**نقشه راه حوزه بهداشت در نظام سلامت ایران**

***بهزاد دماری ، متخصص پزشکی اجتماعی***

***دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران ، پژوهشکده علوم اعصاب ، دپارتمان حکمرانی و سلامت***

***نویسنده مسئول : bdamari@tums.ac.ir***

**چکیده**

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

**روش:** مطالعه با رویکرد کیفی در سه مرحله تدوین مدل مفهومی و تحلیل ذینفعان، تحلیل وضعیت شاخصهای سلامت و تعیین جهت‌گیری ها 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 19 هدف راهبردی در حوزه بهداشت مورد اجماع قرار گرفت. برای دستیابی به این اهداف سه راهبرد کلان تعیین شد: ارتقاء سواد سلامت و توانمند سازی مردم، توسعه همکاری بین بخشی برای ایجاد محیط و سیاست های سلامت محور و توسعه خدمات شبکه مراقبت های اولیه سلامت (PHC). به منظور عملیاتی شدن این راهبردها شش برنامه ملی و هشت پروژه پشتیبان تعریف شده و انتظارات به تفکیک واحدهای درون بخش بهداشت تعیین گردید.

**بحث:** اجرایی شدن این برنامه نیازمند فراهم نمودن عوامل بسترساز از جمله بازطراحی ساختار حوزه بهداشت (از ستاد تا سطح محیطی)، تعیین انتظارات سایر معاونت های وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی، و همچنین تعیین سهم و نقش بخشهای خارج از حوزه بهداشت می باشد.

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

**مقدمه**

دستاوردهای خدمات شبکه های بهداشتی درمانی کشور در سه دهه گذشته متنوع و در برخی موارد در سطح بین المللی الگو و زبانزد بوده است (شادپور، 2000؛ صدری زاده، 2004؛ مهرداد، 2009) که کاهش شاخصهای مرگ نوزادان، کودکان و مادران باردار و کنترل بیماریهای عفونی از آن جمله است. این موفقیتها مرهون توسعه خدمات شبکه های بهداشتی در جمعیت های 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 (به خصوص کاهش اختلاف سواد زنان و مردان) و توسعه امکانات بهداشتی، رفاهی و زیر ساختی در روستاها توسط سایر بخشها بوده است (ملک افضلی، 2009؛ اسدی لاری، 2004).

با این وجود به نظر می رسد کمیت و کیفیت خدمات سلامت در شبکه های بهداشتی درمانی کشور نیازمند تغییر و ارتقاء می باشد. علل عمده ای را می توان بر شمرد (حشمتی، 2016؛ مرادی لاکه، 2015؛ Lea ، 2016) از جمله اینکه معکوس شدن جمعیت شهری و روستایی نسبت به سه دهه قبل، تراکم جمعیت در شهرها و حاشیه آن (یا سکونتگاه های غیررسمی) اتفاق افتاده است و سیمای بیماریها و مرگ های زودرس از واگیردار به غیرواگیر تغییر کرده است که به سبک زندگی مردم و عوامل کلان و دور اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فن آوری، محیط زیست و بین المللی کلان وابسته است. بر اساس آخرین پیمایش عوامل خطر بیماری های 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 مراقبت های مربوط به افراد سالم، عوامل خطر و بیماریهای غیرواگیر در روستاهای کشور علی رغم وجود برنامه پزشک خانواده روستایی را اضافه کرد . کم توجهی به ظرفیت همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم در بهبود وضعیت سلامت مردم در سطح منطقه ای از دیگر عللی نیاز به تغییر است . افزایش مخاطرات طبیعی و انسان ساخت به خصوص در مناطق شهری از جمله مقاومت مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان های عمومی شهرستان نسبت به بلایای طبیعی ، سیاستهای جمعیتی کشور و ضرورت تأمین بهداشت جمعیت رو به فزونی و همچنین سایر الزامات قانونی برنامه های 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 ارائه دهنده خدمت به رویکرد مراقبت از خود ایجاب می کند که برنامه هایی 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 برنامه های توسعه پنج ساله کشور در بخش سلامت عملیاتی شده است یا برنامه های 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 برنامه ها در پاسخ به نیازهای سلامت مردم و شاخص های اثر نهایی شامل کاهش مرگ ها ، بیماری ها و حوادث همسویی فنی و هم افزایی نداشته است بنابراین نیاز بود تا سیاست یا نقشه راه حوزه بهداشت با ضرورت های 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 جهت گیری ها انجام شده است. برای گردآوری اطلاعات در مجموع از سه روش مرور منابع، نظرسنجی و بحث گروهی متمرکز ذینفعان استفاده شده است. مراحل طرح به شرح زیر انجام شد:

1) پس از تشکیل تیم پروژه و کمیته راهبری، مدل مفهومی مطالعه (شکل 1) 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 می باشند که عبارتند از: **1-** ذینفعان اجرایی شامل الف) سیاست گذاران ب) ارائه کنندگان خدمت **2-** خبرگان علمی. ذینفعان اجرایی با استفاده از تحلیل ذینفعان و خبرگان علمی به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. پس از تعیین این افراد و بدست آوردن اطلاعات تماس آنان، ابتدا جهت آشنایی آنها، مدل مفهومی مطالعه برای ایشان ارسال گردید و از آنان برای شرکت در مطالعه تدوین برنامه با مکاتبه رسمی دعوت به عمل آمد.

2) در مرحله دوم تحلیل وضعیت صورت گرفت. بدین منظور داده های کمی ثانوی (شامل داده های ثبتی، پیمایشها و...) و داده های کیفی (شامل نظرات ذینفعان)[[1]](#footnote-1)\* از طریق پرسشنامه و بحث گروهی متمرکز جمع آوری، دسته بندی و تحلیل شدند. روش گردآوری داده ها در این مرحله از پژوهش شامل بررسی متون و مستندات و همچنین جمع آوری نظرات خبرگان و ذینفعان از طریق جلسه بحث گروهی متمرکز بود.

3) در مرحله سوم اهداف راهبردی بخش بهداشت، راهبردهای دستیابی به اهداف (شامل راهبردهای کلان و برنامه های ملی) و الزامات استقرار این راهبردها شامل پروژه های پشتیبان و تقسیم کاری درون بخشی مورد اجماع قرار گرفت و نظرات ذینفعان در قالب این سه گروه جمع بندی شدند.

در مجموع هشت جلسه بحث گروهی متمرکز برگزار گردید. میانگین زمان هر یک از جلسات بحث گروهی حدود دو ساعت و نیم بود. جلسات توسط یک هماهنگ کننده بحث هدایت شد (مجری طرح). مطابق استاندارد روش بحث گروهی متمرکز، یک نفر وظیفه یادداشت برداری از مباحثات جلسه را بر عهده داشت. همچنین علاوه بر یادداشت برداری، 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 چالش های حوزه بهداشت تعیین شدند. در قسمت دوم (شش جلسه) اهداف و مداخلات تعیین گردید که در این مقاله نتایج قسمت دوم آمده است.

**شکل (1) مراحل اجرای مطالعه**

**یافته‌ها**

با توجه به چالشهای سلامت مردم که از تحلیل شاخصهای سلامت مردم و همچنین نظرات ذینفعان به دست آمد، ابتدا 19 هدف راهبردی در حوزه بهداشت به منظور بهبود شاخصهای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی مورد اجماع قرار گرفت، به دلیل نبود برنامه مشابه قبلی و ارزشیابی های متعاقب آن، تعیین میزان موفقیت در هر هدف در سالهای آتی بر اساس مجموعه ای از مستندات و نظرات ذینفعان تعیین شد، از جمله مستندات پشتیبان برنامه جهانی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر، و اهداف توسعه هزاره بوده است:

1- ارتقای آگاهی، نگرش. مهارت های گروه های جمعیتی در زمینه خودمراقبتی به میزان 30% سال پایه 2- افزایش مشارکت مردم برای ارتقای عادلانه سلامت به میزان 30% سال پایه 3- افزایش پوشش و بهره مندی از خدمت شناسایی زودرس، صدور کارت سلامت و مراقبت به میزان 60% جمعیت کشور 4- کاهش 5% مرگ های ناشی از سکته های قلبی و عروقی، سرطان و بیماری های تنفسی 5- نهادینه سازی همکاری فرابخشی در کاهش عوامل خطر سلامت 6- کاهش 10% در نمک دریافتی، مصرف سیگار، فشارخون بالا و کم تحرکی 7- کاهش شیب تبدیل افراد اضافه وزن به افراد چاق 8- کاهش شیوع اختلالات شایع روانپزشکی (اختلال افسردگی و اضطراب) به میزان 5% نسبت به سال پایه (بر اساس نتایج پیمایش ملی سلامت روان) 9- کاهش شیوع مصرف مواد به مخدر میزان 5% نسبت به سال پایه 10- کاهش شیوع مصرف الکل به میزان 5% نسبت به سال پایه 11- ارتقاء شاخصهای سلامت اجتماعی به میزان 5% نسبت به سال پایه (بر اساس نتایج شاخص های مقیاس سلامت اجتماعی ایرانیان در پیمایش ملی سال 93) 12- ارتقای کیفیت مراقبت از بیماری های مزمن غیرواگیر به میزان 30% سال پایه (مطالعه اولین سال در زمینه کیفیت خدمات – سطح دو و سه) 13- افزایش تعداد محیط های حامی سلامت (محل زندگی، تحصیل، کار، تفریح و عبادت و ارائه خدمات و محلات) به میزان 15% سال پایه تا پایان برنامه 14- کاهش قند،‌ چربی و نمک محصولات و فرآوردهای غذایی به میزان استاندارد تعیین شده و اعلامی وزارت بهداشت 15- افزایش ایمنی واحدهای بهداشتی در ابعاد آمادگی عملکردی، ایمنی سازه ای و غیرسازه ای به میزان 50% وضع موجود 16- ارتقای آمادگی جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی برای بلایا در ابعاد مرتبط به میزان 50% وضع موجود 17- کاهش مرگ و میر گروههای هدف شامل نوزادان، کودکان و مادران باردار 18- ارتقاء سطح تکاملی کودکان به میزان 20% (در حیطه های تکلم-شمارش، جسمی، اجتماعی عاطفی، آموزشی) 19- ارتقاء نرخ باروری کلی به حد جایگزین.

بر اساس نظرات ذینفعان جهت دستیابی به این اهداف سه راهبرد کلان مطابق جعبه شماره (1) پیشنهاد شد: ارتقاء سواد سلامت و توانمند سازی مردم، همکاری بین بخشی برای محیط و سیاست سالم و توسعه خدمات شبکه مراقبت های اولیه سلامت (PHC).



**شکل (2) راهبردهای کلان تحول حوزه بهداشت کشور**

ذینفعان معتقد بودند برای اجرایی شدن موارد فوق لازم است شبکه ارائه خدمات کشور به نحوی باز طراحی شود تا اصولی استقرار و تضمین شود؛ به عبارت دیگر اصول بازطراحی در شبکه ارائه خدمات سلامت یکی از اجزای این برنامه تعیین شد:

1. حقوق و تکالیف سلامت شهروندان (خودمراقبتی و مشارکت) استقرار یابد.
2. پاسخگوی بار بیماری های کشور به ویژه بیماری های غیرواگیر و آسیب های اجتماعی باشد.
3. به فرایند ارتقای عادلانه کیفیت زندگی شهروندان کمک کند.
4. نیروی انسانی که تحصیلات کافی و دارای توانایی روزآمد شدن است درقالب «خرید راهبردی» به کار گیرد
5. خدمات فعال ارائه دهد، بازاریابی اجتماعی برای بهره مندی از خدمات انجام دهد.
6. خدمات حفاظت از سلامت مردم (همکاری بین بخشی و مولفه های اجتماعی سلامت) در این خدمات ادغام شده باشد.
7. از همه ظرفیتهای منطقه مرتبط به جمعیت تحت پوشش استفاده شود و مشارکت تدریجی بخش خصوصی و غیردولتی را فراهم کند.
8. خدمات جامع (همه ابعاد) برای همه گروههای سنی (کودک، نوجوان، جوان، میانسال، سالمند و مادر باردار) متناسب با اولویت بار بیماری ارائه شود.
9. شناسایی زودرس و غربالگری هدفمند بیماری ها و مراقبت فعال از موارد مزمن به طور تیمی ارائه شود.
10. خدمات جاری مبارزه با بیماری های واگیر و تامین سلامت گروه سنی مادر و کودک تقویت و یکپارچه شود.
11. مبتنی بر نوآوری و فن آوری متناسب باشد.
12. اطمینان سیاست گذار و اعتماد مردم را به همراه داشته باشد.
13. عدالت جغرافیایی در ارائه خدمات برای شهر و حاشیه شهر، روستا و عشایر ملحوظ شده باشد.
14. قیمت خدمات سطح یک برای مردم حداقل باشد.
15. موجبات ارتقای سلامت بیش از پیش افراد سالم را فراهم آورد.
16. از راهبرد ادغام خدمات در نیروی انسانی استفاده کند.
17. خدمات کارا، هزینه اثربخش و مبتنی بر شواهد ارائه کند.
18. سطح بندی خدمات و ارجاع ملحوظ شده باشد.

بر اساس راهبردهای کلان سه گانه و اصول هجده گانه 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 برنامه ها سه محور حمایت سیاسی، ظرفیت سازی عملیاتی و ارتقای فرهنگ مد نظر بوده است:

1. برنامه ارائه خدمات سلامت به روستائیان، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایر (منطبق با شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان)
2. برنامه ارائه خدمات سلامت به حاشیه نشینان شهرها (منطبق با شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان)
3. برنامه استقرار شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان دو استان فارس و مازندران و شهرستان های جدید (حداقل یک شهرستان از هر استان)
4. برنامه ارائه خدمات سلامت در کلان شهرهای کشور
5. برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاری های بین بخشی از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای وضع سیاست های عمومی سلامت محور و توسعه محیطهای سالم
6. برنامه ارتقای سواد سلامت مردم از طریق مشارکت مردم و خود مراقبتی

پشتیبان های 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 جاری سازی برنامه عملیاتی شهرستان)

پروژه سوم) استقرار نظام و تقویم دیده بانی حوزه بهداشت

پروژه چهارم) تکمیل و تجهیز و توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور از جمله واکسن های جدید، مکمل های مورد نیاز گروه های آسیب پذیر و خودرو

پروژه پنجم) ارتقای نظام اطلاعات سلامت: نظام جاری، پرونده سلامت الکترونیک، سامانه اطلاع رسانی، برنامه ثبت مرگ و ثبت سرطان و سایر بیماریها

پروژه ششم) تقویت ارتباط و همکاری بخش بهداشت با مراکز پژوهشی (بر اساس اولویت های تحقیقاتی حوزه بهداشت)

پروژه هفتم) تقویت ارتباط و همکاری بخش بهداشت با مراکز آموزشی (به منظور تغییر در کاریکولوم های درسی و استفاده از ظرفیت اساتید و دانشجویان)

پروژه هشتم) بسته بندی کلیه خدمات بهداشتی درمانی سطح اول در یازده بسته خدمتی اولویت دار شامل :

|  |
| --- |
| بسته شماره 1: خدمات خودمراقبتی (موقعیت های محل زندگی، کار، تحصیل، تفریح و عبادت و رسانه ها از طریق سفیران سلامت (داوطلبان سلامت) و با هدایت کارشناس خودمراقبتی و مشارکت مردم ارائه می شود |
| بسته شماره 2: غربالگری هدفمند و شناسایی زودرس عوامل خطر و بیماری ها (صدور کارت سلامت) توسط مراقب سلامت و ارجاع به پزشک عمومی در محدوده جمعیت تحت پوشش،  |
| بسته شماره 3: ارزیابی کامل، تشخیص و شروع درمان بیماری های مزمن، طراحی برنامه مراقبت مستمر از بیماران، مدیریت ارجاع بیماران، درمان بیماری های شایع و فصلی |
| بسته شماره 4: خدمات سلامت باروری و مراقبت از سلامت مادر باردار، کودک [و سالمندان] |
| بسته شماره 5: مشاوره و مراقبت روانشناختی[رفتاردرمانی] از جمعیت تحت پوشش برای موارد شناسایی شده پزشک مرکز و همکاری مشترک در بسته شماره یک (ترک دخانیات، مشاوره و مراقبت از بیماران افسرده و مضطرب، مهارت های زندگی و والدی) |
| بسته شماره 6: مشاوره و مراقبت از رژیم غذایی و تحرک فیزیکی جمعیت تحت پوشش برای موارد شناسایی شده پزشک مرکز و همکاری مشترک در بسته شماره یک |
|  بسته شماره 7: مشاوره، مراقبت اجتماعی و ارجاع سطح دو برای موارد شناسایی شده مراقب سلامت و پزشک مرکز و همکاری مشترک در بسته شماره یک |
| بسته شماره 8: خدمات حفظ و ارتقای نظام مدیریت بیماری های واگیر |
| بسته شماره 9: خدمات سلامت دهان و دندان |
| بسته شماره 10: خدمات سلامت محیط وکار |
| بسته شماره 11: سلامت در بلایا |

عوامل و پروژه های پیشنهادی پشتیبان نیازمند همکاری درون بخش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است؛ به همین دلیل انتظارات درون بخشی از معاونت ها و واحدهای ستادی در اجرای برنامه تحول حوزه بهداشت مطابق جدول شماره (1) دسته بندی شد.

**بحث و نتیجه‌گیری**

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 سیاست های سالم.

مجموعه ای از مداخلات با هدف تقویت نظام سلامت کشور از سال 1393 آغاز شده که در مجموع طرح تحول سلامت نامیده شده است. تمرکز اصلی این طرح بر روی بخش درمان بوده و به نظر می رسد که بخش بهداشت مغفول واقع شده است (آخوندزاده، 1393؛ حقدوست، 1391). از سوی دیگر به نظر نمی رسد ادغام بسته های 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 سال ها پیش در حوزه بهداشت ادغام می شد، علاوه بر آن «تحول» ابعاد مختلف سازمانی را در بر می گیرد از جمله ارتقای فرهنگ سازمانی که بی ارتباط با موضوع نیست، بدون تغییرات در فرهنگ سازمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نمی توان با عوامل خطر سلامت در قرن حاضر و گستردگی آن مواجه شد (رستمی گوران، 2016)، این تغییر نگاه فقط محدود به بخش بهداشت و درمان کشور نیست بلکه تحول در نگاه حکمرانی کشور به قصد محدود کردن تاثیرات منفی عوامل کلان بر سلامت مردم باید اتفاق بیافتد (سلطانی پور، 2016)، 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 دستگاه ها در آن مقطع بین 14 تا 17% سهم در ارتقای سلامت مردم دارد و تا زمانیکه سایر دستگاه ها به سهم و نقش خود در ارتقای شاخص های سلامت متعهد نشوند انتظار بهبود وضعیت عبث است (دماری، 2015). با نگاهی به میزان عملیاتی شدن مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی طی یک دهه می توان به ضعف همکاری بین بخشی در حوزه سلامت پی برد که تقویت همه جانبه آن را یادآوری می کند (دماری، 2013). نکته دیگری که در طراحی مداخلات حوزه بهداشتی توجه بیشتری را می طلبد، بعد سلامت اجتماعی است. به نظر نمی رسد حجم فراوان نیازهای اجتماعی مردم در شهرها را از طریق شبکه های بهداشتی و درمانی رفع کرد. ظرفیت های موجود مراکز مشاوره و سازمان هایی که در ارائه خدمات اجتماعی مدعی هستند ایجاب می کند که در تجمیع و یکپارچه سازی خدمات مشاوره و حمایت اجتماعی زیر نظر سازمانهای متولی از قبیل سازمان بهزیستی کشور بازنگری شود. در این برنامه توجه به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و عادلانه بودن توزیع خدمات راهبردهایی است که در برنامه بهداشت سایر کشور ها مثل برنامه Healthy people در کشور آمریکا (2016) دماری ، آمریکای لاتین(2010) Mc Lean ، ترکیه (2015) Atun ، (2009) Akdag ، (2011) Yasar نیز مورد توجه قرار گرفته است.

یکی از ویژگیهای حکمرانی خوب، پاسخگویی است و ارزشیابی برنامه ها از ابزار آن محسوب می شود، ادعاها همواره نیازمند پایش و ارزشیابی است تا به سرمایه اجتماعی آسیب وارد نشود، در این ارتباط تغییرات پیشنهاد شده در بسته های 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 2016) و عموما تصمیم‌گیری پشت درهای بسته، نقدپذیر نبودن و اعمال نظرات و سلیقه های فردی مدیران ارشد بدون توجه به نظرات جمعی ذینفعان و نقدناپذیری رویکرد برجسته تری است.

توجه نکردن به تکالیف درون بخشی مندرج در این مطالعه پیامدهایی را دارد که جبران آن سال ها زمان می طلبد و پیامدهای اجتماعی فراوانی دارد به عنوان نمونه توجه نکردن به برآورد نیروی انسانی متناسب با ساختار ارائه خدمات سلامت در کشور موجب می شود نیروی های 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 دانش آموختگی به دلیل نبود تعریف شغلی مشخص یکی از مشکلات دولت در گروه جویندگان کار تحصیل کرده خواهند بود.

یکی از چالشهای برنامه ریزی در حوزه بهداشتی نبود برنامه مشابه و ارزشیابی های متعاقب آن بود، به عبارت دیگر تعیین میزان رشد یک شاخص و یا هدف در 5 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 هدفگذاری های 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 نشده اند و این مهم می بایست در طول اجرای برنامه جبران و تکمیل گردد.

**بحث**

اجرایی شدن مداخلات پیشنهاد شده در این برنامه نیازمند فراهم نمودن عوامل بسترساز است که مهمترین آنها عبارت است از اجرایی شدن انتظارات و تکالیف سایر معاونت های وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی و همچنین مشخص نمودن سهم و حمایت طلبی برای ایفای نقش سایر وزارتخانه و سازمان های ملی. به عبارت دیگر تحول در حوزه بهداشت کشور و دستیابی به شاخصهای برتر بهداشتی خود نیازمند تحول بزرگتری در دانش، نگرش و عملکرد همه ارکان کشور است.

**منابع**

**-** حقدوست، ع. ا.، مهرالحسنی م. ح.، خواجه کاظمی، ر.، فلاح، م. ص.، و دهنویه، ر. (1391). تعیین شاخص های ارزیابی نقشه تحول نظام سلامت کشور. مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم، ۱۶(۳)، ۱۷۱-۱۸۱.

**-** آخوندزاده، ر. (1393). طرح تحول نظام سلامت، فرصت یا تهدید برای پزشکان. فصلنامه بیهوشی و درد، 5(1)، 1-2.

Akdağ, R. (2009). Health transformation program in Turkey. Progress Report, Ministry of Health, MoH Publication, Jan (749).

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 Referal 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.

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 Institute 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.

**جدول (1) انتظارات درون بخشی از معاونت ها و واحدهای ستادی در اجرای برنامه تحول حوزه بهداشت**

|  |  |
| --- | --- |
| **آموزشی** | * تطبیق کوریکولوم پزشک عمومی با نیازهای شیکه جامع و همگانی سلامت
* آموزش نیروهای تخصصی ، توجیه بدو خدمت و آموزش مداوم منطبق با نبازهای شبکه جامع و همگانی سلامت و بسته های خدمتی
* تطبیق کمیت نیروی انسانی آینده با نبازهای شبکه جامع و همگانی سلامت
* تطبیق برنامه آموزشی سایر رشته های تحصیلی با نبازهای شبکه جامع و همگانی سلامت
 |
| **تحقیقات و فناوری****و****موسسه ملی** | * دیده بانی شاخص های حوزه بهداشت مورد هدف در برنامه تحول و شش برنامه اصلی
* مشارکت مراکز تحقیقاتی در رفع نیازهای تحقیقاتی شبکه همگانی و جامع سلامت
 |
| **توسعه مدیریت و منابع** | * تامین خودرو مراکز بهداشتی درمانی
* بازکردن حساب اختصاصی برای اعتبارات حوزه بهداشت با امضای مدیر مالی دانشگاه و معاون بهداشتی
* بخشنامه عدم هزینه کرد منابع بهداشتی در جای دیگر
* مجوز به کارگیری نیروی انسانی(خرید خدمت- استخدام- پست های بلاتصدی)
* تعیین تکلیف ساختار ساختار حوزه بهداشت در استان و شهرستان
* اختیار مالی ، اداری و پشتیبانی معاون بهداشت و رییس مرکز بهداشت استان و مدیر شبکه شهرستان
* تامین ، تخصیص و توزیع منابع مالی
* اصلاح ساز و کار ساخت خانه های بهداشت (50% سهم دانشگاه و 50% سهم کمیته امداد امام (ره ) )
 |
| **سازمان غذا و دارو** | * تامین داروهایمراقبت بیماری ها ، داروهای خانه های بهداشت
* تامین مکمل ها (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)
* تامین شیر خشک ، شیرمعمولی و شیر رژیمی
* تامین واکسن ها از جمله پنتاوالان
* همکاری تنگاتنگ در ایمنی غذایی و بهداشت محیط با حوزه بهداشت
 |
| **درمان** | * ساماندهی ارجاع به سرپایی تخصصی و تشخیصی و بستری، نظام پرداخت، سطح بندی خدمات و تضمین بازخورد
* تعیین تکلیف و سازماندهی واحدهای ارائه خدمات بازتوانی و نوتوانی (معلولان، آسیب دیدگان، مراقبت های پس از جراحی)
* گاید لاین های تخصصی سطح دو و سه
 |
| **حوزه فناوری اطلاعات** | * برنامه ریزی تطبیق پرونده الکترونیک سلامت خانوار با سامانه اطلاعات وزارت بهداشت و استفاده از فناوری های روز از جمله mHealth
 |
| **دبیرخانه سیاست گذاری** | * تسهیل و تشکیل جلسات مرتبط به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و کارگروه های تخصصی برای انعقاد تفاهم نامه های همکاری مرتبط به کاهش عوامل خطر بیماری و ارتقای امنیت غذایی
 |
| **روابط عمومی** | * اطلاع رسانی مستمر از جریان و ابعاد برنامه ها و پروژه های تحول حوزه بهداشت
 |
| **انتظارات از وزیر** | * ابلاغ شیوه نامه مجوز به کارگیری نیرو(عقد قرارداد- استخدام)
* صدور ابلاغ دبیر ستاد تحول حوزه بهداشت
* ابلاغ نظام نامه شبکه جامع و همگانی سلامت
* تعیین تکلیف ساختار محیطی حوزه معاونت بهداشت و متناظر آن در سطح ملی
 |

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

Behzad Damari

MD, Community Medicine Specialist
Associated Professor of Tehran University of Medical Sciences

Email:bdamari@tums.ac.ir

**Abstract**

**Introduction**: In the past three decades, Iran healthcare network has had many achievements, including reducing the infant mortality rates, maternal mortality rate and **Under**-five **mortality rate**, as well as controlling infectious diseases. The change in health-related needs necessitates an evolution in the performance of the health system. The aim of this study is situation analysis and defining health transformation plan.

**Method**: This study was conducted with qualitative approach in 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 experts' opinions, nineteen strategic objectives were agreed. Three major strategies were identified to achieve these strategic objectives: Promoting health literacy and empowering people, developing inter-sectoral collaboration for environmental and health centered policies, and strengthening primary health care (PHC). In order to operationalize these strategies, six national programs and eight supporting projects have been defined and expectations were divided into units within the health sector.

**Discussion**: The implementation of this 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 the defining the role and sharing of non-health sectors.

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

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

**Abstract**

**Introduction:** The achievements of the healthcare network in the country have varied over the past three decades, and in some cases were as well as the international success; such as the decline in infant mortality, children and pregnant women mortality rates, and the control of infectious diseases. These successes had been due to the development of health services in rural and deprived communities. The main reasons of these successes had 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 including:

1- The reversal of urban and rural populations over three decades ago, 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).

3- Low coverage of primary health care in cities and towns.

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

**Method:** This study was conducted with qualitative approach in 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, at first 19 strategic health goals were agreed 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 and Control of Non-Communicable Diseases, and the Millennium Development Goals.

These 19 strategic goals are including:

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 intake of salt and rate of smoking, high blood pressure and low activity.

7- Reduction 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 which 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 in the extent of 50% of the existing situation.

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

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

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,

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 purchasing well-educated and capable of updating staff.

5) Providing services actively, social marketing for utilization of the services.

And other 13 principles.

totally six national programs were proposed based on the three major strategies and eighteen 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 noticed.

**Conclusion:** In a study 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 wouldn't 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 the defining the role and sharing of non-health sectors.

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

1. \*. نتایج این بخش در مقاله زیر منتشر شده است:

دماری، ب. (1394). چالش‌ها و راهکارهای توسعه حوزه بهداشت کشور از دیدگاه معاونان بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی و روسای مراکز بهداشت استان‌ها. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، 13(1)، 1-16 [↑](#footnote-ref-1)