

## نقشه راه حوزه بهداشت در نظام سلامت ایران

### Road Map of Health Area in Iran Health System

**مقدمه:** شبکه بهداشتی و درمانی کشور در سه دهه گذشته دستاوردهای فراوانی از جمله کاهش شاخصهای مرگ نوزادان، کودکان و مادران باردار و همچنین کنترل بیماریهای عفونی داشته است. تغییر در نیازها و مشکلات جدید مرتبط با سلامت در جامعه، ضرورت تحول عملکرد حوزه بهداشت را ایجاد می‌کند. هدف از مطالعه حال حاضر تحلیل وضعیت و تدوین برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت است.

**روش:** مطالعه با رویکرد کیفی در سه مرحله تدوین مدل مفهومی و تحلیل ذی‌نفعان، تحلیل وضعیت شاخصهای سلامت و تعیین جهت‌گیریها انجام شد. برای گردآوری داده‌ها، در مجموع از سه روش مرور منابع، نظرسنجی و بحث گروهی متمرکز میان ذی‌نفعان استفاده شده است.

**یافته‌ها:** بر اساس نظرات خبرگان ۱۹ هدف راهبردی در حوزه بهداشت مورد اجماع قرار گرفت. برای دستیابی به این اهداف سه راهبرد کلان تعیین شد: ارتقاء سواد سلامت و توانمندسازی مردم، توسعه همکاری بین بخشی برای ایجاد محیط و سیاستهای سلامت‌محور و توسعه خدمات شبکه مراقبتهای اولیه سلامت (PHC). به منظور عملیاتی‌شدن این راهبردها شش برنامه ملی و هشت پروژه پشتیبان تعریف شده و انتظارات به تفکیک واحدهای درون بخش بهداشت تعیین شد.

**بحث:** اجرایی‌شدن این برنامه نیازمند فراهم کردن عوامل بسترساز از جمله بازطراحی ساختار حوزه بهداشت (از ستاد تا سطح محیطی)، تعیین انتظارات سایر معاونتهای وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی و همچنین تعیین سهم و نقش بخشهای خارج از حوزه بهداشت است.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه، حوزه بهداشت، طرح تحول سلامت، عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، شاخصهای سلامت، راه آینده

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۲۶

تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۲۳

#### ۱. بهزاد دماری

متخصص پزشکی اجتماعی، پژوهشکده علوم اعصاب، دپارتمان حکمرانی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

<bdamari@tums.ac.ir>

## Road Map of Health Area in Iran Health System

► **1- Behzad Damari**   
M.D, Community  
Medicine Specialist,  
Neuroscience Institute,  
Tehran University of  
Medical Sciences,  
Tehran, Iran,  
(corresponding author)  
<bdamari@tums.ac.ir>

**Introduction:** The achievements of the healthcare network in the country have changed over the past three decades, and in some cases the healthcare network has achieved success at international level as well; for example, the decline in infant mortality, children and pregnant women mortality rates, and the control of infectious diseases. These successes have been due to the development of health services in rural and deprived communities. The main reasons of these successes has been the development of human resources in the health sector as well as the promotion of social factors, such as increasing people's literacy and the development of health, welfare, and infrastructures facilities in rural communities by other sections collaboration.

Due to several reasons, it seems that the quality and quantity of health services in the healthcare networks of the country need to be changed and improved. Some main causes are as follows:

- 1- The reversal of urban and rural populations over the past three decades, population density in cities and its margins (or informal settlements).
- 2- Changing the causes of the diseases and early deaths from infectious to non-communicable (which is dependent on the lifestyle of people and economic, social, political, technological, international, and environmental factors).
- 3- Low coverage of primary health care in cities and towns.

The major aim of this study is situation analysis and defining health transformation plan.

**Method:** This study was conducted using a qualitative approach at three stages: conceptual framework designing and stakeholder's analysis, health indicators status analysis, and direction determination. Data were collected in three ways: literature review, written opinion polls, stakeholders' focused group discussions.

**Findings:** According to the health challenges which was achieved by analyzing the people health indicators in addition to stakeholders' views, in the beginning, 19 strategic health goals were agreed upon in order to improve the physical, psychological, and social health indices. Due to the lack of a similar program and subsequent evaluations, determining the success rate for each goal in the coming years was defined on the basis of a set of documents and stakeholders' views, including the Global Prevention Program, Control of Non-Communicable Diseases, and the Millennium Development Goals.

These 19 strategic goals are as follows:

- 1- Promoting awareness, attitude and self-care group skills by 30% compared to base year.
- 2-Increasing community participation in equitable health promotion by 30% compared to base year.
- 3-Increasing coverage and benefiting from early diagnosis services. Issuing health cards and increasing care coverage up to 60% of the country population.
- 4-Five percent reduction in deaths from cardiovascular infarctions, cancer, and respiratory diseases.
- 5-Organizing inter-sectoral cooperation in reducing health risk factors
- 6- Ten percent reduction in salt intake and rate of smoking, high blood pressure, and low physical activity.
- 7- Reducing the slope of the diagram of changing overweight people in to obese ones.
- 8- Reducing the prevalence of prevalent psychiatric disorders (depression and anxiety disorder) by 5% compared to baseline (based on the results of the National Mental Health Survey).
- 9- Reducing the prevalence of drug abuse by 5% compared to the base year.
- 10-Reducing the prevalence of alcohol consumption by 5% compared to the base year.
- 11-Improvement of social health indicators by 5% compared to the base year

(based on the results of the indicators of the Iranian social health scale in the National Survey of 2014)

12-Improving the quality of care for chronic non communicable diseases by 30% compared to base year.

13- Increasing the number of health protection places (place of residence, study, work, recreation, worship, and provision of services and neighborhoods) to 15% of the base year until the end of the program.

14- Decreasing of sugar, fat, and salt of food to standard levels declared by the Ministry of Health.

15- Increasing the safety of health units in terms of functional readiness, structural and non-structural safety status up to 50% of the status quo.

16- Improving preparedness of the population covered by health care centers for disasters to the extent of 50% of the existing situation.

17-Reducing the deaths of target groups including infants, children, and pregnant mothers.

18- Improvement of the evolutionary level of children up to 20% (in the fields of talking, counting as well as physical, social, emotional, and educational situations).

19-Promoting total fertility rates up to alternative rate.

Based on stakeholders' perspectives, three major strategies were proposed:

- 1) Promoting health literacy and empowering people;
- 2) Inter-sectoral collaboration for safe environments and health policies; and
- 3) Developing primary health care network services (PHC).

In order to establish and ensure the implementation of the above-mentioned aims, redesigning of the principles in the health services network of the country is necessary. Accordingly, 18 principles have been designed, for example:

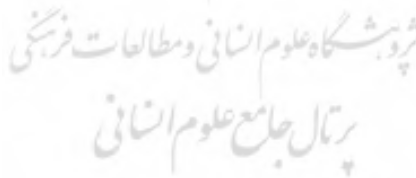
- 1) Establishing the rights and duties of citizens' health (self-care and participation).
- 2) Being responsible for the burden of diseases, especially non-communicable diseases and social injuries.
- 3) Assisting the process of equitable improving of citizens' quality of life.
- 4) Making strategic purchases by hiring well-educated staff capable of updating themselves.

5) Providing services actively, social marketing for utilization of the services, and the other 13 principles.

Totally six national programs were proposed based on the three major strategies and 18 principles in the provision of comprehensive health services to gradually develop throughout the country by the end of the eleventh government. In developing these programs, three axes of political support, operational capacity building, and culture promotion were taken into account.

**Discussion:** In a study conducted in the eighties, it was determined that the Ministry of Health and Medical Education, based on the analysis of the role and share of devices at that time, had the range between 14% to 17% of the share in improving the health of the population, so as long as other devices would not do their defined share and role, it is not expected to improve the situation of the health indicators. The implementation of the proposed plan requires the provision of contextual factors, such as redesigning the organizational structure of health system (from staff to line level), determining the expectations of other deputies of the Ministry of Health and medical universities, as well as defining the role and sharing of non-health sectors.

**Keywords:** Future pathways, Health indicators status, Health transformation plan, Plan, Social determinants of health,



## مقدمه

دستاوردهای خدمات شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور در سه دهه گذشته متنوع و در برخی موارد در سطح بین‌المللی الگو و زبانزد بوده است (شادپور، ۲۰۰۰؛ صدری‌زاده، ۲۰۰۴؛ مهرداد، ۲۰۰۹) که کاهش شاخصهای مرگ نوزادان، کودکان و مادران باردار و کنترل بیماریهای عفونی از آن جمله است. این موفقیتها مرهون توسعه خدمات شبکه‌های بهداشتی در جمعیت‌های روستایی و محروم جامعه بوده است. عوامل پیشران در این موفقیت توسعه نیروی انسانی در بخش سلامت و همچنین ارتقای عوامل اجتماعی چون افزایش سواد مردم (به‌خصوص کاهش اختلاف سواد زنان و مردان) و توسعه امکانات بهداشتی، رفاهی و زیرساختی در روستاها توسط سایر بخشها بوده است (ملک افضلی، ۲۰۰۹؛ اسدی لاری، ۲۰۰۴).

با این وجود به نظر می‌رسد کمیت و کیفیت خدمات سلامت در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور نیازمند تغییر و ارتقاء است. علل عمده‌ای را می‌توان برشمرد (حشمتی، ۲۰۱۶؛ مرادی لاکه، ۲۰۱۵؛ لی، ۲۰۱۶) از جمله اینکه معکوس شدن جمعیت شهری و روستایی نسبت به سه دهه قبل، تراکم جمعیت در شهرها و حاشیه آن (یا سکونتگاههای غیررسمی) اتفاق افتاده است و سیمای بیماریها و مرگهای زودرس از واگیردار به غیرواگیر تغییر کرده است که به سبک زندگی مردم و عوامل کلان و دور اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فن‌آوری، محیط‌زیست و بین‌المللی کلان وابسته است. بر اساس آخرین پیمایش عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر روند اغلب عوامل خطر رو افزایش بوده است. پوشش ضعیف مراقبتهای اولیه سلامت در شهرها و حاشیه شهرها و حضور هم‌زمان اپیدمی بیماریهای واگیردار نوپدید و بازپدید و آسیبهای اجتماعی در ایران در کنار بیماریهای غیرواگیر مزید بر علت شده است به این وضعیت باید پوشش ضعیف مراقبتهای مربوط به افراد سالم، عوامل خطر و

بیماریهای غیرواگیر در روستاهای کشور با وجود وجود برنامه پزشک خانواده روستایی را اضافه کرد. کم‌توجهی به ظرفیت همکاریهای بین بخشی و مشارکت مردم در بهبود وضعیت سلامت مردم در سطح منطقه‌ای از دیگر عللی نیاز به تغییر است. افزایش مخاطرات طبیعی و انسان‌ساخت به‌خصوص در مناطق شهری از جمله مقاومت مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانهای عمومی شهرستان نسبت به بلایای طبیعی، سیاستهای جمعیتی کشور و ضرورت تأمین بهداشت جمعیت رو به فزونی و همچنین سایر الزامات قانونی برنامه‌های توسعه کشور از جمله اقتصاد مقاومتی علل دیگر هست. از سوی دیگر تغییر تقاضای عمومی جامعه به علت افزایش آگاهی و تغییر نگاه در تعریف دسترسی از ارائه‌دهنده خدمت به رویکرد مراقبت از خود ایجاب می‌کند که برنامه‌هایی تدوین و بازبینی شود.

تاکنون برنامه حوزه بهداشت وزارتخانه بهداشت درمان و آموزش پزشکی از نظر شکلی در چارچوب یک سیاست ملی نبوده است، در اغلب موارد یا قانون برنامه‌های توسعه پنج‌ساله کشور در بخش سلامت عملیاتی شده است یا برنامه‌های عمودی مانند برنامه پیشگیری از ایدز، برنامه ترویج شیر مادر و یا برنامه بهداشت محیط تدوین و توسط واحدهای تخصصی اجرا شده است و همسویی این برنامه‌ها در پاسخ به نیازهای سلامت مردم و شاخصهای اثر نهایی شامل کاهش مرگها، بیماریها و حوادث همسویی فنی و هم‌افزایی نداشته است بنابراین نیاز بود تا سیاست یا نقشه راه حوزه بهداشت با ضرورت‌های فوق و در شکل پیشگفت تدوین شود. هدف از این مقاله توصیف تجربه تدوین این برنامه شامل تحلیل وضعیت و پیشنهاد برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت است.

## روش

مطالعه با رویکرد کیفی در سه مرحله تدوین مدل مفهومی و تحلیل ذی‌نفعان، تحلیل وضعیت شاخصهای سلامت و تعیین جهت‌گیریها انجام شده است. برای گردآوری اطلاعات

درمجموع از سه روش مرور منابع، نظرسنجی و بحث گروهی متمرکز ذی‌نفعان استفاده شده است. مراحل طرح به شرح زیر انجام شد:

۱) پس از تشکیل تیم پروژه و کمیته راهبری، مدل مفهومی مطالعه (شکل ۱) تهیه شد. سپس با استفاده از تحلیل ذی‌نفعان، افراد کلیدی شناسایی شده و شیوه مشارکت آنها تعیین گردید. ذی‌نفعان در این طرح، اشخاص یا سازمانهایی بودند که متأثر از برنامه بهداشتی می‌باشند که عبارتند از: ۱- ذی‌نفعان اجرایی شامل الف) سیاست‌گذاران ب) ارائه‌کنندگان خدمت ۲- خبرگان علمی. ذی‌نفعان اجرایی با استفاده از تحلیل ذی‌نفعان و خبرگان علمی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از تعیین این افراد و به دست آوردن اطلاعات تماس آنان، ابتدا جهت آشنایی آنها، مدل مفهومی مطالعه برای ایشان ارسال شد و از آنان برای شرکت در مطالعه تدوین برنامه با مکاتبه رسمی دعوت به عمل آمد.

۲) در مرحله دوم تحلیل وضعیت صورت گرفت. بدین منظور داده‌های کمی ثانوی (شامل داده‌های ثبتی، پیمایشها و...) و داده‌های کیفی (شامل نظرات ذی‌نفعان) از طریق پرسشنامه و بحث گروهی متمرکز جمع‌آوری، دسته‌بندی و تحلیل شدند. روش گردآوری داده‌ها در این مرحله از پژوهش شامل بررسی متون و مستندات و همچنین جمع‌آوری نظرات خبرگان و ذی‌نفعان از طریق جلسه بحث گروهی متمرکز بود.

۳) در مرحله سوم اهداف راهبردی بخش بهداشت، راهبردهای دستیابی به اهداف (شامل راهبردهای کلان و برنامه‌های ملی) و الزامات استقرار این راهبردها شامل پروژه‌های پشتیبان و تقسیم‌کاری درون‌بخشی مورد اجماع قرار گرفت و نظرات ذی‌نفعان در قالب این سه گروه جمع‌بندی شدند.

درمجموع هشت جلسه بحث گروهی متمرکز برگزار گردید. میانگین زمان هر یک از جلسات بحث گروهی حدود دو ساعت و نیم بود. جلسات توسط یک هماهنگ‌کننده بحث هدایت شد (مجری طرح). مطابق استاندارد روش بحث گروهی متمرکز، یک نفر وظیفه



یادداشت‌برداری از مباحثات جلسه را بر عهده داشت. همچنین علاوه بر یادداشت‌برداری، ضبط صوتی نیز انجام شد. تحلیل نتایج بحث گروهی با تکنیک تحلیل محتوا صورت گرفت. جلسات شامل دو گروه بودند؛ در قسمت اول (دو جلسه) تحلیل وضعیت انجام شد و دستاوردها و چالشهای حوزه بهداشت تعیین شدند. در قسمت دوم (شش جلسه) اهداف و مداخلات تعیین شد که در این مقاله نتایج قسمت دوم آمده است.



## یافته‌ها

با توجه به چالشهای سلامت مردم که از تحلیل شاخصهای سلامت مردم و همچنین نظرات ذی‌نفعان به دست آمد، ابتدا ۱۹ هدف راهبردی در حوزه بهداشت به‌منظور بهبود

شاخصهای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی مورد اجماع قرار گرفت، به دلیل نبود برنامه مشابه قبلی و ارزشیابیهای متعاقب آن، تعیین میزان موفقیت در هر هدف در سالهای آتی بر اساس مجموعه‌ای از مستندات و نظرات ذی‌نفعان تعیین شد، از جمله مستندات پشتیبان برنامه جهانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و اهداف توسعه هزاره بوده است:

۱- ارتقای آگاهی، نگرش. مهارتهای گروههای جمعیتی در زمینه خودمراقبتی به میزان ۳۰ درصد سال پایه

۲- افزایش مشارکت مردم برای ارتقای عادلانه سلامت به میزان ۳۰ درصد سال پایه  
۳- افزایش پوشش و بهره‌مندی از خدمات شناسایی زودرس، صدور کارت سلامت و مراقبت به میزان ۶۰ درصد جمعیت کشور

۴- کاهش ۵ درصد مرگهای ناشی از سکته‌های قلبی و عروقی، سرطان و بیماریهای تنفسی

۵- نهادهای همکاری فرابخشی در کاهش عوامل خطر سلامت

۶- کاهش ۱۰ درصد در نمک دریافتی، مصرف سیگار، فشارخون بالا و کم‌ تحرکی

۷- کاهش شیب تبدیل افراد اضافه‌وزن به افراد چاق

۸- کاهش شیوع اختلالات شایع روانپزشکی (اختلال افسردگی و اضطراب) به میزان ۵ درصد نسبت به سال پایه (بر اساس نتایج پیمایش ملی سلامت روان)

۹- کاهش شیوع مصرف مواد به مخدر میزان ۵ درصد نسبت به سال پایه

۱۰- کاهش شیوع مصرف الکل به میزان ۵ درصد نسبت به سال پایه

۱۱- ارتقاء شاخصهای سلامت اجتماعی به میزان ۵ درصد نسبت به سال پایه (بر اساس

نتایج شاخصهای مقیاس سلامت اجتماعی ایرانیان در پیمایش ملی سال ۹۳)

۱۲- ارتقای کیفیت مراقبت از بیماریهای مزمن غیرواگیر به میزان ۳۰ درصد سال پایه

(مطالعه اولین سال در زمینه کیفیت خدمات-سطح دو و سه)

- ۱۳- افزایش تعداد محیط‌های حامی سلامت (محل زندگی، تحصیل، کار، تفریح و عبادت و ارائه خدمات و محلات) به میزان ۱۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه
- ۱۴- کاهش قند، چربی و نمک محصولات و فرآورده‌های غذایی به میزان استاندارد تعیین شده و اعلامی وزارت بهداشت
- ۱۵- افزایش ایمنی واحدهای بهداشتی در ابعاد آمادگی عملکردی، ایمنی سازه‌ای و غیرسازه‌ای به میزان ۵۰ درصد وضع موجود
- ۱۶- ارتقای آمادگی جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی برای بلایا در ابعاد مرتبط به میزان ۵۰ درصد وضع موجود
- ۱۷- کاهش مرگ‌ومیر گروه‌های هدف شامل نوزادان، کودکان و مادران باردار
- ۱۸- ارتقاء سطح تکاملی کودکان به میزان ۲۰ درصد (در حیطه‌های تکلم-شمارش، جسمی، اجتماعی عاطفی، آموزشی)
- ۱۹- ارتقاء نرخ باروری کلی به حد جایگزین.
- بر اساس نظرات ذی‌نفعان جهت دستیابی به این اهداف سه راهبرد کلان مطابق جعبه شماره (۱) پیشنهاد شد: ارتقاء سواد سلامت و توانمندسازی مردم، همکاری بین بخشی برای محیط و سیاست سالم و توسعه خدمات شبکه مراقبتهای اولیه سلامت (PHC).

سه راهبرد کلان تحول حوزه بهداشت کشور (ملی، استانی و شهرستان)



شکل (۲) راهبردهای کلان تحول حوزه بهداشت کشور

- ذی نفعان معتقد بودند برای اجرایی شدن موارد فوق لازم است شبکه ارائه خدمات کشور به نحوی بازطراحی شود تا اصولی استقرار و تضمین شود؛ به عبارت دیگر اصول بازطراحی در شبکه ارائه خدمات سلامت یکی از اجزای این برنامه تعیین شد:
۱. حقوق و تکالیف سلامت شهروندان (خودمراقبتی و مشارکت) استقرار یابد.
  ۲. پاسخگویی بار بیماریهای کشور به ویژه بیماریهای غیرواگیر و آسیبهای اجتماعی باشد.
  ۳. به فرایند ارتقای عادلانه کیفیت زندگی شهروندان کمک کند.
  ۴. نیروی انسانی که تحصیلات کافی و دارای توانایی روزآمد شدن است در قالب «خرید راهبردی» به کار گیرد
  ۵. خدمات فعال ارائه دهد، بازاریابی اجتماعی برای بهره‌مندی از خدمات انجام دهد.
  ۶. خدمات حفاظت از سلامت مردم (همکاری بین بخشی و مؤلفه‌های اجتماعی سلامت) در این خدمات ادغام شده باشد.
  ۷. از همه ظرفیتهای منطقه مرتبط به جمعیت تحت پوشش استفاده شود و مشارکت تدریجی بخش خصوصی و غیردولتی را فراهم کند.
  ۸. خدمات جامع (همه ابعاد) برای همه گروههای سنی (کودک، نوجوان، جوان، میانسال،

- سالمند و مادر باردار) متناسب با اولویت بار بیماری ارائه شود.
۹. شناسایی زودرس و غربالگری هدفمند بیماریها و مراقبت فعال از موارد مزمن به‌طور تیمی ارائه شود.
۱۰. خدمات جاری مبارزه با بیماریهای واگیر و تأمین سلامت گروه سنی مادر و کودک تقویت و یکپارچه شود.
۱۱. مبتنی بر نوآوری و فن‌آوری متناسب باشد.
۱۲. اطمینان سیاست‌گذار و اعتماد مردم را به همراه داشته باشد.
۱۳. عدالت جغرافیایی در ارائه خدمات برای شهر و حاشیه شهر، روستا و عشایر ملحوظ شده باشد.
۱۴. قیمت خدمات سطح یک برای مردم حداقل باشد.
۱۵. موجبات ارتقای سلامت بیش‌ازپیش افراد سالم را فراهم آورد.
۱۶. از راهبرد ادغام خدمات در نیروی انسانی استفاده کند.
۱۷. خدمات کارا، هزینه اثربخش و مبتنی بر شواهد ارائه کند.
۱۸. سطح‌بندی خدمات و ارجاع ملحوظ شده باشد.
- بر اساس راهبردهای کلان سه‌گانه و اصول هجده‌گانه در تدارک خدمات جامع و همگانی سلامت در مجموع شش برنامه ملی پیشنهاد شد تا به تدریج تا پایان دولت یازدهم در کل کشور توسعه یابد. در تدوین این برنامه‌ها سه محور حمایت سیاسی، ظرفیت‌سازی عملیاتی و ارتقای فرهنگ مدنظر بوده است:
۱. برنامه ارائه خدمات سلامت به روستائیان، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایر (منطبق با شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان)
۲. برنامه ارائه خدمات سلامت به حاشیه‌نشینان شهرها (منطبق با شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان)
۳. برنامه استقرار شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان دو استان فارس و مازندران و شهرستانهای جدید (حداقل یک شهرستان از هر استان)

۴. برنامه ارائه خدمات سلامت در کلان‌شهرهای کشور
۵. برنامه تقویت و نهادینه‌سازی همکاری‌های بین بخشی از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای وضع سیاست‌های عمومی سلامت‌محور و توسعه محیط‌های سالم
۶. برنامه ارتقای سواد سلامت مردم از طریق مشارکت مردم و خود مراقبتی
۷. پشتیبان‌های اجرای شش برنامه ملی فوق در پنج قلمرو شامل آموزش، رصد، امکانات، مدیریت اطلاعات و شواهد و خدمات استخراج و در هشت حیطه زیر به شکل پروژه تعیین شد:  
پروژه اول) توانمندسازی کارکنان و مدیران حوزه بهداشت: شامل استقرار مجتمع آموزش عالی شهرستان، ارتقای سطح تحصیلات مربیان بهورزی و بهورزان و همچنین پزشکان عمومی (پزشکان خانواده)، برنامه ماندگاری پزشکان عمومی و کارشناسان حوزه بهداشت پروژه دوم) استقرار نظام پایش و ارزشیابی خدمات سلامت (از جمله جاری‌سازی برنامه عملیاتی شهرستان)  
پروژه سوم) استقرار نظام و تقویم دیده‌بانی حوزه بهداشت  
پروژه چهارم) تکمیل و تجهیز و توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور از جمله واکسن‌های جدید، مکمل‌های مورد نیاز گروه‌های آسیب‌پذیر و خودرو  
پروژه پنجم) ارتقای نظام اطلاعات سلامت: نظام جاری، پرونده سلامت الکترونیک، سامانه اطلاع‌رسانی، برنامه ثبت مرگ و ثبت سرطان و سایر بیماری‌ها  
پروژه ششم) تقویت ارتباط و همکاری بخش بهداشت با مراکز پژوهشی (بر اساس اولویت‌های تحقیقاتی حوزه بهداشت)  
پروژه هفتم) تقویت ارتباط و همکاری بخش بهداشت با مراکز آموزشی (به‌منظور تغییر در کاریکولوم‌های درسی و استفاده از ظرفیت اساتید و دانشجویان)  
پروژه هشتم) بسته‌بندی کلیه خدمات بهداشتی درمانی سطح اول در یازده بسته خدمتی اولویت‌دار شامل:

- بسته شماره ۱: خدمات خودمراقبتی (موقعیتهای محل زندگی، کار، تحصیل، تفریح و عبادت و رسانه‌ها از طریق سفیران سلامت (داوطلبان سلامت) و با هدایت کارشناس خودمراقبتی و مشارکت مردم ارائه می‌شود
- بسته شماره ۲: غربالگری هدفمند و شناسایی زودرس عوامل خطر و بیماریها (صدور کارت سلامت) توسط مراقب سلامت و ارجاع به پزشک عمومی در محدوده جمعیت تحت پوشش بسته شماره ۳: ارزیابی کامل، تشخیص و شروع درمان بیماریهای مزمن، طراحی برنامه مراقبت مستمر از بیماران، مدیریت ارجاع بیماران، درمان بیماریهای شایع و فصلی
- بسته شماره ۴: خدمات سلامت باروری و مراقبت از سلامت مادر باردار، کودک [و سالمندان]
- بسته شماره ۵: مشاوره و مراقبت روان‌شناختی [رفتاردرمانی] از جمعیت تحت پوشش برای موارد شناسایی‌شده پزشک مرکز و همکاری مشترک در بسته شماره یک (ترک دخانیات، مشاوره و مراقبت از بیماران افسرده و مضطرب، مهارتهای زندگی و والدی)
- بسته شماره ۶: مشاوره و مراقبت از رژیم غذایی و تحرک فیزیکی جمعیت تحت پوشش برای موارد شناسایی‌شده پزشک مرکز و همکاری مشترک در بسته شماره یک
- بسته شماره ۷: مشاوره، مراقبت اجتماعی و ارجاع سطح دو برای موارد شناسایی‌شده مراقب سلامت و پزشک مرکز و همکاری مشترک در بسته شماره یک
- بسته شماره ۸: خدمات حفظ و ارتقای نظام مدیریت بیماریهای واگیر
- بسته شماره ۹: خدمات سلامت دهان و دندان
- بسته شماره ۱۰: خدمات سلامت محیط و کار
- بسته شماره ۱۱: سلامت در بلایا
- عوامل و پروژه‌های پیشنهادی پشتیبان نیازمند همکاری درون بخش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است؛ به همین دلیل انتظارات درون‌بخشی از معاونتها و واحدهای ستادی در اجرای برنامه تحول حوزه بهداشت مطابق جدول شماره (۱) دسته‌بندی شد.

## بحث

به طور خلاصه در این مطالعه با توجه به نظرات ذی‌نفعان سه راهبرد کلان برای رسیدن به اهداف حوزه بهداشت کشور پیشنهاد شده که عبارتند از: استقرار شبکه جامع و همگانی سلامت، ارتقای سواد سلامت مردم، ایجاد محیط و سیاست‌های سالم.

مجموعه‌ای از مداخلات با هدف تقویت نظام سلامت کشور از سال ۱۳۹۳ آغاز شده که در مجموع طرح تحول سلامت نامیده شده است. تمرکز اصلی این طرح بر روی بخش درمان بوده و به نظر می‌رسد که بخش بهداشت مغفول واقع شده است (آخوندزاده، ۱۳۹۳؛ حقدوست، ۱۳۹۱). از سوی دیگر به نظر نمی‌رسد ادغام بسته‌های پیشنهادی در این برنامه را یک تحول محسوب کرد؛ چراکه این اقدام در تداوم همان رویه قبلی مراکز بهداشتی درمانی و تکمیل اقداماتی است که باید سالها پیش در حوزه بهداشت ادغام می‌شد، علاوه بر آن «تحول» ابعاد مختلف سازمانی را در بر می‌گیرد از جمله ارتقای فرهنگ سازمانی که بی‌ارتباط با موضوع نیست، بدون تغییرات در فرهنگ سازمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نمی‌توان با عوامل خطر سلامت در قرن حاضر و گستردگی آن مواجه شد (رستمی گوران، ۲۰۱۶)، این تغییر نگاه فقط محدود به بخش بهداشت و درمان کشور نیست بلکه تحول در نگاه حکمرانی کشور به قصد محدود کردن تأثیرات منفی عوامل کلان بر سلامت مردم باید اتفاق بیافتد (سلطانی پور، ۲۰۱۶)، با اینکه برخی تکالیف درون وزارتی در این مقاله آمده است اما مهم‌ترین اقدامات مرتبط به خارج از بخش سلامت است. در یک بررسی در دهه هشتاد معلوم شد که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس تحلیل نقش و سهم دستگاهها در آن مقطع بین ۱۴ تا ۱۷ درصد سهم در ارتقای سلامت مردم دارد و تا زمانی که سایر دستگاهها به سهم و نقش خود در ارتقای شاخصهای سلامت متعهد نشوند انتظار بهبود وضعیت عبث است (دماری، ۲۰۱۵). با نگاهی به میزان عملیاتی‌شدن



مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در یک دهه می‌توان به ضعف همکاری بین بخشی در حوزه سلامت پی برد که تقویت همه‌جانبه آن را یادآوری می‌کند (دماری، ۲۰۱۳). نکته دیگری که در طراحی مداخلات حوزه بهداشتی توجه بیشتری را می‌طلبد، بعد سلامت اجتماعی است. به نظر نمی‌رسد حجم فراوان نیازهای اجتماعی مردم در شهرها را از طریق شبکه‌های بهداشتی و درمانی رفع کرد. ظرفیتهای موجود مراکز مشاوره و سازمانهایی که در ارائه خدمات اجتماعی مدعی هستند ایجاب می‌کند که در جمعیت و یکپارچه‌سازی خدمات مشاوره و حمایت اجتماعی زیر نظر سازمانهای متولی از قبیل سازمان بهزیستی کشور بازنگری شود. در این برنامه توجه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و عادلانه‌بودن توزیع خدمات راهبردهایی است که در برنامه بهداشت سایر کشورها مثل برنامه مردم سالم ادر کشور آمریکا (۲۰۱۶)، آمریکای لاتین (۲۰۱۰) لین مک آ، ترکیه (۲۰۱۵) آتن آ، (۲۰۰۹) اکداگ، (۲۰۱۱) یاسار<sup>۵</sup> نیز مورد توجه قرار گرفته است.

یکی از ویژگیهای حکمرانی خوب، پاسخگویی است و ارزشیابی برنامه‌ها از ابزار آن محسوب می‌شود، ادعاها همواره نیازمند پایش و ارزشیابی است تا به سرمایه اجتماعی آسیب وارد نشود، در این ارتباط تغییرات پیشنهاد شده در بسته‌های مراکز بهداشتی درمانی بعد از اجرا باید ارزشیابی شود تا معلوم شود این تغییرات چقدر پاسخگوی نیازهای مردم بوده است. بعد از یک دهه سعی و خطا در اجرای برنامه پزشک خانواده روستایی و در دو استان فارس و مازندران مستندی اجماع شده و مصوب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی وجود ندارد که تکلیف رویکرد پزشکی خانواده و آشتی آن را با بخش بهداشت کشور مشخص کرده باشد (دماری ۲۰۱۶) و عموماً تصمیم‌گیری پشت درهای بسته، نقدپذیر نبودن و اعمال نظرات و سلیقه‌های فردی مدیران ارشد بدون توجه به نظرات جمعی ذی‌نفعان و نقدناپذیری رویکرد برجسته‌تری است.

1. Healthy people  
4. Akdag

2. Mc Lean  
5. Yasar

3. Atun

توجه نکردن به تکالیف درون بخشی مندرج در این مطالعه پیامدهایی را دارد که جبران آن سالها زمان می‌طلبد و پیامدهای اجتماعی فراوانی دارد به‌عنوان نمونه توجه نکردن به برآورد نیروی انسانی متناسب با ساختار ارائه خدمات سلامت در کشور موجب می‌شود نیروهای متخصصی از قبیل متخصص پزشک خانواده تربیت شود که هنوز در نظام ارائه خدمات سلامت جایگاه آنها تعریف نشده است و این افراد پس از دانش‌آموختگی به دلیل نبود تعریف شغلی مشخص یکی از مشکلات دولت در گروه جویندگان کار تحصیل کرده خواهند بود.

یکی از چالشهای برنامه‌ریزی در حوزه بهداشتی نبود برنامه مشابه و ارزشیابیهای متعاقب آن بود، به‌عبارت‌دیگر تعیین میزان رشد یک شاخص و یا هدف در پنج سال آینده تابعی از توانایی نظام سلامت در دستیابی به آن شاخص در سالهای گذشته است. اجرای این برنامه و ارزشیابی آن در سالهای بعد نشان خواهد داد که هدف‌گذاریهای قرین به واقعیت انجام شود. با اینکه در این برنامه از نظرات ذی‌نفعان ملی و استانی استفاده شده است اما ذی‌نفعان خارج از بخش سلامت در تعیین مداخلات دستیابی به اهداف راهبردی مشارکت داده نشده‌اند و این مهم باید در طول اجرای برنامه جبران و تکمیل شود.

اجرای‌شدن مداخلات پیشنهاد شده در این برنامه نیازمند فراهم‌کردن عوامل بسترساز است که مهم‌ترین آنها عبارت است از اجرایی‌شدن انتظارات و تکالیف سایر معاونتهای وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی و همچنین مشخص‌کردن سهم و حمایت‌طلبی برای ایفای نقش سایر وزارتخانه و سازمانهای ملی. به‌عبارت‌دیگر تحول در حوزه بهداشت کشور و دستیابی به شاخصهای برتر بهداشتی خود نیازمند تحول بزرگ‌تری در دانش، نگرش و عملکرد همه ارکان کشور است.

## پیوست

جدول (۱) انتظارات درون بخشی از معاونتها و واحدهای ستادی در اجرای برنامه تحول حوزه بهداشت

<input type="checkbox"/> تطبیق کوریکولوم پزشک عمومی با نیازهای شبکه جامع و همگانی سلامت <input type="checkbox"/> آموزش نیروهای تخصصی، توجیه بدو خدمت و آموزش مداوم منطبق با نیازهای شبکه جامع و همگانی سلامت و بسته‌های خدمتی <input type="checkbox"/> تطبیق کمیت نیروی انسانی آینده با نیازهای شبکه جامع و همگانی سلامت <input type="checkbox"/> تطبیق برنامه آموزشی سایر رشته‌های تحصیلی با نیازهای شبکه جامع و همگانی سلامت	آموزشی
<input type="checkbox"/> دیده‌بانی شاخصهای حوزه بهداشت مورد هدف در برنامه تحول و شش برنامه اصلی <input type="checkbox"/> مشارکت مراکز تحقیقاتی در رفع نیازهای تحقیقاتی شبکه همگانی و جامع سلامت	تحقیقات و فناوری و موسسه ملی
<input type="checkbox"/> تأمین خودرو و مراکز بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> بازکردن حساب اختصاصی برای اعتبارات حوزه بهداشت با امضای مدیر مالی دانشگاه و معاون بهداشتی <input type="checkbox"/> بخشنامه عدم هزینه کرد منابع بهداشتی در جای دیگر <input type="checkbox"/> مجوز به کارگیری نیروی انسانی (خرید خدمت-استخدام-پستهای بلا تصدی) <input type="checkbox"/> تعیین تکلیف ساختار حوزه بهداشت در استان و شهرستان <input type="checkbox"/> اختیار مالی، اداری و پشتیبانی معاون بهداشت و رئیس مرکز بهداشت استان و مدیر شبکه شهرستان <input type="checkbox"/> تأمین، تخصیص و توزیع منابع مالی <input type="checkbox"/> اصلاح سازوکار ساخت خانه‌های بهداشت (۵۰ درصد سهم دانشگاه و ۵۰ درصد سهم کمیته امداد امام (ره))	توسعه مدیریت و منابع

<p><input type="checkbox"/> تأمین داروهای مراقبت بیماریها، داروهای خانه‌های بهداشت</p> <p><input type="checkbox"/> تأمین مکملها (قرص آهن، فولیک اسید، پرل ویتامین د سه، قطره آ-د و مولتی ویتامین، قرص مولتی ویتامین بارداری، قطره آهن برای دو سال اول زندگی)</p> <p><input type="checkbox"/> تأمین شیر خشک، شیر معمولی و شیر رژیمی</p> <p><input type="checkbox"/> تأمین واکسنها از جمله پنتاوالان</p> <p><input type="checkbox"/> همکاری تنگاتنگ در ایمنی غذایی و بهداشت محیط با حوزه بهداشت</p>	<p>سازمان غذا و دارو</p>
<p><input type="checkbox"/> ساماندهی ارجاع به سرپایی تخصصی و تشخیصی و بستری، نظام پرداخت، سطح‌بندی خدمات و تضمین بازخورد</p> <p><input type="checkbox"/> تعیین تکلیف و سازمان‌دهی واحدهای ارائه خدمات بازتوانی و نوتوانی (معلولان، آسیب دیدگان، مراقبتهای پس از جراحی)</p> <p><input type="checkbox"/> گایدلاینهای تخصصی سطح دو و سه</p>	<p>درمان</p>
<p><input type="checkbox"/> برنامه‌ریزی تطبیق پرونده الکترونیک سلامت خانوار با سامانه اطلاعات وزارت بهداشت و استفاده از فناوریهای روز از جمله mHealth</p>	<p>حوزه فناوری اطلاعات</p>
<p><input type="checkbox"/> تسهیل و تشکیل جلسات مرتبط به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کارگروههای تخصصی برای انعقاد تفاهم‌نامه‌های همکاری مرتبط به کاهش عوامل خطر بیماری و ارتقای امنیت غذایی</p>	<p>دبیرخانه سیاست‌گذاری</p>
<p><input type="checkbox"/> اطلاع‌رسانی مستمر از جریان و ابعاد برنامه‌ها و پروژه‌های تحول حوزه بهداشت</p>	<p>روابط عمومی</p>
<p><input type="checkbox"/> ابلاغ شیوه‌نامه مجوز به کارگیری نیرو (عقد قرارداد- استخدام)</p> <p><input type="checkbox"/> صدور ابلاغ دبیر ستاد تحول حوزه بهداشت</p> <p><input type="checkbox"/> ابلاغ نظام‌نامه شبکه جامع و همگانی سلامت</p> <p><input type="checkbox"/> تعیین تکلیف ساختار محیطی حوزه معاونت بهداشت و متناظر آن در سطح ملی</p>	<p>انتظارات از وزیر</p>

- Akdağ, R. (2009). *Health transformation program in Turkey*. Progress Report, Ministry of Health, MoH Publication, Jan (749).
- akhondzade R. Health system transformation project, *an opportunity or a threat for doctors (Editorial)*. JAP. 2014; 5 (3) :1-2 (in Persian)
- Asadi-Lari, M., Sayyari, A. A., Akbari, M. E., & Gray, D. (2004). Public health improvement in Iran—lessons from the last 20 years. *Public health*, 118(6), 395-402.
- Atun, R. et al. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, Mar 28;385(9974):1230-47
- Damari, B. (2015). Role and performance of Iranian Organizations in community health promotion. *Payesh* 14(5), 511-521.
- Damari, B., & Vosoogh-Moghaddam, A. (2013). Improving Approaches of Intersectoral Collaboration for Health by Health and Food Security High Council in I.R.Iran. Scientific *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 11(3), 1-16.
- Damari, B., Vosoogh-Moghaddam, A., Rostami-Gooran N., & Kabir, M. J. (2016). Evaluation of the Urban Family Physician and Referral System Program in Fars and Mazandaran Provinces: History, Achievements, Challenges and Solutions. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 14(2), 17-38.
- Haghdoost AA, Mehrollhassani MH, Khajehkazemi R, Fallah MS, Dehnavieh R. Monitoring Indicators of Iranian Health System Reform Plan . *Hakim Health Sys Res* . 2013; 16 (3) :171-181 (in Persian)
- Heshmati, B., & Joulaei, H. (2013). Iran's health-care system in transition. *The Lancet*, 387(10013), 29-30.
- Lea, P. (2016). Iran: promises and prospects for health. *Lancet*, 387:29-30
- Malekafzali, H. (2009). Primary health care in the rural area of the Islamic Republic of Iran. *Iran J Public Health*, 1(38), 69-70.
- Mehrdad, R. (2009). Health system in Iran. *JMAJ*, 52(1), 69-73.
- Moradi-Lakeh, M., & Vosoogh-Moghaddam, A. (2015). Health Sector Evolution Plan in Iran; equity and sustainability concerns. *Int J Health Policy Manag*, 4(10), 637-640.
- Rostami-Gooran, N., Vosoogh-Moghaddam, A., Salarianzadeh, M. H., Esmailzadeh, H., & Damari, B. A. (2016). Organizational Culture of the Headquarters of the Iranian Ministry of Health and Medical Education. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 14(3),14-1

- Sadrizadeh, B. (2004). Primary health care experience in Iran. *Iran Red Crescent Med J.*, 7(1), 79-90.
- Shadpour, K. (2000). Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*, 6, 822-5.
- Soltanipour, F., & Damari, B. (2016). The Situation of Sustainable Development in Iran. *Scientific Journal of School of Public Health and Insitute of Public Health Research*. 14(4), 1-14.
- US Department of Health and Human Services (2010). *Healthy People 2020* (3rd ed). McLean, VA: *International Medical Publishing Inc.*
- Yasar, G. Y. (2011). Health transformation programme' in Turkey: an assessment. *The International journal of health planning and management*, 26(2), 110-33.

