مداخلات و سیاست های ملی و استانی توسط تیم مستقل علمی (کمیته علمی- مشورتی) و اصلاح مداوم برنامه ها، سیاست ها و مداخلات ملی بر اساس درس آموخته ها
✓	✓		۱۰	ادغام بانک های اطلاعاتی مرتبط و شکل دهی داشبورد واحد اطلاعات سلامت به منظور مدیریت واحد، جامع و شفاف اطلاعات از سطح ملی تا استانی (ادغام بانک های اطلاعاتی و تعیین سطح دسترسی) در دو سطح تخصصی و عمومی
✓	✓	✓	۱۱	برنامه ریزی در خصوص اعمال، اصلاح یا برداشتن محدودیت های اجتماعی (لاک دان و...) بر اساس ارزیابی مداوم شرایط در سطوح ملی و استانی؛ مبتنی بر شاخص های مرتبط: شدت و قدرت انتقال بیماری، تعداد و روند موارد ابتلای روزانه و ابتلای کل، تعداد موارد بستری، مراجعه کنندگان به مراکز سرپایی و بستری، میزان پوشش واکسیناسیون، جمعیت گروه های آسیب پذیر، ظرفیت پاسخ نظام سلامت و پیش بینی و



ارزیابی تأثیرات این مداخلات بر سلامت، رفاه و جنبه های اجتماعی زندگی مردم. این محدودیت ها می تواند در شرایط اوج بیماری (قرمز) منجر به قرنطینه کامل تا بازگشایی محدود باشد. نظارت و مشارکت نیرو های مسلح و سازمان های نظارتی در این مهم در طول دوره محدودیت ضروری است. از طرفی هماهنگی کلیه دستگاه ها در اعمال محدودیت بسیار مهم است.

۱۲ استخراج و تبیین شاخص های بازگشایی با استفاده از تجارب ملی و بین المللی و تدوین نقشه راه ملی و استانی به منظور بازگشایی هوشمند بر اساس رصد مداوم همه گیری در سطح ملی و استانی (national reopening program)

۱۳ تدوین برنامه جامع حمایت از اقشار و گروه های آسیب پذیر (National Social Protection Program) به اشکال مختلف متناسب با شرایط از پرداخت مستقیم تا معافیت ها و تخصیص وام ها

۱۴ تفویض اختیار عملیاتی به استانداران و مدیران محلی و سیاستگذاری در سطح ملی

۱۵ بازبینی، تبیین و اطلاع رسانی برنامه ملی واکسیناسیون به منظور تسریع واکسیناسیون همگانی

- حمایت از تولید واکسن های داخلی و اخذ مجوز های بین المللی
- تامین مالی ویژه برای واکسیناسیون کووید با بکارگیری تمام ظرفیتهای عمومی و خصوصی کشور
- تامین حداکثری واکسن های تایید شده خارجی بر اساس نیاز
- کمک به منظور تامین سبد واکسن های متفاوت جهت گروه های مختلف بر اساس سند ملی
- تلاش جهت تجاری کردن واکسن های داخلی و ورود به بازارهای جهانی



- استفاده از ظرفیت مشارکت عمومی و نیروهای مسلح بر اساس تجارب ملی و بین‌المللی به منظور تسریع در واکسیناسیون همگانی
- تدوین برنامه‌های استانی واکسیناسیون بر اساس سند ملی و با در نظر گرفتن شرایط محلی
- اطلاع‌رسانی و شفاف‌سازی در خصوص فرایند تولید واکسن‌های موجود و فرایند تأثیرگذاری واکسن توسط متخصصین از طریق رسانه‌ها و فضای مجازی؛
- تدوین و اطلاع‌رسانی برنامه ملی و استانی واکسیناسیون و نظارت دقیق بر توزیع واکسن با رعایت زنجیره سرد
- افزایش درک خطر مردم با آموزش مداوم در خصوص بیماری و تأثیرات آن و نقش واکسیناسیون و رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی در قطع زنجیره بیماری
- مدیریت و جلوگیری از نشر اخبار ضد و نقیض و شایعات و پاسخ سریع و شفاف به رویدادها و اخبار منفی محتمل متناسب به واکسن و مدیریت بیماری؛
- تزریق رسانه‌ای واکسن به افراد سرشناس و با نفوذ برای جلب اطمینان افکار عمومی؛
- تلاش جهت تهیه شیوه‌نامه بر اساس سند ملی برای دسترسی افراد پرخطرتر و گروه‌های آسیب‌پذیر به واکسن و اطلاع‌رسانی گسترده برنامه ریزی دقیق جهت اجرای برنامه
- برنامه ریزی‌های مناسب جهت واکسیناسیون گسترده و دسترسی همگانی به واکسن
- جلب مشارکت اجتماعی و سازمان‌های مردم‌نهاد در توزیع عادلانه واکسن و مدیریت جریان‌های واکسن‌هراسی و ضد واکسن
- تشکیل کمیته ملی تأمین واکسن با بهره‌گیری از توان بخش خصوصی واجد شرایط و سفارت‌خانه‌ها برای واردات واکسن



			<ul style="list-style-type: none"> اطلاع رسانی دقیق و شفاف در رابطه با چگونگی توزیع عادلانه واکسن پایش و نظارت بر تاثیرات سوء و عوارض واکسن ها
✓	✓	✓	<p>۱۶ برنامه جامع ارتقای اعتماد اجتماعی با اطلاع رسانی و شفافیت فرایند مدیریت بیماری و افزایش مشارکت اجتماعی در کلیه برنامه ها</p>
			<p>۱۷ برنامه ریزی عملیاتی و اقدامات به منظور افزایش عدالت و کاهش نابرابری های اجتماعی در همه گیری کووید-۱۹ خصوصاً دسترسی به خدمات بهداشتی، تشخیصی، مراقبتی، درمانی و توانبخشی (تامین واکسن و مراقبت برای سالمندان، معلولین و گروه های آسیب پذیر در منزل با کمک نیرو های بسیجی و داوطلب محلی با نظارت مراکز بهداشتی و درمانی)</p>
✓	✓	✓	<p>۱۸ آموزش مداوم مدیران و مردم بر اساس شواهد علمی مرتبط و قابل اعتماد در خصوص فرایند تشخیص، درمان، توانبخشی، واکسیناسیون و مراقبت در منزل با استفاده از همه ظرفیت های رسانه ای</p>
✓	✓		<p>۱۹ اشتراک تجارب محلی و ملی در سطح بین المللی</p>
✓	✓	✓	<p>۲۰ بهره گیری از ظرفیت مردمی به ویژه بسیج، نیرو های مسلح، روحانیون، سمن ها، خیرین و داوطلبان سلامت در کلیه سطوح برنامه</p>
✓	✓	✓	<p>۲۱ اصلاح و بازبینی نظام مراقبت، توسعه و تقویت سیستم هشدار اولیه در همه گیری و نظارت قاطعانه بر مداخلات و سیاست های ملی و محلی</p>
✓	✓	✓	<p>۲۲ اصلاح و بازبینی برنامه های مرتبط با قطع زنجیره انتقال، کاهش مواجهه عموم مردم با ویروس خصوصاً سالمندان و گروه های آسیب پذیر، مدیریت اطلاعات، حمایت از گروه های آسیب پذیر، کاهش مرگ و میر ناشی از کلیه عوامل و کاهش نابرابری در دسترسی به کلیه خدمات مورد نیاز از جمله واکسیناسیون</p>
✓	✓	✓	<p>۲۳ برنامه ریزی در جهت اجرای صحیح اصول فاصله گذاری اجتماعی/فیزیکی تا دستیابی به وضعیت ایمن و پایدار در جامعه (با توصیه کمیته</p>

علمی و مشورتی) و نظارت دقیق بر اجرای آنها با در نظر گرفتن تنبیهات و جرایم متناسب

۲۴	بیماری‌های فعال و هوشمند به منظور پیشگیری از گسترش بیماری به معنی اطمینان از تشخیص بموقع کلیه موارد بیماری (با بروز علائم و یا تشخیص آزمایشگاهی) تا بهبود کامل، ایزوله کردن بیماران، و ارائه اطلاعات و مراقبت‌های لازم، همزمان شناسایی کلیه تماس‌ها، قرنطینه و پایش وضعیت سلامت و علایم کلیه تماس‌ها برای این منظور توسعه ظرفیت تست و بیماری‌های رایگان در دسترس قرار گرفتن تست خصوصاً در مناطق کم برخوردار و برای کلیه گروه‌های مردم، دسترسی گسترده به تست سریع آنتی ژن و PCR و پوشش بیمه ای تست‌ها	✓	✓	✓
۲۵	مدیریت هوشمند محدودیت سفرها با تاکید بر مسافرت به شهرهای سیاحتی و زیارتی (خصوصاً در ایام تعطیلات) با اعمال ضمانت‌های اجرایی و عملیاتی با استفاده از ظرفیت‌های قضایی، انتظامی و نظامی	✓	✓	✓
۲۶	جرم‌انگاری و اعمال ممنوعیت هرگونه تردد و حضور در هرگونه تجمع انسانی برای مبتلایان	✓	✓	
۲۷	توسعه ظرفیت مراکز بهداشتی و درمانی، مراکز خدمات سرپایی و مراقبت در منزل	✓	✓	✓
۲۸	تصویب قانون جامع قرنطینه در مجلس شورای اسلامی		✓	
۲۹	توسعه و فعال‌سازی طرح شهید قاسم سلیمانی متناسب با شرایط کشور		✓	
۳۰	تدوین و اجرای برنامه جامع سلامت روانی - اجتماعی در پاندمی و دوره‌های پس از پاندمی	✓	✓	✓

منظور از کوتاه مدت تا سه ماه اول وزارت، میان مدت تا ۲ سال اول وزارت، و بلند مدت تا پایان دوره ۴ ساله وزارت می باشد

توصیه‌های محوری در سطح ملی برای مدیریت جامع کووید-۱۹

۱. هماهنگی، برنامه‌ریزی، تامین منابع مالی و پایش برنامه

- راه‌اندازی و توسعه شبکه مراکز هدایت عملیات، ادغام بانک‌های اطلاعاتی و تعیین سطح دسترسی، ارزیابی مداوم و جامع خطر و تاثیرات بیماری با روش علمی و مشارکت کلیه ذی‌نفعان، پیش‌بینی و استخراج سناریوهای محتمل، تدوین برنامه پاسخ سریع و برنامه پاسخ عملیاتی
- ارزیابی مداوم برنامه‌ها و مداخلات ملی با مشارکت دانشگاه‌ها و مراکز علمی و توسط کمیته علمی-مشورتی
- اولویت‌بندی تامین و توزیع منابع بر اساس میزان تاثیر و اثر بخشی مداخلات و برنامه‌های ملی
- ارزیابی مداوم ظرفیت و منابع موجود و نقشه توزیع منابع در سطح کشور
- اشتراک مداوم دانش و تجارب بین کلیه ذی‌نفعان

۲. ارتباطات خطر، مشارکت عمومی و مدیریت اطلاعات و شایعات، اطلاعات متناقض

- راه‌اندازی مرجع ملی اطلاع‌رسانی و مدیریت شایعات و پاسخ به سوالهای پر تکرار با سخنگوی واحد در ستاد ملی، ستاد وزارتی و کمیته علمی و متناظر استانی
- لزوم جلب مشارکت مردم و افزایش اعتماد اجتماعی به منظور تبعیت از توصیه‌های بهداشتی و تامین نیازهای پایه مردم
- تدوین برنامه جامع حمایت اجتماعی از گروه‌های آسیب‌پذیر، خصوصاً برای افراد کم‌برخوردار و مشاغل کوچک به اشکال مختلف
- رصد مداوم عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت و تاثیرات اجتماعی بیماری در گروه‌های مختلف بوسیله رصدخانه ملی اجتماعی
- جلب مشارکت همگانی و سازمان‌های مردم‌نهاد، بسیج، روحانیون در واکسیناسیون، مدیریت تماس‌ها، مراقبت در منزل و مراقبت از سالمندان و گروه‌های آسیب‌پذیر

- جلب مشارکت همگانی در پذیرش و رعایت توصیه های بهداشتی و فاصله گذاری اجتماعی
- تامین اطلاعات مورد نیاز مردم از کانل معتبر و بطور منظم توسط چهره های شناخته شده و قابل اعتماد

۳. توسعه سیستم مراقبت، ارزیابی های اپیدمیولوژیک، مدیریت تماس ها و سازگار کردن توصیه های بهداشتی با شرایط اجتماعی

- توسعه نظام مراقبت از بیماری و تقویت ظرفیت حوزه سلامت به منظور تشخیص به موقع، درمان موارد مثبت، پیگیری و قرنطینه تماس ها، و سازگار کردن مداخلات مرتبط با شرایط اجتماعی و فرهنگی که می توان در سطح کلان زنجیره انتقال را قطع نماید
- مدیریت هوشمند داده های اپیدمیولوژیک بیماری، دریافت اطلاعات موثق از ظرفیت نظام سلامت و آگاهی از فاکتور های خطر و آسیب پذیری ها شواهد لازم برای تدوین توصیه ها و مداخلات ملی را فراهم میکند.
- **تصمیم گیری در خصوص اعمال، اصلاح یا برداشتن محدودیت های اجتماعی (لاک دان و...) لازمست بر اساس ارزیابی مداوم شرایط در سطح محلی و ملی صورت گیرد. شاخص های مرتبط برای این تصمیمات شامل: شدت و قدرت انتقال بیماری، تعداد موارد ابتلای روزانه و ابتلای کل، تعداد موارد بستری، مراجعه کنندگان به مراکز سرپایی و بستری، ظرفیت نظام سلامت و پیش بینی و ارزیابی تاثیرات این مداخلات بر سلامت، رفاه و جنبه های اجتماعی زندگی مردم باشد. این محدودیت ها می تواند در شرایط اوج بیماری (قرمز) منجر به قرنطینه کامل تا بازگشایی محدود باشد. نظارت و مشارکت نیرو های مسلح و سازمان های نظارتی در این مهم در طول دوره محدودیت ضروری است. از طرفی هماهنگی کلیه دستگاه ها در اعمال محدودیت بسیار مهم است.**
- پیشگیری از گسترش بیماری به معنی اطمینان از تشخیص به موقع کلیه موارد بیماری، ایزوله کردن بیماران، و ارائه اطلاعات و مراقبت های لازم، همزمان شناسایی کلیه تماس ها، قرنطینه و پایش وضعیت سلامت و علایم کلیه تماس ها برای این منظور توسعه ظرفیت تست و بیماریابی رایگان در دسترس قرار گرفتن تست خصوصا در مناطق کم برخوردار و برای کلیه گروه های مردم

- قرنطینه و قطع زنجیره بیماری و تشخیص واریانت های جدید بسیار حایز اهمیت است
- مدیریت تمام موارد ابتلا، شناسایی منبع عفونت و پایش تماس ها به منظور فهم الگوی انتقال و تدوین الگوی پایش بعد از واکسیناسیون بسیار حیاتی است

۴. مدیریت مبادی ورودی ملی و استانی، سفر های ملی و بین المللی، مدیریت تجمعات انبوه

- به منظور کاهش خطرات احتمالی لازمست به مسافرین توصیه شود که بطور دایم علایم و نشانه های بیماری را در خود پایش کنند علاوه بر این لازمست در مبادی ورودی ملی و استانی و مرزهای کشور نظام مراقبت و مدیریت موارد مستقر شود. البته بر اساس ارزیابی خطر لازمست در مبادی ورودی امکان ایزوله، ارائه خدمات مراقبتی و درمانی و قرنطینه تماس ها وجود داشته باشد.
- تجمعات انبوه و تعاملات انسانی تاثیر مطلوبی بر سلامت روان و رفاه مردم داشته و در نهایت بر بهبود اقتصاد و سرمایه اجتماعی تاثیر انکار ناپذیری دارد. ولی صدور هر گونه مجوز برای تجمعات لازمست با ارزیابی دقیق خطر به منظور پیش بینی خطرات احتمالی تجمع و ظرفیت های موجود برای مدیریت و کاهش خطرات صورت گیرد.
- با توجه به متغیر بودن خطر لازمست ارزیابی خطر البته با مشارکت خود متولیان و مردم محلی بطور مداوم صورت گرفته و نتایج آن بطور شفاف در اختیار مردم و متولیان قرار گیرد. این امر می تواند ضمن بهبود اعتماد اجتماعی میزان مشارکت را هم افزایش می دهد.
- مدیریت سفر های داخلی و خارجی خصوصا از مناطق پر خطر یا به مناطق پر خطر باید بطور هماهنگ در سطح محلی و ملی لازمست صورت گیرد.

۵. حفظ و ارتقای ظرفیت آزمایشگاهی و تشخیصی

- توسعه خدمات آزمایشگاهی به منظور انجام تست بطور گسترده در دسترس و رایگان اساس مدیریت بیماری است. تست اساس تشخیص موارد و مدیریت خوشه هاست که به دنبال تشخیص بلافاصله می‌توان موارد را ایزوله کرد و تماس‌ها را نیز قرنطینه و در نهایت زنجیره انتقال را می‌توان قطع کرد. دسترسی به تست سریع آنتی ژن و PCR لازمست به طور گسترده و پوشش بیمه‌ای تست‌ها لازمست فراهم شود.
- البته باید امکانات لازم به منظور تشخیص واریانت‌های جدید در کشور نیز فراهم گردد.

۶. پیشگیری و کنترل بیماری، حفاظت از کارکنان نظام سلامت

- تامین ایمنی و سلامت مردم و کارکنان نظام سلامت و حفاظت از منابع نظام سلامت از اولویت‌های مدیریت اپیدمی است.
- به منظور پیشگیری و مدیریت بیماری لازمست برنامه ملی تدوین و با فواصل زمانی مشخص بروزرسانی شود.

۷. مدیریت موارد بیماری، اقدامات و خدمات مراقبتی، درمانی و بالینی

- تظاهرات بالینی کووید بطور دائم در حال تغییر است. از کل مبتلایان ۸۰ درصد دارای علائم خفیف و متوسط و ۱۵ درصد علائم شدید را تجربه می‌کنند و نیازمند مراقبت‌های تنفسی هستند و ۵ درصد هم شرایط بسیار بدی را تجربه می‌کنند و نیازمند خدمات مراقبت ویژه هستند. این گروه مشکلات شدید تنفسی، شوک سپتیک و... را تجربه می‌کنند.
- شواهد علمی عیدیه‌ای وجود دارد که نشان دهنده عوارض ماندگار و دراز مدت این بیماری است از جمله خستگی، اختلالات شناختی که نه تنها مبتلایان به نوع شدید بیماری بلکه مبتلایان به نوع خفیف و متوسط را نیز درگیر خواهد کرد. این عوارض در افراد زیادی مانع بازگشت آنها به زندگی قبل از بیماری می‌شود.
- توسعه ظرفیت نظام سلامت و خصوصاً ظرفیت خدمات توانبخشی از ضروریات است.

۸. حمایت عملیاتی و پشتیبانی و اصلاح زنجیره تامین

- اثر بخشی تخصیص منابع مالی حمایتی و جاری بر اساس شرایط بیماری در سطح محلی و ملی به اشکال مختلف بیشتر خواهد شد. افزایش منابع، توزیع عادلانه، تامین و ذخیره اقلام استراتژیک بر اساس ارزیابی مداوم خطر و پرداخت به موقع و کافی پرسنل و کارکنان نظام سلامت از اولویت های این شرایط است. تامین زنجیره سرد در فرایند واکسیناسیون از ضروریات خصوصا در مناطق کم برخوردار است. با توجه به تغییر نیاز ها در مناطق مختلف لازمست ظرفیت لازم برای تامین منابع در اسرع وقت ایجاد گردد.

۹. تامین خدمات سلامت پایه برای مردم

- توسعه ظرفیت نظام سلامت در این شرایط دارای فوائد کوتاه مدت و دراز مدت است و می تواند ظرفیت نظام سلامت را به استاندارد های منطقه ای و بین المللی نزدیک کند. تامین خدمات سلامت غیر کوویدی مورد نیاز مردم از ضروریات شرایط فعلی است.

۱۰. واکسیناسیون

- تامین واکسن از منابع داخلی و منابع معتبر و تایید شده خارجی در اسرع وقت و انجام سریع و گسترده واکسیناسیون راه حل مهم و اصلی کنترل اپیدمی و اولویت اول ملی است.
- تامین واکسن به تنهایی کافی نیست مدیریت توزیع و انجام واکسیناسیون با رعایت زنجیره سرد و مشارکت آحاد مردم، روحانیون، سازمان های مردم نهاد و... باید در اولویت قرار گیرد. پایش مداوم واکسیناسیون و افراد واکسینه شده نیز باید برنامه ریزی شود. در کنار واکسیناسیون رعایت توصیه های بهداشتی و فاصله گذاری اجتماعی نیز باید مورد نظر باشد.

شواهد استخراج شده از مطالعات

- نیاز مبرم به رسیدگی در دسترسی نابرابر به مراقبت‌های سلامت
- نیاز مبرم به حمایت اجتماعی کافی از خانوارها در دهک‌های پایین درآمدی
- توجه به افزایش تنش / خشونت در خانواده،
- توجه به بحران آموزش کودکان و نوجوانان و تاثیرات آن
- توجه به سالمندان، به ویژه سالمندان در انزوا و دچار اختلال شناختی
- توجه به افراد دارای ناتوانی
- توجه به جمعیت‌های پنهان (*Hidden population*) نظیر سوء‌مصرف کنندگان مواد، افراد دارای رفتار پرخطر جنسی، کودکان کار و خیابان، و سایر جمعیت‌های پرخطر

توصیه‌های سیاستی

- اتخاذ رویکرد چندسطحی (کشوری، استانی، جماعتی)
- اتخاذ رویکرد عدالت‌محور و حساس به گروه‌های در معرض خطر
- اتخاذ رویکرد غیر متمرکز و حساس به تفاوت‌های منطقه‌ای
- اتخاذ رویکرد علمی مبتنی بر شواهد در اقدامات
- استفاده از مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد به ویژه از نوع جماعت‌محور و شوراهای اسلامی شهر و روستا
- هماهنگی و همکاری‌های بخشی و فرابخشی و تعیین نقش و سهم ذینفعان و دستگاه‌ها و تبیین وظایف و حدود انتظارات
- به‌کارگیری فناوری‌های مناسب و روزآمد در زمینه‌ی ارتقاء سلامت
- تأمین منابع و اعتبارات پایدار برای اجرای برنامه‌های ارتقاء سلامت
- ایجاد ضمانت‌های اجرایی (قانونی / مالی / ...) و رفع موانع و تسهیل اجرای مداخلات سلامت
- ایجاد نظام پایش و ارزشیابی برنامه‌های ارتقا سلامت

توصیه‌های اجرایی

- انجام مطالعات به منظور رصد نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت
- انجام مطالعات بومی به منظور رصد تبعات سلامت اجتماعی در مواجهه با همه‌گیری
- تسریع واکسیناسیون سراسری در کشور و تضمین دسترسی برابر به واکسن
- حمایت‌های اجتماعی از دهک‌های پایین جامعه و افراد آسیب‌پذیر که از ثبات و امنیت اقتصادی کافی برخوردار نیستند
- هم‌خوانی توصیه‌های محدود‌کننده با حمایت‌های اجتماعی هدفمند
- حمایت اجتماعی از کودکان و نوجوانان بازمانده از تحصیل و فراهمی امکان دسترسی برابر به آموزش
- فراهمی خدمات اورژانس اجتماعی و مراقبت از قربانیان خشونت
- توسعه خدمات و برنامه‌های نیازمندی‌یابی یا سیاری
- توسعه خدمات اجتماعی و مداخلات غیرحضوری (تلفنی، مجازی)
- تنظیم روش‌های مناسب اطلاع‌رسانی جهت افراد دارای ناتوانی
- تهیه پیوست خاص دستورالعمل‌های مراقبتی برای افراد دارای ناتوانی و مراقبان
- حمایت و انگ‌زدایی از افراد مبتلا و خانواده‌هایشان (جدا کردن هویت فرد مبتلا از بیماری)
- حمایت از انجام فعالیت فیزیکی روزانه مبتنی بر خانه متناسب با شرایط جسمی و سنی (استراتژی رفتاری حیاتی برای پیشگیری از عوارض و پیامدهای استرس روانی - اجتماعی)
- شناخت و استفاده از منابع اطلاع‌رسانی قابل اعتماد
- جمع‌آوری اطلاعات در فواصل منظم از بانک‌های اطلاعاتی معتبر و تفکیک حقایق از شایعات (حقایق می‌توانند در به‌حداقل رساندن کمک‌ترس و تنش کمک‌گند)
- محافظت از خود و پشتیبانی دیگران، کمک به دیگران در زمان نیاز آن‌ها می‌تواند برای سلامت اجتماعی فرد سودمند باشد (همکاری در اجتماع می‌تواند به ایجاد همبستگی در پرداختن به کووید-۱۹ کمک‌کند)
- پشتیبانی عملی و عاطفی از سالمندان و افراد دارای ناتوانی از طریق شبکه‌های غیررسمی (خانواده‌ها)



- انتشار و به اشتراک گذاشتن حقایق ساده درباره همه‌گیری کووید به نحوی که افراد سالمند با / بدون اختلال شناختی، افراد دارای ناتوانی و جمعیت‌های پنهان بتوانند آن را درک کنند. (استفاده از پیام‌های تصویری یا اطلاع‌رسانی در مراکز تجمع جمعیت‌های پنهان)
- آموزش گسترده آحاد جامعه توسط رسانه‌های قابل اعتماد در خصوص ضرورت واکسیناسیون، خود مراقبتی و رعایت توصیه‌های بهداشتی

ب. تقویت و استقرار شبکه ملی خدمات سلامت:

مداخلات فوری:

این مداخلات به گونه‌ای طراحی و از طریق بسیج نیروهای توانمند اجرا و پایش خواهند شد که نتایج آن‌ها حداکثر تا پایان سال نخست دولت سیزدهم برای مردم ملموس و در بهره‌مندی‌شان از خدمات سلامت اثربخش باشد.

۱. ساماندهی نظام ارایه و ارتقای ظرفیت و کیفیت خدمات فوریت‌های پزشکی
۲. تکمیل استقرار و بهره‌برداری از نظام سلامت الکترونیک
۳. توسعه‌ی مراقبت‌های ویژه در پایگاه‌ها و مراکز سلامت متمرکز بر بهره‌مندی افشار آسیب‌پذیر به ویژه زنان، کودکان، سالمندان، شهروندان دارای معلولیت و ساکنین حاشیه شهرها و مناطق محروم از بسته‌ی پایه خدمات سلامت
۴. ایجاد نظام یکپارچه‌ی مددکاری سلامت برای ساماندهی حمایت از بیماران خاص، صعب‌العلاج و نیازمند حمایت
۵. تقویت ساختار و نقش بیمه‌های پایه در مدیریت منابع مالی و خرید راهبردی خدمات سلامت
۶. اصلاح ساختار نظام سلامت به منظور حذف تعارض در منافع، چابک‌سازی در مقابل تحولات و رخدادها، کارآمدی و تفکیک نقش‌ها، برای پاسخگویی به نیازهای جامعه

مداخلات مستمر:

- این مداخلات از آغاز کار دولت در دستور کار وزارت بهداشت قرار خواهد گرفت و تا برون‌دانشان تا پایان دوره‌ی چهارساله منتشر خواهد شد.
۱. برقراری گام به گام به نظام ارجاع و برنامه پزشکی خانواده، مبتنی بر سطح‌بندی خدمات بر بستر سلامت الکترونیک یکپارچه‌سازی نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی کارکردهای نظام سلامت
 ۲. بازتعریف بسته‌ی پایه خدمات سلامت مبتنی بر شرایط همه‌گیرشناسی، اقتصادی، اقلیمی و فرهنگی جامعه
 ۳. تقویت ساختار و کارکرد شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و سایر شوراهای راهبردی نظام سلامت
 ۴. تقویت مدیریت بیماری‌های واگیردار بازپدید و نوپدید، و نیز بیماری‌های بومی (مانند سالک)
 ۵. همگانی‌سازی و ارتقای سلامت دهان و دندان با استفاده از نیروهای حدواسط

۶. چیدمان ساختار و عوامل سلامت روان برای توسعه نشاط اجتماعی و افزایش سطح بهداشت روانی جامعه با مشارکت بین بخشی
۷. توسعه خدمات پرستاری مبتنی بر جامعه و مراقبت در منزل و جلب مشارکت بخش غیردولتی
۸. تأمین منابع مالی پایدار، از طریق شناسایی، گردآوری و تجمیع منابع، ارتقای کارایی و متناسب سازی درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها، و اصلاح و بهینه سازی نظام پرداخت و جبران خدمت
۹. اصلاح معیارها و فرایند توزیع منابع (انسانی، مالی، تجهیزات و ملزومات) با هدف ایجاد عدالت توزیعی و افزایش اثربخشی و کارایی، با توجه به سیاستهای آمایش سرزمین و در چارچوب نظام سطح‌بندی خدمات
۱۰. تقویت نقش مردم در مراقبت از خود و مشارکت فعال و سازمان‌یافته‌ی آنان در تعیین اولویت‌ها، برنامه‌ریزی، شناسایی و جذب منابع، اجرا و ارزشیابی خدمات
۱۱. استفاده حداکثری از ظرفیت خیرین سلامت و جهت‌دهی منطقی به منابع و سرمایه‌های مردمی در بخش سلامت
۱۲. تقویت ظرفیت‌های درونی کشور و پیاده سازی سیاست‌های اقتصاد مقاومتی، به منظور تامین خدمات سلامت، دارو، واکسن، ملزومات و تجهیزات پزشکی، بر اساس ارزیابی فناوری‌های سلامت، با لحاظ نمودن شرایط تشدید تحریم‌های اقتصادی
۱۳. تقویت توریسم سلامت، به منظور افزایش جایگاه والای جمهوری اسلامی در منطقه و افزایش درآمد زایی خصوصا در بخش غیردولتی
۱۴. تنظیم بازار دارویی کشور، به خصوص داروهای اساسی، داروهای بیماران خاص و صعب‌العلاج در شرایط تحریمی پیش رو
۱۵. حذف مقررات دست‌وپا گیر در صدور پروانه‌های تولید دارو، با رعایت استانداردهای ملی و ترغیب داروسازان داخلی به فرمولاسیون و تولید داروهای وارداتی با کمک شرکت‌های دانش‌بنیان

ج. تحول در نظام آموزش و پژوهش علوم پزشکی

۱. بازبینی ساختار و سیاست‌ها و شیوه‌های آموزش عالی علوم پزشکی و بهداشتی کشور مبتنی بر رویکرد جامع نگر به منظور افزایش پاسخ‌دهی به نیاز سلامتی جامعه
۲. ایجاد تعادل بین دوره‌های پایه و تحصیلات تکمیلی با اولویت نیازهای منطقه‌ای کشور
۳. اصلاح سهمیه بندی پذیرش دانشجو برای تامین نیروی انسانی مناطق کمتر برخوردار
۴. تغییر در معیارها و فرایند ارزشیابی و ارتقای اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها مبتنی بر ارزیابی تأثیر آنان در حل مشکلات اساسی کشور و ایجاد قطب‌های تحقیقاتی در مناطق مختلف کشور مبتنی بر آمایش سرزمین
۵. اصلاح نقش و مأموریت مرکز ملی تحقیقات سلامت کشور و سایر موسسه‌های مشابه با هدف نهادینه کردن و تقویت پژوهش‌های نوآورانه، کاربردی و جامعه محور، متمرکز بر مشکلات و نیازهای نظام سلامت
۶. تدوین و جاری سازی سند حمایت از پژوهشگران جوان، کسب و کارهای نوپا (استارت‌آپ) و شتاب‌دهنده‌های دانش‌بنیان و هدایت منابع به سمت پروژه‌های مشترک با شرکت‌های دانش‌بنیان و توسعه پارک‌های علم و فناوری
۷. مأموریت محور نمودن و در صورت نیاز ادغام مراکز تحقیقاتی، به منظور ایجاد هم افزایی، همکاری تیمی و توسعه سیاستگذاری مبتنی بر شواهد

اسناد بالادستی

این برنامه، با استناد به پیام‌های کلیدی اسناد بالادستی و تکالیف با اولویت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قبال آن‌ها تدوین شده و تحقق نهایی این اهداف را نشانه گرفته است. در زیر به مهم‌ترین اسناد بالادستی اشاره می‌شود:

- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- سند چشم‌انداز بیست ساله ج.ا.ا.
- سیاست‌های کلی سلامت
- سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی
- سیاست‌های کلی نظام در بخش پیشگیری و کاهش خطرات ناشی از سوانح طبیعی و حوادث غیرمترقبه
- قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ج.ا.ا.

- نقشه جامع علمی کشور
- نقشه جامع علمی سلامت کشور
- سیاست‌های کلی جمعیت

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

در بند (۱۲) از اصل سوم قانون اساسی به پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیر بیمه اشاره شده است و بندهای (۲) و (۴) از اصل بیست و یکم نیز به ترتیب بر حمایت مادران، بالخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند، و حمایت از کودکان بی‌سرپرست و ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست تاکید دارند. طبق اصل بیست و نهم نیز برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی-درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی و دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک فرد کشور تأمین کند.

همچنین، بر اساس اصل چهل و سوم نیز برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، ضوابطی برای اقتصاد جمهوری اسلامی ایران تعیین شده است که یکی از آنها تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه است.

سند چشم انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران

جامعه ایرانی در افق این چشم‌انداز برخوردار از سلامت، رفاه و امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب است



سیاست‌های کلی سلامت

در بین اسناد بالادستی، سیاست‌های کلی سلامت، دارای اهمیت و اعتبار ویژه‌ای است. هر ۱۴ بند این سیاست‌ها در تدوین برنامه مورد توجه قرار گرفته‌اند. از اهم موضوعات مورد تأکید به این موارد می‌توان اشاره کرد؛ تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین ۳، اولویت پیشگیری بر درمان ۴، ارتقاء سلامت روانی جامعه ۵، ممانعت از تقاضای القائی ۶ نظام سطح‌بندی ۷، راهنماهای بالینی ۸، طرح ژنریک ۹، نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات ۱۰، تأمین امنیت غذایی ۱۱، تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت ۱۲، مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه ۱۳. ارزیابی فناوری‌های سلامت ۱۴، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی ۱۵، اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد ۱۶، شفاف سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها ۱۷، وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت ۱۸، هدفمندسازی یارانه‌های بهداشتی و درمان ۱۹، مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت ۲۰ و توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی ۲۱.

سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی

بند ۷ سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی (با محوریت: تأمین امنیت غذا و درمان و ایجاد ذخایر راهبردی با تأکید بر افزایش کمی و کیفی تولید (مواد اولیه و کالا)) به طور مستقیم با بخش سلامت مرتبط است؛ برخی

- ۳. بند ۲
- ۴. بند ۲-۱
- ۵. بند ۳
- ۶. بند ۵
- ۷. بند های ۵ و ۸
- ۸. بند ۵
- ۹. بند ۵
- ۱۰. بند ۵
- ۱۱. بند ۶
- ۱۲. بند ۷
- ۱۳. بند ۲-۷
- ۱۴. بند ۸-۱
- ۱۵. بند ۹
- ۱۶. بند ۹-۷
- ۱۷. بند ۱۰-۱
- ۱۸. بند ۱۰-۳
- ۱۹. بند ۱۰-۴
- ۲۰. بند ۱۱
- ۲۱. بند ۱۳

بندها نیز از حیث کالا محور بودن بخشی از حوزه های مرتبط با وظایف کمیسیون (به ویژه در بخش سلامت؛ مثل دارو، تجهیزات پزشکی) با این حوزه ها مرتبط هستند، این بندها عبارتند از:

بند ۶؛ افزایش تولید داخلی نهادهها و کالاهای اساسی (بویژه در اقلام وارداتی)، و اولویت دادن به تولید محصولات و خدمات راهبردی و ایجاد تنوع در مبادی تأمین کالاها وارداتی با هدف کاهش وابستگی به کشورهای محدود و خاص.

بند ۸؛ مدیریت مصرف با تأکید بر اجرای سیاستهای کلی اصلاح الگوی مصرف و ترویج مصرف کالاهای داخلی همراه با برنامه ریزی برای ارتقای کیفیت و رقابت پذیری در تولید.

بند ۲۴؛ افزایش پوشش استاندارد برای کلیه محصولات داخلی و ترویج آن.

بند ۱۶ نیز که به؛ صرفه جویی در هزینه های عمومی کشور با تأکید بر تحول اساسی در ساختارها، منطقی سازی اندازه ی دولت و حذف دستگاه های موازی و غیر ضرور و هزینه های زاید، اشاره دارد، به واسطه گستردگی آن به ویژه از حیث ارتباط با دستگاه های اجرایی مرتبط با وظایف کمیسیون دارد باید مورد توجه قرار گیرد.

قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

مواد (۷۰) الی (۸۰) قانون برنامه ششم با حوزه وظایف کمیسیون بهداشت و درمان مرتبط می باشند. بند های مذکور موضوعات مختلفی را شامل می شوند که برخی از آن ها عبارتند از؛ نظام ارجاع و پزشکی خانواده، استقرار پرونده الکترونیک سلامت، طرح نظام دارویی ژنریک، اصلاح نظام پرداخت، بکارگیری راهنماهای بالینی، خرد راهبردی خدمات سلامت، گسترش کمی و کیفی بیمه سلامت، ممنوعیت اشتغال همزمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی، تربیت نیروی انسانی متناسب با نیاز، مالیات بر سیگار، رایگان بودن هزینه آزمایش ژنتیک مددجویان بهزیستی و کمیته امداد امام (ره)، موضوع افزایش نیم درصد حقوق گمرکی برای اختصاص به هلال احمر، افزایش ضریب پوشش بیمه های حمایتی به ۱۰۰ درصد تا پایان مدت اجرای قانون برنامه، حمایت از بیماران روانی مزمن و سالمندان، تدوین برنامه، برقراری، استقرار و روزآمدسازی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی چند لایه، ایجاد پایگاه اطلاعات، سامانه و پنجره واحد خدمات رفاه و تأمین اجتماعی و مبتنی بر شکل گیری پرونده الکترونیک رفاه و تأمین اجتماعی.



سیاست‌های کلی جمعیت

بند ۱: ارتقاء پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری به بیش از سطح جانشینی.
 بند ۳: اختصاص تسهیلات مناسب برای مادران بویژه در دوره بارداری و شیردهی و پوشش بیمه‌ای هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و مؤسسات حمایتی ذی‌ربط.
 بند ۴: تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصلت کانون خانواده و فرزند پروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی- ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری.
 بند ۶: ارتقاء امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، بویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست محیطی و بیماری‌ها.

بند ۷: ترویج و نهادینه‌سازی سبک زندگی اسلامی- ایرانی و مقابله با ابعاد نامطلوب سبک زندگی غربی.
 بند ۷: فرهنگ سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش‌بینی ساز و کار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب.

سیاست‌های کلی نظام در بخش پیشگیری و کاهش خطرات ناشی از سوانح

طبیعی و حوادث غیرمترقبه

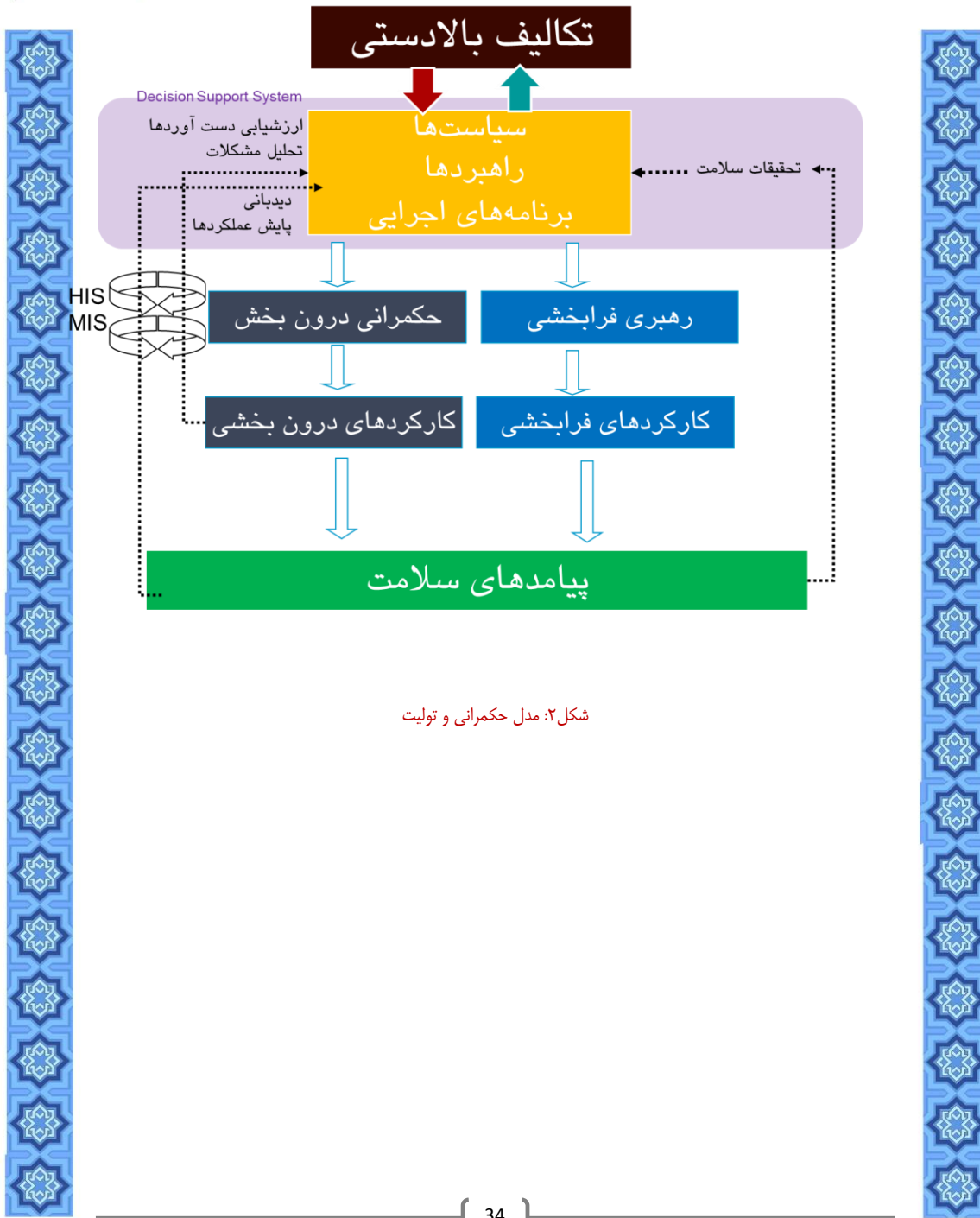
بندهای ۱ تا ۴ از سیاست‌های پیشگیری و کاهش خطرات ناشی از سوانح طبیعی و حوادث غیرمترقبه با حوزه امداد ارتباط دارند، اهم محور بندهای مذکور عبارتند از: آگاهی و آماده‌سازی مسئولان و مردم برای رویارویی با عوارض ناشی از سوانح و حوادث غیرمترقبه، تقویت مطالعات علمی و پژوهشی کاستن از خطرات آن، مدیریت واحد با تعیین رئیس‌جمهور برای آمادگی و اقدام مؤثر و فرماندهی بحران، ایجاد نظام مدیریت جامع اطلاعات برای هشدار بموقع و اطلاع‌رسانی دقیق و بهنگام در زمان وقوع حادثه، آمادگی‌ها و امکانات لازم برای اجرای سریع و مؤثر عملیات جست‌وجو و نجات در ساعات اولیه، امداد و اسکان موقت آسیب‌دیدگان، تنظیم سیاست‌های تبلیغاتی و اطلاع‌رسانی و سازماندهی کمک‌های داخلی و خارجی در زمینه‌های فوق، استفاده از امکانات مورد نیاز بخش‌های مختلف و برنامه‌های جامع علمی برای بازتوانی روانی و اجتماعی آسیب‌دیدگان.

مدل مفهومی برنامه

این برنامه بر مبنای چهار محور اصلی ؛ همراستایی با اسناد بالادستی به ویژه تمرکز بر سیاست های کلی سلامت و تکالیف قانونی وزارت بهداشت به عنوان متولی نظام سلامت با اولویت خدمات پیشگیری و درمان سرپایی، شناسایی وضعیت موجود ، نقاط قوت و ضعف ، فرصت ها و چالش های پیش رو برای رسیدن به وضعیت مطلوب متصور شده در اسناد بالادستی، تدوین شده است.



شکل ۱: تحقق سه هدف عدالت در سلامت ، دسترسی همگانی به سلامت و جامعه سالم



شکل ۲: مدل حکمرانی و تولید



کارکردهای محوری نظام سلامت

برنامه‌های نظام سلامت به منظور دستیابی به اهداف پیش‌گفت، در چارچوب کارکردهای محوری زیر انجام می‌پذیرد:

تولیت

تولیت بخشی از کارکرد یک حکومت که مسئول تندرستی و رفاه جامعه بوده و به میزان اعتماد و مشروعیتی که شهروندان برای فعالیت‌های حکومت قائل هستند، اهمیت می‌دهد. منظور از (حکمرانی و رهبری) در نظام سلامت حصول اطمینان از وجود سیاست‌های کلان و راهبردی و نظارت مؤثر بر اجرای آن، ایجاد زمینه همکاری و تعامل بیشتر، تدوین قوانین و مقررات، طراحی ساختار نظام متناسب با سیاست‌ها و پاسخگویی است. وجود راهبردهای به‌روز و همسو با نیاز سلامتی جامعه، وجود برنامه‌های ملی مرتبط با اولویت‌های سلامت کشور، تولید و انتشار دوره‌های و منظم مستندات و شواهد مربوط به عملکرد نظام و در نظر گرفتن مکانیسم‌های پایش و ارزیابی نظام سلامت، مهم‌ترین نشانگرهای پایش، ارزیابی و تعیین وضعیت حاکمیت و رهبری نظام سلامت است.

ارایه خدمات سلامت

ارائه خدمات سلامت، شناخته شده‌ترین جزء نظام سلامت است و فعالیت‌های مربوط به ارایه مداخله‌ها سلامت مؤثر، ایمن، باکیفیت، در دو سطح فردی و عمومی، با محوریت افراد نیازمند، در زمان و مکان مناسب و با صرف حداقل هزینه را در بردارد. جامعیت، در دسترس بودن، پوشش، تداوم، کیفیت، فرد (بیمار) محوری، مشارکت و مسئولیت‌پذیری از ویژگی‌های یک نظام سالم ارائه خدمات سلامت به شمار می‌روند. تعداد و توزیع تسهیلات ارائه دهنده خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت، خدمات بستری، سرپایی و خدمات حمایت از بیماران خاص و صعب‌العلاج (سرطان، ...) و میزان آمادگی زیرساخت‌های فیزیکی و تجهیزاتی بخش‌های مختلف نظام سلامت از متداول‌ترین نشانگرهای پایش، ارزیابی و تعیین وضعیت این جزء است.

تأمین منابع مالی

منظور از تأمین مالی در نظام سلامت، حصول اطمینان از پایداری منابع، جمع‌آوری پول، انباشت و تخصیص مناسب آن به شیوه‌ای است که در نهایت منجر به پوشش عادلانه نیازهای سلامتی مردم شود. تأمین ذخیره مالی به‌اندازه نیاز، توجه به مشوق‌های مالی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، تأمین پوشش مؤثر خدمات و حفاظت مالی از بروندهای تأمین مالی کارآ و سلامت‌محور هستند. کل هزینه‌های سلامت و سهم آن از درآمد ناخالص داخلی، درصد هزینه‌های سلامت از هزینه‌های کلی دولت، سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوارها برای خدمات سلامت و درصد خانوارهای مواجهه شده با هزینه‌های کمرشکن و فقرزا، متداول‌ترین نشانگرهای پایش، ارزیابی و تعیین وضعیت تأمین منابع مالی نظام سلامت هستند.

آموزش و پژوهش

هدف آموزش توسعه کیفی و کمی هدفمند پاسخگو، جامعه نگر و عادلانه آموزش علوم پزشکی (سلامت) ادغام یافته در عرصه ارائه مراقبتهای سلامت متناسب با نیازهای جامعه و گسترش مرزهای دانش و تربیت افرادی عالم، متخلق به اخلاق اسلامی و حرفه‌ای، توانمند، کارا، جامعه نگر و پاسخگوی نیازهای سلامت جامعه است. در جهت پژوهش، فناوری و نوآوری سلامت تولید علم نافع و تحقق مرجعیت علمی، خود اتکایی در تولید دارو، واکسن و تجهیزات و ملزومات پزشکی می باشد.



نظام سلامت الکترونیکی

نظام‌های اطلاعات سلامت، چهار کارکرد اصلی تولید داده، تدوین، تحلیل، انتشار و استفاده از داده‌ها را در بردارد. یک نظام جامع اطلاعات سلامت، داده‌های موردنیاز را از منابع مختلف داده‌ای نظام سلامت، جمع‌آوری و تحلیل می‌کند و پس از اطمینان از کیفیت، ارتباط و به‌وقت بودن آن، داده‌ها را به اطلاعات قابل‌استفاده برای سیاست‌گذاران سلامت تبدیل می‌نماید. هدف اصلی نظام سلامت الکترونیک، ارتقای سطح کارایی و کارآمدی نظام سلامت با بکارگیری ابزارهای فناوری اطلاعات در مدیریت، پایش، تحلیل و تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد در ارائه خدمات سلامت، است.

توسعه‌ی منابع انسانی سلامت

منابع انسانی سلامت که اصلی‌ترین ورودی نظام سلامت است، مشتمل بر همه‌ی افرادی می‌شوند که قصد و نیت اصلی آن‌ها از ارائه‌ی خدمت، ارتقاء سطح سلامت است. تنوع زیادی از منابع انسانی در بخش سلامت وجود دارد که مدیریت، توان‌مندسازی، توزیع و ماندگاری آنان در مناطق محروم مستلزم برنامه‌ریزی دقیق و شناخت عمیق نیاز بخش بهداشت و درمان است.

دسترسی به دارو، واکسن‌ها و فناوری‌های سلامت

این جزء، ناظر بر توانایی نظام سلامت در فراهم آوردن امکان دسترسی به داروها، واکسن‌ها و فناوری‌های سلامت ایمن، باکیفیت، کارآمد، هزینه‌اثربخش و مصرف مؤثر است. فراهم بودن داروهای اساسی در مراکز دولتی و خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت، دسترسی مردم به داروها و فناوری‌های مورد نیاز سلامت، میانگین قیمت داروها و هزینه‌های پرداختی مردم برای دارو و فناوری‌ها، وجود یک سیاست ملی به‌روز دارویی، تهیه‌ی فرماکوپه‌ی دارویی و درصد پوشش بیمه‌ای جمعیت از متداول‌ترین نشانگرهای پایش، ارزیابی و تعیین وضعیت این جزء هستند.

وضع موجود نظام سلامت

شاخص های کلان

- امید به زندگی : ۷۶.۳۵ (گزارش سازمان ملل ۲۰۱۹)
- امید به زندگی سالم : ۶۳ سال (گزارش بار بیماری ها ۲۰۱۷)
- کیفیت زندگی : ۵۵ (بازه صفر تا ۱۰۰ ، پیمایش ۱۳۹۳)
- شادکامی : رتبه ۱۰۸ (بین ۱۵۰ کشور در سال ۱۳۹۶)
- سنجه مرگ و میر: ۳۹۴ هزار نفر مرگ ایرانیان در سال ۱۳۹۸ رخ داده است که ۲۱۰ هزار نفر مرد و ۱۸۴ هزار نفر زن بودند(مرگ‌های ناشی از کووید ۱۹ لحاظ نشده‌اند). ۵۷ درصد مرگ مردان و ۴۹ درصد مرگ زنان ایرانی زودرس بوده است. حدود ۲۲ درصد مرگ ها زیر ۵۰ سال است.

مهمترین علل مرگ ایرانیان در سال ۲۰۱۷ و تغییرات طی ده سال :

	<input type="checkbox"/> بیماری های قلبی عروقی : ۲۷ درصد افزایش
	<input type="checkbox"/> سکته مغزی: ۱۹ درصد افزایش
	<input type="checkbox"/> آلزایمر : ۱۰۳ درصد افزایش
	<input type="checkbox"/> بیماری های قلبی ناشی از فشار خون بالا : ۵۵ درصد افزایش
	<input type="checkbox"/> دیابت : ۷۶ درصد افزایش
	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن انسدادی ریوی : ۴۰ درصد افزایش
	<input type="checkbox"/> بیماری های مزمن کلیوی : ۵۶ درصد افزایش
	<input type="checkbox"/> صدمات جاده ای : با ۳۱ درصد کاهش
	<input type="checkbox"/> اختلالات نوزادی با ۶۰ درصد کاهش
	<input type="checkbox"/> نواقص مادرزادی با ۵۴ درصد کاهش

پنج علت مرگ زودرس ایرانیان (میانگین سن مرگ ایرانیان در ۱۳۹۷ : مرد ۶۲ سال ، زن ۶۷ سال)

۱. بیماری های قلبی عروقی: ۱۳ درصد افزایش
۲. سکته مغزی : ۸ درصد افزایش
۳. دیابت : ۶۳ درصد افزایش

برنامه وزیریشمنای بهداشت درمان و آموزش پزشکی در دولت سیزدهم

۴. بیماری های قلبی ناشی از فشار خون بالا : ۳۸ درصد افزایش

۵. بیماری های آلزایمر : ۷۳ درصد افزایش

ده علت اصلی ناتوانی ایرانیان در ۲۰۱۷ و تغییرات طی ده سال

۱. اختلالات سردرد(۱۴ درصد افزایش)

۲. کمردرد(۲۳ درصد افزایش)

۳. اختلالات افسردگی(۲۳ درصد افزایش)

۴. اختلالات مرتبط با مصرف مواد مخدر(۲۶ درصد افزایش)

۵. اختلالات اضطراب(۱۰ درصد افزایش)

۶. دیابت(۷۳ درصد افزایش)

۷. گردن درد(۳۰ درصد افزایش)

۸. اختلالات نوزادی(۲۳ درصد افزایش)

۹. کاهش شنوایی مرتبط با افزایش سن(۳۲ درصد افزایش)

۱۰. نابینایی و اختلالات بینایی(۲۶ درصد افزایش)

وضعیت عوامل خطر بیماری ایرانیان در ۲۰۱۷ و تغییرات طی ده سال

۱. رتبه اول : فشار خون

۲. رتبه دوم : رژیم غذایی نامطلوب

۳. رتبه سوم : قند خون بالای ناشتا

۴. رتبه چهارم : توده بدنی بالا

۵. رتبه پنجم : دخانیات

۶. رتبه ششم : سوء تغذیه (کاهش یافته)

۷. رتبه هفتم : کلسترول بالا



برنامه زیرپیشنهادهای بهداشت درمان و آموزش پزشکی در دولت سیزدهم



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

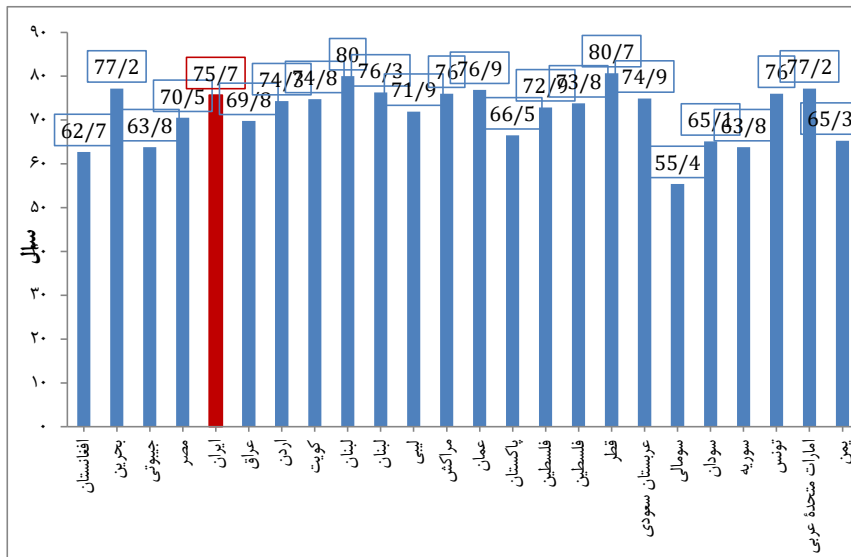
۸. رتبه هشتم: مواد مخدر

۹. رتبه نهم: آلودگی هوا

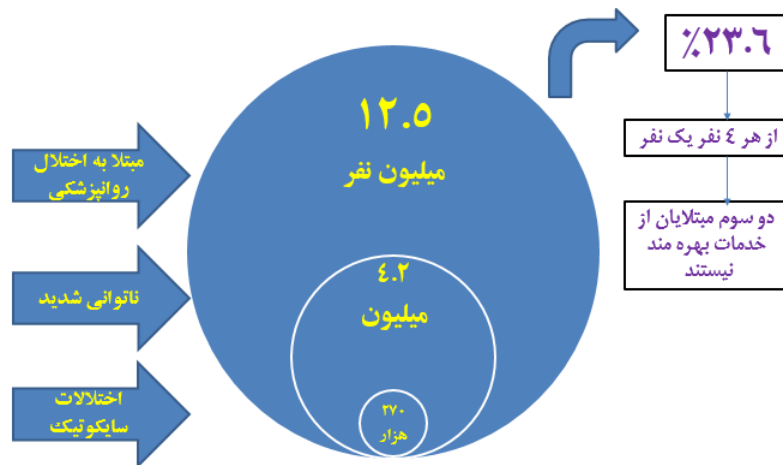
۱۰. رتبه دهم: عملکرد بد کلیه



شاخص امید به زندگی



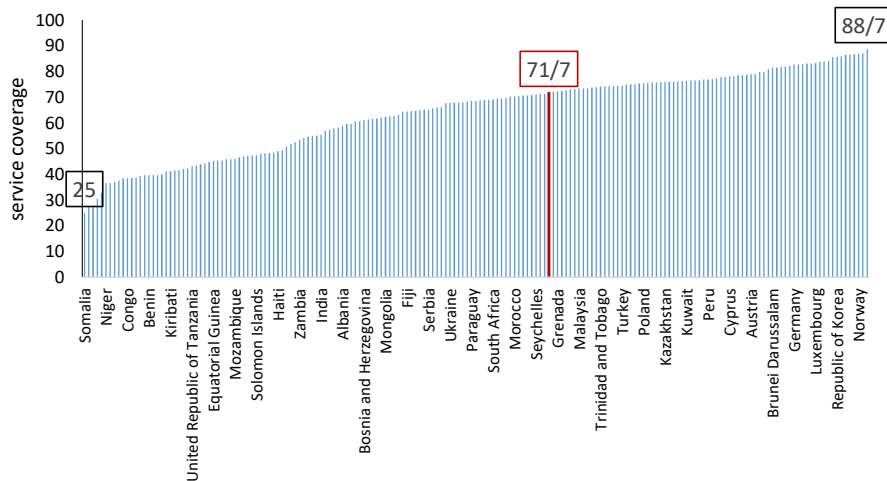
پیمایش ملی سلامت روان: ۱۳۸۹-۱۳۹۰





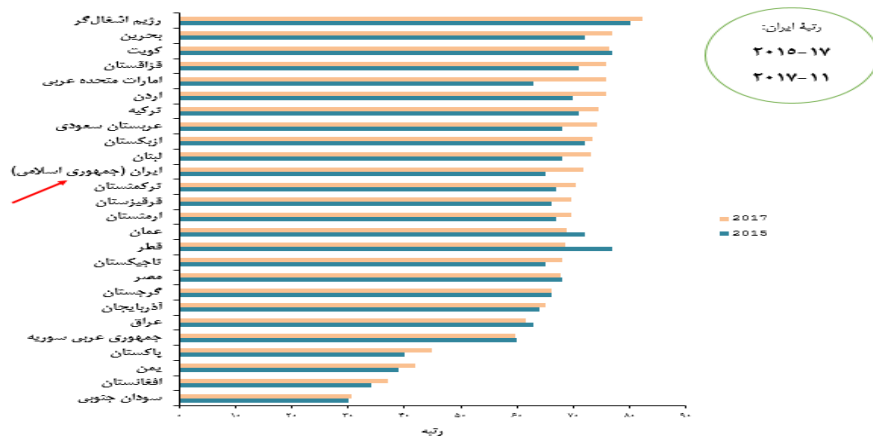
پوشش خدمات سلامت

- پوشش جمعیت روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (۲۶.۹۵۱.۰۰۰ نفر)
 - پوشش جمعیت عشایر (۱ میلیون ۲۰۰ هزار نفر)
- پوشش جمعیت شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر (۵۶.۱۲۴.۰۰۰ نفر)
 - پوشش جمعیت حاشیه نشین و سکونتگاه های غیر رسمی (حدود ۱۱ میلیون نفر)
- حدود ۹ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر بیمه شده رایگان یا فاقد هرگونه پوشش بیمه پایه درمانی
- جایگاه پوشش خدمات سلامت ایران در مقایسه جهانی





جایگاه ایران از نظر شاخص پوشش سلامت در بین کشورهای منطقه سند چشم‌انداز بیست‌ساله





وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

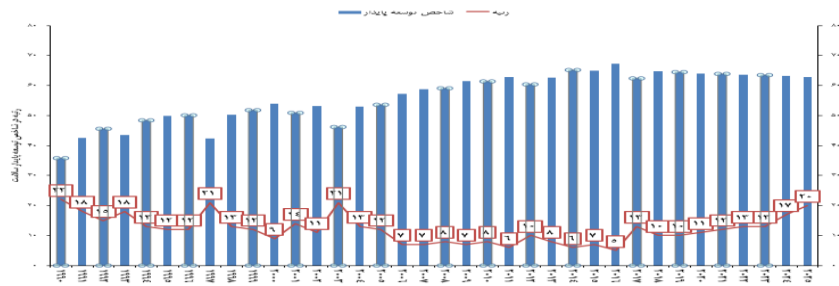
برنامه وزیریشتمادی بهداشت درمان و آموزش پزشکی در دولت سیزدهم



جایگاه ایران از نظر توسعه پایدار سلامت در بین کشورهای منطقه سند چشم‌انداز بیست‌ساله - سال ۲۰۱۹ (۱۳۹۸-)

Country	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Palestine/Occupied	88	88.5	89.4	90.4	91.4	92.4	93.4	94.4	95.4	96.4	97.4	98.4	99.4	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
Jordan	54.9	52.8	50	50.9	51.7	52.7	53.9	55.1	56.3	57.5	58.7	59.9	61.1	62.3	63.5	64.7	65.9	67.1	68.3	69.5	70.7	71.9	73.1	74.3	75.5	76.7	77.9
Kuwait	55.1	58.8	62	62.8	63.9	65.3	66.8	68.3	69.8	71.3	72.8	74.3	75.8	77.3	78.8	80.3	81.8	83.3	84.8	86.3	87.8	89.3	90.8	92.3	93.8	95.3	96.8
Bahrain	53.8	54	54.3	54.8	55.1	55.5	55.8	56.5	57.2	58	58.2	60.2	61.2	62	62.7	63.7	64.8	65.7	66.8	67.8	68.8	69.8	70.8	71.8	72.8	73.8	74.8
Armenia	52.2	52.4	51.1	52.1	53.2	54	54.8	55.8	56.2	57	58.4	59.5	60.8	62	63.1	64.3	65.5	66.7	67.9	69.1	70.3	71.5	72.7	73.9	75.1	76.3	77.5
Pakistan	38.9	47.2	48.8	49.1	49.4	51.2	51.9	52.4	52.9	53.2	53.2	52.9	52.9	52.9	53.4	54	54.2	55.9	56.3	57.1	58	58.8	59.1	62.1	62.9	63.3	63.7
Turkmenistan	52.1	52	52.3	51.8	51.8	52.3	52.3	52	52.8	53.5	54.7	55.4	56.3	56.5	56.5	56.2	56.3	57.8	58.9	59.5	60.7	62	63.2	64.3	65.3	66.3	67.3
Turkey	59.8	57.1	54.5	52.5	50.7	50.6	42.1	44.2	43.2	37.8	40	40.4	40	40.3	51.3	52.2	54.5	56.8	58.3	59.1	60.1	62.2	63	63.8	64.5	65.2	65.9
Uzbekistan	51.8	52.1	51.4	52.4	52.5	52.8	53	53.7	54.1	52.5	53.9	54.7	55.3	55.5	55.5	54.8	56.4	57.2	57.8	58.1	58.9	59.3	60.6	61.4	62.5	63.7	64.8
Iran	42.8	42.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6	43.6
Oman	43.8	44.6	45.5	46.2	47.4	48	48.8	49.5	50.1	50.6	51.1	52.5	52.9	48.7	54.4	54.8	55.3	55.9	56.7	56.8	53.9	54.7	56.7	56.9	61.6	61.8	62.9
Syria	48.2	46.1	46.9	46.4	50.6	51.8	52.8	53.5	54.5	55.5	56.5	58.1	58.4	58	58	59.8	60.8	62.2	62.5	63.3	63.8	61.4	62.2	60.1	58.4	58.1	58.9
Azerbaijan	46.4	46.3	43.9	44.2	43.8	44.3	45.7	44.1	45	43.3	43.7	43.9	43.9	43	51	52.3	53.5	54.7	56.2	56.2	58.1	58.1	62.2	61.1	61.8	62.7	62.8
UnitedArabEmirates	49.4	49.4	50.2	50.6	51	51.3	51.8	52.4	52.8	52.8	52.8	53.8	53	53	52.7	53.5	54	54.9	55.4	56.1	56.6	57.5	58.1	58.5	58.6	60	60.7
Georgia	62.7	62.2	61.9	61.5	61.4	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3	61.3
Kazakhstan	48.7	48	47.2	47.8	48.4	49.1	49.4	49.2	49.1	49.2	49.1	49.2	49.1	49.2	49.1	49.2	49.1	49.2	49.1	49.2	49.1	49.2	49.1	49.2	49.1	49.2	49.1
Qatar	58.2	58	57.9	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8	57.8
Kyrgyzstan	45.6	45.6	41.4	46	47.4	48.4	47	47.3	47.4	46.5	47.4	46.5	47.1	47.1	46.3	46.7	47.3	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7
SaudiArabia	42.7	44.2	46	47.4	48.8	49.3	49.9	50.6	51.2	51.7	52.3	52.8	53.4	53.9	54.5	55.1	55.7	56.3	56.8	57.4	57.9	58.5	59.1	60.5	61.2	61.8	62.4
Iraq	52.1	55.9	56.1	56.2	56.4	56.6	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8	56.8
Tajikistan	48.9	45.7	39	42.2	44.4	44.5	43.4	42.5	41.7	44.4	47.2	47.2	48.9	48.5	48.5	48.4	48	48.7	52.2	51.3	48.9	34.7	35	36.5	34.6	36.2	36.9
Lebanon	36	39.2	43	40.9	41.8	43.5	44.2	45.1	46.4	46.9	47.3	47.8	47.8	48.5	48.2	47.8	48.4	47.8	48.7	49.8	50.8	51.8	52	52.4	52.9	52.5	54.5
Egypt	55.5	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9	56.9
Sudan	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	
Yemen	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	
Pakistan	38.9	47.2	48.8	49.1	49.4	51.2	51.9	52.4	52.9	53.2	53.2	52.9	52.9	52.9	53.4	54	54.2	55.9	56.3	57.1	58	58.8	59.1	62.1	62.9	63.3	
Afghanistan	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	

رتبه ایران از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۲۵ (۱۳۸۹ تا ۱۴۰۴) در بین کشورهای سند چشم‌انداز بیست‌ساله براساس شاخص توسعه پایدار سلامت



حوزه‌ی بهداشت

ردیف	عنوان شاخص	واحد	سال ۱۳۹۸	سال ۱۳۹۹	سه ماهه ابتدای ۱۴۰۰
۱	تعداد واکسن کرونا	تزریقی	-	۰	۱۱۲۶۹۷
		داخلی	هزار نفر		
		خارجی	هزار نفر	-	۶۹۴۶۵۵
		موجودی	هزار نفر	-	۰
		خارجی	هزار نفر	-	۰
۳	تعداد افراد دریافت کننده واکسن کرونا	نسبت از کل	-	-	۹۶۰۹۶
		تعداد کل	-	-	۳۹۵۲۸۲۵
		زن	-	-	۲۰۲۹۷۵۹
		مرد	-	-	۱۹۲۳۰۶۶
		نسبت از کل	-	-	۲۶/۳ درصد
		تعداد کل	-	-	۱۰۳۸۵۹۱
		زن	-	-	۵۳۳۱۷۰
		مرد	-	-	۵۰۵۴۲۱
۴	میانگین رعایت پروتکل‌های بهداشتی	درصد	-	۶۰ درصد	۷۰ درصد
۵	نرخ باروری کل (TFR)	درصد	۲/۰۱	۲/۰۹	۱/۷۱
۶	نسبت تعداد مراکز ارائه دهنده مراقبت های اولیه بهداشتی به جمعیت	تعداد به صد هزار نفر	۶/۱۲	۵/۶۹	۶/۴۳
۷	تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به جمعیت روستایی	تعداد به ده هزار نفر	۱/۱۰	۱/۱۹	۱/۲۰
۸	تعداد خانه های بهداشت فعال روستا های جمعیت روستایی	تعداد به ده هزار نفر	۱۰	۱۰	۹/۸

علت کم شدن شاخص نسبت تعداد خانه های بهداشت فعال روستا ها به جمعیت روستایی در سال ۱۳۹۹ به دلیل تبدیل شدن روستا به شهر و تبدیل خانه ی بهداشت به پایگاه شهری بوده است.

حوزه‌ی آموزش

ردیف	شاخص	وضعیت موجود	وضعیت مطلوب
۱	نسبت دانشجو به عضو هیات علمی	۱۱/۱	۹/۵
۲	میزان اعضای هیات علمی دانشیار به بالا به کل اعضای هیات علمی	۳۳/۴ درصد	۳۴ درصد
۳	میزان دانشگاه‌هایی که برنامه‌های بین‌المللی‌سازی آموزش را انجام داده‌اند به کل دانشگاه‌های هدف	۹۰ درصد	۹۰ درصد
۴	سهم دانشجویان تحصیلات تکمیلی به کل دانشجویان	۱۹/۹ درصد	۲۰ درصد
۵	تعداد دوره‌های مصوب آموزش مهارتی و حرفه‌ای	۹۳ دوره	۲۰۰ دوره
۶	تعداد برنامه‌های آموزش مداوم اعتباربخشی شده	۶۹۹۹ برنامه	۱۰۰۰۰ برنامه
۷	میزان پذیرش دانشجویان خارجی در دانشگاه‌های علوم پزشکی به کل دانشجویان پذیرفته شده در هر سال	۱/۹ درصد	۴ درصد
۸	تعداد دانشگاه‌های در زمره ۱۰۰ دانشگاه برتر آسیا	۴	۶
۹	تعداد شعب خارجی دانشگاه‌های کشور	۰	۲
۱۰	تعداد دانشگاه‌های موفق در پیاده‌سازی نقشه راه مرجعیت مصوب هیات امنا	۰	۲۰
۱۱	میزان رشته‌های آموزشی در رهیافت همگرایی علوم (رشته‌های مصوب جدید)	۲ درصد	۱۰ درصد
۱۲	میزان پیاده‌سازی نقشه آمایش سرزمینی طبق مصوبه هیات امنا در دانشگاهها در حوزه آموزش عالی نظام سلامت	۶۰ درصد	۱۰۰ درصد
۱۳	تعداد رتبه‌بندی ملی انجام شده دانشگاه‌ها براساس مدل بومی ایران	۱ نوبت	۲ نوبت

۷۰۰	۳۵۰	تعداد محتوای الکترونیک تولید شده علوم پزشکی در سطح ملی و منطقه ای	۱۴
-----	-----	---	----

حوزه‌ی دارو و تجهیزات پزشکی

میزان شاخص در انتهای برنامه	هدف شاخص در انتهای برنامه	میزان شاخص در ابتدای برنامه	واحد سنجش	عنوان شاخص
۷۳	۷۵	۶۹	درصد	سهم ریالی داروهای تولید داخل نسبت به کل بازار دارویی کشور
۳۷	۴۰	۳۰	درصد	سهم ریالی تجهیزات پزشکی تولید داخل نسبت به کل بازار تجهیزات پزشکی کشور
۱۵۰۰	۱۳۵۰	۱۳۵۰	میلیون دلار	میزان کل واردات فرآورده های دارویی و مواد اولیه دارویی
۱۰۰۰	۱۲۰۰	۱۲۰۰	میلیون دلار	میزان کل واردات تجهیزات پزشکی
۸	۲۰	۰	درصد	سهم سرمایه گذاری خارجی در صنایع دارویی کشور به کل سرمایه گذاری صنایع دارویی کشور
۲	۱۰	۰	درصد	سهم سرمایه گذاری خارجی در صنایع تجهیزات پزشکی کشور به کل سرمایه گذاری صنایع تجهیزات پزشکی کشور
۴	۱۰	۰	درصد	میزان صنایع دارویی دارای استانداردها و تاییدیه های کیفی بین المللی در کشور
۱۴	۲۵	۰	درصد	میزان انطباق صنایع دارویی کشور با ضوابط بازرسی PIC/S
۱.۶	۲	۰	درصد	میزان بهبود شاخصهای بین المللی تجویز و مصرف دارو نسبت به سال پایه
۱.۴	۱	۱.۵	درصد	میزان تجویز داروهای خارج از فهرست رسمی کشور
۳۶۴۰	۳۸۰۰	۳۱۵۰	تعداد	میزان داروهای فهرست دارویی کشور
۳۸	۳۰	۵۴	درصد	میزان پرداختی از جیب بابت هزینه های دارویی توسط مردم
۳۴	۴۰	۲۸	درصد	سهم فرآورده های دارویی طبیعی و سنتی از کل بازار دارویی کشور



۳۱۵۰	۳۰۰۰	۱۶۰۰	تعداد	میزان فرآورده های طبیعی موجود در فهرست داروهای طبیعی و گیاهی
۹	۲۰	۰	درصد	میزان انجام مطالعات <i>PMQC</i> فرآورده های دارویی موجود در بازار کشور
۱	۰.۵	۳	درصد	میزان اسیدهای چرب ترانس در روغن دارای مصرف مستقیم خوراکی
۲۶	۲۰	۴۸	درصد	میزان سهم روغن جامد مصرف خانوار از کل روغن نباتی مصرفی در کشور
۴	۲	۱۰	درصد	میزان اسیدهای چرب ترانس روغن مصرفی در صنایع مواد غذایی
۱۸	۲۵	۰	درصد	کاهش میزان نمک در فرمولاسیون مواد غذایی و آشامیدنی صنعتی (با حفظ سلامت فرآورده و با اولویت فرآورده های پرمصرف و پرخطر)
۱۶	۲۰	۰	درصد	کاهش میزان قند های ساده در فرمولاسیون مواد غذایی و آشامیدنی صنعتی (با اولویت فرآورده های پرمصرف و پرخطر)
۴۷	۵۰	۱۸	تعداد	پایش باقیمانده سموم آفت کش و کودهای شیمیایی در محصولات پر مصرف کشاورزی با احتمال مخاطره آلودگی بالا
۱۰۰	۱۰۰	۴۰	تعداد	میزان کنترل در سطح عرضه (<i>PMS</i>) فرآورده های غذایی و آشامیدنی (با اولویت فرآورده های با ارزیابی خطر بالا)
۱۰۰	۱۰۰	۳۰	درصد	میزان برچسب گذاری نشانگر رنگی برای فرآورده های غذایی و آشامیدنی مشمول
	۱۰۰	۴۰	درصد	میزان استقرار سامانه رهگیری و کنترل اصالت (<i>TTAC</i>) در فرآورده های سلامت وارداتی (دارو، تجهیزات، آرایشی)

حوزه‌ی تحقیقات و فناوری

ردیف	شاخص	مقدار کشوری شاخص در سال ۱۳۹۹	مقدار جهانی شاخص در سال ۱۳۹۹	مقدار شاخص هدف برای دستیابی در پایان برنامه
۱	درصد مقالات منتشرشده دانشگاه‌های علوم پزشکی در ۱۰٪ مجلات برتر براساس شاخص <i>CiteScore</i>	۱۸/۴	۲۱/۶	۲۴/۷
۲	درصد مقالات منتشرشده دانشگاه‌های علوم پزشکی در ۱٪ مجلات برتر براساس شاخص <i>CiteScore</i>	۱	۲/۵	۱/۵
۳	درصد مقالات دانشگاه‌های علوم پزشکی فرارگرفته در بین ۱۰٪ مقالات پر استناد رشته مربوطه (براساس <i>Scopus</i>)	۱۲/۵	۱۰	۱۴/۵
۴	درصد مقالات دانشگاه‌های علوم پزشکی که حاصل همکاری‌های بین‌المللی هستند (براساس <i>Scopus</i>)	۳۰/۶	۲۲	۳۴/۶
۵	تعداد استنادات به <i>Patent</i> های دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال مربوطه (براساس <i>Scopus</i>)	۲۸	۳۰۶۳	۱۴۰
۶	درصد مقالات مشترک دانشگاه‌های علوم پزشکی با صنعت و شرکت‌های دانش‌بنیان (براساس <i>Scopus</i>)	۰/۸	۲/۵	۱/۶
۷	درصد مجلات علمی پژوهشی علوم پزشکی نمایه‌شده در یکی از بانک‌های اطلاعاتی بین‌المللی شامل <i>Scopus</i> یا <i>ISI</i> یا <i>PubMed</i>	۳۴	-	۵۰
۸	تعداد شرکت مستقر در مراکز رشد به تعداد کل مراکز رشد حوزه سلامت	۳	-	۶
۹	تعداد شرکت‌های دانش بنیان حوزه سلامت	۹۰۰	-	۱۸۰۰
۱۰	سهم اشتغال دانش‌بنیان حوزه سلامت از کل اشتغال کشور (درصد)	۰/۰۲۵	-	۰/۰۳
۱۱	میزان حمایت صندوق‌های پژوهش و فناوری سلامت از طرح‌های حوزه سلامت در قالب سرمایه‌گذاری خطرپذیر (میلیارد ریال)	۱۰۰	-	۲۰۰
۱۲	تعداد ثبت اختراع در دفتر بین‌المللی (در موضوع سلامت)	۳۰	-	۶۰
۱۳	سهم هزینه‌کرد در تحقیق و فناوری از کل منابع یک درصد وزارت بهداشت	۰/۷	-	۰/۹

مشکلات کنونی نظام سلامت

مشکلات نظام سلامت در ابعاد مختلف شناسایی و در تدوین این برنامه، مورد استناد قرار گرفتند. این فصل به بیان برخی از این مشکلات می‌پردازد.

د. همه‌گیری کرونا

از اواخر سال ۱۳۹۸ که حضور ویروس کووید ۱۹ در ایران به طور رسمی توسط مسوولین نظام سلامت اعلام شد تا کنون بالغ بر ۸۵ هزار نفر بر اساس شاخص تعیین شده برای اعلام رسمی موارد ابتلا و مرگ، جان خود را از دست داده‌اند و میلیون‌ها نفر و خانواده‌ها درگیر پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و روانی آن شده‌اند. علی‌رغم تمام تلاش‌های وزارت بهداشت و زحمات طاقت‌فرسا و از خودگذشتگی‌های مدافعان سلامت در طی ۱۸ ماه گذشته ویروس در کشور ما همچنان از تصمیمات و سیاست‌های اتخاذ شده جلو تر بوده و در ژرفای کشور جولان داده است. خطاهای عمده؛ غافلگیری مسوولین از ورود و گسترش ویروس در پهنای کشور در همان ماه اول، عدم ورود تمام دولت و مردم برای کنترل ویروس از ابتدا، عدم تدوین و اجرای برنامه مدون برای برقراری تعادل سلامت و اقتصاد و بازگشایی‌های مرحله‌ای، عدم اشراف کامل دولت و مسوولین به اهمیت و ضرورت مدیریت کارآمد این بیماری، عدم تعهد به اقدامات پیشگیرانه کافی و لازم، عدم ردیابی هوشمند ویروس و در اواخر عدم تامین به موقع واکسن برای جمعیت عمومی منجر شده تا بسیاری از کشورهایی که در ابتدای همه‌گیری بیماری وضعیت بسیار بدتری از ما داشته‌باشند، موفق شده‌اند تا امروز زندگی اجتماعی و چرخه اقتصادی را به وضعیت عادی نزدیک نمایند و ما همچنان در موج‌های متعددی متلاطم هستیم. آنچه مسلم است؛ این بحران در نهایت در جهان و ایران از بین خواهد رفت ولی مهم خروج از بحران با کمترین هزینه انسانی، اجتماعی، روانی، اقتصادی و امنیتی ... است. مدیریت کارآمد بیماری از جمله اقدامات ضروری و اولویت‌های بالای نظام سلامت در دولت سیزدهم خواهد بود.

۵. تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و عوامل

فرابخشی

سلامت افراد و جامعه، قویا تحت تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی است. حتی با بهترین کارایی درون بخش سلامت بدون در نظر گرفتن و ارتقای این تعیین‌کننده‌ها نمی‌توان انتظار بهبود وضعیت سلامت مردم و جامعه را داشت.

چرایی نیاز به حکمرانی برای سلامت :

سلامت بوسیله بخش بهداشت و درمان خلق نمی‌شود. در تمرکز بر روی تعیین‌کننده‌های سلامت، بخودی خود، تاکیدات از برنامه ریزی، سرمایه داری و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی؛ به طیف وسیعتری از نیروهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و محیطی شیف‌ت پیدا میکند، که تاثیرات وسیعتری بر روی سلامت فرد و مهمتر از آن جمعیت دارند. به عبارتی، سلامت یک جمعیت بواسطه عواملی که بیشتر آنها خارج از کنترل بخش بهداشت و درمان است، شکل می‌گیرد. مهمترین پیشرفتهای سلامت در دو قرن گذشته بدلیل تحولات در همین حوزه‌های گسترده تر رخ داده و بطور مستقیم به بهبود مراقبتهای سلامت مربوط نمیشود. به جز عوامل ثابت سن، جنسیت و وراثت، مراقبت‌های بهداشتی و درمان تنها ۲۰٪، رفتارهای سالم ۳۰٪، عوامل اقتصادی و اجتماعی ۴۰٪ و محیط فیزیکی ۱۰٪ در تعیین سلامت مردم سهم دارند. سیاستها و برنامه‌ها از طریق تاثیر بر تعیین‌کننده‌های سلامت، می‌توانند سلامت مردم را تعیین کنند.





دستیابی به عدالت در سلامت به خودی خود یک هدف بوده و رسیدن به اهداف مختلف توسعه و سلامت جهانی بدون تضمین توزیع عادلانه در سطح جمعیت‌ها و بین آنها ارزش کمی دارد. اگرچه برنامه‌های زیادی توانسته‌اند مرگ و بیماری را در سطح کشورها کاهش دهند ولی معمولاً مداخلاتی که به بافتار اجتماعی و شرایط زندگی مردم می‌پردازند، مورد غفلت واقع می‌شوند. به علاوه معمولاً آمارهای ملی نابرابری‌های غیرمنصفانه در بین جمعیت‌ها که خود را در قالب پیامدهای سلامتی ناشی از دسترسی نابرابر، آسیب‌پذیری شدید و در معرض عوامل خطر مختلف بودن نشان می‌دهد، بیان نمی‌کنند. همچنین ثابت شده است که بسیاری از اهداف کلیدی بخش سلامت مثل اهداف توسعه هزاره حتی با وجود تکنولوژی‌ها در سطح گسترده، به سادگی قابل دستیابی نیست. اغلب حتی مداخلات ساده‌ای مثل ایمن سازی، به دلیل عوامل اجتماعی و ساختاری به گروه‌هایی که بیش از همه نیازمندند، دسترسی ندارند. این چالش‌ها، نیاز به اتخاذ رویکردی وسیع‌تر دارد تا برای کاهش بی‌عدالتی‌ها در اجرای برنامه و پیامدهای سلامتی از طریق همکاری بین بخشی، مشارکت اجتماعی و توانمندسازی جمعیت‌های آسیب‌پذیرتر، با مولفه‌های اجتماعی مواجه شوند.

- نابرابریها در میان گروه‌های مختلف جامعه اتفاقی نیست بلکه عوامل اجتماعی که می‌توانند با سیاست کنترل شده و تغییر یابند، مسئول هستند.
- نداشتن چارچوب برای عمل و سیاست و برنامه است که نابرابری‌های فزاینده را در توزیع کالاها، فرصت‌ها و حقوق را وخیم‌تر می‌کند.
- داده‌ها از کشورهای دنیا نشانگر اینست که تفاوت در تمام جوامع وجود داشته و می‌تواند با تفاوت در محل سکونت، تحصیلات، درآمد و ثروت خانوار، قومیت یا نژاد توضیح داده شود.
- اگرچه برخی از تفاوت‌ها حاصل جنس و یا دیگر علل بیولوژیکی هستند، شواهد حاکی از آن است که برای مثال نزدیک به نیمی از تفاوت‌های میان زن و مرد به وسیله‌ی جامعه تعیین شده و غیرمنصفانه هستند.



نشانه‌های مهم سلامت اجتماعی

سرشماری و داده‌های ثبتی ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶	نشانه‌ها	روند		
		بهبود	ثابت	بدتر
۱۴/مردم کشور معادل ۱۰,۰۰۰,۰۰۰ نفر	حاشیه‌نشینی			
۱۲,۷٪ خانوارها معادل ۳,۰۰۰,۰۰۰ نفر زن سرپرست خانوار	زن سرپرست خانوار			
۱۸۱,۰۰۰ زوج طلاق (هر ۴ ازدواج یک طلاق)	طلاق			
۱۱۵,۰۰۰ کودک خیابانی ثبت شده در پورتال بهزیستی	کودکان کار و خیابان			
۱۴۲,۰۰۰ بازمانده از تحصیل در دوره ابتدایی؛ آمار ترک تحصیل بیش از ۵ میلیون	خارج از مدرسه			
سالانه حدود ۱۰۰,۰۰۰ تولد در کشور مربوط به نوجوانان است	بارداری در نوجوانی			
۲۴۰,۰۰۰ زندانی در کشور با آمار ورودی ۴۶۰,۰۰۰ نفر در سال به زندان‌های کشور	جرم			
۷۷,۰۰۰ زن طی یک سال تحت معاینات نزاع خانوادگی در پزشکی قانونی قرار گرفته‌اند	خشونت خانگی			
۲,۸۵۰,۰۰۰ نفر معادل ۵ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال مصرف مواد مخدر دارند	مصرف مواد مخدر			
۶,۳٪ جمعیت بزرگسال ایرانی معادل ۳,۰۰۰,۰۰۰ نفر مصرف تفریحی و ۲ درصد مصرف‌کننده مداوم	مصرف الکل			
۵,۷٪ در هر ۱۰۰ هزار نفر در ۱۳۹۶ معادل ۴۵۶۰ نفر به دلیل خودکشی فوت کرده‌اند	خودکشی			



سرمایه اجتماعی کلان (اعتماد به حاکمیت)



سرمایه اجتماعی میانی (اعتماد نهادی)



سرمایه اجتماعی خرد (اعتماد به افراد)

Formatted: Font: Italic

و. کارکرد تولیت

۱. نهادهای تصمیم‌گیری و اجرایی مرتبط با سلامت در ساختار کلان دولت پیکربندی نامناسب دارند که به ضعف حکمرانی در نهادهای فرادستگاهی منجر شده است.
۲. نظام هماهنگ و یکپارچه‌ای برای تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی مبتنی بر برنامه و ارزیابی عملکرد نهادهای فرابخشی وجود ندارد.
۳. نقص هماهنگی بین‌بخشی برای نظارت بر سیاست‌های کلی سلامت بارز است.
۴. وزارت بهداشت به عنوان متولی نظام سلامت، همزمان با داشتن مسئولیت خرید خدمات و ارائه خدمات سلامت، به یکی از بزرگترین مصادیق تعارض منافع در کشور تبدیل شده است و از این رو احقاق حقوق دریافت‌کنندگان خدمات سلامت دچار پیچیدگی شده است.
۵. ساختار سلسله‌مراتبی وزارت بهداشت بسیار پیچیده و کند است و در نتیجه آن بروکراسی زیاد خلایقیت را تضعیف کرده است.
۶. سیاست‌ها غالباً متمرکز بر درمان است، و فرصت پیشگیری از بروز موارد جدید بیماری و عوامل خطر آنها گرفته شده است. از طرفی جایگاه بخش خصوصی در نظام سلامت دارای ابهام است، این ابهام در مورد ارتباط آن با بخش دولتی نیز وجود دارد و می‌تواند از دلایل دیگر ایجاد موقعیت‌های تعارض منافع در حوزه سلامت باشد که در هدر رفت منابع و منحرف شدن این بخش از مسیر اصلی بروز یافته است.
۷. نظام سلامت کشور از فقدان ارتباط و انسجام کافی بین واحدهای درونی (حکمرانی درون بخشی) از یک سو و ضعف هماهنگی بین‌بخشی از سوی دیگر رنج می‌برد.

ز. تامین مالی

۱. افزایش فزاینده هزینه‌های نظام سلامت در کشور، سیاستگذاران و مدیران این بخش را به چالش کشیده است؛ به طوری که علی‌رغم حجم بالای منابع مالی که به این بخش اختصاص داده می‌شود بین منابع قابل دسترس و منابع مورد نیاز شکاف وجود دارد.
۲. ضعف مدیریتی و بعضاً تعارض منافع موجب اتلاف منابع از جمله پول، نیروی انسانی و تجهیزات شده است.
۳. بیمه‌ها سلامت‌محور نیستند و سازمان بیمه سلامت علاوه بر کمک زیادی که از بودجه‌های دولتی دریافت می‌کند در انجام وظایف اصلی‌اش یعنی حفظ منافع ارایه دهندگان خدمت و دریافت کنندگان، به اندازه کافی موفق نیست. بخشی از آن ناشی از این است که این سازمان با خرید راهبردی بیگانه است و تنها اقدام به پرداخت صورت‌حساب‌های ارایه‌دهندگان می‌کند.
۴. نظام پرداخت به پزشکان هزینه‌زاست و ناکارآمد است که موجب تقاضای القایی می‌شود.

ح. کارکرد تولید منابع

این کارکرد در حوزه نیروی انسانی دارای مسئله است. توزیع نامناسب نیروی انسانی بخش سلامت موجب شده است تا در برخی از مناطق کشور (عمدتاً مناطق محروم) دسترسی به خدمات سلامت به خصوص خدمات پزشکان بسیار دشوار باشد؛ این درحالی است که در برخی مناطق علی‌الخصوص کلان‌شهرها تعداد زیاد پزشکان مشکلاتی را نظیر القای تقاضا برای کسب درآمدهای بیشتر در پی داشته‌باشد. اقداماتی نظیر طرح پزشکان مناطق محروم یا تعرفه‌های ترجیحی نیز تاکنون نتوانسته‌اند مشکلات مربوط به توزیع عادلانه را حل کنند. از طرفی به دلیل فقدان بانک جامع اطلاعاتی از وضعیت نیروی انسانی حوزه سلامت تربیت نیروی انسانی به تناسب نوع تخصص‌های مورد نیاز کشور با چالش مواجه شده است، به طوری که علی‌رغم اشباع برخی از رشته‌های تحصیلی در مورد برخی دیگر از جمله رشته‌های حد واسط با کمبود مواجه هستیم. بین نظام‌های بازپرداخت به نیروی انسانی در بخش سلامت با کیفیت عملکرد آنها ارتباط مناسبی برقرار نشده است که این مساله علاوه بر اینکه منجر به ارایه خدمات کم‌کیفیت و از طرفی کاهش کارایی در نظام سلامت شده است، شکاف غیرمنطقی در دستمزدها را نیز ایجاد کرده، و نوعی احساس بی‌عدالتی نیز در بین کارکنان بخش سلامت به وجود آورده است.

ط. کارکرد ارایه خدمات سلامت

۱. نظام ارایه خدمات سلامت کشور ما علی‌رغم سازماندهی نسبتاً مناسبی که در بخش بهداشتی از آن برخوردار است ولی از نابسامانی زیادی در سطوح مختلف خدمات درمانی رنج می‌برد. به دلیل عدم سطح بندی و اجرای نظام ارجاع در بخش خدمات درمانی، نه تنها خدمات به طور پیوسته صورت نمی‌گیرد بلکه مردم نیز در دریافت خدمات سردرگم هستند.
۲. تخصص گرایی، تقاضای القایی، نقصان کیفیت خدمات، نارضایتی و پرداخت از جیب بالا برای مردم و همچنین افزایش بار مالی بر سیستم از نتایج نبود یک نظام خدمات سلامت یکپارچه و مبتنی بر سازماندهی است؛ و باید با منطقی‌سازی سازوکارها، مسیر دریافت خدمات توسط مردم در نظام سلامت، و استانداردسازی کیفیت خدمات ارائه شده با هزینه معقول آن را اصلاح نمود.
۳. نظام فعلی از شیوه‌های سنتی درمان (درمان در بیمارستان و بستری ...) و فقدان مدل ارائه خدمات جایگزین بستری برای بیماران نیازمند؛ مراقبت‌های تسکینی بیماران مراحل پایانی حیات، بیماران مزمن و بیماران دوران نقاهت رنج می‌برد و فقدان مدل ارائه خدمات جایگزین بستری برای مناطق کم‌جمعیت و یا دورافتاده دسترسی این گروه به خدمات را با مشکل مواجه ساخته است.
۴. خطاهای پزشکی و عدم کاربرد راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد ضعف در نظارت را به همراه داشته و بروز خطای پزشکی را تشدید کرده است.

ی. نظام اطلاعات سلامت

عدم بهره مندی کافی از نظام اطلاعات سلامت در ایران یکی از کمبودهایی است که مشکلات عمده ای را در سطح برنامه ریزی و همچنین اجرای برنامه‌های بهداشتی درمانی ایجاد کرده است. این مساله ارزیابی نتایج اقدامات انجام شده را نیز دشوار و در موارد بسیاری نیز با سیستم‌های پراکنده مواجه هستیم. علی‌رغم اطلاعاتی هنوز مکانیزه نشده اند و در موارد بسیاری نیز با سیستم‌های پراکنده مواجه هستیم. علی‌رغم هزینه‌های بسیاری که برای هر کدام از سیستم‌های جزیره ای موجود پرداخت شده ولی به دلیل یکپارچه نبودن، اثربخشی آنها در اقدامات مدیریتی مشخص نیست. ضمناً علی‌رغم نیاز جدی به شفافیت در حوزه ارایه خدمات سلامت، هنوز از سیستم‌های جامع اطلاعاتی (پرونده الکترونیک سلامت) بهره‌مند نشده ایم که بهره‌وری نظام سلامت را تحت تأثیر قرار داده است.

ک. دارو و تجهیزات پزشکی

حوزه دارو و تجهیزات در کشور ما با چالش‌های مهمی روبروست. تجویز و مصرف غیرمنطقی، وابستگی به واردات، خطوط تولید قدیمی، کیفیت پایین برخی محصولات داخلی، مستهلک بودن برخی از تجهیزات پزشکی، انحصار برخی شرکت‌ها، قیمت‌گذاری‌های غیر منطقی، عدم بهره‌گیری از روش‌های ارزیابی فن آوری سلامت و مطالعات هزینه اثربخشی در واردات و یا تحت پوشش قرار دادن داروها و تجهیزات پزشکی (استفاده از داروها و تجهیزات گران قیمت غیر هزینه اثربخش، ...) از مهمترین چالش‌های این حوزه هستند.

اولویت‌ها:

- حمایت از تولید ملی و تقویت واحدهای تولیدی و حمایت از شرکتهای دانش بنیان و فناور و فراهم نمودن تسهیلات لازم جهت انتقال فناوری و تولید محصولات نوآورانه در کشور با استفاده از اصلاح تعرفه واردات مواد اولیه و ایجاد تسهیلات جهت توسعه صادرات
- تامین داروهای اساسی، فرآورده‌های بیولوژیک و داروهای با فناوری‌های نو مورد نیاز نظام سلامت با مشارکت بخش خصوصی و بهبود کیفیت آن با رویکرد توسعه توان تولید داخلی
- ارتقای توان تولید ملی دارو و تجهیزات پزشکی جهت بهبود دسترسی مردم به این فرآورده‌ها و خدمات سلامت با بازسازی و نوسازی، توسعه و تجهیز خطوط و کارخانجات دارویی و تجهیزات پزشکی با هماهنگی و برنامه ریزی فرابخشی بین دستگاه‌های اجرایی مرتبط
- حمایت از تولیدکنندگان ایرانی برای اخذ تاییدیه‌های بین المللی برای تمام واکسن‌های تولید داخل و تقویت و توسعه سیستم نظارت و ثبت واکسن به منظور تضمین کیفیت در سطح تولید، توزیع، ذخیره سازی و عرضه
- اعمال محدودیت و مدیریت تخصیص ارز برای واردات دارو و وسایل پزشکی مشابه تولید داخل
- تقویت و توسعه سیستم نظارت و پایش کلیه فرآورده‌های سلامت به منظور تضمین کیفیت در تمام سطوح
- تخصیص ارز مورد نیاز جهت واردات مواد اولیه و هماهنگی جهت برقراری ارتباطات خارجی با کشورهای همسایه و استفاده از ظرفیت مناطق آزاد در جهت انتقال تکنولوژی، جذب سرمایه گذاری و صادرات در منطقه و جهان

- ساماندهی نحوه توزیع فرآورده های سلامت در مراکز درمانی و جلوگیری از پخش غیر قانونی و عواقب ناشی از آن (قاچاق و تقلب) و پیاده سازی طرح ارتقاء نگهداشت تجهیزات پزشکی در مراکز فوق
- اصلاح ساختار سازمانی و ارتقاء بهره وری سازمانی با افزایش توان استفاده بهینه از منابع مالی تخصیص داده شده
- استفاده از ظرفیت بخش غیر دولتی در تامین نیرو و ارائه خدمات سلامت با افزایش تعداد واحدهای واگذار شده به نهادهای عمومی و مردمی
- استفاده از ظرفیت های معاونت های غذا و دارو جهت واگذاری برخی فعالیت ها و تفویض اختیارات اجرایی و پوشش سراسری کشور
- استقرار شبکه ملی پایش تجویز و مصرف دارو در کشور جهت ب فعالیت های موثر بر ارتقاء فرهنگ تجویز و مصرف فرآورده های سلامت
- استقرار شبکه ملی پایش غذا (پایش محصولات غذایی، آرایشی و بهداشتی)
- استقرار سامانه جامع اخذ، بررسی و پاسخگویی به شکایات گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت
- ارتقای الزامات ایمنی مصرف دارو و ملزومات پزشکی با اجرای پروتکل لازم برای کاهش عوارض و اشتباهات دارو و ملزومات پزشکی در بیمارستان ها مراکز و موسسات دارویی و درمانی کشور
- ایجاد شرایط و تسهیلات لازم برای تسریع در امر تقویت و توسعه سامانه TTAC و همچنین ایجاد شبکه خدمات الکترونیک برای برقراری ارتباط بین سامانه دستگاههای اجرایی صادر کننده مجوز به منظور انسجام در عملکرد نظارتی، کاهش مراجعین و تسریع در روند فرآیندهای کاری
- استقرار و توسعه شبکه هوشمند ردیابی و رهگیری زنجیره تأمین و مصرف دارو و وسایل پزشکی جهت کاهش ورود کالای قاچاق فرآورده های سلامت
- آموزشهای عمومی و تخصصی در جهت ارتقاء فرهنگ مصرف فرآورده های سلامت و شناسایی اصالت فرآورده های فوق از طریق رسانه های عمومی
- بالابردن کیفیت فرآورده ها سلامت با انجام PMS در سطح عرضه و نیز بررسی عوارض جانبی آنها
- تدوین سند ملی ایمنی زنجیره مواد غذایی از مزرعه تا سفره (تولید، نگهداری، فراوری، توزیع و عرضه)
- توسعه شبکه ملی آزمایشگاهی فرآورده های سلامت (LIMS)

برنامه وزیریشتمادی بهداشت درمان و آموزش پزشکی در دولت سیزدهم

- هماهنگی و برنامه ریزی فرابخشی بین دستگاههای اجرایی مرتبط با حفظ امنیت و ایمنی در زنجیره غذایی به ویژه محصولات استراتژیک نظیر گندم، برنج، روغن، چای و نظائر آن و برنامه ریزی و هماهنگی جهت تامین غذاهای ویژه به خصوص مواد اولیه برای تولید شیر خشک اطفال و محصولات غذایی کم پروتئین و فاقد گلوتن برای بیماران خاص از جمله بیماران سلیاکی و PKU

برنامه ریزی برای واردات و حمایت از شرکتهای داخلی برای تولید واکسن و ویروس کرونا در مدت معین

توسعه شبکه های ملی آزمایشگاهی از طریق استفاده از بخش خصوصی

تهیه و پیشنهاد سیاستهای اجرایی و خط مشی های سازمان و معاونت های غذا و دارو در چارچوب اهداف و استراتژی های کلان وزارت بهداشت

- برنامه ریزی لازم به منظور تهیه و تدوین شاخص های برنامه عملیاتی سازمان متنوع و معاونت های وابسته به آن در حوزه دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی، مواد غذایی و آشامیدنی، فرآورده های طبیعی و سنتی و آرایشی و بهداشتی

- بررسی و تجزیه و تحلیل و کنترل نحوه هزینه اعتبارات تخصیص یافته

- نظارت و توسعه سلامت و ایمنی کالاهای سلامت محور تولید شده در کشور و محصولات وارداتی و صادراتی

- افزایش واگذاری خدمات از طریق ارتقا توانمندی معاونت غذا و دارو دانشگاههای علوم پزشکی کشور

- اصلاح فرآیند صدور و تمدید پروانه های بهداشتی در راستای حمایت از بخش خصوصی

- آموزش و ارتقا سطح آگاهی، دانش و مهارت مسولین فنی

- توسعه سامانه های سازمان به منظور شفاف سازی و مقابله با فساد اداری

- بروز رسانی قوانین و مقررات مربوطه، آیین نامه ها و ضوابط مربوط به کالاهای سلامت محور.

۱. آموزش علوم پزشکی

در سنوات اخیر حوزه آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تحولات و نارسائی‌هایی مواجه بوده که منشأ مدیریتی و برنامه‌ریزی داشته است. اساسی‌ترین مشکل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و حوزه‌های زیرمجموعه، نداشتن یک ساختار کارآمد و متناسب با مأموریت‌ها می‌باشد. این نارسائی نیز ناشی از بازنگری نامناسب در ابتدای طرح ادغام و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. برای بهره‌مندی از ظرفیت‌های ایجاد شده ناشی از طرح ادغام می‌بایستی مرزبندی مناسبی در زمینه وظایف حوزه‌های ستادی و دانشگاهی و تعامل منطقی بین حوزه‌های مختلف طرح ریزی شود.

درخصوص طرح تحول در آموزش علوم پزشکی نیز می‌توان گفت که عملکرد طرح تحول از زوایای مختلف قابل نقد و بررسی است:

۱. عناوین انتخاب شده در قالب بسته‌های طرح تحول چه میزان با نیازهای واقعی تحول در آموزش پزشکی مطابقت دارد؟
۲. در طول این پنج سال طرح تحول و بسته‌های آن چه میزان توانسته در فرایند جاری نفوذ نماید و جایگزین موفق و قابل قبولی داشته باشند؟
۳. مدیران عالی و کارشناسان در واقع چه میزان طرح را بعنوان راهگشای مشکلات آموزشی پیش رو پذیرفته و به آن معتقدند؟
۴. یکی از محورهای اصلی طرح تحول، شکل‌گیری و استقرار ساختار کلان منطقه بعنوان محور راهبردی برنامه‌ها و هم‌افزایی ظرفیت‌ها موجود در کلان منطقه می‌باشد. استقبال و پذیرش دانشگاه‌ها بلاخص دانشگاه‌های موازی و دانشگاه‌های در حال توسعه مستقر در کلان مناطق از تمرکز سیاست‌گذاری در کلان منطقه که علل القاعده نمی‌توانند منافی همسو داشته باشند به چه میزان است؟

احصای گزاره‌های بیانیه‌ی کام دوم انقلاب مرتبط با حوزه آموزش علوم

پزشکی و سلامت

در بررسی کلی حدوداً ۱۰۷ گزاره مرتبط با حوزه‌ها و نهادهای علمی از این بیانیه استخراج و این گزاره‌ها در ۱۲ حیطه حاکمیت، دانش، فسادزدایی، اقتصاد، توسعه فرهنگی، اجتماعی، خودباوری و امید، تعاملات بین الملل، جوان‌گرایی، مقاومت ملی، دشمن‌زدایی، عدالت طبقه بندی شد. میزان فراوانی این گزاره‌ها در حیطه‌های ذکر شده در جدول زیر نشان داده شده است.

فراوانی گزاره‌های الزام آور بیانیه کام دوم در ۱۲ حیطه احصا شده

فراوانی گزاره‌ها	حیطه
۱۵	حاکمیت
۱۲	دانش
۶	فسادزدایی
۵	تعاملات بین الملل
۷	جوان‌گرایی
۳	دشمن‌سازی
۵	مقاومت ملی
۱۰	خودباوری و امید
۳	اجتماعی
۱۳	توسعه فرهنگی
۱۹	اقتصاد
۹	عدالت

- از ۱۰۷ گزاره احصا شده ۴۴ گزاره مرتبط با نظام سلامت، از جمله آموزش، پژوهش و ارایه خدمات سلامت است و از این گزاره‌ها، ۱۴ گزاره زیر به صورت مستقیم به مقوله دانش و فناوری اشاره دارند:
- مطالعه و مقایسه دستاوردهای انقلاب با مدت‌های مشابه در انقلاب‌های بزرگ
- اتکا به توانایی داخلی

- تبدیل علم و فناوری به موتور پیشران کشور
- سنگین کردن کفه عدالت در تقسیم امکانات عمومی کشور
- پیشرفت در علم
- تاثیر اساسی در منطقه
- نیل به رتبه های بالاتر در دانش ها و فناوری های مهم
- تبدیل ایران به الگوی کامل نظام پیشرفته اسلامی
- جوشاندن چشمه دانش در میان خود در کشور
- عبور از مرزهای کنونی دانش در مهمترین رشته ها و دست یابی به قله ها
- ادامه شتاب تولید علم با شدت بالا
- در پیش گرفتن راه توسعه دانش با احساس مسئولیت بیشتر و همچون یک جهاد توسط جوانان
- ناکام سازی دشمن بدخواه و کینه توز با جهاد علمی
- دانش بنیان شدن اقتصاد کشور

حاصل تخلص اصول پیش روی حوزه آموزش علوم پزشکی کشور از این بیانیه:

۱. نیل به مرجعیت علمی و ارتقای عزت ملی
۲. علم نافع و در خدمت نیاز جامعه
۳. عدالت در دسترسی و رفع محرومیت

در نگارش برنامه جامع نقشه راه و رصد آموزش عالی سلامت علاوه بر بیانیه گام دوم انقلاب رهبر معظم انقلاب به اسناد بالادستی دیگری نظیر چشم انداز ایران ۱۴۰۴، سیاست های کلان نظام سلامت، نقشه جامع علمی کشور، اسناد شورای عالی انقلاب فرهنگی، برنامه ۵ ساله توسعه و برنامه تحول نظام سلامت کشور نیز توجه شده است.



نقشه راه، راهبرد ها و برنامه آموزش علوم پزشکی براساس

رصد شاخص های مرجعیت علمی

"حرکت به سمت دانشگاه های نسل سوم"

یکی از مهمترین کاربرد شناسایی حوزه های دارای مزیت رقابتی دانشگاه ها استفاده از آن ها در حرکت به سمت دانشگاه های کارآفرین می باشد. مدیریت دانشگاه ها، دانشکده ها بایستی نوآوری، کارآفرینی و فناوری را به عنوان بخشی از رسالت موسسات بپذیرند و بر اساس آن طراحی، برنامه ریزی و استراتژی برای دستیابی به اهداف کارآفرینی، فناوری، تولید محصول داشته باشد.

- دانشگاهها در تمام بخش ها و دانشکده ها با صنعت و کسب و کار درگیر شده و همکاری لازم را داشته باشند و تلاش جهت عقد قرارداد برای انجام پروژه های تحقیقاتی خاص با صنعت و یا انجام تحقیقات بر اساس نیاز بازار و صنعت، هدایت پایان نامه ها در زمینه های کسب و کار در اهم وظایف خود قرار دهند.
- کارورزی و کارآموزی دانشجویان در بخش صنعت به امر رایجی تبدیل گردد. بین المللی سازی به عنوان بخش مهمی از استراتژی کارآفرینی در دانشگاه ها شود.
- فرصت های مطالعاتی برای هیأت علمی و دانشجویان فناور با عقد قرارداد ایجاد گردد. به گسترش و تقویت زبان انگلیسی در تمام دوره ها توجه شود.
- دانشگاه و دانشکده های آن به طور فعال در شبکه های بین المللی و بازار رقابتی جهانی فعالیت نمایند. علاوه براین در پاسخ به نیازهای رو به رشد جامعه دانش از موسسات آموزش عالی انتظار می رود دامنه گسترده های از نقشها و وظایف را فراتر از وظایف سنتی آموزش و پژوهش انجام دهند.
- موسسات آموزش عالی قرار است که با ارائه آموزش حرفه ای و بروز برای مخاطبان خود دامنه تواناییها و ظرفیتهای خود را گسترش دهد.
- آموزش عالی قرار است برای کمک به نوآوری و کسب کار و انتقال دانش با فارغ التحصیلان شایسته و مشارکت های پژوهشی بپردازد، که نتایج حاصل از این پژوهش ها تغذیه کننده نیازهای کشور و همچنین رقابتهای بین المللی باشد و بلاخره قرار است موجب افزایش عملاقه و درک شهروندان برای فرصتها و چالشهای تحولات جدید جهانی باشد. از طرف دیگر بودجه آموزش عالی را کد است و انجام فعالیت های فوق توسط یک موسسه آموزش عالی به شکل

مطلوب دشوار به نظر می‌رسد بر این اساس مسئولین و سیاستگذاران به دنبال تنوع و تمایز در پروفایل سازمانی خود هستند که کارآمدی و انسجام سازمانی بهتری داشته باشند.

حضور در عرصه های آموزشی منطقه ای و جهانی

دانشگاه بین المللی موجب افزایش نفوذ علمی و فرهنگی کشور، درآمد زایی، اشتغال، و حسن شهرت کشور در جهان میگردد. تبادلات علمی منتج به ورود علم و تکنولوژی به کشور شده و به استقلال فنی و تکنولوژیک کشور کمک می‌کند.
نقشه راه رتبه بندی، اعتباربخشی و ارتقاء جایگاه بین المللی دانشگاه‌های علوم پزشکی

- تقویت زیرساخت ها
- جذب دانشجویان بین الملل
- تبادلات بین المللی
- رتبه بندی های بین المللی
- وبینارها / سمینار / برنامه های مشترک بین المللی
- وبسایت های دانشگاهها به عنوان پلتفرم توانمندیها
- توسعه و معرفی قدرت پژوهشی
- آسان و سریعتر کردن انتشار نتایج پژوهش های علوم پزشکی کشور
- فراهم کردن سازو کارهای تشویق دانشگاهها به ایجاد براند مخصوص خود در سطح بین المللی
- اعتباربخشی بین المللی دانشگاه ها و موسسات آموزش علوم پزشکی کشور

آموزش مجازی و تکنولوژی های نوین در آموزش عالی

نظام سلامت

"بهره مندی از فناوری های نوین"

توسعه و استفاده از فناوری های ارتباطی در نظامات آموزشی سازه ای برای تغییر در آموزش هستند که موجبات تسهیل ارائه و دریافت برنامه های آموزشی در فواصل مکانی شده اند. فناوری های جدید می توانند نوع نیازهای مردم و سازمان ها را تغییر دهند. این تغییرات تکنولوژیکی بر آموزش خصوصا روش های تدریس اثر چشمگیری داشته است.

پیشرفت فوق العاده‌ی ارتباطات الکترونیکی به آموزش از راه دور موقعیت جدیدی بخشیده است و آن را به رهیافتی آموزشی برای آموزش شاغلین و افرادی که برای یادگیری قادر به حضور در مدارس و دانشگاه‌ها نیستند تبدیل کرده است.

نقشه راه آموزش های مجازی و تکنولوژی های نوین در آموزش عالی نظام سلامت

- تدوین مدل تربیت نیروی انسانی متخصص در فضای مجازی
- بازنگری کوریکولوم های آموزشی و ظرفیت سازی آن ها به منظور ارایه آن ها در بسترهای یاددهی یادگیری مجازی
- تدوین مدل آموزش بالینی بهبودیافته با تکنولوژی جهت رشته های پزشکی و پیراپزشکی
- توجه به بحث مدل های آموزشی مبتنی بر Tele-health
- راه اندازی مدل دپارتمان مهارت های بالینی مجازی مبتنی بر شرایط واقعی شبیه سازی شده
- راه اندازی سیستم حمایت دانشجویی در فضاهای یاددهی-یادگیری مجازی
- یکپارچه سازی آئین نامه و دستورالعمل های حوزه فعالیت های آموزش مجازی
- استقرار نظام استفاده از ظرفیت های آموزش مجازی برای توسعه و تسریع روند جذب دانشجویان خارجی
- استفاده از فناوری در برنامه درسی با نگاه تقویتی و تکمیلی، و توانمند سازی، و نه نگاه جایگزینی و واگذاری
- کمک به گسترش بهره‌مندی از مزایای فناوری در آموزش علوم پزشکی با تاکید بر یادگیری عمیق و ماندگار، کاهش هزینه‌های آموزش، تحقق آموزش در هر زمان و هر مکان و صرفه‌جویی در منابع
- تربیت نیروی متخصص در زمینه استفاده از دانش فناورانه هنر تدریس علوم پزشکی



- مشارکت در تربیت محققان متخصص و متعهد در زمینه آموزش علوم پزشکی به صورت مجازی و تلفیقی در دوره‌های کوتاه و بلند مدت
- فراهم نمودن زمینه همکاری‌های علمی، شبکه‌سازی و زیست‌بوم مجازی فعالیت و تعامل با افراد و مراکز علمی، سازمان‌های دولتی و غیر دولتی داخلی و بین‌المللی.

رهیافت همگرایی علوم در نظام آموزش عالی نظام سلامت:

"توسعه دانش‌های نوین با تاکید بر حیطه‌های میان رشته‌ای و تمرکز بر علوم و فناوری‌های نوین"

نقشه راه آموزش‌های بین رشته‌ای و همگرایی علوم در نظام آموزش عالی نظام سلامت

- شناسایی ظرفیت‌های حوزه سلامت به منظور توسعه برنامه‌های آموزشی میان رشته‌ای
- طراحی رشته‌های میان رشته‌ای جدید مبتنی بر ظرفیت‌ها و نیازها
- ایجاد همگرایی بین دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشگاه‌های تحت سرپرستی وزارت علوم به منظور تدوین برنامه رشته‌های جدید میان رشته‌ای
- راه‌اندازی هسته‌های پژوهش میان رشته‌ای کشوری
- تاسیس انیسیتوهای میان رشته‌ای در دانشگاه‌ها یا بین دانشگاهی
- تصویب و اجرای برنامه‌های آموزشی مدت‌دار به عنوان جایگزینی برای رشته‌های دائمی

ارتقای منابع انسانی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و

بدنه نظام آموزش عالی سلامت

"ارتقای منابع انسانی بخش آموزش عالی سلامت"

نقشه راه ارتقای منابع انسانی دانشگاه‌های علوم پزشکی

کشور و بدنه نظام آموزش عالی سلامت

- طراحی الگوهای نوین جذب اعضای هیئت علمی
 - باز طراحی مدل ارزشیابی و ارتقای هیئت علمی با تعیین استانداردهای ارزشیابی عضو هیئت علمی براساس مأموریت‌ها و رسالت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی
 - ارزشیابی کمیت عملکرد اعضای هیئت علمی مبتنی بر مدل Mission based management
- با تبیین ۸ شاخص:

- Recruitment (فراخوان جذب و استخدام هیئت علمی)
- Retaining (تعیین معیارهای ماندگاری عضو هیئت علمی)
- Rainforcing (امور رفاهی عضو هیئت علمی)
- Re-energing (طراحی مدل مرخصی استحقاقی، استعلاجی و تشویقی) (عضو هیئت علمی)
- Refining (رکود علمی عضو هیئت علمی)
- Rewarding (طراحی نظام پاداش و حقوق عضو هیئت علمی)
- Retirement (طراحی نظام بازنشستگی عضو هیئت علمی)
- Respecting (طراحی نظام ارزش‌گذاری خدمات عضو هیئت علمی)



- در نظر گرفتن شاخص‌های جذب هیئت علمی مبتنی بر نیازهای بومی هر منطقه آمایشی
- طراحی ساختار، هرم و نقشه جذب هیئت علمی در نظام سلامت مبتنی بر نیازهای جدید آموزش علوم پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- توانمندسازی اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور به صورت ساختارمند در حوزه‌های مختلف در قالب برنامه‌های پودمانی و کوتاه مدت مجازی
- تلاش در جهت ارتقای منزلت و جایگاه اجتماعی اعضای هیئت علمی نظام آموزش عالی سلامت در سطح ذینفعان خدمات آموزشی (بالا بردن اعتماد اجتماعی)
- برقراری فرصت‌های مطالعاتی اعضای هیئت علمی با رویکرد Faculty Development در محورهای موردنیاز و مورد تایید معاونت آموزشی وزارت

توسعه اخلاق حرفه ای و ارزشمندی در نظام آموزش عالی سلامت

"اعتلای اخلاق پزشکی و پروفشنالیزم"

نقشه راه توسعه اخلاق حرفه ای در نظام آموزش عالی سلامت

- طراحی و اجرای مدل بومی برنامه درسی غنی از ارزش
- الگوسازی مواجهات غنی از ارزش در آموزش علوم پزشکی
- طراحی نظام ارزشیابی فراگیر مبتنی بر سنجش توسعه اخلاقی و ارزشی فراگیران
- ادغام میانی ارزشی بومی در کلیه برنامه های آموزشی و بازنگری کوریکولوم های درسی
- تدوین کوریکولوم پنهان رشته های پزشکی و پیراپزشکی با توجه به تفاوت در ماهیت و عرصه های یادگیری
- استقرار ساز و کارهای پایبندی به استانداردهای اخلاق پزشکی در دانشگاه ها
- طراحی ساختار پایش پایبندی به ارزش های اخلاق حرفه ای در دانشکده ها و دانشگاه های علوم پزشکی کشور
- راه اندازی مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی در هر کلان منطقه آمایشی
- تدوین مولفه ها و شاخص های اخلاق حرفه ای در حوزه آموزش به ویژه آموزش بالینی
- لحاظ نمودن شاخص ها و مولفه های استانداردهای اخلاق حرفه ای در اعتباربخشی دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی سلامت
- تبیین جایگاه مفهومی و عملیاتی نظریه های اخلاق پزشکی در حوزه آموزش علوم پزشکی

➤ توسعه برنامه های توانمندسازی برای اعضای هیئت علمی و دانشجویان تحصیلات تکمیلی در

حوزه اخلاق حرفه‌ای

➤ برنامه ریزی و بسترسازی در خصوص فعالیت کانون های دانشجویی و انجمن های علمی

در خصوص توسعه اخلاق حرفه‌ای.

کسب مرجعیت علمی موسسات و دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سطح دانشگاه های منطقه و جهان

"مرجعیت علمی و شاخص های بومی"

نقشه راه کسب مرجعیت علمی موسسات و دانشگاه های علوم پزشکی

- مطابقت پذیر نمودن کوریکولوم های آموزشی رشته های مختلف حوزه آموزش علوم پزشکی با متغیرهای بومی و فرهنگی مدنظر قرار گیرد؛ به عنوان مثال دانشی آمیخته با هنر و اصول علم پزشکی است که از مبانی و آموزه های دین مبین اسلام و فرهنگ ایرانی در کلیه مراحل تشخیصی، درمانی و توانبخشی بهره می گیرد.
- رشته های بین رشته ای با همکاری دانشگاه های علوم پزشکی و علوم انسانی در مقاطع مختلف تحصیلی راه اندازی گردد.
- امکان گذراندن کورس های اختیاری برای دانشجویان وزارت بهداشت در دانشگاه های وزارت علوم بسته به علاقه و خط مشی فکری فراگیر فراهم گردد و در این راستا موانع بروکراتیک و سدهای موجود برداشته شود.
- انتشارات علمی سامان دهی شود و زمینه های لازم برای تقویت پایگاه استنادی علوم جهان اسلام فراهم گردد.
- دیسپلین های علمی به تولید علم بومی و کاربردی براساس مبانی اسلامی و مبتنی بر نیاز کشور سوق داده شوند.
- نقشه راه کسب مرجعیت علمی تبیین و ترسیم گردد و وظایف کلیه سازمانها، موسسات آموزشی و افراد ذیربط برای فواصل زمانی پنج ساله مشخص شود.
- شاخص های دقیق کسب مرجعیت علمی در زمینه تولیدات صنعتی، دارویی، مقالات علمی، کتب مرجع، آزمایشگاههای رفرنس تبیین و ابلاغ شود.



برنامه و زیرپیشنهادهای بهداشت درمان و آموزش پزشکی در دولت سیزدهم

- زیرساختهای آکادمیک و سخت افزارهای لازم از جمله آزمایشگاهها، مراکز تحقیقاتی، کتابخانه های مجهز، شبکه فیبر نوری فراگیر توسعه یابد.
- مراکز تحقیقاتی در موسسات آموزشی درمانی توسعه یابد.
- فرصت ثبت اختراعات ملی یا پتنت های ثبت شده بین المللی حاصل از پایان نامه های دانشجویی فراهم گردد و از آن ها حمایت شود.
- بر هدایت پایان نامه های دانشجویی به سمت پایان نامه های محصول محور یا انجام پژوهش در مرزهای دانش به طور ویژه تمرکز شود.
- زیرساخت های حمایتی مانند موسسات اعطا کننده گرانت های پژوهشی و بادی گرنت ها به منظور شکل گیری واحدهای علم و فناوری ویژه یک دیسپلین در یک منطقه خاص از کشور توسعه و استقرار یابند.
- نسبت به مدیریت دانش در یک دیسپلین به منظور تلخیص، ادغام و بومی سازی دانش با هدف دستیابی به محصولات دانشی که برای کاربران دانش در یک رشته قابل استفاده می باشد تلاش شود.
- توسعه ژورنال های حوزه آموزش علوم پزشکی و نمایه سازی آن ها در پایگاه های معتبر علمی در جهان مدنظر قرار گیرد.
- کتب مرجع در دیسپلین های مختلف علمی نگارش شود و به منظور نگارش این کتب مرجع کارگروه های مربوطه متشکل از اساتید ایرانی و خارجی برجسته، خیره و معتبر و دارای صلاحیت های علمی شناخته شده در سطح بین المللی تشکیل شده و چاپ این کتاب ها توسط نشریات ایرانی مدنظر قرار گیرد.
- رویدادهای دانشی دیسپلینی از جمله سمینارها و کنفرانس های علمی-آموزشی در رشته های مدنظر و مرزهای دانش در سطح بین المللی برگزار گردد.



برنامه و زیرپیشنهادهای بهداشت درمان و آموزش پزشکی در دولت سیزدهم

- دانش و نوآوری در یک دیسپلین با هدف ارائه خدمات دانشی و یا فروش محصولات دانشی در یک رشته خاص از طریق ثبت شرکت های دانش بنیان به ثروت تبدیل گردد.
- اعتباربخشی مراکز آموزشی و پژوهشی در دیسپلین های مختلف علمی در کشور مطابق با استانداردهای روز دنیا مدنظر قرار گیرد.
- زیرساخت های فناوری اطلاعات و ارتباطات در حوزه موسسات آموزشی به جد توسعه یابد چرا که این پارادایم نوین نه تنها حوزه آموزش عالی بلکه حوزه آموزش عمومی که یکی از رسالت های دانشگاه های علوم پزشکی است را دستخوش تغییر کرده است.
- گفتمان مرجعیت علمی و خود باوری در جوانان دانشگاهی ایجاد گردد و به این منظور دستاوردها و پتانسیل های موجود واقع بینانه نمایش داده شود و آینده پیش رو برای دانشجویان ترسیم گردد. دانشجویان نیاز به تعیین هدف و ایجاد انگیزه از سوی مراکز آموزشی دارند.
- در جهت تقویت جایگاه زبان فارسی در جهان و منطقه تلاش شود، در این راستا مقالات بسیار برجسته و توسعه دهنده مرزهای دانش در مجلات داخلی به زبان فارسی و با نمایه سازی بین المللی چاپ شود و برای این امر امتیاز ویژه ای در ترفیع و ارتقا اعضای هیئت علم بدرنظر گرفته شود.
- به تقویت کاربردی تسلط اعضای هیئت علمی بر زبانهای خارجه برای تبادل علمی و فنی و لذا ترجمان دانش اقدام شود.
- فرصت مطالعاتی به اساتید مرتبط با صنعت داده شود تا در بسترصنعت قرار گیرند و از نزدیک با مشکلات صنعت کشور آشنا شوند. چراکه در صنعت کشور مشکلاتی وجود دارد و این مشکلات را بایستی دانشگاه ها حل کنند. لذا زمینه های ارتباط با صنعت اعضای هیئت علمی علوم پایه به عنوان کسانی که می توانند مشکلات و مسائل این حوزه را با استفاده از روش های درست و علمی حل نمایند فراهم گردد.

- مقالات علمی و پایان نامه های دکتری در چارچوب نیازهای فعلی و آینده کشور جهت دهی گردد.
- بر کیفیت طرح های پژوهشی در کنار ارتقای کمی آن ها تمرکز ویژه ای گردد به طوری که دستاورد پژوهشی حاصل از آنان منجر به تولید محصول و محصولات گردد.
- چرخه ایده تا محصول در نظام نوآوری ملی را ساده سازی نمایند به این صورت که برای هر بخش پیشرفت ها و قابلیت هایی به عنوان شاخص در نظر گرفته شود تا با تحقق آن ها شتاب علمی به صورت جهش وار در کشور رخ دهد.
- ایجاد ساز و کارهایی به منظور پایش مستمر فعالیت های ترویج علم در کشور با هدف گزارش گیری مستمر، رفع نقایص، عیوب و ارائه راه کارهای مفید به این منظور
- تقویت انجمن های علمی در دانشگاه های علوم پزشکی و ارزش گذاری قابلیت های واقعی آن ها
- توسعه قطب علمی، تاسیس کانون های تفکر، مراکز کارآفرینی، خلاقیت، ایده پروری و شرکت های دانش بنیان جهت اشاعه تازه های علمی بین مردم در سطوح مختلف در دانشگاه های علوم پزشکی
- تدوین سند راهبردی توسعه پژوهش و آموزش در کشور
- تدوین قانون توسعه نوآوری در حوزه تجاری سازی علوم پزشکی، شناسایی نیازهای تحقیقی و توسعه ای، تهیه فهرستی جامع و اعلام آن از طریق دانشگاه ها به بخش صنعت
- حمایت از راه اندازی، گسترش و توسعه کسب و کارهای دانش بنیان توسط فارغ التحصیلان، کارآفرینان و صاحبان ایده در دانشگاه ها
- افزایش سهم اقتصاد دانش بنیان از اقتصاد کلان کشور
- تسهیل بهره گیری از نخبگان در تصمیم گیری و تصمیم سازی به نحوی که گردش نخبگان شکل علمی پیدا کند و قابلیت های واقعی شناخته شده و به کار گرفته شوند.

مداخله‌های مبتنی بر بندهای ۱۴ گانه سیاست‌های

کلی سلامت

سیاست کلی سلامت	مداخله / برنامه‌ی اجرایی
بند ۱. ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی اسلامی و نهادینه‌سازی آن در جامعه	گسترش فرهنگ نوع‌دوستی، دستگیری، و حفظ شأن و کرامت گیرنده خدمات در بین ارائه‌کنندگان آموزش ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی) در ارتباط با حقوق مردم طراحی فرایند استعدادیابی، جذب، انتصاب، ارتقاء و ارزیابی مدیران متعهد، توانمند و متخصص دارای نگرش و باور فرهنگی و اسلامی تدوین و استقرار نظام شایسته‌گزینی و شایسته‌سالاری در انتخاب و انتصاب مدیران با تکیه بر ارزش‌های دینی و اخلاقی اصلاح کوریکولوم آموزشی به نحوی که آشنایی با قرآن، سلامت معنوی و سبک زندگی اسلامی در دروس عمومی گنجانده شود. ایجاد بستر فعالیتهای قرآنی در دانشکده‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی توسعه فعالیتهای چشمگیر تبلیغی و ترویج مستمر فرهنگ قرآن و اهل بیت علیهم السلام در بین جوانان دانشجو نه فقط بسنده کردن به یک جشنواره سالیانه ایجاد فرصتهای ویژه ارتقاء علمی و امتیازات تشویقی به کارکنان حوزه‌های بهداشت و درمان افراد شاخص قرآنی بازنگری نظام آموزشی در راستای تعلیم و تربیت دانشجویان در بعد فردی و تخصصی با تکیه بر ارزش‌های دینی و انسانی
بند ۲. تحقق رویکرد سلامت همه-جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات	تهیه و کاربست پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای تدوین و اجرای برنامه ترویج سبک زندگی سالم تقویت نقش و احیای جلسات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
بند ۳. ارتقای سلامت روانی جامعه با ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین در زندگی فردی و اجتماعی، ترویج آموزش‌های اخلاقی و معنوی و ارتقاء شاخص-های سلامت روانی.	اجرای برنامه‌های سلامت روان در حیطه‌های: مهارت‌های زندگی بر اساس آموزه‌های فرهنگ ایرانی و اسلامی، فرزندپروری و روابط خانوادگی، حمایت روانی اجتماعی در بلاها، پیشگیری از خودکشی، خشونت (کودک‌آزاری، همسرآزاری و سالمند آزاری) و انگ‌زدایی، سلامت جنسی خانواده با جلب مشارکت و حمایت بین بخشی اجرای برنامه سلامت و تکامل سال‌های اولیه زندگی اجرای برنامه‌ی حمایت از زوجین نابارور تدوین و اجرای برنامه توانمندسازی جوانان در راستای توسعه فردی و روابط بین فردی گسترش فعالیت و باز تعریف بسته خدمات مراکز جامع سلامت روان تدوین و اجرای برنامه‌ای راه خدمات مشاوره‌ای و حمایتی به خانواده‌های در معرض آسیب‌های اقتصادی اجتماعی فرهنگی و مشکلات در روابط جنسی زوجین اجرای سند ارتقای سلامت سالمندان

<p>ایجاد زنجیره تامین، توزیع، عرضه و مصرف دارو و تجهیزات پزشکی پیاده‌سازی نظام اطلاع‌رسانی جامع فرصت‌های سرمایه‌گذاری صنایع دارویی، تجهیزات پزشکی، واکسن و محصولات زیستی حمایت از تاسیس پایگاه‌های تولید فرآورده‌های دارویی، واکسن، بیولوژیک و تجهیزات پزشکی یکپارچه‌سازی مدیریت اطلاعات آزمایشگاهی کنترل غذا و داروی کشور استقرار سیستم کنترل کیفیت در خدمات و مدیریت کلیه آزمایشگاه‌های غذا و داروی دانشگاه‌ها اصلاح نظام قیمت‌گذاری مبتنی بر تشویق و حمایت از کیفیت</p>	<p>بند ۴. ایجاد و تقویت زیرساخت‌های موردنیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی</p>
<p>راه‌اندازی نظام نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیک و موتور قواعد نظام سلامت فعال‌سازی و تقویت واحدهای کنترل تجویز و مصرف منطقی دارو و تجهیزات پزشکی تدوین و ابلاغ قواعد تجویز و مصرف دارو و سایر کالاهای سلامت به روز رسانی فهرست داروهای رسمی ایران متناسب با نیازها و امکانات کشور توسعه کارکرد نظام و سامانه الکترونیک کنترل اصالت و رهگیری و ردیابی کلیه کالاهای سلامت در کشور ادغام طب سنتی در طب نوین حمایت از شکل‌گیری برندهای ملی در زمینه فرآورده‌های دارویی، واکسن، بیولوژیک و تجهیزات پزشکی توسعه کمی و کیفی مراکز اطلاع‌رسانی در خصوص فرآورده‌های دارویی و تجهیزات پزشکی</p>	<p>بند ۵. ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.</p>
<p>تدوین و انتشار استانداردهای ملی مواد خوراکی و آشامیدنی اعمال عوارض بر محصولات و فرآورده‌های غذایی آسیب‌رسان به سلامت و اختصاص درآمدهای حاصل برای تولید و افزایش بهره‌مندی از مواد غذایی سالم تدوین و اجرای برنامه ملی ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای در جامعه تدوین و انتشار الگوی غذایی سالم با تأکید بر کاهش مصرف قند، نمک و روغن و افزایش مصرف میوه و سبزی به کارگیری رویکرد غنی‌سازی مواد غذایی با مصرف عمده به منظور افزایش دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای طراحی و اجرای برنامه ملی پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی و ادغام خدمات مشاوره تغذیه‌ای در مراکز بهداشتی، درمانی توسعه و اجرای برنامه‌های مکمل‌یاری گروه‌های آسیب‌پذیر تدوین برنامه هدف‌مندکردن باران‌های غذایی برای تأمین ریزمغذی‌ها در اقشار کم‌درآمد (دهک ۱ تا ۴) اقدام موثر برای کاهش استفاده از قند در محصولات غذایی به ویژه در نوشابه‌ها و آبمیوه‌ها و کاهش استفاده از روغن ترانس و اسیدهای چرب اشباع و نمک در صنایع غذایی تقویت ساختار و فرآیندهای سیاست‌گذاری شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور شناسایی و رصد شاخص‌های زیست‌محیطی اثرگذار بر سلامت تدوین، اجرای و پایش برنامه کاهش سموم و آلاینده‌ها و کودهای شیمیایی در مزارع کشاورزی تدوین، اجرای و پایش برنامه کاهش ورود پسماندها به مزارع کشاورزی تدوین، اجرای و پایش سازوکار اخذ عوارض و جریمه بهداشتی برای تولیدکنندگان و عوامل ایجادکننده آلاینده‌های زیست‌محیطی اثرگذار و تهدیدکننده سلامت بر مبنای نمایه ملی کمی‌سازی خسارات اقتصادی بخش سلامت</p>	<p>بند ۶- تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.</p>

<p>ایجاد نهاد پاسخگو در قبال کارکرد تولید نظام سلامت در وزارت بهداشت بازنگری در وظایف مراکز تحقیقات ملی نظام سلامت و تعیین مرکز تحقیقات استراتژیک مستقل سلامت و نظام سلامت راه‌اندازی مرکز ملی شواهد تصمیم و رصدخانه سلامت اجرای برنامه بیمه ملی سلامت برای مشاغل غیر رسمی و افراد فاقد شغل بر اساس آزمون وسع</p>	<p>بند ۷- تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم</p>
<p>توسعه اورژانس پیش بیمارستانی استقرار نظام ارزیابی فناوری‌های سلامت در سطح ملی استقلال دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها با تقویت نقش هیئت امنای دانشگاه‌ها با اختیارات متناظر وزارت بهداشت در دانشگاه‌ها تدوین، اجرا و پایش کاهش خطاهای پزشکی یکپارچه‌سازی نظام ارایه خدمات سلامت در بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی بر اساس برنامه سطح‌بندی</p>	<p>بند ۸- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع</p>
<p>اجرای برنامه بیمه ملی سلامت برای مشاغل غیر رسمی و افراد فاقد شغل بر اساس آزمون وسع برقراری خرید راهبردی در بین بیمه‌های پایه سلامت کاهش وابستگی منابع نظام سلامت به درآمدهای ناپایدار</p>	<p>بند ۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی</p>
<p>برقراری نظام پایش منابع عمومی از سطح تخصیص تا سطح مصرف کننده نهایی تمرکز بر جذب منابع حاصل از عوارض کالاها آسیب رسان به سلامت مبتنی بر قوانین مرتبط</p>	<p>بند ۱۰- تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت</p>
<p>حمایت از سازمانهای مردم نهاد فعال در حوزه سلامت استفاده از بسترهای الکترونیکی و فناوری‌های نوین، رسانه‌های جمعی در جلب مشارکت مردم در اتخاذ تصمیم‌های سلامت محور و مشارکت در سیاست گذاری حوزه سلامت تدوین و اجرای برنامه توسعه آموزش اثربخش بیماران برای خودمدریتهی به ویژه در بیماری‌های مزمن طراحی، اجرا، پایش و استقرار مکانیسم جلب مشارکت مردم در بخش سلامت اجرای مجموعه برنامه‌های توانمند سازی جامعه محور</p>	<p>بند ۱۱- افزایش آگاهی، مسئولیت- پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادهای و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌های کشور تحت نظارت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. صحیح سیاست‌های کلی.</p>
<p>ادغام طب سنتی در برنامه آموزشی طب نوین و در سطوح مختلف ارایه خدمت برنامه‌ریزی برای تولید فرآورده‌های طب سنتی متناسب با بار بیماری‌ها در کشور برنامه‌ریزی برای تعریف و وارد کردن نیازهای طب ایرانی در زیرساخت پرونده الکترونیک سلامت حمایت از افزایش تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات طب سنتی برقراری ارتباط نظام‌مند بین طب سنتی ایرانی و توریسم سلامت ساماندهی و فراهم کردن زمینه ایجاد بخش ارائه فرآورده‌های طبیعی در داروخانه‌ها و تقویت نظام پایش و ارزیابی و برخورد قانونی با واحدهای غیرمجاز تدوین دارونامه (فارماکوپه) طب ایرانی با همکاری سازمان غذا و دارو حمایت از تولید داخلی بر حسب نیاز داروهای طب سنتی و مکمل‌های گیاهی (بر اساس فهرست داروهای طب سنتی و مکمل‌های گیاهی وارداتی)</p>	<p>بند ۱۲- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران</p>

<p>تدوین و رصد مستمر شاخصهای کلیدی منابع انسانی بخش سلامت و ایجاد سامانه تصمیم‌گیری توزیع منابع انسانی و خدمات سلامت بر اساس شرایط جغرافیایی، جمعیتی، امکانات و بار و الگوی بیماری‌ها و غیره</p> <p>استقرار نظام دیده بانی اخلاق حرفه‌ای در نظام آموزش عالی سلامت الزام به تدوین و رعایت پیوست منابع انسانی برای طرح‌ها، برنامه‌ها، پروژه‌های ملی سلامت توسعه ظرفیت‌های فضای مجازی برای شبکه‌سازی در نظام آموزش عالی سلامت استقرار نظام اعتباربخشی و ارزیابی عملکرد ارائه‌کنندگان خدمات سلامت براساس ظرفیت کمی و کیفی ارائه خدمت و اصلاح نظام پرداخت، ارتقاء شغلی و تشویق براساس آن اصلاح نظام جبران خدمات نیروی انسانی بخش سلامت در مناطق کم‌برخوردار اصلاح معیارهای جذب، استخدام و توزیع نیروی انسانی مورد نیاز بخش سلامت متناسب با حجم کار و ترکیب شایستگی‌ها و مهارت‌های مورد نیاز بازار کار برای هر گروه شغلی توانمندسازی بدنه کارشناسی ستاد و دانشگاه‌های علوم پزشکی در گسترش آموزش عالی سلامت تدوین و اجرای برنامه بومی‌گزینی اصلاح معیارهای سطح‌بندی مأموریتی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی اصلاح فرآیند ارتقای اعضای هیئت علمی براساس ارزشیابی متوازن عملکرد آن‌ها و با در نظر گرفتن میزان تحقق متوازن اهداف آموزشی، پژوهشی، فناورانه، اجرایی و ارائه خدمات در تمامی سطوح شبکه ارائه خدمات سلامت</p> <p>راه‌اندازی رشته‌های تحصیلات تکمیلی جدید با رویکرد حیطه‌های میان‌رشته‌ای و علوم و فناوری‌های نوین</p> <p>تقویت تفویض اختیارات به دانشگاه‌های علوم پزشکی بر مبنای الگوی آمایش سرزمین اصلاح نظام اعتباربخشی مراکز آموزشی، اعضای هیات علمی و دانشجویان، بر مبنای آموزش و ارائه خدمات مطلوب بهداشتی، درمانی تولید علم و فناوری ثروت‌آفرین و اصلاح نظام توزیع منابع عمومی و پرداخت و تشویق براساس آن</p>	<p>بند ۱۳- توسعه کمی و کیفی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی، حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور</p>
<p>شبکه‌سازی مراکز تحقیقاتی کشور بر اساس مأموریت و تقسیم کار ملی استقرار نهاد ملی آینده‌نگاری دانش و فناوری حوزه سلامت جهت دهی به مأموریت‌های مراکز تحقیقاتی بر اساس نیاز سلامت جامعه و اولویت‌های ملی پژوهش ساماندهی نظام تأمین مالی توسعه علم و فناوری سلامت کشور گسترش تعامل با مراکز و نهادهای بین‌المللی با ایجاد پیمان‌های منطقه‌ای و یا عضویت در شبکه‌های همکاری بین‌المللی اعمال مشوق‌های لازم برای دانشگاه‌ها به منظور توجه و تمرکز بر راه‌اندازی مراکز رشد و پارک‌های علم و فناوری</p> <p>حمایت از به‌کارگیری فناوری اطلاعات و شبکه جهت تسهیل ارتباطات و همکاری‌ها</p> <p>پایش مداوم وضعیت تولید دانش و فناوری حوزه سلامت کشور به منظور حفظ و ارتقای سطح آن</p>	<p>بند ۱۴- تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام.</p>

طب سنتی - ایرانی و مکمل

ابلاغ سیاست های کلی نظام سلامت توسط مقام معظم رهبری رویکردی سیستمی و آینده نگر در تمامی مقوله های مرتبط با حوزه سلامت ایران را شامل می شود. در این میان بند ۱۲ سیاست های کلی سلامت تحت عنوان "بازاندیشی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران" به جهت گیری سیاست ها در حیطه طب سنتی پرداخته است. یکی از نکات قابل توجه در بند ۱۲ سیاست های کلی نظام سلامت که مشخصا به موضوع کشت و فراوری گیاهان دارویی تا استفاده در تحقیقات، آموزش و خدمت رسانی طب سنتی ایرانی است.

آموزش طب سنتی/ایرانی و مکمل در نظام آموزش عالی سلامت کشور

در حال حاضر درس دو واحدی طب ایرانی و مکمل در خصوص آشنایی با مبانی طب سنتی/مکمل و ایرانی به صورت مجازی جهت تمامی دانشجویان پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری، مامایی، تغذیه و فیزیوتراپی به صورت اجباری و برای بقیه رشته ها به صورت اختیاری طراحی و اجرا شده است بیش از ۲۷ هزار دانشجوی تانکون در این برنامه شرکت نموده اند.

یکی از اهداف مهم طراحی و اجرای این درس در دانشگاه های علوم پزشکی کشور، تربیت دانشجویان علوم پزشکی کشور در زمینه طب سنتی/مکمل و ایرانی با توجه به آخرین شواهد مستند این دیسپلین علمی و فرهنگ سازی و مبارزه با خرافه پرستی در کشور است. از اهداف دیگر این درس در کشور ایجاد مرجعی موثق در زمینه طب ایرانی و مکمل و برداشتن گامی برای ادغام طب ایرانی و علم پزشکی نوین است.

همچنین دوره هایی نیز به صورت سالیانه برای دانشگاهیان در سطوح مختلف و بین رشته ای در حوزه آشنایی با طب ایرانی و مکمل طراحی و اجرا شده است

پژوهش، تولید شواهد طب سنتی/مکمل و ایرانی در نظام آموزش عالی سلامت کشور

در راستای تولید شواهد تانکون مقالات زیادی در سطح بین المللی با افیلیشن و وابستگی اعضای هیئت علمی بدنه آموزش نظام سلامت کشور در تارنماهای بین المللی منتشر شده است. همچنین کتب مرجع در حوزه طب سنتی ایرانی با همکاری پژوهشگران و نویسندگان تدوین و نگارش شده و اقدامات برجسته ای در این خصوص صورت گرفته است.

با پیگیری های صورت گرفته از سوی فرهنگستان علوم پزشکی کرسی طب سنتی/مکمل و ایرانی در سازمان بهداشت جهانی راه اندازی شده است. همچنین مراکز تحقیقات طب سنتی/مکمل و ایرانی در برخی از دانشگاه ها راه اندازی شده است که به انجام پژوهش در حوزه گیاهان دارویی کشور اقدام کرده و حق انحصاری بهره برداری از برخی از آن ها را با برند ایرانی تانکون کسب کرده اند.

ارایه خدمات طب سنتی / مکمل و ایرانی در عرصه بهداشت و درمان نظام سلامت کشور

آموزش گروه های هدف برنامه در نظام آموزش سلامت کشور در حوزه طب سنتی/ایرانی و مکمل و نیز شواهد تولید شده توسط پژوهشگران و متخصصان این حوزه فرصت های جدیدی برای صنایع دارویی کشور فراهم کرده است. به نحوی که پیش بینی شده است تا با فراهم کردن عرصه مناسب زمینه تجاری سازی این محصولات و به کارگیری آنان در درمان بیماری ها فراهم گردد.

همچنین، تدابیری اندیشیده خواهد شد تا در بدنه نظام تعرفه گذاری خدمات به اقدامات حوزه طب ایرانی و مکمل توجه ویژه ای مبذول شده و این خدمات در پوشش بیمه ای مراکز بیمه گر قرار داده شود.

اجرای برنامه گردشگری سلامت در شهرهای با پتانسیل گردشگری و واجد سلامت کده های طب سنتی / مکمل و ایرانی که می تواند به ایجاد تعاملات بین المللی در این زمینه نیز کمک نماید.

م. برنامه جامع توانبخشی و سلامت اجتماعی

جامع نبودن نظام توانبخشی؛ چالش اصلی نظام سلامت برای ارائه خدمات توانبخشی به افراد دارای ناتوانی می باشد. این چالش به دلیل عوامل متعددی از جمله تولید چندگانه خدمات توانبخشی، تأمین مالی نامتوازن توانبخشی و سیستم شناسایی و غربالگری رهشده ایجاد می گردد. از طرفی وجود موانع فرهنگی و اجتماعی و نقص نظام آموزش توانبخشی و ناهماهنگی درون و بین بخشی و ناشناخته بودن توانبخشی باعث بروز مشکلات بیشتر در فرایند ارائه خدمات توانبخشی می شود. نظام جامع توانبخشی بطور اجمال باید شامل حمایت همه جانبه از تولید، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمت ز از به همراه نظارت و حمایت از ظرفیت تمامی سازمان های ارائه دهنده خدمات توانبخشی در بخش دولتی و غیر دولتی است. هرچقدر به عوامل تأثیرگذار شناسایی شده اهمیت داده شود ارائه خدمات توانبخشی مطلوب تر می شود. افراد دارای ناتوانی، خانواده ها و درمانگران نیاز به حمایت سیاستگذاران و مدیران برای ارائه خدمت دارند.

یکی از وظایف اصلی نظام سلامت ارائه خدمات توانبخشی به افراد دارای ناتوانی می باشد. در این نوع از خدمات، نقش آفرینان متعددی تأثیر گذار بوده که سیاستگذاران و مدیران، درمانگران، سازمان های مردم نهاد، افراد دارای ناتوانی و خانواده هایشان از آن جمله اند. بیشتر افراد دارای ناتوانی و خانواده هایشان همانند افراد عادی، بعد از بروز ناتوانی، یک سری از "خدمات سلامتی" را برای ایشان دریافت می کنند، این فعالیت ها در حیطه: "اقدامات متفرقه و سستی"، "خدمات درمانی" و "خدمات توانبخشی" می باشد. درمانگران رشته های توانبخشی نیاز به تجربه، دانش، نگرش و مهارت کافی برای ارائه خدمات دارند و می تواند اطلاعات و تجاربی را که نیاز دارند از طریق آموزش دانشگاهی، جستجو از منابع و پرس و جو از اساتید و همکاران بدست بیاورند و اگر این صلاحیت ها را کسب نکنند مشکلات متعددی برای ارائه خدمت ایجاد می شود ولی هرچه شایستگی درمانگر بیشتر باشد خدمات توانبخشی مطلوب و با کیفیتی را ارائه خواهد داد.

در این مسیر افراد دارای ناتوانی و خانواده هایشان با مشکلاتی نظیر "افزایش هزینه های جلسات درمانی"، "دانش و مهارت ناکافی"، "نگرش و برخورد نامناسب"، "ضعف کار تیمی" از سوی درمانگران و درمانگران توانبخشی نیز با "عدم آگاهی"، "نگرش منفی"، "عدم توانایی پرداخت هزینه های توانبخشی"، "عدم پیگیری تمرینات و برنامه توانبخشی"، "ناشناخته بودن و ضعف آگاهی سیستم پزشکی"، "عدم ارجاع و یا ارجاع با تأخیر پزشکان"، "باورهای غلط عموم افراد به توانبخشی"، "مشکلات در مناسب سازی"، "حمل و نقل و جابجایی"، "وسایل کمک توانبخشی" از سوی افراد دارای ناتوانی و خانواده ها ایشان و همچنین "مدیریت پرتالطم پیش بیمارستانی" و "فضای درمان محور بیمارستانی"، "تعدد سازمان های ارائه دهنده خدمت"، "موازی کاری"، "عدم ارتباط بخش بهداشت و درمان با توانبخشی"، "ضعف در برنامه"، "عدم اولویت توانبخشی"، "نقص سیستم شناسایی و غربالگری"، "نقص در برنامه ها و آموزش های عمومی"، "ضعف فرهنگ سازی"، "ضعف مدیریت"، "نقص قوانین و سیاست ها"، "مداخله غیر مسئولانه

"، ضعف نظارت همه جانبه"، "عدم پوشش بیمه توانبخشی"، "نقص در رهبری و هماهنگی" و "تأمین اعتبار و تخصیص ناکافی" از سوی سیاستگذاران و مدیران توانبخشی مواجه هستند که این خود به نوبه خود تبعات فراوانی در ارائه خدمات توانبخشی در نظام سلامت برای افراد دارای ناتوانی و خانواده هایشان را به دنبال دارد و این نشان دهنده جامع نبودن نظام توانبخشی می باشد.

عدم وجود جایگاه مشخص توانبخشی در نظام سلامت

✓ ایجاد ساختار تشکیلاتی در سطح معاون وزیر و یا دفتر مشاور وزیر و مدیرکل توانبخشی زیر نظر وزیر

- ساختار سازی متناظر در دانشگاه های علوم پزشکی
- عضویت مسئول ساختار توانبخشی در شوراهای سیاستگذاری وزارتخانه

تولیت چندگانه در نظام توانبخشی

- حذف نهادهای موازی تصمیم ساز
- تدوین آیین نامه ها و دستورالعمل های توانبخشی در وزارتخانه
- تشکیل و فعال سازی شورای سیاستگزاری و برنامه ریزی راهبردی توانبخشی
- تدوین سند جامع توانبخشی
- اتخاذ ساز و کار نظارت بر سازمان های ارائه دهنده خدمات توانبخشی
- تمرکز زدایی و تفکیک تولیت از تأمین مالی و ارائه خدمت در سازمان های ارائه دهنده خدمات توانبخشی

نبود نظام جامع و یکپارچه ای اطلاعات

- تدوین نقش و مشارکت ذینفعان اصلی (افراد ناتوان، ارائه دهندگان، خانواده ها و سازمان های مردم نهاد)
- راه اندازی سامانه جامع اطلاعات افراد دارای ناتوانی
- ثبت، اتصال و گزارش گیری اطلاعات افراد دارای ناتوانی از سامانه سیب معاونت بهداشتی به ساختار توانبخشی

تامین منابع مالی نامتوازن و پوشش ضعیف بیمه ای

- قانونگذاری در خصوص بیمه های توانبخشی
- اتخاذ مکانیسم های حمایتی و تشویقی برای مشارکت بیمه ها
- تدوین برنامه پوشش بیمه ای توانبخشی
- شناسایی و ارائه بسته های حمایتی بیمه ای برای افراد دارای ناتوانی
- تخصیص ردیف بودجه ای توانبخشی از محل مالیات
- استفاده از ظرفیت مالی سازمان های مردم نهاد
- استفاده از ظرفیت خیرین سلامت و مشارکت مردمی
- بهره گیری از کارایی تخصیصی منابع
- بهره گیری از عدالت افقی و عمودی در تأمین مالی
- ظرفیت سازی مالی سازمان های بین المللی
- دریافت کمک مالی از اهدا کنندگان خارجی

نقص نظام آموزشی توانبخشی دانشگاهی

- ایجاد دبیرخانه علوم توانبخشی در معاونت آموزشی وزارتخانه
- افزایش ظرفیت و راه اندازی دانشکده های توانبخشی بر اساس آمایش سرزمین
- بازنگری در پذیرش و جذب دانشجو مبتنی بر نیاز جامعه و آمایش سرزمین
- جذب و بکارگیری کادر آموزشی توانمند آموزشی برای مناطق کم برخوردار
- بازنگری ایجاد رشته های بین رشته ای توانبخشی

- بازنگری در کریکولوم و سرفصل های آموزشی
- اضافه نمودن دروس اختیاری توانبخشی برای رشته های پزشکی و...
- تقویت آموزش پاسخگو و مبتنی بر نیاز جامعه در علوم توانبخشی

دسترسی نابرابر و عدم عدالت در توزیع خدمات توانبخشی

- راه اندازی و ظرفیت سازی بیمارستان و تخت های توانبخشی به تفکیک جمعیت در حداقل مراکز استانی
- گسترش مراکز توانبخشی پزشکی
- باز طراحی و گسترش خدمات توانبخشی در بیمارستان های موجود
- بهره گیری از ظرفیت توانبخشی مبتنی بر جامعه در مناطق دور افتاده (ادغام توانبخشی در شبکه های بهداشتی)
- تعرفه گذاری خدمات توانبخشی
- تربیت و باز توزیع نیروی انسانی برای مناطق کم برخوردار
- استفاده بیشتر از خدمات توانبخشی از راه دور
- اتخاذ رویکرد عدالت افقی و عمودی در ارائه خدمات
- مناسب سازی شهری و بیمارستان های ارائه دهنده خدمات

• ناشناخته بودن توانبخشی

- تغییر پارادایم ساستگذاران و مدیران سلامت
- آموزش همگانی جامعه
- فرهنگ سازی در رسانه های جمعی
- برگزاری نشست های تخصصی در دانشگاه های علوم پزشکی
- برگزاری همایشها و دوره های آموزشی مداوم و مدون
- ادغام خدمات توانبخشی در خدمات پزشکی
- بهره گیری از ظرفیت سازمان های مردم نهاد معلولین

اطلاعات و آمار پشتیبان برای تبیین مناسبتر برنامه های تدوین

شده

وضعیت نظام سلامت و آموزش پزشکی

ترکیب منابع سلامت در کشورهای مختلف برحسب درآمد- WHO (درصد)*

کشورها	منابع عمومی		منابع خصوصی		کل هزینه های سلامت بعنوان درصدی از GDP	هزینه های دولتی بعنوان درصدی از کل هزینه های دولت
	بودجه دولتی	حق بیمه ها	هزینه از جیب مردم	بیمه های تکمیلی		
کشورهای کم درآمد	۳۷،۷۷	۱،۰۸	۴۷،۴۵	۰،۹۲	۱۲،۷۸	۹
کشورهای متوسط درآمد	۳۱،۳۷	۵،۰۳	۵۵،۱۵	۲،۳۵	۶،۱	۶،۲
کشورهای با درآمد بالای متوسط	۲۸،۹۵	۲۷،۲۵	۲۲،۵	۷،۲۳	۴،۰۷	۱۱،۶
کشورهای پر درآمد	۲۰،۸۶	۳۹،۷۹	۱۵،۱۵	۱۹،۴۴	۴،۷۶	۱۶،۸

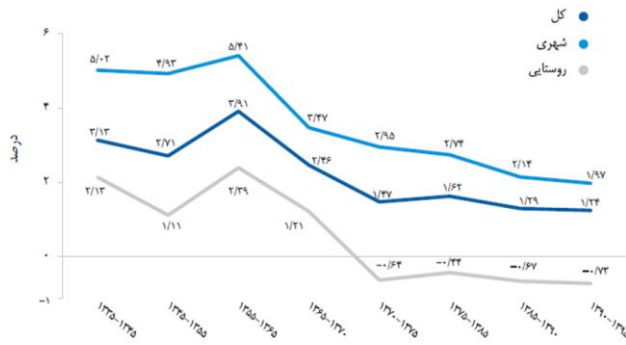
منطقه	منابع عمومی		منابع خصوصی		کل هزینه های سلامت بعنوان درصدی از GDP	هزینه های دولتی بعنوان درصدی از کل هزینه های دولت
	بودجه دولتی	حق بیمه ها	هزینه از جیب مردم	بیمه های تکمیلی		
آفریقا	۴۵،۹۲	۴،۸۸	۲۹،۸۲	۱۴،۴۲	۴،۹۶	۱۱،۴
آمریکا	۱۴،۲۱	۳۴،۷۹	۱۵،۸۱	۲۹،۰۷	۶،۱۲	۱۷،۳
اروپا	۳۵،۱۸	۳۷،۸۲	۱۹،۲۸	۵،۱۲	۲،۴	۱۴،۵
جنوب شرق آسیا	۳۴،۵۳	۳،۳۷	۵۲،۲۳	۲،۵۵	۷،۳۲	۵،۸
شرق مدیترانه (EMRO)	۴۲،۵۹	۸،۱۱	۴۲،۴	۳،۴	۳،۵	۸
غرب اقیانوس آرام	۱۹،۷۴	۴۳،۷۵	۲۸،۴۳	۳،۵	۴،۵۶	۱۴،۴
متوسط جهانی	۲۳،۴۶	۳۴،۱۹	۲۲،۲۸	۱۵،۳۳	۴،۷۴	۱۴،۱

*منبع: گزارش سازمان بهداشت جهانی - ۲۰۱۵



مقایسه شاخص‌های پایه جمعیتی

کشور	جمعیت	وسعت (کیلومتر مربع)	تراکم جمعیت	درصد شهرنشینی	GDP Int. (\$)	سهم سلامت از GDP	پرداخت مستقیم از جیب	تخت به هزار نفر	پزشک به هزار نفر
ایران	۸۱.۱۶۲.۷۸۸	۱.۶۴۸.۱۹۵ (۳۱ استان)	۵۰	۷۳	۱۸۸۵۸	۷.۵٪	۴۷.۸٪	۱.۵	۱.۴۹
ترکیه	۸۰.۷۴۵.۰۲۰	۷۸۳.۵۶۲ (۸۱ استان)	۱۰۵	۷۱	۲۵۷۷۷	۴.۳٪	۱۷.۷۵٪	۲.۶۸	۱.۷۵
عربستان سعودی	۳۲.۹۳۸.۲۱۳	۲.۱۴۹.۶۹۰ (۱۳ استان)	۱۵	۷۷	۵۵۴۷۷	۸.۲٪	۱۴.۳۱٪	۲.۲	۲.۵۶
مصر	۹۷.۵۵۳.۱۵۱	۱.۰۰۲.۴۵۰ (۲۷ استان)	۹۸	۳۸	۱۲۹۸۳	۵.۶٪	۵۵٪	۱.۵۶	۰.۸۱
اسپانیا	۴۶.۳۵۴.۳۲۱	۵۰۴.۷۸۲ (۱۵ جزیره)	۹۳	۸۱	۳۸۱۳۹	۹.۱٪	۲۴٪	۳.۱	۳.۸۲
مالزی	۳۱.۶۲۴.۲۶۴	۳۲۹.۷۵۸ (۱۳ استان)	۹۶	۷۴	۱۷۵۰۰	۳.۸٪	۳۵.۳٪	۱.۸	۱.۲۸
کره جنوبی	۵۰.۹۸۲.۲۱۲	۹۹.۵۳۸ (۹ استان و فرمانداری)	۵۱۴	۸۱	۳۹۴۴۷	۷.۷٪	۳۶.۰۹٪	۱۱.۵	۲
روسیه	۱۴۳.۹۸۹.۷۵۴	۱۷.۰۷۵.۴۰۰ (۲۱ جمهوری خودگردان)	۹	۷۳	۲۷۴۶۶	۶.۵٪	۸۵.۴۵٪	۴.۸۸	۳.۳
آفریقای جنوبی	۵۶.۷۱۷.۱۵۶	۱.۲۲۱.۰۳۷ (۹ استان)	۴۷	۲۶	۱۳۴۰۹	۸.۸٪	۴۹.۶٪	۲.۱	۷۶.۰
برزیل	۲۰۹.۳۸۸.۲۷۸	۸.۵۱۴.۸۷۷ (۲۶ ایالت)	۲۵	۸۴	۱۵۴۸۵	۲.۶٪	۴۷.۲۵٪	۳.۲	۸۵.۱



درصد متوسط رشد سالانه جمعیت در سالهای ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۵

تحولات جمعیتی و خانوارها طی سالهای ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۹

سال	جمعیت			بعد خانوار		
	کل	شهری	روستایی	کل	روستایی	شهری
۱۳۵۵	۳۳,۷۰۸,۷۴۴	۱۷,۸۶۵,۷۷۰	۱۵,۸۴۲,۹۷۴	۵	۵/۲	۴/۹
۱۳۶۵	۳۹,۴۳۵,۰۱۰	۲۲,۲۵۰,۲۵۰	۲۷,۱۹۴,۷۶۰	۵/۱	۵/۵	۴
۱۳۷۵	۶۰,۰۵۵,۴۸۸	۲۲,۸۲۱,۰۸۵	۳۷,۲۳۴,۴۰۳	۴/۸	۵/۲	۴/۶
۱۳۸۵	۷۰,۴۹۵,۷۸۲	۲۲,۱۳۱,۱۰۱	۴۸,۳۶۴,۶۸۱	۴	۴/۴	۳/۹
۱۳۹۰	۷۵,۱۴۹,۶۶۹	۲۱,۴۴۶,۷۸۳	۵۳,۷۰۲,۸۸۶	۳/۵	۳/۷	۳/۵
۱۳۹۵	۷۹,۹۲۶,۲۷۰	۲۰,۷۳۰,۶۲۵	۵۹,۱۴۶,۸۴۷	۳/۳	۳/۳	۳/۳

تغییرات امید به زندگی و بروز مرگ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت طی سالهای ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۵

شاخص	۱۳۹۵	۱۳۹۰	۱۳۸۵	۱۳۸۰	۱۳۷۵
امید زندگی بدو تولد					
کل	۷۳/۶	۷۳/۷	۷۱/۹	۷۱/۳	۶۶
زنان	۷۸	۷۶/۲	۷۴/۶	۷۳/۲	۶۹/۳
مردان	۷۱/۹	۷۱/۳	۶۹/۶	۶۸/۸	۶۳/۲
امید زندگی سالم					
کل	۶۴/۸	۶۴	۶۲/۷	۶۱/۸	۵۷
زنان	۶۷/۱	۶۵/۷	۶۴/۳	۶۲/۷	۵۹/۳
مردان	۶۲	۶۲/۶	۶۱	۶۰	۵۵
امید زندگی بالغین در سن ۶۰ الی ۶۵ سال					
کل	۲۰/۹	۲۰/۴	۱۹/۵	-	-
زنان	۲۱/۸	۲۱/۱	۲۰/۲	-	-
مردان	۲۰/۱	۱۹/۶	۱۸/۹	-	-
بروز مرگ استاندارد شده سنی در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت					
کل	۴۱۶	۴۱۵	۳۳۹	-	-
زنان	۳۵۲	۳۵۱	۳۵۱	-	-
مردان	۴۷۸	۴۷۷	۵۳۳	-	-



وضعیت عوامل خطر بیماری‌ها در طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۵

۱۳۸۵	۱۳۸۹	۱۳۹۵	شاخص
۷/۲	۷/۷	۸/۶	نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲/۵ کیلوگرم (درصد)
۴۴/۱	۵۲/۱	۵۲/۱	تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی (درصد)
۷/۱	۶/۸	۶/۸	شیوع کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال
۴/۶	۴	۲	شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال
۷/۲	۴/۹	۱۱/۸	شیوع اضافه وزن در کودکان زیر ۵ سال
-	۱/۹	۱/۹	شیوع چاقی در کودکان زیر ۵ سال
-	-	۹/۷	شیوع اضافه وزن (۱۲ تا ۱۸ سال)
-	-	۱۰/۸	شیوع چاقی (۱۲ تا ۱۸ سال)
۴۴/۴	۴۸/۲	۵۹/۲	شیوع اضافه وزن (بالای ۱۸ سال)
۱۵/۲	۱۵/۲	۲۲/۷	شیوع چاقی (بالای ۱۸ سال)
-	۵/۹	۲	شیوع مصرف مواد دخانی (۱۲ تا ۱۵ سال)
۱۱	۱۴	۱۴/۱	شیوع مصرف مواد دخانی (بالای ۱۸ سال)
-	۴۶	۴۸/۷	فعالیت فیزیکی ناکافی (۱۲ تا ۱۸ سال)
۲۰/۸	۴۴/۹	۸۰	فعالیت فیزیکی ناکافی (بالای ۱۸ سال)
۹/۷	۱۲/۸	۱۰	شیوع دیابت (بالای ۱۸ سال)
۱۷/۴	۱۹/۱	۲۷	شیوع فشار خون بالا (بالای ۱۸ سال)
-	۱۲۷/۱	۱۳۹/۱	بروز سرطان در ۱۰۰ هزار نفر
۲۲/۸	۲/۹	۰/۹	بروز مالاریا (موارد قطعی)، در ۱۰۰ هزار نفر
۶/۹	۷/۱	۶/۲	بروز سل ریوی اسمیر مثبت، در ۱۰۰ هزار نفر
۲,۶۲۷	۱,۸۲۶	۲,۰۱۱	تعداد موارد گزارش شده اچ‌آی‌وی

اطلاعات نظام درمانی

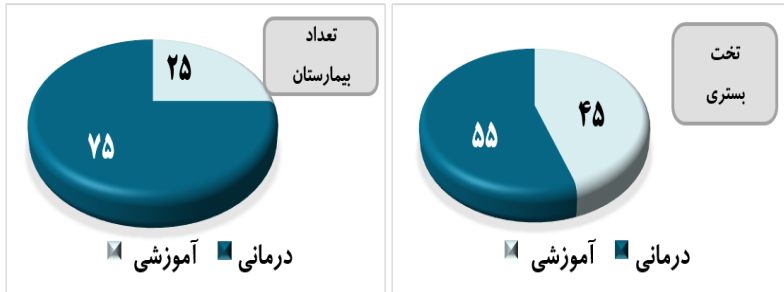
وضعیت توزیع بیمارستان‌ها و تخت‌های فعال در کشور - سال ۱۳۹۹

ردیف	سازمان	تعداد بیمارستان	درصد از کل	تخت فعال	درصد از کل
۱.	دانشگاه علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت	۶۴۳	۶۲٫۵	۱۰۴۷۳۳	۷۰
۲.	نهاد عمومی غیردولتی ^۵	۹۲	۹	۱۳۴۶۷	۸٫۵
۳.	نیروهای مسلح	۵۹	۶	۶۵۴۷	۴
۴.	دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت ^۵	۱۷	۱٫۷	۲۳۹۴	۱٫۵
۵.	نهادهای خیریه	۳۵	۳٫۳	۴۴۸۴	۳
۶.	بخش خصوصی	۱۷۹	۱۷٫۵	۱۸۶۷۲	۱۳
	کل	۱۰۲۵	۱۰۰	۱۵۰۲۸۷	۱۰۰

انواع بیمارستان‌های کشور براساس تعداد تخت در نظام سطح‌بندی خدمات - سال ۱۳۹۹

نوع بیمارستان	کلیه سازمانها	دانشگاهی (وزارت بهداشت)
بیمارستان زیر ۱۰۰ تخت	۴۶۸	۲۶۴
بیمارستان ۱۰۱-۱۹۹ تخت	۳۳۱	۲۰۳
بیمارستان ۲۰۰-۲۹۹ تخت	۱۳۳	۹۴
بیمارستان ۳۰۰-۴۹۹ تخت	۶۱	۵۲
بیمارستان ۵۰۰-۹۹۹ تخت	۲۹	۲۷
بیمارستان بالای ۱۰۰۰ تخت	۳	۳
کل	۱۰۲۵	۶۴۳

درصد کل بیمارستان‌ها و تخت‌های فعال کشور از نظر فعالیت (آموزشی - درمانی) - سال ۱۳۹۹



تعداد و درصد بیمارستان‌های کل کشور از لحاظ گرایش عمومی و تخصصی - ۱۳۹۹

گرایش بیمارستان	تعداد	درصد
عمومی	۸۷۹	۸۵.۹
زنان و زایمان	۳۴	۳.۱
روانپزشکی	۳۹	۳.۸
کودکان	۱۹	۱.۹
قلب و عروق	۱۳	۱.۴
سوانح و سوختگی	۹	۰.۹
سرطان	۹	۰.۹
چشم	۱۵	۱.۳
پوست	۱	۰.۱
ارتوپدی	۴	۰.۴
جراحی ترمیمی	۱	۰.۱
اورولوژی	۲	۰.۲
جمع	۱۰۲۵	۱۰۰

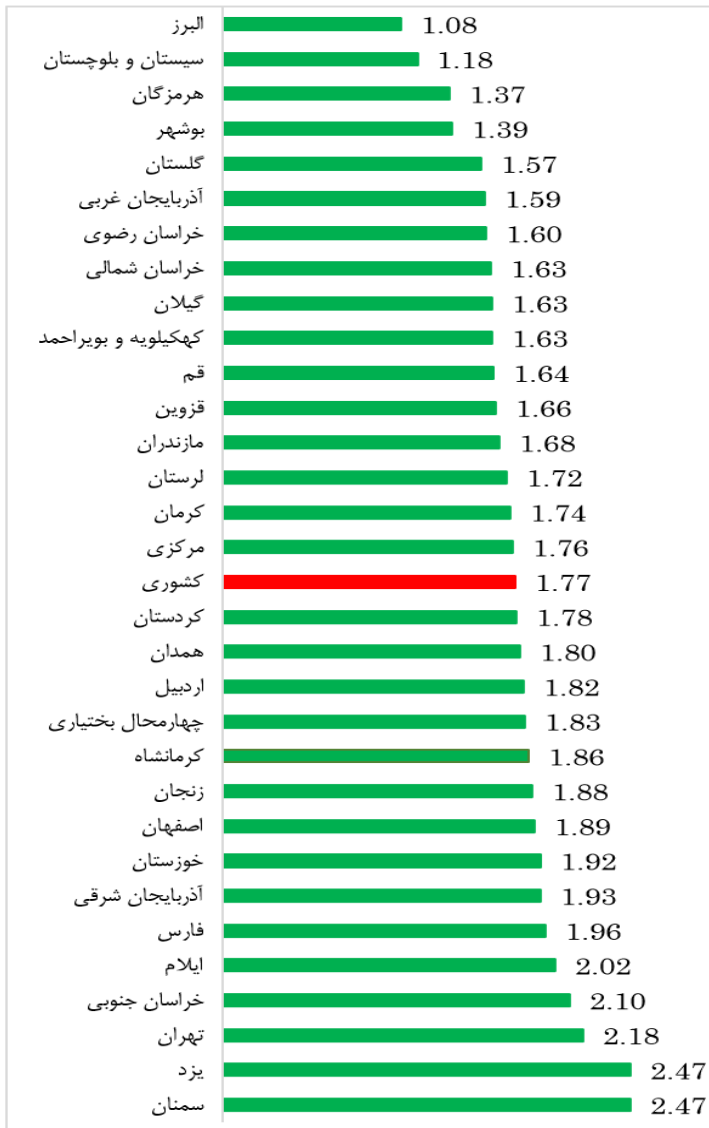
انواع تخت مراقبت ویژه در بیمارستان‌ها به تفکیک سازمان - ۱۳۹۸

ردیف	سازمان	تخت ویژه			جمع	سهم هر سازمان (درصد)	تخت ویژه CCU	سهم هر سازمان (درصد)
		PICU	NICU	ICU				
۱.	دانشگاه علوم پزشکی	۷۹۸۸	۲۴۷۰	۵۰۸	۱۱۴۰۸	۳۵۴۲	۷۱.۶۳	۶۰.۲۲
۲.	سازمان تامین اجتماعی	۵۱۴	۲۴۲	۶	۷۶۲	۴۱۴	۴.۷۸	۷.۰۴
۳.	نیروهای مسلح	۵۲۷	۱۴۹	۰	۶۷۶	۲۹۱	۴.۲۴	۴.۹۵
۴.	خیریه	۴۰۰	۱۲۷	۸	۵۳۵	۲۹۱	۳.۳۶	۴.۹۵
۵.	بخش خصوصی	۱۶۹۷	۵۰۳	۱۰	۲۲۱۰	۱۱۳۴	۱۳.۸۸	۱۹.۲۸
۶.	سایر سازمانها	۲۷۶	۵۹	۰	۳۳۵	۲۱۰	۲.۱۰	۳.۵۶
	کل	۱۱۴۰۲	۳۵۵۰	۵۳۲	۱۵۹۲۶	۵۸۸۲	۱۰۰	۱۰۰

شاخصهای عملکردی و دسترسی در بیمارستانهای کشور در سال ۱۳۹۹

نوع سازمان	تعداد تخت فعال	تعداد مراجعین اورژانس ^۰	تعداد مراجعین درمانگاه	تعداد مراجعین بستری	متوسط اقامت تخت ^{۰۰}	ضریب اشغال تخت ^{۰۰}
دانشگاه علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت	۱۰۴۷۲۳	۱۷۰۸۸۱۱	۲۶۰۶۶۵۰۳	۴۲۸۳۱۲۰	۳.۹۳	۵۷.۲۸
بخش خصوصی - خیریه	۱۸۶۷۲	۱۵۸۸۴۸	۴۴۸۳۴۱۰	۱۲۹۱۸۰۵	۲	۵۶.۹
نهاد عمومی غیردولتی	۱۳۴۶۷	۱۶۲۶۳۵۰	۸۳۱۴۰۶۷	۵۷۹۹۷۸	۳.۰۹	۵۵.۲۱
دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت	۸۹۴۱	۹۲۹۶۴۲	۴۷۹۴۲۹۵	۲۹۸۸۰۵	۲.۸۶	۵۰.۵۱
کل	۱۵۰۲۸۷	۴۲۴۶۶۰۴۲	۸۷۳۱۶۵۰۰	۶۴۵۳۷۰۵	۳.۴۲	۵۶.۷۸

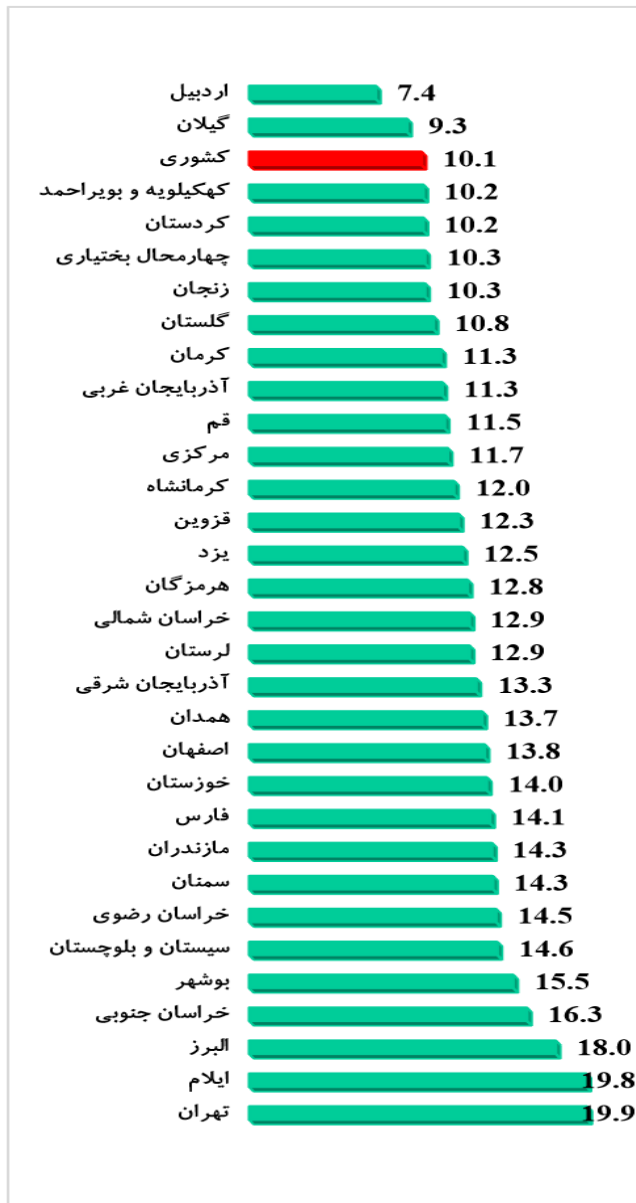
^۰ مراجعین اورژانس شامل مراجعین اورژانس بستری و سرپایی می‌باشند.
^{۰۰} در محاسبه مخارج کسر گردش تخت، تخت اورژانس بستری از تخت فعال بستری کسر گردیده است.



سرايه تخت فعال به جمعيت در استانهاي کشور - ۱۳۹۸

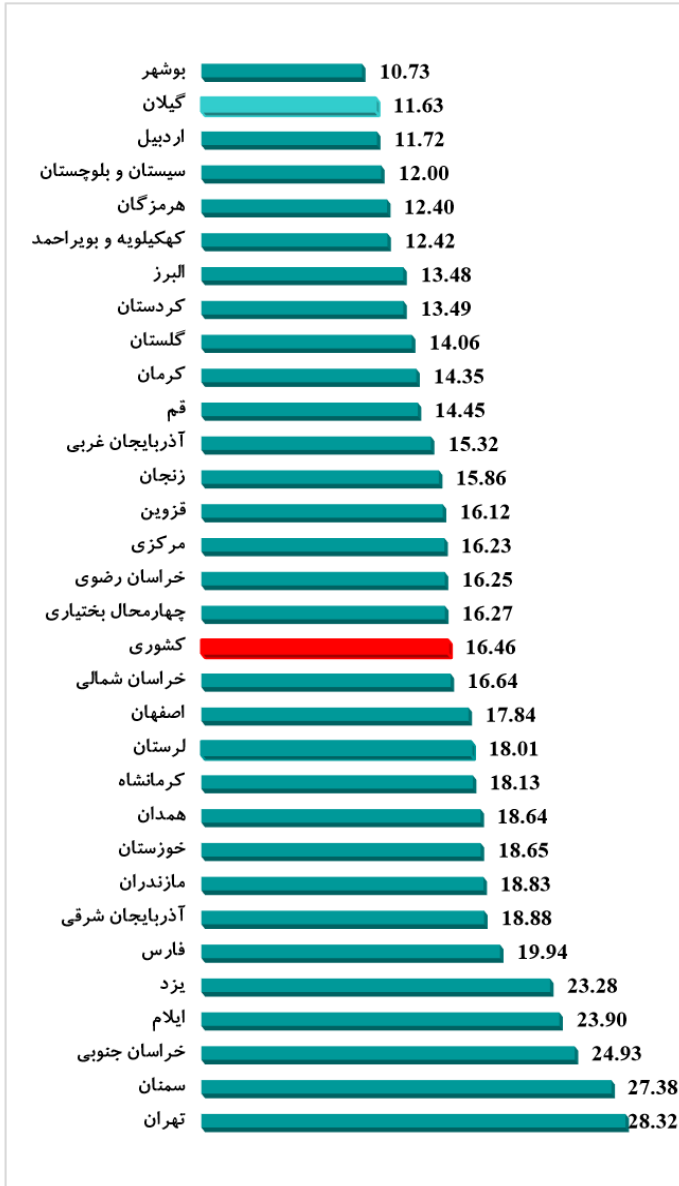


درصد تخت ویژه به تخت کل در کل کشور به تفکیک استان - ۱۳۹۸



نقشه توزیع تخت ICU بر اساس جمعیت در استانهای کشور - ۱۳۹۸





شاخص تعداد تخت ویژه به صد هزار نفر جمعیت به تفکیک استان کشور-۱۳۹۸

تعداد پرسنل به تخت در بیمارستان های کشور به تفکیک سازمان - ۱۳۹۸

سازمان	شاخص پرسنل به تخت	شاخص پزشک به تخت	شاخص پرستار به تخت
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی	۲.۲۸	۰.۲۶	۰.۹۹
سازمان تامین اجتماعی	۲.۶۴	۰.۳۷	۱.۰۰
نیروهای مسلح*	۱.۴۰	۰.۲۳	۰.۴۳
خیریه	۳.۰۳	۰.۶۴	۰.۹۰
بخش خصوصی	۳.۴۳	۰.۷۷	۰.۹۵
سایر سازمانها	۳.۰۳	۰.۵۳	۰.۸۰
کل	۲.۴۶	۰.۳۵	۰.۹۵

*در محاسبه شاخص کل، نیروهای مسلح به علت نقص اطلاعات لحاظ نگردیده اند. در محاسبه شاخصهای پرسنلی، مجموع کلیه تخت‌های فعال بستری و تخت‌های تحت عنوان ستاره‌دار شامل تخت بخش اورژانس سربایی، اتاق عمل، آنژیوگرافی، شیمی‌درمانی، نالاسمی، دیالیز، واحدهای زایمان سنتی (لیبر، مامایی و زایمان) و تخت‌های بخش ناباروری در نظر گرفته شده است.

ترکیب پرسنل تخصصی بیمارستان‌های کشور به تفکیک سازمان - ۱۳۹۸

سازمان	کل پرسنل	درصد	تعداد پزشک	درصد	تعداد پرستار	درصد
وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی	۲۸۶۸۷۹	۶۴.۳۷	۳۲۵۴۳	۵۱.۲۸	۱۲۴۳۸۶	۷۲
سازمان تامین اجتماعی	۳۶۶۲۱	۸.۲۲	۵۱۴۸	۸.۰۳	۱۳۹۲۸	۸.۰۷
نیروهای مسلح*	۱۰۹۲۲	۲.۴۵	۱۷۵۶	۲.۷۷	۳۳۳۹	۱.۹۳
خیریه	۱۷۲۰۰	۳.۸۵	۳۶۳۰	۵.۷۲	۵۱۳۲	۲.۹۷
بخش خصوصی	۷۹۰۶۹	۱۷.۷۴	۱۷۸۳۹	۲۸.۱	۲۲۰۲۵	۱۲.۷۵
سایر سازمانها	۱۵۰۰۷	۳.۳۷	۷۹۷	۴.۱	۱۰۲۸	۲.۲۸
کل	۴۴۵۶۹۸	۱۰۰	۶۱۷۱۳	۱۰۰	۱۶۹۸۳۸	۱۰۰

*نقص تکمیل اطلاعات در بخش پرسنلی بیمارستان های نیروهای مسلح به علل محرمانگی وجود دارد.

شاخصهای دسترسی به منابع - ۱۳۹۹

عنوان شاخص	میزان در بیمارستانهای کلیه سازمانها	میزان در بیمارستانهای وزارت بهداشت
تخت به جمعیت (در هزار نفر جمعیت)	۰,۵۴	۱,۲۵
سی.تی.اسکن به جمعیت (در ۱ میلیون نفر جمعیت)	۲,۲۵	۴,۷۴
ام.آر.آی به جمعیت (در ۱ میلیون نفر جمعیت)	۱,۱۱	۱,۳
آنژیوگرافی به جمعیت (در ۱ میلیون نفر جمعیت)	۱,۴۷	۱,۸
پرسنل به تخت	۳,۴۹	۲,۷۹
پزشک به تخت	۰,۶۸	۰,۳۱
پرستار به تخت	۱,۰۶	۱,۲۱

تعداد واحدهای بهداشتی سراسر کشور در سال ۱۳۹۹

خانه بهداشت	خانه بهداشت مناطق محروم	مناطق محروم	مناطق برخوردار	مناطق برخوردار	مناطق محروم	مناطق برخوردار
موجود فعال	۱۰۳۸۰	۷۴۷۴	۱۵۶	۶۰	۱۴۹۶	۱۱۹۷
طبق طرح گسترش	۱۱۳۵۲	۷۶۴۱	۱۸۲	۸۵	۱۷۷۶	۱۳۰۱
تعداد استیجاری	۱۹۵	۳۹۱	۵	۵	۲۲۲	۳۰۷
تفاوت موجود و مورد نیاز	۹۷۲	۱۶۷	۲۶	۲۵	۲۸۰	۱۰۴



تعداد واحدهای بهداشتی سراسر کشور در سال ۱۳۹۹							
مرکز بهداشت	مرکز بهداشت	مرکز بهداشت	مرکز بهداشت شبانه	مرکز بهداشت	مرکز بهداشت	پایگاه	
شبانه روزی	شبانه روزی	شبانه روزی	روزی شهری مناطق	شهری مناطق	شهری مناطق	بهداشتی	
روستایی مناطق	روستایی	شهری مناطق	محروم	برخوردار	محروم	مناطق	
برخوردار	مناطق محروم	برخوردار				برخوردار	
۷۱	۲۴۶	۲۵۱	۱۷۸۵	۴۹۸	۳۵۲۲	۸۳۵	موجود فعال
۷۹	۲۳۱	۲۸۱	۱۹۰۳	۵۳۹	۳۹۶۷	۹۶۰	طبق طرح گسترش
۲۸	۱۸۹	۷۷	۸۰۸	۱۱۱	۱۴۸۵	۱۸۰	تعداد استیجاری
۸	-۱۵	۳۰	۱۱۸	۴۱	۴۴۵	۱۲۵	تفاوت موجود و مورد نیاز

تعداد واحدهای بهداشتی سراسر کشور در سال ۱۳۹۹								
مرکز قرنطینه مرز	مرکز قرنطینه مرز	مرکز قرنطینه	حاشیه شهر	حاشیه شهر (خرید خدمت)	مرکز بهداشت	شبکه بهداشت	شبکه بهداشت	
دریایی	هوایی	مرز زمینی	(خرید خدمت)	محروم	شهرستان	و درمان مناطق	و درمان مناطق	
			برخوردار			برخوردار	محروم	
۳۶	۲۸	۳۱	۷۶۲	۱۰۳	۳۵۶	۲۳۹	۱۴۵	موجود فعال
۲۷	۲۵	۵۲	۶۰۴	۱۲۱	۳۵۸	۲۳۲	۲۷۰	طبق طرح گسترش
۰	۲	۵	۶۴۶	۱۵۸	۴۳۶	۹۸	۲۵	تعداد استیجاری
-۹	-۲	۲۱	-۱۵۸	۱۸	۲	-۷	۱۲۵	تفاوت موجود و مورد نیاز

تعداد واحدهای اورژانس پیش بیمارستانی سراسر کشور در سال ۱۳۹۹				
اورژانس موتوری	اورژانس هوایی	اورژانس شهری	اورژانس جاده ای	
۶۹	۳۹	۹۷۸	۱۵۳۴	موجود فعال
۱۹۲	۳۲	۱۱۴۷	۱۶۱۵	طبق طرح گسترش
۶	۱۵	۲۲۳	۱۷۵	تعداد استیجاری
۱۲۳	-۷	۱۶۹	۸۱	تفاوت موجود و مورد نیاز

تعداد نیروی انسانی واحدهای بهداشتی سراسر کشور در سال ۱۳۹۹						
نوع بکارگیری نیرو	خانه بهداشت مناطق محروم	خانه بهداشت مناطق برخوردار	مرکز تسهیلات زایمانی مناطق محروم	مرکز تسهیلات زایمانی مناطق برخوردار	مرکز بهداشت روستایی	مرکز بهداشت روستایی مناطق برخوردار
رسمی	۱۳۰۳۲	۱۰۷۲۶	۲۷۲	۲۲۹	۲۹۰۶	۲۸۹۲
پیمانی	۵۸۰	۵۰۳	۱۰۱	۵۳	۴۵۰	۳۵۲
طرحی و ضریب K	۲۹۶	۱۶۵	۱۹۲	۱۱۴	۱۹۳	۱۶۵۳
تبصره ۳/ ماده ۲	۱۲۳۲	۷۹۰	۱۱۷	۹۳	۱۹۳۹	۱۶۶۵
تبصره ۴	۸۶	۶۱	۷۸	۷۴	۶۷۰	۷۴۶
شرکتی	۱۶	۴۳	۱۱	۳	۵۷۵	۴۵۳
سایر	۱۴۱	۱۳۲	۳۱۳	۸۷	۳۵۶۴	۱۶۳۸
جمع نیروی انسانی	۱۵۳۸۳	۱۲۴۲۰	۱۰۸۳	۶۵۴	۱۲۰۷۸	۹۳۹۸

تعداد نیروی انسانی واحدهای بهداشتی سراسر کشور در سال ۱۳۹۹							
نوع بکارگیری نیرو	پایگاه بهداشتی مناطق برخوردار	مرکز بهداشت شهری محروم	مرکز بهداشت شهری برخوردار	مرکز بهداشت شبانه روستایی محروم	مرکز بهداشت شبانه روستایی برخوردار	مرکز بهداشت شبانه روستایی محروم	مرکز بهداشت شبانه روستایی برخوردار
رسمی	۱۵۵۱	۵۲۵۵	۱۹۵۳	۸۷۶۹	۱۱۴۹	۱۲۲۷	۴۲۳
پیمانی	۱۱۶	۳۶۸	۱۵۰	۵۲۹	۱۹۵	۱۵۶	۹۳
طرحی و ضریب K	۲۴۴	۹۶۷	۰	۲۶۹۹	۱۰۶۶	۸۴۷	۲۷۳
تبصره ۳/ ماده ۲	۲۰۹	۶۸۱	۸۳۱	۱۹۸۷	۵۸۱	۵۱۱	۱۴۷
تبصره ۴	۸۳	۱۷۷	۲۸۶	۱۲۰۸	۲۸۶	۲۷۳	۸۶
شرکتی	۷۰۴	۲۵۸۸	۵۶۳	۳۵۱۹	۴۲۷	۳۹۵	۲۴۱
سایر	۱۵۰	۶۰۲	۸۸۵	۱۷۵۷	۶۶۱	۴۷۴	۳۶۶
جمع نیروی انسانی	۳۰۵۷	۱۰۶۳۸	۴۶۶۸	۲۰۴۶۸	۴۲۶۵	۳۸۸۳	۱۶۳۹



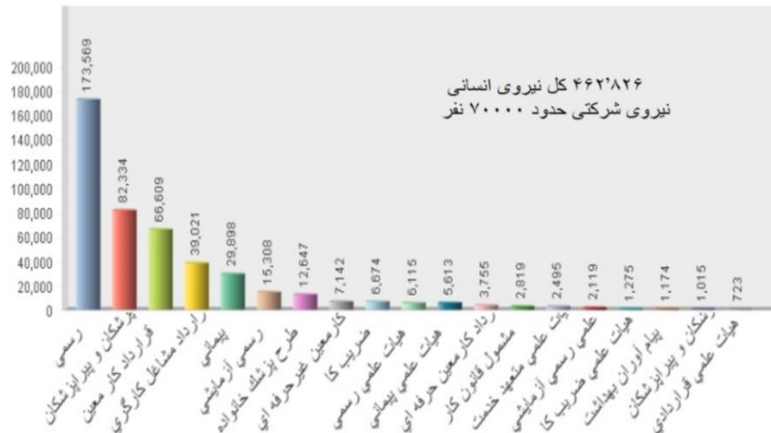
تعداد نیروی انسانی واحدهای بهداشتی سراسر کشور در سال ۱۳۹۹								
نوع بکارگیری نیرو	شبکه بهداشت و درمان مناطق محروم	شبکه بهداشت و درمان مناطق شهرستان	مرکز بهداشت	حاشیه شهر (خرید خدمت) محروم	حاشیه شهر (خرید خدمت) برخوردار	مرکز قرنطینه مرز زمینی	مرکز قرنطینه مرز هوایی	مرکز قرنطینه مرز دریایی
رسمی	۱۲۹۴	۲۴۹۳	۱۱۰۸۱	۴۰	۲۶۴	۵۵	۲۶	۳۵
پیمانی	۲۴۲	۱۴۳	۷۶۰	۲	۷۰	۱۶	۳	۴
طرحی و ضریب K	۳۱۴	۳۵۴	۱۰۲۲	۴۵	۱۲۱	۱۰	۱	۰
تبصره ۳/ ماده ۲	۵۲۸	۹۶۴	۳۰۳۹	۶۲	۹۹	۱۳	۸	۱
تبصره ۴	۳۰۸	۴۸۴	۱۴۷۰	۲۸	۲۲۱	۳	۱	۱
شرکتی	۴۸۶	۴۱۵	۱۶۶۰	۸۵۵	۳۳۷۰	۰	۳۰	۲
سایر	۲۸۱	۱۷۸	۱۰۲۰	۴۸	۱۰۹۴	۱۳	۱	۱
جمع نیروی انسانی	۳۴۶۳	۵۰۳۱	۲۰۰۵۲	۱۰۸۰	۵۲۳۹	۱۱۰	۷۰	۴۴

تعداد نیروی انسانی واحدهای اورژانس پیش بیمارستانی سراسر کشور در سال ۱۳۹۹				
نوع بکارگیری نیرو	اورژانس جاده ای	اورژانس شهری	اورژانس هوایی	اورژانس موتوری
رسمی	۱۴۱۳	۲۱۸۳	۳۶	۶
پیمانی	۱۴۰۳	۱۳۸۸	۴۰	۲۱
طرحی و ضریب K	۷۴۳	۷۲۵	۲	۱۷
تبصره ۳/ ماده ۲	۱۹۶۴	۱۵۰۸	۳۸	۲۰
تبصره ۴	۴۷۰	۴۰۷	۰	۲
شرکتی	۱۵۷۹	۱۰۳۸	۱۲	۶
سایر	۴۱۳	۳۷۷	۵	۱۵
جمع نیروی انسانی	۷۹۸۵	۷۶۲۶	۱۳۳	۸۷

آمار نیروی انسانی در سال ۹۸ دانشگاههای علوم پزشکی در بخش بهداشت و درمان

شرح	رسمی	پیمانی	طرحی و ضربی k	تبصره ۲ ماده ۳	تبصره ۴	شرکتی	سایر	جمع
جمع	۱۷۰۱۵۸	۳۸۴۴۰	۶۷۶۹۳	۶۸۲۷۸	۳۸۹۸۵	۵۵۸۰۸	۲۰۴۷۱	۴۵۹۷۴۵
ریاست و پشتیبانی	۶۴۳۱	۷۹۹	۲۷۷	۷۳۲۹	۲۱۸۳	۱۲۶۹	۳۶۵	۱۸۶۵۳
ستاد درمان و فوریت های پزشکی	۲۸۰۴	۷۵۰	۶۴۰	۲۲۶۱	۳۹۳	۲۴۳	۱۱۵	۷۲۰۶
ستاد بهداشت	۵۱۱۵	۳۳۱	۳۶۰	۱۳۶۷	۷۷۱	۳۳۱	۳۴۴	۸۶۱۹
ستاد غذا و دارو	۱۳۷۴	۱۷۶	۵۹۹	۹۲۲	۲۸۳	۲۸۷	۶۳	۳۷۰۴
بیمارستان	۸۴۸۲۹	۲۷۴۳۸	۴۹۹۹۵	۳۶۵۳۵	۲۷۸۸۶	۳۴۶۱۲	۶۰۶۸	۲۶۷۳۶۳
فوریتهای پزشکی	۲۹۸۰	۲۹۱۳	۱۲۴۶	۳۵۱۳	۸۸۷	۲۴۶۲	۵۴۰	۱۴۵۴۱
سلامت شهری و روستایی	۶۶۶۲۴	۶۰۱۹	۱۴۵۸۶	۱۶۳۵۳	۶۵۷۷	۱۶۵۲۵	۱۲۹۷۵	۱۳۹۶۵۹

آخرین آمار نیروی انسانی بر اساس نوع استخدامی در ابتدای سال ۱۴۰۰



دانشگاه / دانشکده	اعضا هیات علمی	اعضا غیر هیات علمی	جمع نیروی انسانی	دانشگاه / دانشکده	اعضا هیات علمی	اعضا غیر هیات علمی	جمع نیروی انسانی	دانشگاه / دانشکده	اعضا هیات علمی	اعضا غیر هیات علمی	جمع نیروی انسانی
تهران	۱۵۶۷	۲۰۶۴	۳۶۳۱	اسفراین	۱۶	۴۳	۵۹	مازندران	۴۶۵	۷۴۲	۱۲۰۷
کاشان	۲۲۴	۳۷۸	۶۰۲	تربت جام	۱۳	۵۶	۶۹	بابل	۳۵۷	۳۹۴	۷۵۱
قم	۲۰۳	۱۵۹	۳۶۲	آذربایجان شرقی	۷۹۸	۱۱۱۹	۱۹۱۷	گلستان	۳۰۵	۴۸۱	۷۸۶
شهید بهشتی	۱۶۲۵	۱۹۴۳	۳۵۶۸	مراغه	۵۱	۳۷	۸۸	بهزیستی و توانبخشی	۱۳۹	۴۵۴	۵۹۳
قزوین	۲۸۹	۵۲۵	۸۱۴	سراب	۷	۹	۱۶	آذربایجان غربی	۳۷۱	۵۰۹	۸۸۰
مرکزی	۲۷۰	۱۲۵	۳۹۵	ایران	۱۱۴۰	۱۲۱۶	۲۳۵۶	خوی	۲۱	۳۶	۵۷
مسیح دانشوری	۱۶	۱۵۸	۱۷۴	قلب شهید	۱۱۰	۵	۱۱۵	چهارمحال یختیاری	۲۳۸	۳۵۰	۵۸۸
ساوه	۲۳	۳۴	۵۷	البرز	۱۹۷	۳۰۲	۴۹۹	هرمزگان	۲۸۹	۲۳۹	۵۲۸

آمار نیروی انسانی سال ۱۳۹۹ بخش آموزش و تحقیقات پزشکی

دانشگاه / دانشکده	اعضا هیات علمی	اعضا غیر هیات علمی	جمع نیروی انسانی	دانشگاه / دانشکده	اعضا هیات علمی	اعضا غیر هیات علمی	جمع نیروی انسانی	دانشگاه / دانشکده	اعضا هیات علمی	اعضا غیر هیات علمی	جمع نیروی انسانی
خمین	۲۰	۲۱	۴۱	اصفهان	۹۲۲	۱۲۷۱	۲۱۹۳	زاهدان	۳۶۶	۵۴۵	۹۱۱
همدان - نهاوند	۴۷۱	۹۵۶	۱۴۲۷	کردستان	۲۵۳	۳۸۸	۶۴۱	زابل	۱۴۶	۳۱۵	۴۶۱
اسدآباد	۱۰	۲۰	۳۰	لرستان	۲۸۸	۵۱۶	۸۰۴	یزد	۴۰۴	۷۳۸	۱۱۴۲
فارس	۸۷۲	۲۱۶۱	۳۰۳۳	ایلام	۱۸۱	۲۶۰	۴۴۱	زنجان	۲۷۰	۵۴۵	۹۱۵
بوشهر	۲۰۴	۳۱۲	۵۱۶	اهواز	۶۶۱	۹۹۳	۱۶۵۴	سمنان	۲۹۵	۳۹۷	۶۹۲
کهگیلویه و بویراحمد	۱۹۲	۲۹۱	۴۸۳	دزفول	۸۸	۶۲	۱۵۰	اردبیل	۲۴۳	۳۵۵	۵۹۸
فسا	۹۵	۲۰۷	۳۰۲	آبادان	۹۹	۱۳۳	۲۳۲	خلخال	۱۴	۲۴	۳۸
چهرم	۱۲۳	۱۳۶	۲۵۹	شوشتر	۲۳	۱۴	۳۷	شاهرود	۱۲۷	۱۵۹	۲۸۶

آمار نیروی انسانی سال ۱۳۹۹ بخش آموزش و تحقیقات پزشکی

دانشگاه / دانشکده	اعضا هیات علمی	اعضا غیر هیات علمی	جمع نیروی انسانی	دانشگاه / دانشکده	اعضا هیات علمی	اعضا غیر هیات علمی	جمع نیروی انسانی	دانشگاه / دانشکده	اعضا هیات علمی	اعضا غیر هیات علمی	جمع نیروی انسانی
خراسان رضوی-خواف	۹۱۵	۱۳۷۷	۲۱۹۲	گیلان	۴۵۲	۶۴۷	۱۰۹۹	لارستان	۲۷	۷۸	۱۰۵
خراسان جنوبی+فردوس	۲۸۵	۳۱۷	۶۰۲	کرمان	۵۱۷	۷۴۳	۱۲۶۰	بهبهان	۲۶	۸۴	۱۱۰
تربت حیدریه	۶۴	۶۶	۱۳۰	رفسنجان	۱۹۴	۲۷۶	۴۷۰	ایرانشهر	۵۵	۶۰	۱۱۵
گناباد	۱۰۸	۲۱۶	۳۲۴	جیرفت	۶۲	۱۰۵	۱۶۷	گراش	۲۰	۹۹	۱۱۹
سبزوار	۱۵۵	۲۲۰	۳۷۵	بم	۸۱	۱۴۱	۲۲۲	کاشمر	۵	۹	۱۴
خراسان شمالی	۲۰۲	۲۷۴	۴۷۶	سیرجان	۲۹	۴۹	۷۸	جمع			
نیشابور	۶۶	۸۱	۱۴۷	کرمانشاه	۴۹۷	۷۶۱	۱۲۵۸				
									۱۸۹۶۱	۲۷۷۰۰	۴۶۶۶۱

آمار دانشجو سال ۱۳۹۹ بخش آموزش و تحقیقات پزشکی

دانشگاه / دانشکده	تعداد دانشجو	دانشگاه / دانشکده	تعداد دانشجو	دانشگاه / دانشکده	تعداد دانشجو
تهران	۱۴۵۰۷	اسفراین	۴۲۴	مازندران	۸۷۷۹
کاشان	۳۵۵۸	تربت جام	۳۴۹	بابل	۴۷۲۵
قم	۲۶۲۷	آذربایجان شرقی	۱۰۵۴۵	گلستان	۳۹۵۴
شهدید بهستی	۱۴۴۰۵	مراغه	۹۹۷	بهبستی و توانبخشی	۱۹۵۱
قزوین	۳۴۵۵	سراب	۵۰۷	آذربایجان غربی	۵۴۸۶
مرکزی	۳۹۸۱	ایران	۹۷۴۳	خوی	۳۵۶
مسیح دانشوری	۱۳۱	قلب شهید رجایی	۳۰۱	چهارمحال بختیاری	۲۸۴۷
ساوه	۷۲۱	البرز	۳۲۵۶	هرمزگان	۴۰۰۹

آمار دانشجوی سال ۱۳۹۹ بخش آموزش و تحقیقات پزشکی

دانشگاه / دانشکده	تعداد دانشجو	دانشگاه / دانشکده	تعداد دانشجو	دانشگاه / دانشکده	تعداد دانشجو
خمین	۵۰۷	اصفهان	۱۱۱۸۴	زاهدان	۵۹۸۸
همدان + نهاوند	۷۷۱۰	کردستان	۳۷۲۳	زابل	۲۶۴۵
اسدآباد	۴۲۱	لرستان	۵۰۰۶	یزد	۷۰۱۴
فارس	۱۱۲۴۴	ایلام	۳۲۳۱	زنجان	۴۵۰۰
بوشهر	۲۷۹۹	اهواز	۹۰۰۹	سمنان	۴۷۷۵
کهگیلویه و بویراحمد	۲۰۵۴	دزفول	۱۲۷۱	اردبیل	۴۴۲۶
فسا	۱۶۶۶	آبادان	۱۷۰۷	خلخال	۴۴۱
چهرم	۱۳۵۶	شوشتر	۸۴۰	شاهرود	۲۲۳۹

آمار دانشجوی سال ۱۳۹۹ بخش آموزش و تحقیقات پزشکی

دانشگاه / دانشکده	تعداد دانشجو	دانشگاه / دانشکده	تعداد دانشجو	دانشگاه / دانشکده	تعداد دانشجو
خراسان رضوی + خواف	۱۰۴۰۰	گیلان	۸۶۹۹	لارستان	۸۷۶
خراسان جنوبی + فردوس	۴۸۵۹	کرمان	۶۹۲۴	بهبهان	۶۶۷
تربت حیدریه	۱۰۸۳	رفسنجان	۲۶۶۹	ایرانشهر	۱۲۲۱
گناباد	۲۲۰۲	جیرفت	۱۲۵۱	گراش	۵۵۹
سبزوار	۲۵۳۷	بم	۱۳۵۰	کاشمر	۲۲۲
خراسان شمالی	۲۵۹۴	سیرجان	۹۴۷	جمع	۲۵۲۷۵۴
نیشابور	۱۰۷۲	کرمانشاه	۶۲۴۲		

مقایسه اعتبارات آموزش عالی - قانون ۹۹ و قانون ۱۴۰۰			
(ارقام به میلیون ریال)			
شرح	قانون ۹۹	قانون ۱۴۰۰	درصد رشد یا کاهش
اعتبارات هزینه‌ای	۶۰.۱۵۵.۸۰۱	۱۲۷.۵۰۳.۳۹۰	۱۱۲
درآمد اختصاصی	۹.۸۱۲.۸۷۹	۱۲.۲۴۴.۷۳۱	۲۵
تملك داراییهای سرمایه‌ای	۴۰.۸۰.۴۳۲	۶.۷۳۰.۲۴۰	۶۵
جمع کل	۷۴.۰۴۹.۱۱۲	۱۴۶.۴۷۸.۳۶۱	۹۸
تعداد دانشجو	۲۱۳.۳۲۵	۲۲۳.۷۸۹	۵
تعداد اعضاء هیات علمی	۱۹.۷۶۵	۲۰.۳۷۱	۳
نسبت هیات علمی به دانشجو	۱۰.۸	۱۱.۰	۲

تعداد دانشجو مندرج در قانون بودجه سال ۱۴۰۰

مقطع	تعداد دانشجو
کاردانی	۴,۳۱۴
کارشناسی	۹۱,۲۳۹
کارشناسی ارشد و Mph	۲۲,۶۶۱
دکتری حرفه ای	۷۹,۱۱۳
دستیاری تخصصی و PhD	۹,۰۷۰
دستیاری تخصصی بالینی	۱۵,۰۵۳
فوق تخصص و فلوشیپ	۲,۳۳۸
جمع	۲۲۳۷۸۹



اعتبارات بودجه حوزه سلامت (هزینه‌ای - در آمد اختصاصی و تمک دارایی سرمایه‌ای)
در سال ۱۴۰۰

درصد رشد	جمع (میلیارد ریال)	عنوان
۱۱۶	۵۷۵,۷۶۸	هزینه‌ای
۱۲	۳۷۹,۹۹۳	درآمد اختصاصی
۱۸	۱۳,۲۱۴	تمک دارایی
۵۷	۹۶۸,۹۷۵	جمع کل دانشگاه های علوم پزشکی
۱۹	۱۷۲,۴۴۳	جمع کل دانشگاه های حوزه سلامت
۵۰	۱,۱۴۱,۴۱۸	جمع کل دانشگاه ها و ردیف های متمم حوزه سلامت
۷۵	۳۴,۹۲۱	جمع دستگاه های وابسته
۵۰	۱,۱۷۶,۳۳۹	جمع کل
۲۳۴	۲۱,۶۳۷	مستفقه های وزارت بهداشت
۶۱	۳,۵۲۱	مستفقه های دستگاههای وابسته
۱۳۸	۱۷۶,۶۰۰	اعتبارات موضوع ماده (۳۷) قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت - یک درصد ارزش افزوده (با احتساب سهم سازمان مجری در تمک دارایی سرمایه‌ای)
۱۴۳	۲۰۱,۷۵۸	جمع مستفقه ها
۵۹	۱,۳۷۸,۰۹۷	جمع کل با مستفقه ها
۴۴	۱۹۷,۲۶۰	سازمان بیمه سلامت ایران و ردیف جدید بیمه درمان تایا روری و مرکز ملی تحقیقات
	۱۳۶,۶۹۱	

توزیع اعتبار بهداشت و درمان فصل بهداشت و درمان کل کشور در قانون بودجه ۱۴۰۰						
مبالغ به			۱۴۰۰			
درصد	جمع	یارانه	اختصاصی	متفرقه	عمومی	بخش
۳۰٪	۲۷۰۶۹۰	۱۴۹۸۵	۶۴۵۳۵	۲۴۳۸۳	۱۶۹۷۸۷	بهداشت ۸۴۴۲۲
۷۰٪	۶۴۶۴۷۵	۲۹۱۴۴	۲۹۵۵۳۱	۲۶۵۶	۳۱۹۱۵۴	درمان ۱۵۲۳۰۲
۱۰۰٪	۹۱۷۱۶۵	۴۴۱۲۹	۳۶۰۰۵۶	۲۷۰۳۹	۴۸۵۹۴۱	جمع ۲۳۶۷۲۴





کل بودجه حوزه سلامت با متفرقه ها
۱۳۷۸۰۹۷
 میلیارد ریال
 (۵۹٪ رشد نسبت به قانون ۱۳۹۹)

	قانون بودجه سال ۱۴۰۰	قانون بودجه سال ۱۳۹۹
اعتبارات عمومی	۸۱۴,۳۹۰ ۱۲۳٪ رشد نسبت به سال ۱۳۹۹	۳۸۱,۱۸۲
درآمد اختصاصی	۴۷۴,۳۶۰ ۸٪ رشد نسبت به سال ۱۳۹۹	۴۳۹,۸۴۴
تملك دارایی سرمایه ای	۸۹,۴۴۷ ۱۰۰٪ رشد نسبت به سال ۱۳۹۹	۴۴,۷۸۹

تفکیک اعتبارات حوزه سلامت



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

حکمرانی پاسخگو، رویکرد بنیادین برنامه

پاسخگویی و مسئولیت پذیری مولفه‌های اصلی حکمرانی مطلوب در نظام سلامت هستند. در این برنامه، حکمرانی پاسخگو، متعهد، مسئولیت پذیر، آگاه از شواهد، قابل اعتماد، بدون تضاد در منافع و مشارکت جو به عنوان رکن تولیت و زیربنای اصلی کار سازمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مد نظر قرار گرفته است.

