

به نام خدا

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان

درباره چهارم توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی کشور

معاونت هماهنگی و دبیرمجامع

اسفندماه ۱۳۸۳

« بنام خدا »

پیشگفتار

بخشی از ماموریت تدوین برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران تهیه اسناد ملی توسعه بخشی و فرابخشی است. در همین ارتباط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ماموریت یافت که سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان را در چارچوب دستورالعمل‌های سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور طی نامه شماره ۱۰۱/۵۴۵۰۹ مورخ ۸۳/۴/۲ تدوین نماید که سند پیوست نتیجه این تلاش و مشارکت صمیمانه مسئولین و کارشناسان بخش می‌باشد. این مجموعه زمانی به اهداف تعیین شده دست خواهد یافت که سیاستهای اجرایی آن به پروژه و یا برنامه‌های عملیاتی توسط بخش‌های مرتبط گردیده و درطول برنامه به اجرا درآید. الگوی تنظیم برنامه‌های عملیاتی و پروژه‌ها در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه شده است که بخش‌های مختلف توسعه در کشور می‌توانند از این قالب در تدوین برنامه‌ها و پروژه‌های خود استفاده نمایند.

جای دارد از آقای دکتر علی‌اکبر سیاری معاون محترم هماهنگی و دبیرمجامع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گروه کارشناسان همکار از معاونت‌های وزارت متبوع آقایان دکتر بهرام دل‌اور، دکتر عباس وثوق مقدم، دکتر کامبیز منظم، دکتر ترابی، دکتر حمیدرضا جمشیدی، دکتر یاسمین، دکتر حسین کاظمینی، دکتر فرهاد صدر، دکتر رضوی، دکتر شهرام علمداری، دکتر علی دباغ، دکتر خانی جزنی، دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر صمدزاده، دکتر مهدی گویا، دکتر فرشاد، دکتر ملکی، دکتر رضوی، نحوی، امیدوار و خانم‌ها دکتر گلا یول اردلان، دکتر شیخ الاسلام، طبیب زاده، حبیبی و همچنین آقایان دکتر محمدعلی مفتون و مهندس همایون فرزاد از معاونت هماهنگی وزارت بهداشت و آقایان هنجنی و فراهانی از سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور که در تهیه این سند مشارکت داشته‌اند تشکر و قدردانی نمایم.

امید است تعامل و همکاری بخش‌ها، سازمان‌ها و نهادهای مرتبط درطول برنامه بمنظور عملیاتی نمودن سیاستهای اجرایی تا تحقق اهداف آن تقویت گردد.

دکتر مسعود پزشکیان

وزیر

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۴	مقدمه
۸	وظایف بخش
۹	ویژگیها
۱۲	ساختار کلی
۱۵	وضعیت بخش در رابطه با سند چشم‌انداز و سیاستهای کلی و مضامین دوازده گانه برنامه چهارم توسعه
۱۶	وضعیت بخش در رابطه با سند چشم‌انداز سیاستهای کلی برنامه چهارم توسعه
۲۳	امکانات
۲۶	قابلیتها
۲۷	محدودیتها
۳۰	تنگناها
۳۲	نقش و جایگاه بخش در تحقق اهداف چشم‌انداز
۳۴	اهداف کلی
۳۴	راهبردها
۳۶	اهداف کمی و سیاستهای اجرایی بر بخش به حسب استان
۴۲	سیاستهای اجرایی بخش بهداشت و درمان
۴۶	اقدامات مهم و اساسی
۵۷	پیوست شماره ۱
۵۹	پیوست شماره ۲

مقدمه :

برخورداری از یک زندگی سالم و مولد و با کیفیت توام با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که مسئولیت و تولید آن بر عهده دولت ها است و پیش شرط تحقق توسعه پایدارمی باشد. برای تحقق این امر فراهم سازی امکانات و تسهیلات مناسب برای تامین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در کلیه مراحل زندگی و زنجیره حیات که از جمله حقوق طبیعی و نیازهای اساسی انسانها به شمار می رود در مکتب اسلام و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مورد تاکید قرار گرفته است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت های خود را جهت تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (اصول ۳، ۲۹، ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران).

مفهوم سلامت و داشتن تعریف مشترک از آن، در تبیین رسالت و مبانی فکری و اجرایی به ویژه در سطح کلان اهمیت اساسی دارد. سلامت در ادبیات بین المللی به صورتهای زیر تعریف شده است :

الف) از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی WHO:

سلامت عبارتست از: " احساس رضایت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی نه تنها فقدان بیماری و ناخوشی "

ب) از دیدگاه تئوری سرمایه انسانی (Human Capital Theory):

سلامتی افراد یک « ذخیره سرمایه » است که به مرور زمان با گذر طبیعی عمر (Natural Aging) مستهلک می شود، بیماری باعث استهلاک غیرطبیعی آن می گردد و سرمایه گذاری در سلامت (بهداشت و درمان) این استهلاک را جبران می کند.

سلامت در عرصه اندیشه و عمل جنبه های متفاوتی دارد. سلامت انسان محصول تعامل پیشینه ژنتیکی، محیط اجتماعی، روانی و اکولوژیکی است که او را در بر می گیرد و هر کدام از این عوامل به طور جداگانه ای بر سلامت وی تاثیر می گذارند. جدا از زمینه بیولوژیک و ژنتیک متفاوت هر انسان محیط زندگی وی شامل محیط فیزیکی و اکولوژیکی است که وی را در بر گرفته همچنین محیط های اقتصادی، اجتماعی و روانی نیز اثرات خود را بر انسان آشکارا اعمال می کنند. محیط زندگی بشر در حال تغییر است و این تغییرات در روش زندگی و کار انسان تاثیرات فراوانی بر سلامت او بر جای گذاشته است، این امر منجر به تغییر الگوی بیماری و مرگ گردیده که گذر سلامتی نامیده می شود. در بسیاری از کشورهای جهان و به درجه ای که از این گذر تاریخی متاثرند، تغییرات اپیدمیولوژیکی حادث شده است که شامل تغییر هرم سنی جمعیت به سمت سالخوردگی، تغییر الگوی بیماریها به سمت بیماریهای مزمن و حوادث و... می شود که به همراه پیدایش فناوریهای نوین و گرانتقیمت باعث تقاضاهایی جدید شده و در نتیجه پیشرفت روزافزون تجهیزات پزشکی و تأثیر مستقیم آن بر امر سلامت، افزایش هزینه بی سابقه ای در بخش سلامت را باعث شده است.

علاوه بر این کشور ما از نظر مخاطرات سلامت بار مضاعفی را به دوش می کشد که در واقع به علت گذر سلامتی است که بخشی از آن ناشی از توسعه نیافتگی و بخشی دیگر مربوط به جوامع توسعه یافته می باشد. بخشی از این عوامل به شرح زیر می باشد:

مردم ما با فقر، روشهای غیر بهداشتی دفع فاضلاب و مواد زائد، دود ناشی از سوخت‌های جامد در محیطهای بسته، مصرف دخانیات، روابط جنسی غیرایمن و مشکلات تغذیه ای ناشی از کمبود دریافت انرژی، ویتامین و املاح (ویتامین آ و دی، آهن و روی)، بدخوری و بیش خوری که آنان را به اضافه وزن، چاقی، پرفشاری خون مبتلا کرده زمینه را برای ابتلا به بیماری های قلبی و عروقی مهیا می کند روبرو هستند. خطرات ناشی از پرفشاری خون و کلسترول بالا که ارتباط مستقیمی با افزایش حملات قلبی و سکنه‌های مغزی دارند و با مصرف غذاهای پرچرب، پرنمک و شیرین نیز مرتبط هستند هر روز تهدید کننده تر بنظر می رسند. وقتی این خطرات با نیروهای مرگبار دخانیات و الکل عجین گردند، بازهم خطرناک تر می شوند. افزایش وزن و چاقی که نتیجه از دید مصرف مواد غذایی و کمبود فعالیت فیزیکی است نیز به خودی خود خطر جدید و عمده ای برای سلامت محسوب می گردد که بر گستردگی مخاطرات میافزایند. البته بیماریهای نوپدید (ایدز و سارس و...) و بیماریهای بازپدید (سل و مالاریا) نیز به نوبه خود باعث افزایش مخاطرات و بالطبع هزینه ها می گردند.

از طرف دیگر ایران جزو ۱۰ کشور بلاخیز دنیاست و از ۴۲ نوع بلایای طبیعی شناخته شده در جهان، ۳۳ نوع آن در کشور ما به وقوع می پیوندد. از جمله بلایای عمده کشور ما سیل، زلزله و خشکسالی می باشد. براساس آمار موجود در ۱۰ سال گذشته در ایران بیش از ۱۶۰/۰۰۰ نفر بر اثر بلایا کشته شده اند که از این میزان ۷۶٪ بر اثر زلزله و ۶٪ بر اثر سیل و ۱۸٪ بر اثر سایر بلایا بوده است. حوادث ترافیکی و جاده‌ای با میزان مرگ ۳۵ در صدهزار نفر، عامل مرگ ۲۲۵۱۲ نفر بوده است که این حوادث به تنهایی ۱۶٪ از سالهای زندگی از دست رفته را سبب می شوند. فشار ناشی از این عوامل بار سنگینی بر نظام سلامت تحمیل می کند.

پاسخ گفتن به نیاز موجود در جامعه، وظیفه و مأموریت اصلی همه سازمان‌هایی است که برای ارائه خدمات پا می گیرند. همانگونه که پیشتر بیان شد بیرون از این سازمان‌ها، عوامل بسیاری سبب تغییر حجم و نوع نیاز در جامعه می شود. مطلوب آنست که هر سازمان از چنان ساختار پویا و انعطاف پذیری برخوردار باشد که با دریافت پیام‌های تغییر از محیط، خود تغییر یابد و از این راه هماهنگی پیوسته‌ی خویش را با تغییرات محیط فراهم آورد. غالباً این گونه نیست و سازمان‌ها، بویژه در جامعه‌های سنتی، از این حالت فاصله‌ی بسیار دارند. ناگزیر میان نیازهای جامعه و خدماتی که قرار است سازمان‌ها مهیای ارائه‌ی آنها باشند فاصله می افتد و به همین دلیل نه گیرندگان خدمات و نه حتی خود سازمان از کاری که صورت می گیرد و خدماتی که ارائه می شود احساس رضایت نمی کنند. به سبب طبیعت اثرپذیر سلامت و خدمات مربوط به آن از خصوصیات دوران، پیشرفت دانش و تکنولوژی زمان، و عامل‌های گوناگون محیطی که به گذر سلامت مشهور شده است، تغییر نیازهای جامعه در این عرصه شتاب بیشتری دارد. ضروریست نظام سلامت از آمادگی، انعطاف پذیری و کارآمدی کافی برای برخورد با این تغییرات برخوردار باشد، لذا برای نیل به این اهداف، **اصلاح نظام سلامت** در جهت پاسخگویی نیازهای واقعی بخش سلامت به عنوان راهی مؤثر و ضروری، **اجتناب ناپذیر** است.

نظام سلامت از نظر ساختاری به مجموعه ای گفته می شود که فعالیتهای آن به طور مستقیم در راستای اهداف زیر باشد:

- **تامین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد**

- پاسخگویی به نیازهای غیر پزشکی مردم (responsiveness)

- مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع مالی

در سایه تلاش های گسترده بخش بهداشت و درمان، ارتقای سطح سلامت و افزایش شاخص های توسعه انسانی در دو دهه اخیر در کشور چشمگیر بوده است. اگر چه عوامل متعددی در این رشد دخالت داشته اند باید در نظر داشت که یکی از موثرترین عوامل این توفیق را باید اصلاح ساختار نظام عرضه خدمات دانست که تقریباً بلافاصله پس از انقلاب آغاز شد و می توان آن را نخستین اصلاح اساسی در نظام سلامت کشور دانست. اما با توجه به تغییرات ایجاد شده در انسان، محیط او و تقاضا هایش، نیاز ها و مشکلات جدیدی پدید آمده که مستلزم اندیشیدن تدابیر نوینی است تا بتوان علاوه بر نگهداشت سطح کنونی، شاخص های سلامت را به درجه ای از اهداف فوق ارتقا دهیم. این تدابیر با اندیشه اصلاح نظام سلامت در قالب پزشک خانواده و نظام ارجاع در این برنامه وارد شده است که در واقع می توان آنرا به عنوان دومین اصلاح اساسی در نظام سلامت کشور بعد از انقلاب اسلامی دانست.

نظام سلامت بسیار پیچیده و غامض است و به آسانی قابل شناخت نیست لذا روش های مختلفی برای شناخت و تاثیر گذاری بر آن ایجاد شده است. یکی از این روش ها مبتنی بر چرخه اصلاح نظام سلامت است. در این روش که بر اساس مشکل یابی و دسته بندی آن ها و پیدا کردن علل ریشه ای است و در بخش یافتن راه حل بر اختیار نمودن سیاستهایی استوار است که از طریق اهرم های کنترل عمل می کنند. به علت پیچیدگی زیاد، تنوع و تاثیر متقابل عوامل مختلف در بخش سلامت اثرگذاری همزمان و موثر بر همه عوامل غیر ممکن است. راهکار بدیع و روشنگرانه اهرم های کنترل به دلایل فوق و برای اثرگذاری بر این نظام پیچیده ایجاد شد، در این راهکار پنج اهرم کنترلی تعریف شده است. اهرم های کنترل هم به علت تاثیرات شگرفی که تغییر در آنها بر کل نظام سلامت می گذارد، بسیار بااهمیت تلقی می شوند و هم به علت تاثیراتی که بر هم دارند در هر اقدام به تغییری از جمله اصلاح نظام سلامت باید در نظر گرفته شوند.

به این منظور در این برنامه تلاش بر آن است که در چهار حیطه کارکرد اصلی نظام سلامت یعنی:

- تولیت (Stewardship)

- تامین منابع مالی (Financing)

- ارائه خدمات (Service Provision)

- تولید منابع (Resource generation)

علاوه بر نگهداشت سطح کنونی، در راستای بهبود شاخص های میانی (کارایی، اثربخشی، عدالت و کیفیت) و با تکیه بر ابزار های اصلی حاکمیتی یعنی اهرم های کنترل (تامین مالی، نظام پرداخت، اجرای مقررات، سازماندهی و رفتار) اصلاحات لازم را به عمل آوریم.

نظام پرداخت بر انگیزه ها و رفتار ارائه کنندگان خدمات تاثیر جدی دارد و می توان از روشهایی که از تقاضای القایی جلوگیری می کنند استفاده کرد. تامین مالی روش تاثیر بسزایی در تامین عدالت دارد.

سازماندهی می تواند باعث تغییرات عمده ای در سطح اجرا تامین مالی اجرا و نظارت گردد. اجرای مقررات تضمین کننده همه موارد فوق است و هر چهار عامل در بلند مدت سبب تغییر پایدار در رفتار می شوند

۱) وظایف، ویژگیها و ساختار کلی:

۱-۱) وظایف بخش:

بنابر تعریف، **نظام سلامت** مشتمل بر تمام سازمان ها و منابعی است که به ارائه اقدامات سلامت می پردازند و **اقدام سلامت** عبارت است از هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات سلامت عمومی و یا از طریق برنامه های بین بخشی انجام می گیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت است. به جرات می توان گفت که در جهان امروز، **زندگی کلیه افراد** در دستان نظام سلامت قرار دارد. نظام سلامت مسئولیتی حیاتی و مداوم نسبت به افراد در کل دوره زندگی آنها دارد. نظام سلامت با اعاده، حفظ و بهبود وضعیت سلامت افراد، خانواده ها و جوامع، در جهت ارتقاء سطح و کیفیت زندگی آحاد جامعه ایفای نقش می کند.

هدف اساسی نظام سلامت همانا **تامین، حفظ و ارتقای سلامت** است اما اهداف درونی دیگری نیز برای مطرح است. این اهداف به مسایلی مانند **مشارکت عادلانه مردم در تامین هزینه های سلامت و نحوه پاسخ نظام سلامت به انتظارات مردم** اشاره دارد به عبارتی نظام سلامت باید بتواند به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند پاسخ دهد و در تنظیم مشارکت آنها در تولید، توزیع و مصرف خدمات رعایت عدالت بنماید.

تولیت، تامین مالی، ارایه خدمات و سرمایه گذاری در تولید منابع انسانی، فیزیکی، تجهیزات و دارو امکان پذیر خواهد بود. ایجاد این هماهنگی مستلزم وجود ساختاری منسجم، پویا، ارتباط گرا و موثر است که بتواند بر هر چهار نقش تسلط داشته و با تغییرات محیطی سازگار باشد. این نقش بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته شده تا ضمن تامین سلامت برای جمعیت کشور، پاسخگوی آنها باشد.

تولیت به معنی تعیین و تقویت قواعد اجرایی و ارائه جهت گیری ها و راهبردها برای تمامی نقش آفرینان این بخش و پذیرش مسئولیت کلان و پاسخگویی در بالاترین سطح است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نیابت از دولت این وظیفه را بر عهده دارد. تولیت در سه عملکرد **سیاستگذاری** (تعیین خط مشی و جهت گیری کلان نظام سلامت)، **حاکمیت درون بخشی** (بکارگیری همه تمهیدات ممکن جهت تضمین اجرای سیاستهای اتخاذ شده) و **رهبری بین بخشی** (بکارگیری ابزارهای مشروع تاثیرگذاری بر بخش های دیگر در جهت دستیابی به اهداف و آرمان های نظام سلامت) تجلی می یابد.

- **تامین منابع مالی** در سه کارکرد **جمع آوری منابع** (فرآیندی است که طی آن نظام سلامت منابع خود را از طریق دولت، خانوار، کارفرما و کمکه های اهدایی از مردم، سازمانهای غیردولتی، نهادهای خیریه و سازمانهای بین المللی منابع مالی خود را تامین می نماید). **تجمیع و مدیریت منابع** (به گونه ای که ریسک پرداخت برای هزینه های سلامتی بوسیله تمامی افراد و نه توسط تک تک افراد در تامین منابع تحمل شود) و **خرید خدمات** (فرآیندی که طی آن

منابع جمع شده جهت انجام مجموعه ای از مداخلات موثر در ارتقاء سلامتی افراد به ارائه کنندگان خدمات پرداخت می شود).

• **ارائه خدمات در قالب ایجاد سازوکارهای مناسب برای کنترل بیماری های واگیردار ، غیر واگیردار ، کنترل مخاطرات تهدید کننده سلامت (فقر ، کمبود تغذیه ای پروتئین انرژی و ریز مغذی ها ، روابط جنسی غیرایمن ، روشهای غیر بهداشتی دفع فضلاب و مواد زائد ، دود ناشی از سوخت های جامد در محیطهای بسته ، پرفشاری خون ، کلسترول بالا ، مصرف دخانیات و الکل ، کمبود فعالیت فیزیکی ، افزایش وزن و چاقی) ، تامین و ارتقای سلامت خانواده ، سلامت محیط و کار ، تحدید موالید ، بازتوانی و نوتوانی است . این وظائف در حال حاضر در قالب چند دسته بزرگ ارائه می شوند:**

• خدمات پیشگیری مشتمل بر تامین سلامت مادر و کودک ، بهداشت باروری و تنظیم خانواده ، کنترل بیماری های واگیردار و غیر واگیر دار ، بهداشت محیط ، بهداشت حرفه ای ، بهداشت روان ، بهداشت مدارس ، آموزش و ارتقای سلامت ، بهداشت دهان و دندان و بهبود تغذیه

• خدمات بالینی مشتمل بر تشخیص ، مراقبت ، مدیریت و درمان

• بازتوانی و نوتوانی

• پاسخگویی به خطرات و بلا یا در کشور

• **سرمایه گذاری در تولید منابع انسانی و فیزیکی :** تامین و تربیت نیروی انسانی ماهر و متخصص در گروه بهداشتی و پزشکی بر عهده دانشگاههای علوم پزشکی گذاشته شده است . از آنجائیکه عملکرد مطلوب نظام سلامت در تمام جنبه ها از قبیل خدمات بهداشتی و درمانی ، پژوهش ، مدیریت و رهبری و آموزش به طور کامل به دانش ، مهارت ها و تواناییهای فارغ التحصیلان دانشگاههای علوم پزشکی بستگی دارد . سرمایه گذاری در پژوهش ، ساختمان و تجهیزات و تدارک دارو و ملزومات پزشکی نیز از جمله کارکرد های نظام سلامت در این زمینه می باشد.

وظایف قانونی بهداشت و درمان در پیوست شماره ۱ آمده است.

۲-۱) ویژگیها :

سلامت برابر با تعریف عبارت از رفاه کامل جسمی ، روانی و اجتماعی است . تامین سلامت مردم از لحاظ جنبه های اقتصادی ، اجتماعی ، روانشناختی و سیاسی قابل بررسی و تبیین است . انسان از دیدگاه تئوری سرمایه انسانی محوواصلی توسعه پایدار است و سلامت به عنوان عامل مهمی در رشد اقتصاد ملی شناخته می شود . در واقع

کالای سلامت، بازار سلامت و نگرش جامعه در باره سلامت دارای خصوصیات است که به آن در جوامع انسانی جایگاه و ارزش ویژه ای بخشیده است.

پاره ای از ویژگیهای اجتماعی منحصر به فرد سلامت (بهداشت و درمان) عبارتند از:

۱) **حقی است همگانی و برابر** که نتیجه آن تامین طولانی ترین عمر ممکن توأم با سلامتی، زندگی با کیفیت و عاری از معلولیت و ناتوانی برای کل احاد جامعه است.

۲) برخورداری از آن برای تمام سنین و گروه های اجتماعی با هر میزان درآمد باید در دسترس و قابل استفاده باشد (عدالت در بهره مندی از خدمات و تامین مالی)

۳) **خطر و زیان ناشی از بیماری**، فقط به فرد و خانواده وی مربوط نمی شود و اثر آن به جامعه محلی، ملی و بین المللی نیز بر می گردد. (ایدز، سارس، جنون گاوی، آنفلوآنزای مرغی، مالاریا، سل، وبا،)

۴) **عوامل اثرگذار بر سلامت** ویژگی های چند بخشی داشته و آثار دگرگونی سیمای سلامت (Epidemiological & Demographical transition) در کشور اثر این عوامل را تشدید می کند. همچنین عواملی مانند فقر و خشونت، صنعتی شدن، تغییر شیوه زندگی، آلودگی محیط زیست، تغییر عادت ها، حوادث و سوانح جاده ای، استرس و ... بر این عوامل اثر هم افزایی دارد.

۵) **منافع حاصل از خدمات سلامت** و اثر بخشی آن نقش بزرگی در خارج از بخش سلامت دارد.

۶) خدمات سلامت به عنوان **کالایی عمومی (Public good)** از طرف دولت ها حمایت و ضمانت می شود و تامین آن جزء وظایف حاکمیت است.

۷) ارائه خدمات سلامت به علت دگرگونی سیمای سلامت و توسعه علوم و فناوری های جدید **روز به روز پیچیده تر و گرانتر می شود.**

با این وجود خدمات سلامت را به دلایل زیر نمی توان مثل بسیاری از کالاها و خدمات فقط به دست بازار آزاد سپرد:

پیش شرط های استقرار بازار آزاد و عملکرد مفید آن عبارتند از: **رقابت پذیری، حاکمیت مشتری، آزادی در انتخاب، جریان آزاد اطلاعات و آگاهی مشتری، تصمیم گیری عقلایی، همگونی محصول، بازار کامل.** به دلیل جنبه های ویژه بازار سلامت اجرای پیش شرط های فوق به علل زیر مشکل و در برخی موارد ناممکن است:

۱. بخش عمده ای از خدمات سلامت کالای عمومی است، جنبه همگانی دارد و **رقابت ناپذیر** است.

۲. حیاتی بودن خدمات سلامت و در نتیجه عدم حساسیت به تغییرات قیمت قدرت تصمیم گیری را در

بسیاری موارد از فرد می گیرد و به این دلیل **حاکمیت مشتری مخدوش** می شود.

۳. محدودیت واحدهای ارائه خدمات و حیاتی بودن خدمات سلامت می تواند باعث **انحصار** شود.

۴. **عدم تقارن در اطلاعات** بهداشتی و پزشکی بین عرضه کننده و دریافت کننده خدمت، قدرت

تصمیم گیری و آزادی در انتخاب را از دریافت کننده خدمت می گیرد.

۵. حیاتی بودن خدمات سلامت و عدم تقارن اطلاعات بین ارائه دهنده و گیرنده خدمات زمینه ایجاد

تقاضای القایی (Induced demand) را فراهم می کند.

۶. **اثرات خارجی (Externality)** بطور گسترده‌ای در مراقبت های سلامت دیده میشوند.

۷. شواهد عینی مبین وجود **عدم اطمینان** گسترده ای در این بخش است.

۸. خدمات سلامتی ماهیت و کیفیت یکسانی ندارند و **همگون** نمی باشند.

۹. با پدیده **افزایش فزاینده هزینه های سلامتی** مواجه هستیم.

حیاتی بودن خدمات سلامت، عدم تقارن اطلاعات، عدم اطمینان و وضعیت انحصاری در ارائه آنها، رقابت پذیری، آزادی در انتخاب و حاکمیت مشتری را بطور اساسی مخدوش می کند. نامتقارن بودن اطلاعات و تقاضای القایی بر آگاهی مشتری و تصمیم گیری عقلایی او تاثیر جدی دارد. اثرات خارجی و نا همگونی خدمات بترتیب بازار ناکامل و محصول ناهمگون ایجاد می کنند، و همچنین افزایش فزاینده هزینه های سلامتی آزادی در انتخاب و تصمیم گیری عقلایی مشتری را تحت تاثیر قرار می دهد، لذا با توجه به عوامل فوق در ارائه خدمات سلامت با پدیده " شکست بازار (Market failure)" مواجه هستیم.

از دیدگاه اجتماعی و سیاسی سلامت حقی همگانی تلقی می گردد و خدمات سلامتی بنا به ماهیتی که دارند باید به **طور پیوسته و با حمایت حاکمیت** ارائه شوند. بسیاری از بیماریها واگیر دارند و بر سلامتی سایر افراد تاثیر می گذارند. بسیاری از رفتارها نیز برای سایر افراد جامعه خطر دارند. در این مخاطرات عدم اطمینان بسیاری از باب نوع آسیب، هزینه و فرد مبتلا وجود دارد و در صورت ابتلا **تحمل این هزینه ها برای فقرا اسفبار** است.

نظریه های اقتصادی، حوزه های متفاوتی را برای مداخله دولت در بخش سلامت معرفی می کند. این حوزه‌ها شامل اطمینان یافتن از تولید کالای عمومی، اصلاح یا تعدیل شرایط شکست بازار در بیمه‌های درمانی، تنظیم قیمتها، تامین منابع کافی از طریق روشهای عادلانه (بیمه اجتماعی یا تامین مالی دولتی) و اعطای یارانه به مصرف کنندگان در جهت برابری در دسترسی به بسته خدمات پایه می باشد.

مداخله مناسب در این حوزه‌ها، می تواند متضمن یک یا چند نتیجه‌ای باشد که مردم توقع تأمین آنها را از سوی نظام سلامت دارند. سلامتی مناسب، هزینه‌های پایین، رضایتمندی مصرف کنندگان و برابری هم از نظر دسترسی به خدمات سلامتی و هم از نظر تحمل بار مالی خرید خدمات. در واقع جهت گیری اصلی در اصلاح نظام سلامت از دیدگاه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، عدالت اجتماعی و رفع تبعیض در دسترسی به خدمات سلامتی برای آحاد مردم و تضمین تامین مالی به لحاظ بهره مندی برای گروه های آسیب پذیر بویژه فقرا است.

۳-۱) ساختار کلی :

به منظور تحقق مأموریت و اهداف نظام سلامت و در راستای اجرای تکالیف قانونی، با توجه به چهار کارکرد اصلی آن در حال حاضر ساختار زیر در کشور وجود دارد:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی از دولت **مسئولیت تولید** سلامت را بر عهده دارد. مسئولیت اجرایی آن در سطح استان به دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی واگذار شده است. اخیراً در راستای تقویت تولید و اصلاح نظام سلامت در کشور شورای عالی سلامت به ریاست رئیس جمهور و معادل آن در استان به ریاست استاندار تشکیل شده است. وظیفه خطیر و مهم دیگری که از نقش‌های حاکمیتی نظام سلامت است، نظارت بر اجرای صحیح قوانین و مقررات است. در حال حاضر واحدهای محیطی هر دو وظیفه اجرا و نظارت را بر عهده دارند.

۱. **تامین منابع مالی** در حوزه مراقبت‌های اولیه بهداشتی از محل **منابع عمومی** توسط دولت انجام می‌گردد، در بیمارستانها بخشی از منابع مالی توسط دولت از محل منابع عمومی و بقیه بصورت فروش خدمات به **سازمان‌های بیمه گر** و **افراد** تامین می‌گردد. سهم بخش بهداشت و درمان از هزینه‌های ناخالص داخلی در ۳ دهه گذشته روند کاهشی داشته است بطوری که از ۵/۲٪ در دهه ۶۰ به ۴/۵۱٪ در دهه ۷۰ رسیده است. در سال ۱۳۸۰ این رقم برابر با نسبت دهه ۶۰ شده است، در صورتی که روند هزینه‌ها در دهه‌های گذشته بخصوص از سال ۱۳۶۰ به بعد نشان دهنده کاهش سهم بخش عمومی در هزینه‌ها و افزایش اجباری مشارکت خانوار در هزینه‌های بهداشتی و درمانی بوده است و این در حالیست که هزینه‌های بخش بهداشت و درمان نسبت به سال ۱۳۵۰ در **حدود ۱۰۰۰ برابر رشد داشته است.**

در خرید خدمات درمانی سرپایی سازمان‌های بیمه گر پایه نقش عمده ای دارند و به روش پرداخت موردی و کارانه از پزشکان و روش کارانه از موسسات تشخیصی و داروخانه‌ها خرید خدمت می‌کنند. در خرید خدمات درمانی سرپایی در مراکز دولتی پرداخت به پزشکان بر اساس حقوق و درصدی از کارانه است. در بخش بستری خرید خدمات در برخی موارد به صورت موردی است ولی در بیشتر موارد به صورت ترکیبی از پرداخت روزانه و کارانه است. در مراکز بستری دولتی پرداخت به پزشکان بر اساس حقوق و درصدی از کارانه است و پرسنل حقوق و مقدار ثابتی به شکل پاداش دریافت می‌کنند.

باید توجه داشت که پرداخت فرانشیز توسط بیمه شدگان در بخش بستری ۱۰٪ و در بخش سرپایی ۳۰-۵۰٪ است. البته **پرداخت‌های غیررسمی** نیز وجود دارد. در سال ۱۳۸۱، ۴۶٪ از کل منابع مالی بخش از طریق دولت و یا نهادهای عمومی (سازمان‌های بیمه پایه) تامین می‌شود و پرداخت مستقیم از جیب توسط مردم ۵۴٪ بوده است. شاخص مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع مالی ۸۳/۰ است (رتبه ۱۱۲ در بین کشورها). نکته اساسی و قابل تامل دیگر اینست که ۳/۵ درصد افراد یا خانوارها به علت مخارج سلامتی دچار هزینه‌های خانمان سوز (**Catastrophic health expenditure**) می‌شوند. ۳۹ درصد از بستری شدگان در بیمارستانها مشمول این وضعیت هستند.

ارائه خدمات در بخش سلامت مانند سایر بخشها شامل بخشهای دولتی (وابسته و غیر وابسته به وزارت بهداشت)، تعاونی و خصوصی است که هر کدام سهم خاصی در ارائه و تامین خدمات ایفا میکنند. در سال ۱۳۸۱ بخش خصوصی ۶۶٪ از بار مراجعه سرپایی و ۱۸٪ از بار بستری و بخش دولتی ۳۴٪ از بار مراجعه سرپایی و ۸۲٪ از بار بستری را تقبل کرده است. در صورتی که بخش خصوصی ۶۹٪ و بخش دولتی ۳۱٪ درصد از هزینه های جاری بازار سلامت را دریافت می کنند. ساختار ادغام یافته خدمات سلامتی در کشور را می توان به چهار سطح طبقه بندی کرد:

(۱) **خدمات پیشگیری** یا مراقبت های اولیه بهداشتی که در سطح گسترده ای عمدتاً توسط شبکه بهداشتی و درمانی دولتی در شهر و روستا به طور رایگان ارائه می گردد.

(۲) **خدمات درمانی سرپایی عمومی و تخصصی** که توسط مراکز دولتی و خصوصی ارائه می گردد.

(۳) **خدمات درمانی بستری** که در این گروه علاوه بر وزارت بهداشت، سازمان تامین اجتماعی و سایر نهادهای دولتی (ارتش، شرکت نفت و...)، بخش خصوصی و تعاونی نیز نقش قابل توجهی دارند.

(۴) **خدمات توانبخشی** توسط مراکز دولتی و خصوصی ارائه می گردد.

وظیفه سیاستگذاری، برنامه ریزی برای تامین و ارتقای سلامتی و تضمین کفایت عادلانه ارائه خدمات بهداشتی درمانی و نظارت بر کیفیت آنها را بعهده دارد. این وظیفه را از طریق ۴۰ مرکز بهداشت دانشگاه ۳۰۳ مرکز بهداشت شهرستان، ۲۱۹۱ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۲۳۲۱ مرکز بهداشتی درمانی روستایی ۱۳۸۷ پایگاه بهداشتی و ۱۶۵۶۰ خانه بهداشت به انجام میرساند. در حال حاضر ۹۰۷ بیمارستان در سطح کشور وجود دارد که ۷۳۳ واحد آن فعال است، (سهم بخش دولتی ۶۷٪، بخش خصوصی ۱۶٪، بخش تامین اجتماعی ۸ درصد، خیریه ۴٪ درصد و سایر سازمانها ۵ درصد) که در کشور خدمات بستری را ارائه می دهند.

تولید منابع: آموزش نیروهای پزشکی و بهداشتی برعهده دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی میباشد البته دانشگاه آزاد اسلامی نقش قابل توجهی در این امر دارد و برخی نهادهای دولتی نیز به تربیت این نیروها مشغولند. تعداد ۴۰ دانشگاه علوم پزشکی و ۱۸۷ دانشکده در ۲۸ استان وجود دارد که ۲۹٪ آن در رشته پرستاری و مامایی، ۱۹٪ پزشکی و ۱۲٪ بهداشت و پیراپزشکی است. از ۱۱۵۲۱ عضو هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی کشور وابسته و غیر وابسته به وزارت بهداشت ۸۰۲٪ استاد، ۷۰۶٪ دانشیار، ۵۵۰۴٪ استادیار، ۳۳۰۳٪ مربی هستند. نسبت دانشجو به استاد ۹/۰۶ به یک می باشد.

در کل کشور در سال ۱۳۸۰ تعداد پزشکان ۷۲۷۹۲ نفر (بازای هر ۸۸۹ نفر یک پزشک)، تعداد دندان پزشکان ۱۳۵۱۲ نفر (بازای هر ۴۷۹۱ نفر یک دندان پزشک)، تعداد داروسازان ۱۰۸۲۰ (بازای هر ۵۹۸۳ نفر یک داروساز)، بوده است.

تحقیقات بنیادی، توسعه ای و کاربردی و **تولید اطلاعات** توسط مراکز علمی _ پژوهشی وابسته به وزارتخانه و کلیه واحدهای ستادی آن با حضور ۹۰۰۰ پژوهشگر و بودجه ای بالغ بر ۳۵/۵ میلیارد تومان (۲/۵ درصد کل بودجه

دستگاه) انجام می‌گیرد و دبیرخانه‌های تحقیقات کاربردی در معاونت‌های وزارت بهداشت امر مدیریت، هدایت، هماهنگی و حمایت از اجرای طرح‌ها و کاربردی کردن نتایج آنها را بر عهده دارند. بدیهی است وظیفه معاونت تحقیقات و فناوری وزارت متبوع تدوین سیاست‌های پژوهشی و ارزیابی کل نظام تحقیقات بخش سلامت است.

مسئولیت کفایت تامین، نظارت بر تولید، واردات و صادرات دارو و همچنین نظارت بر ایمنی تولیدات مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی بر عهده معاونت غذا و دارو می‌باشد با فعالیت بیش از ۵۵ شرکت کوچک و بزرگ تولیدکننده دارو حدود ۹۷٪ داروهای مورد نیاز در کشور تولید و ۳٪ باقیمانده نیز از طریق ۵۰ شرکت وارد کننده خصوصی و ۴ شرکت متعلق به دولت و یا نهادهای عمومی تامین می‌گردد.

۳۶ مرکز اطلاع رسانی دارو نیز اطلاعات مورد نیاز در خصوص نحوه تامین دارو و سئوالات مربوط به داروها را پاسخگو می‌باشند. سلامت دارو و مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی با فعالیت کارشناسان ۴۰ آزمایشگاه کنترل در کشور مورد نظارت و کنترل قرار می‌گیرد. مرکز ثبت عوارض ناخواسته داروها (ADR) مسئولیت نظارت بر ایمنی داروهای مصرفی را عهده داشته و مطابق اطلاعات دریافتی در خصوص بروز عوارض ناشی از داروها ضمن بررسی موضوع نسبت به اطلاع رسانی لازم به گروه پزشکی اقدام می‌نماید.

وظیفه تامین و ارائه خدمات ستادی - تخصصی برای برنامه‌ریزی، ساماندهی و هماهنگی و نظارت و هدایت و انسجام بخشی امر تولید، واردات، صادرات و خدمات تجهیزات پزشکی به عهده مرکز مدیریت و هماهنگی امور بازرگانی (سازمان توسعه فنی و اقتصادی لوازم و تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی کشور) می‌باشد. در حال حاضر با فعالیت بیش از ۴۰۰ واحد فعال در زمینه تولید لوازم و تجهیزات پزشکی حدود ۷۰٪ از اقلام مصرفی و سرمایه‌ای پزشکی از نظر تنوع اقلام و بیش از ۹۰٪ مواد، ملزومات و تجهیزات دندانپزشکی در داخل کشور تولید شده و در اختیار مراکز درمانی قرار می‌گیرد. حمایت از تولید و اتخاذ و اجرای سیاست‌های واقع بینانه در امر واردات تجهیزات پزشکی سبب صرفه جویی ارزی سالانه بیش از میلیونها دلار شده است.

تامین فضای فیزیکی در حوزه مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط دولت انجام می‌گردد. بیشتر بیمارستانها توسط دولت و یا نهادهای عمومی احداث می‌شود و بخش خصوصی، خیریه و تعاونی نقش کمی دارند. ۳۳٪ بیمارستانها فعالیت آموزشی درمانی دارند. کل تخت‌های ثابت ۱۱۱۵۵۲ و کل تخت‌های فعال ۸۷۴۵۴ عدد است. تعداد واحدهای بهداشتی-درمانی ۷۵۳۴ عدد است. تعداد آزمایشگاهها ۳۹۴۵ (۳۸،۱۵ درصد خصوصی و ۴۹،۱ درصد دولتی و ۵،۷۵ درصد تامین اجتماعی و ۲،۹۷ درصد خیریه و ۴ درصد سایر) و پرتو نگاری‌ها ۱۹۰۱ (۴۶،۹۲ درصد خصوصی و ۳۵،۸۲ درصد دولتی و ۷،۳۱ درصد تامین اجتماعی و ۴،۳۱ درصد خیریه و ۵،۶۳ درصد سایر) و داروخانه‌ها ۵۹۵۳ (۹۰،۷۳ درصد خصوصی و ۵،۸۳ درصد دولتی و ۰،۸۹ درصد تامین اجتماعی و ۰،۸۷ درصد خیریه و ۱،۶۸ درصد سایر) و مراکز توانبخشی ۸۶۷ (۵۹،۵۶ درصد خصوصی و ۱۳،۴۴ درصد دولتی و ۲۱ درصد سایر) و مراکز اورژانس ۱۱۵ نیز ۵۳۴ عدد است. در صورتیکه در خدمات درمانی سرپایی بخش خصوصی نقش عمده‌ای دارد.

۲) وضعیت بخش در رابطه با سند چشم‌انداز و سیاست‌های کلی و مضامین دوازده گانه برنامه چهارم

توسعه:

۲-۱) وضعیت بخش در رابطه با سند چشم‌انداز و سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه :

« تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر و ارتقای سطح شاخص‌هایی از قبیل آموزش ، سلامت ، تأمین غذا ، افزایش درآمد سرانه و مبارزه با فساد » (سند چشم‌انداز و بند ۱۲ سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه)

در این خصوص بخش بهداشت و درمان با توجه به راهبردهای ذیل نقش ویژه‌ای در توسعه پایدار ، سلامت افراد و امنیت غذایی برعهده دارد:

تأمین ، حفظ و ارتقای سلامت افراد و جامعه

اصلاح ساختار نظام سلامتی جامعه در راستای ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارائه خدمات سلامتی به آحاد مردم

عادلانانه ساختن دریافت خدمات سلامت برای آحاد جامعه

مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های بخش سلامت

ارتقای امنیت غذا و تغذیه

« آمایش سرزمین مبتنی بر اصول ذیل : (سند چشم‌انداز و بند ۱۹ سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه)

- ملاحظات امنیتی و دفاعی

- کارآیی و بازدهی اقتصادی

- وحدت و یکپارچگی سرزمین

- گسترش عدالت اجتماعی و تعادل‌های منطقه‌ای

- حفاظت محیط زیست و احیای منابع طبیعی

- حفظ هویت اسلامی ، ایرانی و حراست از میراث فرهنگی

- تسهیل و تنظیم روابط دورنی و بیرونی اقتصاد کشور

- رفع محرومیت‌ها ، خصوصاً در مناطق روستایی کشور

این سیاست کلی با اتخاذ سیاست‌های زیر در بخش بهداشت و درمان پیگیری خواهد شد:

- ساماندهی نظام ارائه خدمات با تأکید بر سطح بندی و نظام ارجاع برای جمعیت تعریف شده

- ساماندهی مدیریت لوازم و تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی کشور با تأکید بر طرح سطح‌بندی

- پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت برای آحاد جمعیت مقیم (موقت و دائم) در پهنه جغرافیایی کشور

« تأمین امنیت غذایی کشور با تکیه بر تولید از منابع داخلی و تأکید بر خودکفایی در تولید محصولات اساسی

کشاورزی » (سند چشم‌انداز و بند ۳۸ سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه)

این سیاست کلی با اتخاذ سیاست‌های ذیل در بخش سلامت پیگیری خواهد شد:

- توجه به تحقق امنیت غذایی و سلامت تغذیه ای جامعه در سیاست های کلان اقتصادی

- افزایش رشد کمی و ارتقای کیفی تولیدات کشاورزی به منظور تامین سبد مطلوب غذایی در راستای

توسعه پایدار

- هدفمند نمودن یارانه ها به منظور دستیابی به سبد مطلوب غذایی و رفع سوء تغذیه خانوارهای کم درآمد
- ارتقای سلامت و ایمنی مواد غذایی در کلیه مراحل از تولید تا مصرف
- حفاظت از منابع آب و خاک و بهره برداری مناسب از آنها در جهت تامین مواد غذایی
- ارتقای فرهنگ و دانش غذا و تغذیه در کشور
- تامین و کنترل ریز مغذی ها
- پایش مستمر امنیت غذا و تغذیه در کشور
- تدوین نظام جامع کاهش ضایعات مواد غذایی (تولید، فرآوری، توزیع و بازیافت)
- حمایت از برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر بمنظور حفظ و ارتقای سلامت کودک و مادر
- ارتقای بهداشت دام، فرآورده های دامی و اماکن دامی
- تولید، نگهداری، حمل و مصرف مناسب کود، سموم و آلاینده های محیطی جهت مراقبت از سلامت آب آشامیدنی و غذا

۲-۲) وضعیت بخش در رابطه با مضامین دوازده گانه برنامه چهارم توسعه :

بخش سلامت مضامین دوازده گانه را با اتخاذ سیاستها و راهبردهای ذیل پیگیری خواهد کرد:

رشد اقتصادی سریع، مستمر و پادار

- فراهم شدن شرایط برای جذب سرمایه های داخلی و خارجی در توسعه فعالیت های بخش
- ایجاد فضای مناسب برای سرمایه گذاری بخش خصوصی و تعاونی
- فراهم شدن دسترسی کلیه مراکز علمی، تحقیقاتی به پایگاههای اطلاع رسانی داخلی و خارجی
- ایجاد شرایط مناسب برای ارتقای بهره وری در بخش
- ایجاد روابط منطقی بین نیازهای بازار کار و نظام آموزشی کشور توسعه و ارتقای سطح استاندارد های ملی و افزایش مستمر کیفیت محصولات
- استقرار نظام شایسته گرایی در استخدام، انتصاب و ارتقای منابع انسانی
- ایجاد ارتباط منطقی بین دستمزدها و کارایی نیروی کار
- ایجاد شرایط مناسب برای صادرات کالا و خدمات تندرستی به منظور افزایش سهم کشور در تجارت منطقه ای و فرامنطقه ای

توسعه مبتنی بر دانایی

- ایجاد زیر ساختهای لازم و توسعه نهادهای حمایتی حوزه فناوری نظیر نهادهای مای خطر پذیر، پارکها و مراکز رشد علم و فناوری، شرکتهای توسعه فناوری به منظور تجاری سازی دستاوردهای پژوهش
- دسترسی عموم مردم و همچنین مراکز علمی و تحقیقاتی به پایگاههای اطلاع رسانی داخلی و خارجی
- توجه جدی به امر پژوهش و تحقیقات کاربردی
- طراحی و عملیاتی سازی نظام جامع اطلاعات در بخش سلامت
- تربیت نیروهای انسانی در سطوح تخصصی و فوق تخصصی
- گسترش و ایجاد زیرساختارهای لازم به منظور ارتقاء کیفیت، نوآوری، جذب و توسعه فن آوری

تعامل فعال با اقتصاد جهانی

- فراهم شدن شرایط صدور کالا و خدمات بهداشتی و پزشکی به تبع آن گسترش همکاریها در سطوح منطقه‌ای و جهانی
- فراهم کردن زمینه‌های توسعه سرمایه گذاری خارجی در زمینه‌های دارو و تجهیزات و تولید خدمات بهداشتی و پزشکی

رقابت پذیر کردن اقتصاد

- مشارکت بخش غیردولتی و رفع انحصارات در تولید خدمات و کالاهای پزشکی و بهداشتی
- بهبود کیفیت کالا و خدمات بهداشتی و پزشکی و ارتقای بهره‌وری در بخش در تبادلات اطلاعات
- تمرکز زدایی در برنامه ریزی، مدیریت و هدایت فرایند توسعه استان با رعایت اصل کوچک سازی دولت
- تاکید بر فرآیندهای ارزشیابی و نظارت بر روند تمرکز زدایی

ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی

- ساماندهی نظام ارائه خدمات با تأکید بر سطح بندی و نظام ارجاع برای جمعیت تعریف شده
- ساماندهی مدیریت لوازم و تجهیزات پزشکی، دندان پزشکی، بهداشتی و آزمایشگاهی کشور با تأکید بر طرح سطح بندی

- پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت برای آحاد جمعیت مقیم (موقت و دائمی) در پهنه جغرافیایی کشور
- اولویت بخشیدن به ارتقای کیفیت زندگی افراد با نیازهای ویژه
- طراحی و استقرار نظام جامع مدیریت خدمات درمانی با تأکید بر تخصیص بهینه منابع و در نظر گرفتن سطح بندی ، نظام ارجاع و ...
- تأمین منابع مالی مورد نیاز مراقبت‌های اولیه بهداشتی توسط دولت و ارائه سایر خدمات با مشارکت دولت ، بیمه‌ها و مردم
- ارتقای سطح بهداشت روان آحاد جامعه
- مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های بخش سلامت

پیشگیری و کاهش فقر و محرومیت

- گسترش پوشش آموزش عمومی، بهداشت ، سلامت و رفع سوء مسکن یا به عبارت دیگر ارتقای کیفیت زندگی از طریق بهبود شاخص های توسعه انسانی که موجب، کاهش فقر قابلیت می شوند.
- اجرای برنامه های توانمند سازی برای جمعیت فعال واقع در سه دهک اول تا سوم درآمدی از طریق زیر:
- اجرای برنامه‌های اصلاح رژیم غذایی خانوارهای زیر خط فقر به منظور رفع سوء تغذیه آنها
- اعطای یارانه های هدفمند و تامین تسهیلات اجتماعی به اقشار فقر و کم درآمد
- ارتقای کیفیت زندگی زنان از طریق بهبود وضعیت تغذیه و تامین بهداشت روانی زنان

ساماندهی مدیریت دولت با رویکردی نظام یافته برای اخذ تصمیمات بنیادی

- ترویج آموزه های مربوط به فلسفه و علم مدیریت استراتژیک (در ابعاد تفکر، طرح و برنامه ریزی ، اجراء و ارزیابی) در میان مدیران و کارشناسان ارشد کشور
- بازنگری در نظام های مدیریتی ، ساختارهای سازمانی ، فرایندهای اصولی و فرهنگ و ارزشهای سازمانی دستگاه ها برای پذیرش و به کارگیری رویکرد مدیریت استراتژیک در مدیریت امور
- طراحی و استقرار سامانه ارزیابی استراتژیک در مدیریت دولت برای سنجش میزان اثر بخشی تصمیمات و اقدامات دولت و ایجاد فرصت مقایسه عملکرد دولت در همه بخش ها و با سایر دولت ها براساس شاخص های بین المللی
- ایجاد و توسعه نگاه حرفه ای و تخصصی به امر مدیریت و توجه سازمان یافته به امور حرفه ای معنوی و مادی مدیران در کشور

- تعیین استانداردهای اجرای کارکردهای مدیریتی مورد انتظار و استقرار نظام جذب، استخدام و پرورش توسعه مدیران تراز کارکردها و مقتضیات و نیازهای زمان
- اتخاذ تدابیر و ایجاد ساز و کارهای لازم برای افزایش ارزش دانش گرایی و روز آمدی دانش و معلومات حرفه ای مدیران و کارکنان در دولت

ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی و حفظ محیط زیست در راستای توسعه پایدار

- ارتقای سطح تامین نیازهای اساسی مردم (مسکن، خوراک، آموزش، سلامت، شغل و حقوق شهروندی)

- اعطای یارانه های هدفمند جهت تامین سبد غذایی مطلوب اقشار فقیر
 - تضمین تامین خدمات بهداشتی و درمانی ضروری برای گروه های کم درآمد و فقیر
- تامین، حفظ و ارتقای سلامت افراد و جامعه
- اقدامات لازم برای بهبود شیوه زندگی مردم با هدف پیشگیری از عوامل خطر ساز سلامت
 - پیشگیری از عوامل اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی تهدید کننده سلامت
 - توسعه آموزش همگانی سلامت
 - توسعه خدمات توانبخشی با بهره گیری از رویکرد توانبخشی مبتنی بر جامعه در قالب مراقبت های اولیه بهداشتی
 - استمرار سیاست تجدید موالید
 - ایجاد و توسعه بیمه های سلامت نگر و تاکید بر روش های پرداخت سرانه
 - توانمند سازی مردم به منظور اصلاح فرهنگ سلامت، بهبود شیوه زندگی جامعه، ترویج الگوی زندگی سالم و کاهش رفتارهای پرخطر به ویژه نزد کودکان و جوانان
 - ارتقای بهداشت و ایمنی محیطهای خصوصی و عمومی (خانه، مدرسه، محیط کار، بیمارستان و ...) با تاکید بر بهداشت آب آشامیدنی، فاضلاب، مواد زاید، هوا و کنترل آلودگی های صوتی و ایمنی شیمیایی و عوامل ارگونومی
 - فراهم نمودن و توسعه محیطهای حمایت کننده سلامت جسمی، روانی و اجتماعی
 - ترویج رویکرد جنسیتی در برنامه ریزی و سیاست گذاری به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه
 - مداخله نظام مند در کلیه سطوح پیشگیری از بیماری ها و عوامل خطر ساز فردی و اجتماعی
 - توجه به گروه های سنی، جنسی و شغلی آسیب پذیر
- اصلاح ساختار نظام سلامتی جامعه در راستای ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارائه خدمات سلامتی به آحاد مردم
- ایجاد یکپارچگی در بخش سلامت در نظر سیاستگزاری نظارت و ارزشیابی
 - ارتقای نظام نظارتی

- تمرکز سیاستگزاری در امر بهداشت و درمان بر عهده وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
 - افزایش مشارکت بخش های مختلف توسعه در ارتقای سلامت جامعه و رعایت ضوابط ایمنی و سلامت در انجام فرایندها و طرحهای بخش های مختلف
 - گسترش پژوهش های علمی کاربردی
 - گسترش مشارکت فردی و گروهی بخش غیر دولتی در ارائه خدمات سلامت
 - تمرکز سیاستگزاری تدوین استانداردها، ضوابط و نظارت و طراحی ساختار متناسب با آن به منظور ارتقای سلامت غذا در کشور
 - بازسازی صنایع دارویی کشور به منظور لغو انحصارات و بهبود کمی و کیفی تولید دارو و مواد بیولوژیک
 - طراحی و عملیاتی سازی نظام جامع اطلاعات در بخش سلامت
 - تاکید بر واگذاری ارائه خدمات سلامت به بخش غیر دولتی با بهره گیری از نظام مناسب خرید خدمت به منظور افزایش کارایی و بهبود مستمر کیفیت خدمات و در جهت افزایش پاسخگویی
 - ساماندهی نظام ارائه خدمات با تاکید بر سطح بندی و نظام ارجاع برای جمعیت تعریف شده
 - ایجاد و تقویت ساختارهای مناسب دولتی و غیر دولتی جهت آمادگی برای مقابله با حوادث و بلایای طبیعی و غیر طبیعی و کاهش عوارض ناشی از آن
 - اولویت بندی سیاست ها و برنامه های سلامتی براساس الگوی بار بیماری و تعهدات بین المللی
 - تمرکز در سیاستگزاری ، هدایت و نظارت بر عملکرد نظام بیمه درمان کشور در سطوح پایه و مکمل
- عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامت برای آحاد جامعه
- پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت برای آحاد جمعیت مقیم (موقت و دائم) در پهنه جغرافیایی کشور
 - اولویت بخشیدن به ارتقای کیفیت زندگی افراد با نیازهای ویژه
 - طراحی و استقرار نظام جامع مدیریت خدمات درمانی کشور با تاکید بر تخصیص بهینه منابع و در نظر گرفتن سطح بندی ، نظام ارجاع و ...
 - تامین منابع مالی مورد نیاز مراقبت های اولیه بهداشتی توسط دولت و ارائه خدمات بالینی با مشارکت دولت، بیمه ها و مردم
 - ایجاد زمینه مشارکت همه جانبه سالمندان در فرایند توسعه کشور
- مشارکت عادلانه مردم در تامین هزینه های بخش سلامت
- افزایش سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی همراه با افزایش سهم دولت در تامین منابع مالی بخش

- افزایش نقش نظام بیمه ای در مدیریت منابع بخش سلامت و مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع براساس سطح درآمد و مستقل از خطر بیماری
- افزایش مشارکت بخش های مختلف در تامین منابع مالی بخش سلامت متناسب با ایجاد مخاطرات ناشی از عملکرد آنان در بخش سلامت
- حضور فعال در بازارهای جهانی خدمات سلامت و پزشکی به منظور فعلیت بخشیدن به توانایی های بالقوه نظام سلامت کشور و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه
- توجه به بهره وری و ارتقای کارایی عملکرد منابع بخش سلامت
- ایجاد و تقویت ساز و کارهای ضروری جهت بررسی فناوری های و مداخلات تشخیصی و درمانی جدید
- ایجاد ساز و کار مناسب در جهت تامین و تخصیص منابع و بهبود استانداردهای لازم برای درمان بیماران روانی مزمن و حاد سوختگی ، اورژانسها و مصدومین و نیز بیماریهای خاص و اختلالات زمینه ای مانند سوء تغذیه
- ایجاد ساز و کار مناسب در جهت تامین و تخصیص منابع و بهبود استاندارد لازم برای بهداشت و درمان اقشار آسیب پذیر و کم درآمد و سوء مصرف کنندگان مواد
- مداخله نظام مند بر هرگونه فعالیت های تبلیغاتی مستقیم و غیر مستقیم کالا و خدمات با ارجحیت سلامت جسمی و روانی ، اجتماعی مردم با مشارکت سازمان های ذیربط

- ارتقای امنیت غذا و تغذیه

- توجه به تحقق امنیت غذایی و سلامت تغذیه ای جامعه در سیاست های کلان اقتصادی
- افزایش رشد کمی و ارتقای کیفی تولیدات کشاورزی به منظور تامین سبد مطلوب غذایی در راستای توسعه پایدار
- هدفمند نمودن یارانه ها به منظور دستیابی به سبد مطلوب غذایی
- ارتقای سلامت و ایمنی مواد غذایی در کلیه مراحل از تولید تا مصرف
- حفاظت از منابع آب و خاک و بهره برداری مناسب از آنها در جهت تامین مواد غذایی
- ارتقای فرهنگ و دانش غذا و تغذیه در کشور
- تامین و کنترل ریز مغذی ها
- پایش مستمر امنیت غذا و تغذیه در کشور
- تدوین نظام جامع کاهش ضایعات مواد غذایی (تولید ، فرآوری، توزیع و بازیافت)
- حمایت از برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر به منظور حفظ و ارتقای سلامت کودک و مادر
- ارتقای بهداشت دام ، فرآورده های دامی و اماکن دامی

- تولید، نگهداری، حمل و مصرف مناسب کود، سموم و آلاینده های محیطی جهت مراقبت از سلامت آب آشامیدنی و غذا
- اصلاح ساختار نظام سلامتی جامعه در راستای ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارائه خدمات سلامتی به آحاد مردم
- اخذ جریمه متناسب از فعالیت های دارای آثار بیرونی منفی برای محیط زیست و منابع طبیعی

توسعه فرهنگی

- آموزش همگانی و ارتقای فرهنگ ایمنی در برابر حوادث و بلایای طبیعی و غیرطبیعی
- ایجاد فرهنگ استفاده بهینه و نگهداری مستمر از تجهیزات پزشکی توسط مراکز درمانی
- توانمندسازی مردم بمنظور اصلاح فرهنگ سلامت ، بهبود شیوه زندگی جامعه ، ترویج الگوی زندگی سالم و کاهش رفتارهای پرخطر بویژه نزد کودکان و جوانان
- ارتقای بهداشت و ایمنی محیط های خصوصی و عمومی (خانه ، مدرسه ، محیط کار ، بیمارستان و ...) با تأکید بر بهداشت آب آشامیدنی ، فاضلاب ، مواد زائد ، هوا و کنترل آلودگی های صوتی و ایمنی شیمیایی و عوامل ارگونومی

کارآمد کردن اداره امور کشور

- ایجاد یکپارچگی در بخش سلامت از نظر سیاستگذاری نظارت ، ارزشیابی و توسعه فنی و اقتصادی
- ارتقای نظام های نظارتی
- تدوین ایجاد سیستم پایش شاخص ها به منظور ارتقای بهره وری
- تمرکز سیاستگذاری در امر بهداشت و درمان برعهده وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
- افزایش مشارکت بخش های مختلف توسعه در ارتقای سلامت جامعه و رعایت ضوابط ایمنی و سلامت در انجام فرآیندها و طرح های بخش های مختلف
- گسترش مشارکت فردی و گروهی بخش غیردولتی در ارائه خدمات سلامت
- تمرکز سیاستگذاری ، تدوین استانداردها ، ضوابط و نظارت و طراحی ساختار متناسب با آن به منظور ارتقای سلامت غذا در کشور
- اجرای سیاست های عدم تمرکز و واگذاری امور به واحدهای محیطی

۳) امکانات، قابلیت‌ها، محدودیت‌ها و تنگناهای اساسی توسعه بخش :

امکانات (نقاط قوت) :

تولیت :

۱. انعطاف پذیری و توانمندی درونی نظام سلامت برای تعیین اولویت های سلامتی و اصلاح حیطه های عملکردی
۲. وجود قانون تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۳. وجود قانون هیئت امنای و قدرت تصمیم گیری در هر سطح بر اساس اولویتهای محلی و منطقه ای در چارچوب سیاستهای کلان نظام سلامت
۴. جهت گیری برای اصلاح نظام سلامت در قالب سطح بندی خدمات، نظام ارجاع و پزشک خانواده
۵. وجود نظام جمع آوری و پردازش اطلاعات بهداشتی در تمام سطوح
۶. تصویب تشکیل شورای عالی سلامت و تغذیه در برنامه چهارم توسعه کشور
۷. توان ایجاد هماهنگی بین بخشی برای اجرای برنامه های توسعه ای در شهر و روستا (شهر سالم، روستای سالم)
۸. وجود قوانین مدون در مورد نظارت و کنترل آزمایشگاهی مواد غذایی، دارویی، امور آزمایشگاه و بهداشت محیط و کار
۹. وجود قوانین مدون در مورد نظارت، پایش واحدهای بهداشتی_ درمانی.
۱۰. وجود گروه های تحقیق و توسعه ستادی در راستای تقویت رابطه حوزه آموزش _ پژوهش با خدمات بهداشتی_ درمانی و اداری _ مدیریتی
۱۱. وجود توان علمی و منابع انسانی برای برنامه ریزی در خصوص توسعه فنی و اقتصادی لوازم و تجهیزات پزشکی
۱۲. نظارت و کنترل کیفیت تجهیزات پزشکی وارداتی و تولیدی
۱۳. نظارت بر عملکرد شرکتهای فعال در امر تولید، واردات، صادرات و خدمات تجهیزات پزشکی
۱۴. تشکیل انجمن های صنفی مختلف در زمینه تجهیزات پزشکی
۱۵. وجود انجمن های علمی پزشکی و کمیته های فنی تصمیم سازی همکار با دولت

تامین منابع مالی:

۱. تامین بخشی از منابع مالی بخش سلامت از محل منابع عمومی دولت
۲. تامین بخشی از منابع مالی بخش سلامت از محل تولید خدمات در بخش
۳. امکان ایجاد منابع مالی از طریق واردات و صادرات تجهیزات پزشکی

ارائه خدمات:

۱. وجود شبکه گسترده بهداشتی و درمانی در کلیه مناطق کشور:
 - الف-خانه بهداشت ۱۶۵۶۰، مرکز بهداشتی درمانی روستایی ۲۳۲۱،
 - ب-پایگاه بهداشتی ۱۳۸۷ و مرکز بهداشتی درمانی شهری ۲۱۹۱.
۲. طراحی نظام سطح بندی خدمات سرپایی و درمان بستری اعم از دولتی، خصوصی به طریقی که ۱۰۰ درصد مردم شهرها و ۹۰ درصد روستایی ها به مراقبت های اولیه سلامت دسترسی دارند.
۳. توسعه مراقبتهای مدیریت شده بیمارستانی و امکان نظارت بر کیفیت خدمات بیمارستانی
۴. وجود بخش غیردولتی متقاضی ارائه خدمات بهداشتی درمانی
۵. طراحی برنامه ارتقاء کیفیت شبکه اورژانس (پیش بیمارستانی و بیمارستانی)
۶. توانایی کنترل بیماری های واگیردار که منجر به پوشش بالای واکسیناسیون، کاهش میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال به ۲۸/۶ در هزار تولد زنده و میزان مرگ و میر مادران به ۳۷/۴ درصد هزار تولد زنده شده است.
۷. توان اجرای طرح های مختلف برای مبارزه با بیماری ها و واگیردار و غیر واگیردار
۸. توان طراحی و پیگیری اجرای طرح غنی سازی آرد برای پیشگیری از کم خونی
۹. طراحی و اجرای برنامه پیشگیری از اختلالات ناشی از کمبود ید بگونه ای که بیش از ۹۰ درصد خانوارهای شهری و روستایی به نمک یددار دسترسی دارند و شیوع گواتر از ۶۰ درصد به ۱۵ درصد کاهش یافته است
۱۰. امکان انجام عمل های جراحی پیشرفته (پیوند کلیه ، تعویض دریچه قلب و ...)
۱۱. توان بالقوه اجرای سیاستهای کنترل موالید در کشور
۱۲. وجود عرصه های آموزشی و پژوهشی جهت آموزش و پژوهش مبتنی بر جامعه
۱۳. ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی در فضای فیزیکی مناسب با اعضای هیئت علمی و محققین مجرب و توانمند
۱۴. توان تشکیل نیروهای بسیج مردمی در ارایه خدمات
۱۵. امکان ادغام برنامه های بهداشتی با برنامه های توانبخشی
۱۶. امکان ادغام برنامه هایی برای کنترل ریسک فاکتور های مولد بیمارها در برنامه ها
۱۷. توسعه خدمات مبتنی بر جامعه توسط رابطین بهداشتی
۱۸. طراحی و اجرای برنامه های مرتبط با بهداشت مواد غذایی، بهداشت آب و فاضلاب ، کنترل مصرف دخانیات ، کنترل عوامل زیان آور محیط کار ، ایمنی شیمیایی و بیماریهای ناشی از کار

۱۹. اجرای نظام ثبت مرگ و بیماریها برحسب علل در سطح کشور
۲۰. اجرای نظام ثبت حوادث منجر بمرگ وبستری در برخی استانهای کشور بصورت online
۲۱. سور ویلانس مرگ مادر و نوزاد و کودکان زیر ۵ سال
۲۲. اجرای نظام تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در شبکه بهداشت و درمان (زیج سلامت، برنامه های ادغام یافته پایش وارزشیابی در سطح روستا، شهر، شهرستان و استان)

تولید منابع:

۱. ادغام نظام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی
۲. وجود نیروی انسانی کارشناسی تربیت شده کافی و آماده بکار در بخش سلامت
۳. وجود شبکه گسترده اطلاعات و ارتباطات با سازمان های مرتبط بین المللی
۴. تولید تجهیزات پزشکی توسط بخش خصوصی در کشور
۵. تولید ۹۷ درصد کمیت مورد نیاز دارویی در کشور
۶. وجود تجهیزات آزمایشگاهی و تشخیصی پیشرفته
۷. دسترسی به داروهای ژنریک با قیمتی مناسب
۸. وجود ۷۷۰ بیمارستان و ۸۱۱۹۱ تخت فعال در کشور
۹. وجود ساختار ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کنار آموزش علوم پزشکی وبهداشتی (ادغام)
۱۰. وجود مراکز تحقیقاتی متعدد و متنوع در زمینه های مرتبط با بخش سلامت
۱۱. رشد تعداد پژوهشگران کشور، پژوهش ها و مقالات منتشر شده در مجلات
۱۲. دسترسی به فناوری های پیشرفته آموزشی، پژوهشی و بهداشتی، درمانی و تشخیصی
۱۳. وجود نظام آموزش مداوم جامعه پزشکی در تمام حیطه های آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی
۱۴. توجه چشمگیر دانشگاه ها به طرح های تحقیقاتی و کاربردی و افزایش روزافزون طرح های تحقیقات کاربردی

تولیت :

۱. وجود قانون بیمه همگانی خدمات درمانی
۲. وجود قوانین تسهیل کننده و حمایت کننده از ایجاد تحول و اصلاحات نظام اداری و مدیریتی در بخش
۳. وجود گرایش و حساسیت لازم در نظام تصمیم‌گیری برای حل مشکلات مناطق محروم ، روستایی و اقشار آسیب‌پذیر
۴. تمایل مردم و حاکمیت در مشارکت جامعه در ارتقای سلامت و تغییر سبک زندگی
۵. افزایش آگاهی عمومی در خصوص مسائل مرتبط با سلامت
۶. تشکیل شورای عالی سلامت

تامین منابع مالی:

۱. تجمع بیمه های درمانی در وزارت رفاه
۲. وجود زمینه های لازم برای عادلانه نمودن سهم مردم در تامین منابع مالی بخش

ارائه خدمات:

۱. پایین بودن تعرفه خدمات درمانی به نسبت سایر هزینه های زندگی
۲. وجود رسانه‌های ارتباط جمعی در سطح کشور
۳. افزایش سطح سواد جامعه به ویژه زنان
۴. وجود زیرساخت‌های مناسب اجتماعی : نرخ باسوادی بالای ۸۰٪، ارتباطات مخابراتی کارآمد و نهادهای مدنی فعال.

تولید منابع:

۱. وجود نیروی انسانی کارشناسی تربیت شده کافی و آماده بکار در خارج بخش سلامت

تولیت :

۱. نا همخوانی توسعه برنامه های سلامتی با گذر سریع اپیدمیولوژیک بیماریها
۲. ناکار آمدی ساز و کارهای حاکمیتی نظام سلامت به ویژه در نظارت و اجرای قوانین و مقررات و تداخل قوانین و وظائف بخش با سایر دستگاهها.
۳. ناکار آمدی در هماهنگی و سازماندهی مناسب بین عناصر موثر در درون بخش سلامت و عناصر بین بخشی
۴. ناکارآمدی حاکمیت در اجرای سیاستهای تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی، پیراپزشکی و بهداشتی
۵. ناکارآمدی نظام مدیریت مبتنی بر شواهد و اطلاعات
۶. ناکار آمدی نظام سلامت در جذب نخبگان به عنوان کارشناسانی که در ، تصمیم سازی ، مدیریت و سیاستگذاری نظام سلامت مشارکت نمایند
۷. ناکار آمدی ساختار تحقیق و توسعه در نظام سلامت در جهت جذب کارشناسان و نخبگان و اثرگذاری آن در سیاستهای سلامت
۸. واگذاری بخشی از وظایف تولیدی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به سایر سازمانها (نظام پزشکی، وزارت رفاه)
۹. نبود ساختار مناسب برای تجزیه و تحلیل هزینه اثربخشی بسته خدمات
۱۰. نارسایی نظام اطلاعاتی در تهیه اطلاعات کارآمد ، مناسب و به هنگام در بخش درمانی
۱۱. ناکارآمد بودن نظام ثبت و سوریلانس بیماریهای غیر واگیر و برخی بیماریهای واگیر
۱۲. ناکار آمدی نظام پایش خدمات درمانی
۱۳. پایین بودن بهره‌وری از منابع موجود
۱۴. ناکار آمدی در توزیع یارانه های سلامت
۱۵. ضمانت های اجرایی ضعیف قوانین و مقررات
۱۶. حوزه های موازی تصمیم گیری در برخورد با تخلفات بهداشتی و درمانی
۱۷. اجرای ناقص ساختار مصوب و شفاف نبودن مسئولیت ها، اختیارات و سطوح پاسخ گویی
۱۸. نقش شورای عالی سلامت کشور در مقابل شورای عالی رفاه و تامین اجتماعی شفاف نیست و خطوط تعامل این دو شورا تعریف نشده است.
۱۹. جایگاه و نقش دولت در حیطه های بیمه ای ، حمایتی و امدادی (میزان و عمق مداخله) مشخص نیست.
۲۰. شورای عالی بیمه خدمات درمانی دارای ترکیبی کاملاً دولتی است و نقش طرفهای مختلف (بیمه گر، خدمت دهنده، خدمت گیرنده و مردم) در آن متناسب نیست.

۲۱. تعدد سازمان های بیمه گر در امر درمان با روشها و ضوابط یکسان و بدون رقابت، موجب تکرار هزینه ها و فعالیت های مربوط به خرید خدمات درمانی شده است
۲۲. تکلیف دولت در زمینه مالکیت، تصدی گری، مدیریت و نظارت بر بیمه خدمات درمانی پایه، بطور شفاف بیان نشده است.
۲۳. ناکار آمدی نظام بکارگیری مدیران مبتنی بر شایسته سالاری و شایسته گزینی
۲۴. ناکار آمدی نظام ارزیابی مدیریتی در بخش
۲۵. عدم حمایت بیمه ها از خدمات پیشگیری و توانبخشی و برخی خدمات ضروری درمانی (سوختگی
-)
۲۶. شکافهای خدمتی و هزینه ای موجود در بسته های خدمات درمانی از طریق پرداخت مستقیم مردم (OOP) تامین می شود.
۲۷. نبودن متولی مشخص در مدیریت اطلاعات و ارتباطات علیرغم وجود طرح ساختار و تشکیلات مصوب
۲۸. فقدان راهکارهای مناسب جهت اصلاح الگوی مصرف خدمات که از طریق تقاضای القایی ایجاد شده است
۲۹. کمبود آگاهی علمی بخش عمده ای از مسئولین ذیربط به اهمیت و جایگاه تجهیزات پزشکی
۳۰. فقدان هماهنگی تخصیص بودجه با برنامه استراتژیک و عملیاتی
۳۱. تعدد مراجع تصمیم گیری در بخش و عدم پاسخگویی سطوح مختلف در برابر سیاست های اتخاذ شده و برنامه های اجرا شده
۳۲. وجود قوانین و مقررات متعدد موازی، متضاد و انعطاف ناپذیر

تامین منابع مالی:

۱. کاهش تدریجی سهم بخش سلامت در فصل امور اجتماعی
۲. پایین بودن سهم بخش سلامت از GDP
۳. ناعادلانه بودن توزیع سهم بهداشت از بودجه های عمومی بخش سلامت
۴. عادلانه نبودن تامین مالی و ناکارآمدی ساز و کارهای تخصیص و جذب منابع مالی بخش سلامت
۵. ناعادلانه بودن شدید نظام پرداخت کارکنان و ناکارآمدی نظام تشویق و تنبیه
۶. بیماری نگر بودن نظام بیمه (فقدان بیمه های سلامت نگر)
۷. ناکارآمد بودن روش محاسبه سرانه برای دریافت حق بیمه و نامناسب بودن فرآیند تعیین حق بیمه سرانه
۸. نامناسب بودن تعریف و حدود تعهدات بیمه خدمات درمانی پایه و بیمه های مکمل
۹. نظام تامین مالی سنتی، بسیار پیچیده، ناعادلانه و ناکارآمد در بخش سلامت

۱۰. میزان مشارکت غیر عادلانه افراد و گروههای اجتماعی در تامین مالی بخش سلامت
۱۱. عدم تبعیت نرخ گذاری خدمات از نظامی هنجار
۱۲. پراکندگی صندوقهای تجميع ريسک و انباشت منابع
۱۳. تخصيص ردیف های بودجه ای برای برنامه یکسان به چندین دستگاه
۱۴. ساز و کار نا مطمئن برای وصول حق بیمه از روستائیان و خویش فرمایان
۱۵. وصول حق بیمه در بیمه همگانی، بر مبنای هزینه نه بر مبنای درآمد
۱۶. هدایت ناکارآمد منابع عمومی به سمت گروههای دارای بیشترین نیاز بهداشتی و درمانی
۱۷. محدودیت امکان کنترل کیفیت نظام پرداخت به ازای انجام خدمت
۱۸. کنترل نظام پرداخت مبتنی بر بازرسی است، نه ارزیابی عملکرد
۱۹. شفاف نبودن سهم مشارکت مردم و دولت در تامین مالی بخش و عدم تبعیت سهم مشارکت از یک الگوی علمی، منطقی و قانونی

ارائه خدمات:

۱. فاصله گرفتن نظام ارایه خدمات از سیاست نظام سطح بندی خدمات ادغام یافته مبتنی بر نیاز جامعه
۲. نظام نا هماهنگ اطلاعات جامع بیمه شدگان
۳. عدم دستیابی به پوشش بیمه پایه کامل در کشور
۴. شفاف نبودن بسته خدمات بر اساس نیاز و اولویت بندی
۵. نارسایی در کنترل کیفیت دارو، غذا و فرآوردههای بیولوژیک، آرایشی و بهداشتی و تجهیزات آزمایشگاهی و پزشکی، علی رغم قوانین و مقررات قابل دفاع
۶. سرمایه گذاری ناکافی در امر تحقیقات کاربردی

تولید منابع:

۱. عدم جامعیت و تناسب سیاستهای تولید و توزیع نیروی انسانی با تقاضا و بازار کار
۲. عدم تناسب کمی و کیفی منابع (انسانی، فیزیکی، تجهیزات) در بخش سلامت با نیازهای سلامت در مناطق مختلف کشور
۳. توجه ناکافی به منابع انسانی در رشتههای مرتبط با پزشکی همانند مهندسی پزشکی، با توجه به نقش مؤثر این رشته در بهبود ارائه خدمات پزشکی

تولیت:

۱. فشار واردات فن آوری های گرانقیمت تشخیصی و درمانی بدون بررسی هزینه _ اثربخشی آنها
۲. مخدوش شدن نقش وزارت بهداشت در سیاستگذاری بخش سلامت پس از تشکیل وزارت رفاه
۳. کاهش قدرت خرید مردم و توسعه نابرابری های سطح سلامتی در کشور
۴. فشار سیاسی برای ایجاد امکانات فیزیکی فاقد توجیه فنی
۵. فشار و تحمیل در اجرای سیاست خصوصی سازی بدون توجه به (market failure) بودن بازار سلامت
۶. عدم وجود زمینه مناسب اجتماعی، فرهنگی و حقوقی برای فعالیت بخش غیر دولتی و شوراهای مردمی و تعاونی های سلامتی در عرصه بیمه های پایه و تکمیلی
۷. عدم مداخله نظام بیمه در مقوله های کاهش خطر و ارتقای سلامت
۸. ناکارآمدی قوانین و مقررات در اجرای نتایج پایش و ارزشیابی تولیدات صنعتی، کشاورزی و خدماتی تهدید کننده سلامت انسان
- فقدان اختیارات و بازوهای نظارتی لازم در شورای عالی بیمه خدمات درمانی
۹. ناکارآمدی قوانین و مقررات در اجرای نتایج پایش و ارزشیابی عملکرد نظام ارائه خدمات سلامت در بخش خصوصی و دولتی
۱۰. عدم برخورداری نزدیک به نیمی از جمعیت کشور (روستائیان و خویش فرمایان شهری)، از پوشش بیمه اجباری
۱۱. ناکارآمدی نقش رسانه ها در تولید فرهنگ و رفتارهای کاهش دهنده مخاطرات سلامتی
۱۲. مغایر بودن برخی تبلیغات و اطلاعات رسانه ای با سلامت جامعه
۱۳. ناکارآمدی ساختار تصمیم گیری، ارزیابی و هماهنگی در سطح کلان کشور و تداخل شدید وظایف بین بخشی
۱۴. وجود قوانین و مقررات متعدد، مغایر و غیر منعطف در کشور

تامین منابع مالی:

۱. مداخله سازمانهای دیگر در تامین و توزیع منابع بخش سلامت
۲. عدم وجود ضمانت کافی در تحقق سهم دولت در تامین منابع مالی بیمه

۳. قرار نگرفتن بخشی از جامعه تحت پوشش بیمه درمان
۴. عدم تناسب اعتبارات با حجم فعالیت‌های جاری
۵. واقعی نبودن سرانه بیمه‌ها و تعرفه‌های خدمات درمانی
۶. کاهش نقش دولت در تامین منابع مالی بخش سلامت
۷. کاهش نقش بیمه‌های اجتماعی در تامین هزینه‌های تحمیلی به بخش سلامت
۸. عدم تناسب فرصت‌های شغلی با دانش آموختگان بخش سلامت
۹. عدم جبران خسارات وارده به سلامت از سوی سایر بخشها و عوامل توسعه
۱۰. ناهمگونی رشد قیمت کالاها و خدمات در سایر بخشها با خدمات بخش بهداشت و

درمان

۱۱. ناهمگونی نرخ تورم در جامعه با اعتبارات بخش سلامت
۱۲. افزایش جمعیت زیر خط فقر در طی سال‌های گذشته

ارائه خدمات:

۱. ناهمگونی سیمای سلامت در کشور
۲. تغییر الگوی خطرات و رفتارهای غیر ایمن تهدید کننده سلامت
۳. گسترش خطرات و رفتارهای غیر ایمن تهدید کننده سلامت
۴. بالا بودن سهم مردم در تامین منابع مالی بخش سلامت
۵. افزایش وسایل حمل و نقل فاقد ایمنی قابل قبول
۶. ناکارآمدی قوانین بازدارنده از تخلفات رانندگی وسایل نقلیه موتوری
۷. استفاده از موتور سیکلت بعنوان وسیله امرار معاش
۸. حاشیه شهر نشینی کنترل نشده
۹. توسعه شهرها با کالبد نامناسب از نظر ایمنی
۱۰. افزایش عوامل خطر و حادثه آفرین (صنعتی شدن، حوادث جاده‌ای، تغییرات اکولوژیک و زیست

محیطی)

۱۱. مهاجرت کنترل نشده جمعیت از کشور های همسایه بداخل کشور موثر در بروز وانتقال بیماریها
۱۲. عدم وجود فرهنگ نگهداری، تعمیر و نگهداشت تجهیزات پزشکی
۱۳. عدم وجود آموزش مداوم برای کارشناسان و کارمندان حوزه‌های مختلف تجهیزات پزشکی
۱۴. عدم وجود نیروی متخصص در بخش‌های تجهیزات پزشکی، دانشگاه‌ها، دانشکده‌ها، بیمارستانها

و مراکز درمانی

تولید منابع:

۱. عدم پیروی دانشگاه‌های غیر دولتی از سیاستهای وزارت بهداشت در تربیت نیروی انسانی گروه

پزشکی

۲. امکانات ناکافی برای جذب و بکارگیری نیروهای کارآمد و تحصیل کرده آماده به کار

۳. واردات غیر قانونی (قاچاق) لوازم و تجهیزات پزشکی

۴) نقش و جایگاه بخش در تحقق اهداف چشم‌انداز :

به منظور نیل به آرمانهای متعالی و دستیابی به اهداف پیش بینی شده در افق چشم‌انداز بلند مدت توسعه کشور و کسب جایگاه اول اقتصادی ، علمی و فناوری در سطح منطقه با تعامل سازنده و موثر در روابط بین‌المللی، چشم‌انداز بخش سلامت در این برنامه عبارت است از تلاش برای :

۱. ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی انسان ها

۲. پاسخگویی به نیازهای مرتبط و غیر مرتبط با سلامتی مردم

۳. تامین عدالت مالی از نظر هزینه های بخش سلامت

جهت تحقق این چشم‌انداز، نظام سلامت کشور ما تولید سلامت جامعه را از طریق سیاستگذاری مبتنی بر شواهد و اعمال حاکمیت بر روی عملیات بخش سلامت و راهبردی فعالیت های مرتبط با سلامت در سایر بخش ها به دست می‌گیرد. ساختار نظام سلامت بر اساس تفکیک نقش عناصر موثر در نظام سلامت (سیاست گزار، خریدار، ارائه کننده و مصرف کننده) تعیین می‌شود. ساختار لازم برای امر سیاستگذاری و برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت تقویت راهبری بین بخشی، اولویت بندی خدمات و تدوین بسته خدمات سلامت، تدوین و استقرار راهنماها و پروتکل های طبابت بالینی مبتنی بر شواهد و سازوکار مناسب برای انتخاب فن آوری های تشخیصی و درمانی از طریق هدایت و ارتقای پژوهش ها و ایجاد سازمان های مناسب ایجاد می‌گردد. در راستای سیاستگذاری و برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد، نظام جامع جمع آوری، تحلیل و انتشار اطلاعات سلامت برقرار میگردد و تحقیقات کاربردی و توسعه ای در نظام سلامت گسترش می‌یابد.

- **تامین، تجمیع، تخصیص و مدیریت منابع بخش سلامت** به گونه ای عادلانه و در قالب الگویی وابسته به درآمد و مستقل از خطر صورت می‌گیرد، بگونه ای که در تامین و تخصیص منابع سهم دولت در هزینه های سلامت افزایش می‌یابد
- کلیه منابع مالی دولتی سلامت در بیمه های پایه سلامت تجمیع شده و روشهای درصدی و پیشرونده دریافت حق بیمه استقرار می‌یابد
- آحاد مردم به داشتن بیمه سلامت ملزم می‌شوند و سهم بیمه در تامین مالی بخش سلامت
- بسته خدمات سلامت براساس یک نظام اولویت بندی علمی و با در نظر گرفتن عواملی مانند اثر بخشی و کارآیی خدمات تعریف می‌شود و توجه ویژه به پوشش کامل بسته خدمات پایه
- دسترسی آحاد جامعه به بسته خدمات پایه
- کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم
- مشارکت عادلانه مردم (حق بیمه پیشرونده) و دولت (افزایش سهم دولت) در تامین مالی

- عدالت اجتماعی و رفع تبعیض در دسترسی به خدمات سلامتی به ویژه برای فقرا
- **ارایه خدمات پایه سلامت در قالب یک نظام جامع و یکپارچه** در اولین سطح تماس به صورت غیر متمرکز و از طریق خانه بهداشت، پایگاه و مراکز بهداشتی درمانی و پزشک خانواده ارائه می شود.
- خدمات تخصصی با ارجاع و هدایت به سطوح بالاتر ارائه می گردد. این امر سبب افزایش فراهمی، دسترسی و امکان مصرف خدمات برای آحاد مختلف جامعه خصوصاً اقشار آسیب پذیر می شود.
- نقش پزشکان علاوه بر درمان، پیشگیری حفظ و ارتقای سلامت جامعه تحت پوشش خواهد بود
- نظام جامع سلامت به منظور پاسخ به نقش ها و نیازهای جدید، توانمندسازی نیروی انسانی موجود و تربیت نیروی انسانی جدید **اصلاحات آموزشی** به عمل خواهد آورد.

۵) اهداف کلی و راهبردهای کلان توسعه بخش در تحقق چشم‌انداز بلندمدت توسعه :

اهداف کلی:

۱. تامین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد مردم
۲. پاسخگویی به نیازهای مرتبط و غیر مرتبط با سلامتی مردم
۳. تامین عدالت مالی از نظر هزینه های بخش

راهبردها :

۱ - متناسب سازی سهم بخش سلامت از GDP با توجه به تغییرات سایر بخشها

۱. متناسب سازی برنامه های جاری سلامت با اولویت ها و نیاز های اساسی و عوامل مخاطره آمیز سلامت جسمی، روانی و اجتماعی
۲. تضمین مشارکت عادلانه مردم در تامین هزینه های بخش سلامت
۳. ایجاد نظام بیمه ای سلامت نگر
۴. تقویت حاکمیت بالینی و نظارت عالی بر اجرای قوانین و مقررات مرتبط با سلامت
۵. استمرار سیاست تحدیدموالید
۶. توسعه همکاریهای بین بخشی بمنظور ترویج شیوه زندگی سالم در خانه، خانواده، محیط زندگی و کار
۷. اصلاح نظام تعیین تعرفه ودستمزدها همگام با تحولات اقتصادی جامعه
۸. بهبود ساختار نظام سلامتی در راستای ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارایه خدمات سلامتی به آحاد مردم
۹. سطح بندی و طراحی نظام شبکه سلامت (اعم از شبکه دولتی، خصوصی، خیریه...)
۱۰. برنامه ریزی ومداخله غیر متمرکز برای مقابله با اولویتهای منطقه ای وتنوع الگوی بیماریها(واگیر و غیر واگیر دار)
۱۱. اجرای نظام ارجاع در شبکه و بخش خصوصی با محوریت پزشک خانواده
۱۲. ارتقا سطح ایمنی و امنیت غذا و تغذیه
۱۳. کاهش پرداخت مستقیم مردم در هزینه های سلامتی
۱۴. تغییر روشهای پرداخت بر اساس تقسیم ریسک مالی، کاهش مخاطرات اخلاقی و تقاضای القایی
۱۵. نهادینه سازی نظام تصمیم گیری مبتنی بر پژوهشها و شواهد علمی و کاربردی
۱۶. تامین دسترسی آحاد مردم به خدمات پایه سلامت بدون توجه به میزان درآمد آنها
۱۷. مبتنی نمودن ارائه خدمات نظام سلامت بر بسته های استاندارد خدمات سلامتی و ایجاد مکانیسم های علمی برای ورود فن آوریهای نوین بمنظور جلوگیری از ایجاد تقاضای القایی

۶) اهداف کمی و سیاستهای اجرایی بخش برحسب استان :

<<اهداف کمی و شاخصهای کمی برنامه چهارم توسعه>>

۱. سهم بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی بمیزان ۷,۵٪ باشد
۲. اختصاص ۱۰٪ حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد توسط شرکتهای بیمه تجاری به حساب درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳. تامین ۱۰۰٪ اعتبار بیمه های خدمات درمانی در بودجه های سنواتی براساس سرانه واقعی در طول برنامه
۴. شاخص مشارکت عادلانه تامین منابع مالی از ۸۳٪ به ۹۰٪ در انتهای برنامه چهارم توسعه برسد
۵. در انتهای برنامه چهارم توسعه سهم پرداختی از جیب خانوار (OOP) از کل هزینه های سلامتی ۳۰٪ شود
۶. در صدخانوارهای مواجه با هزینه های خانمان سوز سلامتی در انتهای برنامه چهارم توسعه از ۳/۵ به ۱ درصد برسد
۷. تضمین ۱۰۰٪ خدمات بهداشتی و درمانی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پائین درآمدی از طریق جابجایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه ها
۸. تامین بیمه پایه درمانی برای ۱۰۰٪ روستاییان و عشایر معادل مناطق شهری
۹. ۱۰۰٪ موسسات ارائه کننده خدمات سلامت در بخش سرپایی و بستری و پاراکلینیک و مطبها اعتبار بخشی و رتبه بندی گردند
۱۰. ۱۰۰٪ مراقبتهای بهداشتی، درمانی و توانبخشی تایید شده توسط وزارت بهداشت در شمول خدمات بیمه ای پایه ای سلامت تا پایان برنامه قرارگیرند
۱۱. پرداخت ۱۰۰٪ تعرفه خدمات به ارائه دهندگان در صورت رعایت سطوح ارجاع در مراجعین سرپایی و بستری
۱۲. پرداخت ۵۰٪ تعرفه کامل خدمات تخصصی به ارائه دهندگان در صورت عدم رعایت سطوح ارجاع
۱۳. ۱۰۰٪ منابع مورد نیاز برای پوشش فراگیر بیمه درمان بستری تا پایان برنامه چهارم توسعه تامین گردد
۱۴. ۱۰۰٪ حق سرانه بیمه درمان اقشار آسیب پذیر توسط دولت تامین گردد
۱۵. ۱۰۰٪ مردم از بیمه سرپایی برخوردار باشند.
۱۶. افزایش سهم بیمه در گردش مالی نظام سلامت از ۲۶٪ به میزان ۵۰٪
۱۷. پوشش ۱۰۰٪/ترمیم معلولیتهای ناشی از سوختگی بوسیله سازمانهای بیمه گر پایه
۱۸. درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث در ۱۰۰٪ موارد در مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی
۱۹. تدوین ۱۰۰ دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده براساس اولویتهای برگرفته از بار بیماریهای بستری
۲۰. تدوین و اجرای ۵۰ دستورالعمل طبابت بالینی ویژه پزشکان عمومی بر اساس بار بیماریها

۲۱. تدوین و اجرای ۲۰ دستور العمل طبابت بالینی ویژه هر تخصص بر اساس بار بیماریهای همان رشته تخصصی
۲۲. اجرای دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده در هر دستورالعمل به میزان ۸۰٪ نسبت به سال اول برنامه
۲۳. ۱۰٪ رشد سالیانه شاخصهای کیفی در نظام ارزشیابی موجود بیمارستانی تا ۵۰٪ کل شاخصها تا پایان برنامه
۲۴. ۱۰۰ درصد تدوین بسته خدمات پایه و مکمل بیمه ها بر اساس ارزیابی هزینه اثربخشی مداخلات
۲۵. اعمال استانداردهای بالینی در ۱۰۰٪ بیمارستانها بر اساس شاخصهای کیفیت ارائه خدمات
۲۶. رتبه بندی ۱۰۰٪ بیمارستانها بر اساس ارتقای مستمر کیفیت عملکرد
۲۷. راه اندازی پرونده الکترونیک بیماران در ۱۰۰٪ بیمارستانها تا پایان برنامه
۲۸. کاهش میزان نیازهای برآورده نشده زوجین (unmet need) به کمتر از ۵٪
۲۹. افزایش پوشش روشهای مدرن تنظیم خانواده به ۶۵٪
۳۰. کاهش ۵۰٪ مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل نسبت به سال اول تا پایان برنامه
۳۱. کاهش بروز حوادث حمل و نقل، از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه خیز جاده ها و راههای مواصلاتی و کاهش نقاط مذکوره میزان ۵۰٪ تا پایان برنامه چهارم
۳۲. افزایش ایمنی وسایط نقلیه موتوری و اعمال استانداردهای مهندسی انسانی و ایمنی لازم بمنظور کاهش ۵۰٪ مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل
۳۳. دسترسی ۱۰۰٪ جمعیت شهری به آب آشامیدنی سالم
۳۴. دسترسی ۹۰٪ جمعیت روستایی به آب آشامیدنی سالم
۳۵. افزایش جمعیت تحت پوشش شبکه فاضلاب شهری به میزان ۴۰٪
۳۶. کاهش میزان آلودگی هوا در شهرهای بزرگ
۳۷. کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی در محیط کار و زندگی، آلاینده های هوا، آب، خاک، محصولات کشاورزی و دامی بمیزان ۱۰٪ سال اول برنامه
۳۸. کاهش میزان آلودگی محیطهای داخلی (INDOOR POLLUTION) تا پایان برنامه بمیزان ۱۰٪ درصد تا پایان برنامه
۳۹. دسترسی ۸۷ درصد خانوارهای روستایی به توالی بهداشتی
۴۰. کارگاههایی که حداقل یکی از عوامل زیان آور: ارگونومیکی ۲۵٪ عوامل شیمیایی ۴۰٪ عوامل فیزیکی ۸۵٪ را کنترل نموده اند
۴۱. افزایش کارگاههای تحت پوشش خدمات بهداشتی به ۵۶٪
۴۲. افزایش مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی: شهری ۹۱٪ روستایی ۸۲٪
۴۳. کاهش میزان غیر مجاز افزودنیهای مجاز بمیزان ۱۰ درصد سال اول برنامه

۴۴. کاهش میزان افزودنیهای غیر مجاز بمیزان ۹۰٪ سال اول برنامه
۴۵. ۲۰٪ کاهش در باقیمانده سموم کشاورزی در محصولات کشاورزی نسبت به سال اول
۴۶. کاهش آلودگی آبهای زیر زمینی به باقیمانده سموم به میزان ۱۰٪ نسبت به سال اول برنامه
۴۷. کاهش باقیمانده غیر مجاز هورمونها و داروها در فرآورده های دام و طیور بمیزان ۲۰٪ نسبت به سال اول برنامه
۴۸. جمع آوری، تفکیک در مبدا و دفع بهداشتی زباله در ۹۵٪ بیمارستانها
۴۹. افزایش خانوارهای روستاییکه زباله را بروش بهداشتی جمع آوری و دفع می کنند به بیش از ۷۰٪
۵۰. جمع آوری و دفع بهداشتی فاضلاب بیمارستانی در ۹۰٪ بیمارستانها
۵۱. اجرای نظام ارجاع مبتنی بر تشکیل واحد های پزشکی خانواده در کل کشور تا پایان برنامه
۵۲. کاهش زمان رسیدن به صحنه فوریت و حادثه در ۸۰٪ ماموریتها تا پایان برنامه با استانداردهای ۱۰ دقیقه در شهرهای بزرگ، ۸ دقیقه در شهرهای کوچک، ۱۵ دقیقه در جاده های اصلی و ۲۰ دقیقه در جاده های فرعی جهت اعزام به مناسبترین مرکز ارائه دهنده خدمت بستری با توجه به اولویت نیاز های بالینی بیمار
۵۳. تکمیل ۱۰۰٪ پستهای بلا تصدی بهداشتی درمانی ناشی از بازنشستگی
۵۴. استاندارد سازی ۵۰٪ منابع (انسانی، فیزیکی، تجهیزات) اورژانسهای بیمارستانی
۵۵. توزیع ۱۰۰٪ خدمات بهداشتی درمانی و توانبخشی سرپایی دولتی، خصوصی، تعاونی و خیریه مطابق طرح سطح بندی در کل کشور توسط دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی
۵۶. استقرار ۸۰٪ تختها و تجهیزات و ۱۰۰٪ پرسنل و ۵۰٪ فضای فیزیکی پیش بینی شده در بخش بستری هر شهرستان بر اساس استانداردهای طرح سطح بندی تا پایان برنامه چهارم توسعه
۵۷. کاهش Daly's ناشی از حوادث عمدی و غیر عمدی بمیزان ۱۵٪ کل بار بیماریهای کشور
۵۸. کاهش ۱۰٪ از بار بیماریها در ۱۰ بیماری و ۶ عامل خطر اولویت دار (سیگار، مواد مخدر، چاقی، کم تحرکی، مصرف کم میوه و سبزی، هوای آلوده)
۵۹. کاهش مصرف سیگار در گروههای سنی مختلف بمیزان ۵٪ سال پایه
۶۰. افزایش مانگین زمان اختصاص یافته به ورزش بمیزان ۵۰٪ سال پایه
۶۱. کاهش زمان اولین ویزیت پزشک اورژانس بیمارستانی در فوریتهای پزشکی تا ۸۰٪ نسبت به سال اول برنامه
۶۲. کاهش ۷۰٪ بروز سوانح و حوادث غیر ترافیکی منجر به بستری
۶۳. کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث غیر ترافیکی به میزان ۳۰٪
۶۴. ۳۰٪ کاهش در نسبت مرگ ناشی از بیماریهای ایسکمیک قلبی در افراد کمتر از ۷۰ سال به تعداد موارد مرگ ناشی از همین بیماری در ۷۰ سال یا بالاتر
۶۵. کاهش میزان مرگ نوزادان به زیر ۱۵ در هزارموالید زنده

۶۶. کاهش مرگ کودکان یک تا ۵۹ ماه به کمتر از ۱۰ در هزار موالید زنده
۶۷. کاهش میزان مرگ مادران به حدود ۲۰ در صد هزار تولد زنده
۶۸. کاهش اختلالات شایع دوره سالمندی بمیزان ۱۰٪ سال پایه
۶۹. میزان خودکشی در استانهای با شیوع بالا بمیزان ۶ در صد هزار جمعیت برسد
۷۰. کاهش ۵ درصد از DALY ناشی از بار بیماریهای روانی و رفتاری
۷۱. کاهش ۱۰٪ عود مجدد بیماری روانی شدید
۷۲. تایید حذف ۳ بیماری سرخک، کزاز، نوزادی، تراخم
۷۳. حفظ خدمات نگهدارنده برنامه های موجود واگیر و کاهش بروز هر یک بمیزان ۱۰٪
۷۴. دسترسی افراد در خطر ابتلا به ایدز به خدمات مشاوره بمیزان ۱۰۰٪
۷۵. کاهش عفونت بیمارستانی از ۱۸ درصد به ۱۰ درصد
۷۶. کاهش عقب ماندگی ذهنی ناشی از هیپوتیروییدی بمیزان ۸۰٪
۷۷. کاهش میزان DMFT در کودکان ۳،۶، ۱۲ ساله بمیزان ۲۰٪/سال ۸۳
۷۸. کاهش درصد زایمانهای غیر بهداشتی به کمتر از ۵٪
۷۹. افزایش جمعیت تحت پوشش مراقبت دانش آموزی بمیزان ۵۰٪
۸۰. شناسایی ۱۰٪ خانوارهای مبتلا به سوء تغذیه ناشی از فقر و بحران و مداخله در ۵۰٪ از این خانوارها
۸۱. ۱۰٪ کاهش سوء تغذیه جمعیت واقع در سه دهک اول تا سوم درآمدی
۸۲. کاهش میزان شیوع کم خونی فقر آهن، کمبود روی، کلسیم، ویتامین های A و D، در گروههای آسیب پذیر (کودکان زیر ۵ سال، نوجوانان زنان سنین باروری، زنان باردار، زنان شیرده) به میزان ۱۰٪ وضع موجود
۸۳. کاهش کم وزنی کودکان زیر ۵ سال به کمتر از ۸٪
۸۴. کاهش کوتاه قدی تغذیه ای کودکان زیر ۵ سال به کمتر از ۱۲٪
۸۵. حفظ میانه ید ادرار دانش آموزان ۱۰-۸ ساله کشور در طیف ۲۰-۱۰ میکروگرم در سی لیتر به نحوی که بیش از ۵۰٪ نمونه های ید ادرار بالاتر از ۱۰ میکروگرم در دسی لیتر باشد.
۸۶. کاهش میزان عادات نامناسب غذایی (مصرف نمک، شکر، روغن، نوشابه گازدار، هله هوله و...) بمیزان ۱۰٪ سال پایه
۸۷. کاهش متوسط سرانه مصرف روزانه چربی از ۴۰ گرم به ۳۶ گرم
۸۸. کنترل کیفیت بهداشتی ۱۰۰٪ تغذیه رایگان و بوفه مدارس در کشور
۸۹. طراحی علمی ۱۰۰٪ برنامه عملیاتی سالانه توسط دانشگاههای علوم پزشکی در راستای برنامه ها و سیاستهای ملی ستاد وزارت بهداشت
۹۰. نظارت بر نحوه توزیع اعتبارات دانشگاهها با توجه به ارزشیابی عملکرد برنامه های عملیاتی ایشان
۹۱. تطبیق و تایید ۱۰۰٪ بودجه و صورتهای مالی دانشگاههای کشور با سیاستهای برنامه کشوری توسط مدیر ملی برنامه (ماده ۴ آیین نامه مالی معاملاتی دانشگاههای کشور)

۹۲. دسترسی دیجیتال ۹۵٪ کارکنان و مدیران شهرستانهای کشور برای تولید و بکارگیری داده های بخش سلامت

۹۳. دیجیتال کردن پرونده خانوار و زیج سلامت در ۹۰٪ خانه های بهداشت

۹۴. تغییر نگرش سیاستگذاران کلان کشور در بخشهای مختلف از نظام برنامه ریزی اقتصاد محور به نظام برنامه ریزی سلامت محور بمیزان ۱۰٪

۹۵. افزایش درصد جمعیت تحت پوشش برنامه های جامع آموزش سلامت همگانی در کشور به میزان بیش از ۸۰٪ در پایان برنامه

۹۶. افزایش جمعیت تحت پوشش برنامه جامع خود مراقبتی بمیزان ۱۰٪ سال پایه

۹۷. تولید داروهای با نام **Branded generic** از ۱۰۰ در آغاز برنامه به ۲۰۰۰ در پایان برنامه

۹۸. سهم دولت از واردات از ۴۰٪ قلم داروهای مورد نیاز به صفر درصد

۹۹. تولید داروهای با دانش فنی پیچیده از ۲ قلم به ۳۰ قلم

۱۰۰. توزیع کننده داروی بیماران خاص از صفر به ۳۰ (در هر استان ۱ واحد)

۱۰۱. تعداد داروخانه جهت دسترسی بهتر مردم از ۷۲۰۰ به ۹۰۰۰

۱۰۲. اصلاح تعرفه واردات دارو از ۱۰۰ درصد به حداکثر ۳۵ درصد

۱۰۳. تولید دارو در کشور از ۹۳۷ قلم به ۱۱۰۰ قلم

۱۰۴. تولید داروهای تحت لیسانس از صفر قلم به حداقل ۲ قلم برای هر شرکت تولیدی

۱۰۵. تولید مواد اولیه دارویی موثره و غیر موثره در داخل کشور از ۱۱۰ قلم به ۲۰۰ قلم

۱۰۶. انجام کنترل داروها پس از عرضه (PMQC) سالانه ۱۰۰ قلم

۱۰۷. میانگین قلم دارو در هر نسخه از ۳/۶ به ۳/۲

۱۰۸. میانگین تجویز داروهای تزریقی در هر نسخه از ۴۸/۸٪ به ۴۰٪

۱۰۹. میانگین تجویز داروهای آنتی بیوتیک در هر نسخه ۵۳٪ به ۴۶٪

۱۱۰. میانگین داروهای کورتیکواستروئید در هر نسخه از ۲۰٪ به ۱۶٪

۱۱۱. تجهیز ۱۰۰٪ آزمایشگاههای کنترل کیفیت محصولات غذایی آرایشی و بهداشتی تولیدی

در سطح مورد نظر

۱۱۲. استقرار سیستم HACCP در ۵۰٪ کارخانه های تولید مواد غذایی ، آرایشی و بهداشتی

۱۱۳. تفویض ۱۰۰٪ امور اجرایی به دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

۱۱۴. واگذاری ۵۰٪ امور نظارت بر واحدهای تولید ، توزیع و نگهداری مواد غذایی ، آرایشی و

بهداشتی به بخش غیردولتی

۱۱۵. غنی سازی ۵۰٪ آرد مصرفی خبازیهها در کارخانه های تولید آرد

۱۱۶. کاهش اسید چرب ترانس ۱۰۰٪ روغنهای خوراکی تاحد استاندارد

۱۱۷. درصد خانوارهای مواجهه با هزینه های کمرشکن سلامتی از ۳/۵ به ۱

۱۱۸. سهم هزینه های سلامتی در هزینه های غیرخوراکی خانوار از ۸٪ به ۳٪

۱۱۹. سهم پرداخت های خانوار از کل هزینه های سلامتی به ۳۰٪
۱۲۰. سهم ارز حاصل از صدور خدمات و کالاهای پزشکی به کل ارز مصرفی بخش سلامت به میزان ۳۰٪
۱۲۱. میزان پاسخگویی به انتظارات مردم تا ۹۰٪
۱۲۲. درصد رضایتمندی مردم از خدمات واحدهای بهداشتی - درمانی تا ۹۰٪
۱۲۳. افزایش ۱۰۰ درصدی میزان جذب دانش‌آموختگان در بازار کار
۱۲۵. نسبت دانشجو به عضو هیئت علمی از ۹/۰۶ به ۱۰/۳
۱۲۶. افزایش سهم بودجه آموزش عالی از **GNP** (تا حد سه درصد)
۱۲۷. تعداد اعضای هیات علمی جذب شده در دانشگاه‌ها از ۱۰۴۹۲ به ۱۱۲۴۲ نفر
۱۲۸. افزایش تعداد رشته‌های جدید بین رشته ای از ۱۷ به ۲۰
۱۲۹. نسبت سهم دانشجویان تحصیلات تکمیلی از ۹/۴ به ۱۰ به کل دانشجویان
۱۳۰. تعداد قطب‌های علمی ایجاد شده در گروه علوم پزشکی از ۱۸ به ۳۵
۱۳۱. تعداد انجمن‌های علمی ایجاد شده در گروه علوم پزشکی از ۱۰۰ به ۲۰۰
۱۳۲. تعداد دوره‌های بازآموزی و نوآموزی برای دانش‌آموختگان شاغل و جویای کار از ۱۴۰۰ در سال ۱۳۸۲ به ۳۰۰۰ در سال ۱۳۸۸
۱۳۴. نسبت اعضای هیئت علمی دانشیار به بالا به کل هیات علمی از ۱۱٪ به ۱۲٪
۱۳۵. افزایش پوشش سرانه خوابگاهی دانشگاه‌های کشور از ۴۰٪ به ۶۰٪
۱۳۶. نسبت صادرات کالاهای فناوری پیشرفته از کل صادرات غیرنفتی به ۶٪ برسد
۱۳۷. افزایش ۳ درصدی اعتبارات پژوهشی به تولید ناخالص داخلی
۱۳۸. افزایش تعداد دانشمندان و کارکنان در تحقیق و توسعه (به ازای هر میلیون نفر) به ۲۰۰۰ نفر
۱۳۹. افزایش تعداد ثبت جواز امتیاز علمی (به ازای هر میلیون نفر) به ۴ جواز علمی
۱۴۰. افزایش تعداد مقالات چاپ شده در مجلات علمی - پژوهشی ایندکس شده در سایت های معتبر بین المللی (آتاً) به ۱۳۰۰۰ مقاله
۱۴۱. افزایش تعداد مراکز تحقیقاتی (دولتی ، خصوصی) به ۱۵۲ مرکز
۱۴۲. افزایش تعداد R&D ها در بخش خصوصی ۲۰۰ واحد و بخش دولتی به ۱۴۰۰ واحد
۱۴۳. افزایش تعداد شبکه های تحقیقاتی به ۸۰ شبکه
۱۴۴. افزایش تعداد کانونهای تفکر به ۵۰ کانون

(۷) سیاستهای اجرایی بخش بهداشت و درمان :

تولیت

- ۱) ترویج عدالت جنسیتی در برنامه ریزی و سیاستگذاری به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه
- ۲) توجه به گروه های سنی ، جنسی و شغلی آسیب پذیر
- ۳) ایجاد یکپارچگی در بخش سلامت از نظر سیاستگذاری نظارت و ارزشیابی
- ۴) تمرکز سیاستگذاری در امر بهداشت و درمان بر عهده وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی
- ۵) تمرکز سیاستگذاری ، تدوین استانداردها ، ضوابط و نظارت و طراحی ساختار متناسب با آن به منظور ارتقای سلامت غذا در کشور
- ۶) تمرکز سیاستگذاری ، تدوین استانداردها ، ضوابط و نظارت و طراحی ساختار متناسب با آن برای تولید، واردات، صادرات، نگهداشت (کالبراسیون) و کنترل کیفی در زمینه تجهیزات پزشکی
- ۷) اولویت بندی سیاست ها و برنامه های سلامتی براساس الگوی بار بیماری و تعهدات بین المللی
- ۸) اولویت بخشیدن به ارتقای کیفیت زندگی افراد با نیازهای ویژه
- ۹) ایجاد زمینه مشارکت همه جانبه مردم بویژه سالمندان در فرآیند توسعه کشور
- ۱۰) ارتقای نظامهای نظارتی
- ۱۱) ایجاد و تقویت ساز و کارهای ضروری جهت بررسی فناوری ها و مداخلات تشخیصی و درمانی جدید
- ۱۲) طراحی و استقرار نظام جامع مدیریت خدمات درمانی کشور با تاکید بر تخصیص بهینه منابع و در نظر گرفتن سطح بندی ، نظام ارجاع و ...
- ۱۳) مداخله نظام مند بر هر گونه فعالیت های تبلیغاتی مستقیم و غیر مستقیم کالا و خدمات با ارجحیت سلامت جسمی و روانی ، اجتماعی مردم با مشارکت سازمان های ذیربط
- ۱۴) تدوین نظام جامع کاهش ضایعات مواد غذایی (تولید ، فرآوری ، توزیع و بازیافت)
- ۱۵) تدوین نظام جامع ایمنی و امنیت غذا در کشور
- ۱۶) تمرکز امور مرتبط با امنیت و ایمنی غذا در تشکیلات واحد بخش
- ۱۷) توسعه سیاست های اطلاع رسانی و تسهیل دستیابی به اطلاعات علمی
- ۱۸) شبکه سازی موسسات و آزمایشگاه های تحقیقاتی با هدف استفاده بهینه در منابع موجود
- ۱۹) گسترش همکاری علمی بین المللی
- ۲۰) توجه به جایگاه ویژه پژوهشگران و کارآفرینان
- ۲۱) حمایت از محلات تخصصی علمی پژوهشی داخلی و محدود نمودن انشار مجلات عمومی
- ۲۲) انتشار و توسعه کاربرد فنآوری های نوین در کشور
- ۲۳) حمایت از توسعه تحقیقات محصول گرا در بخش خصوصی
- ۲۴) حمایت از توسعه تحقیقات دانش آموزی و دانشجویی
- ۲۵) گسترش کانون های تفکر
- ۲۶) تنوع بخشی به اعتبارات تحقیقاتی و افزایش آنها

- ۲۷) تقویت ارتباط دانشگاه ها، مراکز پژوهشی، فناوری و صنعت
- ۲۸) سمت دهی سرمایه گذاری پژوهشی در جهت پژوهش های ماموریت گرا و تقاضا محور
- ۲۹) حمایت از برگزاری سمینارهای علمی و انتشار نشریات علمی و پژوهشی توسط انجمن های علمی
- ۳۰) حمایت از گسترش تحقیقات در زمینه علوم انسانی و اجتماعی
- ۳۱) حمایت از گسترش تحقیقات مشارکتی مبتنی بر جامعه

تامین منابع مالی:

- ۳۲) تامین منابع مالی مورد نیاز مراقبت های اولیه بهداشتی توسط دولت و ارایه خدمات بالینی با مشارکت دولت، بیمه ها و مردم
- ۳۳) افزایش سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی همراه با افزایش سهم دولت در تامین منابع مالی بخش و کاهش پرداخت مستقیم مردم در هزینه های سلامتی
- ۳۴) افزایش نقش نظام بیمه ای در مدیریت منابع بخش سلامت و مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع براساس سطح درآمد و مستقل از خطر بیماری
- ۳۵) افزایش مشارکت بخش های مختلف در تامین منابع مالی بخش سلامت متناسب با ایجاد مخاطرات ناشی از عملکرد آنان در بخش سلامت
- ۳۶) توجه به بهره وری و ارتقای کارایی عملکرد منابع بخش سلامت
- ۳۷) ایجاد ساز و کار مناسب در جهت تامین و تخصیص منابع و بهبود استانداردهای لازم برای درمان بیماران روانی مزمن و حاد، سوختگی، اورژانس ها و مصدومین و نیز بیماری های خاص و اختلالات زمینه ای مانند سوء تغذیه
- ۳۸) ایجاد ساز و کار مناسب در جهت تامین و تخصیص منابع و بهبود استاندارد لازم برای درمان افسار آسب پذیر و کم درآمد و سوء مصرف کنندگان مواد
- ۳۹) تخصیص بودجه مناسب در زمینه بهبود استانداردهای تولید، واردات، صادرات و نظارت بر امور تجهیزات پزشکی
- ۴۰) توجه به تحقق امنیت غذایی و سلامت تغذیه ای جامعه در سیاست های کلان اقتصادی
- ۴۱) هدفمند نمودن یارانه ها به منظور دستیابی به سبد مطلوب غذایی و رفع سوء تغذیه خانوارهای کم درآمد
- ۴۲) تمرکز در سیاستگذاری، هدایت و نظارت بر عملکرد نظام بیمه درمان کشور در سطوح پایه و مکمل
- ۴۳) پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت برای آحاد جمعیت مقیم (موقت و دائم) در پهنه جغرافیایی کشور
- ۴۴) ایجاد و توسعه بیمه های سلامت نگر و تاکید بر روش های پرداخت سرانه

ارائه خدمات:

- ۴۵) تضمین تامین خدمات بهداشتی و درمانی ضروری برای گروه های کم درآمد و فقیر
- ۴۶) اقدامات لازم برای بهبود شیوه زندگی مردم با هدف پیشگیری از عوامل خطر ساز سلامت
- ۴۷) پیشگیری از عوامل اجتماعی ، اقتصادی و زیست محیطی تهدید کننده سلامت
- ۴۸) توسعه آموزش همگانی سلامت
- ۴۹) توسعه خدمات توانبخشی با بهره گیری از رویکرد توانبخشی مبتنی بر جامعه در قالب مراقبت های اولیه بهداشتی
- ۵۰) استمرار سیاست تحدید موالید
- ۵۱) توانمند سازی مردم به منظور اصلاح فرهنگ سلامت ، بهبود شیوه زندگی جامعه، ترویج الگوی زندگی سالم و کاهش رفتارهای پرخطر بویژه نزد کودکان و جوانان
- ۵۲) ارتقای بهداشت و ایمنی محیط های خصوصی و عمومی (خانه ، مدرسه ، محیط کار ، بیمارستان و ...) با تاکید بر بهداشت آب آشامیدنی ، فاضلاب ، مواد زاید ، هوا و کنترل آلودگی های صوتی و ایمنی شیمیایی
- ۵۳) فراهم نمودن و توسعه محیط های حمایت کننده سلامت جسمی ، روانی و اجتماعی
- ۵۴) مداخله نظام مند در کلیه سطوح پیشگیری از بیماری ها و عوامل خطر ساز فردی و اجتماعی
- ۵۵) افزایش مشارکت بخش های مختلف توسعه در ارتقای سلامت جامعه و رعایت ضوابط ایمنی و سلامت در انجام فرآیندها و طرح های بخش های مختلف
- ۵۶) گسترش مشارکت فردی و گروهی بخش غیر دولتی در ارائه خدمات سلامت
- ۵۷) تاکید بر واگذاری ارائه خدمات سلامت به بخش غیر دولتی با بهره گیری از نظام مناسب خرید خدمت به منظور افزایش کارایی و بهبود مستمر کیفیت خدمات و در جهت افزایش پاسخگویی
- ۵۸) ساماندهی نظام ارائه خدمات با تاکید بر سطح بندی و نظام ارجاع برای جمعیت تعریف شده
- ۵۹) ایجاد و تقویت ساختارهای مناسب دولتی و غیر دولتی جهت آمادگی برای مقابله با حوادث و بلایای طبیعی و غیر طبیعی و کاهش عوارض ناشی از آن
- ۶۰) آموزش همگانی و ارتقای فرهنگ ایمنی در برابر حوادث و بلایای طبیعی و غیر طبیعی
- ۶۱) حضور فعال در بازارهای جهانی خدمات سلامت و پزشکی به منظور فعلیت بخشیدن به توانایی های بالقوه نظام سلامتی کشور و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه
- ۶۲) ارتقای سلامت و ایمنی مواد غذایی در کلیه مراحل از تولید تا مصرف
- ۶۳) ارتقای فرهنگ و دانش غذا و تغذیه در کشور آموزش همگانی و ارتقاء آگاهیهای عمومی در زمینه نحوه تهیه و مصرف دارو ، مواد غذایی ، آشامیدنی ، آرایشی و بهداشتی
- ۶۴) تامین و کنترل ریز مغذی ها
- ۶۵) پایش مستمر امنیت غذا و تغذیه در کشور
- ۶۶) حمایت از برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر به منظور حفظ و ارتقای سلامت کودک و مادر

۶۷) ارتقای بهداشت دام ، فرآورده های دامی و اماکن دامی

تولید منابع:

۶۸) گسترش پژوهش های علمی کاربردی

۶۹) بازسازی صنایع دارویی کشور به منظور لغو انحصارات و بهبود کمی و کیفی تولید دارو و مواد بیولوژیک و

تولید محصولات جدید با توجه به تغییر هرم جنسی جمعیت و الگوی بیماریها

۷۰) بازسازی صنایع تجهیزات پزشکی کشور به منظور بهبود کمی و کیفی تولید لوازم و تجهیزات پزشکی

۷۱) طراحی و عملیاتی سازی نظام جامع اطلاعات در بخش سلامت

الف) سیاستگذاری و برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد:

۲. تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و تدوین آیین‌نامه‌های مربوطه
۳. تشکیل شوراهای استانی سلامت و امنیت غذایی
۴. تهیه قانون آزمایشگاه ملی سلامت
۵. ایجاد ساختار لازم برای سیاستگذاری و برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶. تدوین و ابلاغ سالاته سیاستها به کلیه ذینفعان
۷. تهیه لایحه کاهش مخاطرات تهدیدکننده سلامتی با رویکرد تامین منابع از ایجاد کنندگان عوامل خطرزای سلامت
۸. تعیین اولویت برنامه‌های سلامت برای تصمیم در باره تخصیص منابع در درون و برون بخش
۹. تهیه و تدوین آیین‌نامه‌های مرتبط با مقررات، ساختار صدور کالا و خدمات پزشکی
۱۰. تدوین آیین‌نامه دریافت و توزیع منابع حاصل از ۱۰٪ حق بیمه شخص ثالث، سرنشین و مازاد برای درمان و کاهش مخاطرات مصدومین حوادث رانندگی
۱۱. تهیه آیین‌نامه برای تدوین فهرست سالانه داروهای مجاز در کشور مبتنی بر شواهد
۱۲. استقرار سازوکار مناسب برای انتخاب فن آوری‌های تشخیصی و درمانی (دارو، تجهیزات و...) مبتنی بر ارزیابی هزینه-اثربخشی (health technology assessment)
۱۳. تهیه آیین‌نامه ارائه خدمات بیمه پایه و مکمل برای شرکتهای بیمه تجاری و غیر تجاری
۱۴. ایجاد ساختار متناسب برای سیاستگذاری و نظارت بر امور ایمنی غذا
۱۵. تجدیدنظر در قوانین مرتبط با تربیت، تأمین و توزیع نیروی انسانی پزشکان عمومی، متخصص و پیراپزشکان مطابق سطح بندی
۱۶. طراحی و استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع
۱۷. تدوین قوانین در راستای هدفمند نمودن یارانه‌های سلامت
۱۸. تهیه آیین‌نامه ارائه خدمات بیمه حوادث و بیماریها برای اتباع خارجی مقیم کشور
۱۹. تدوین پیش نویس قانون ملی غذا
۲۰. تشکیل صندوق مشترک بیمه سلامت بمنظور تجمیع منابع مالی سلامت
۲۱. بازنگری خدمات مشمول بیمه تا پایان سال اول براساس بار بیماریها و هزینه اثر بخشی
۲۲. تدوین آیین‌نامه نحوه وصول و تخصیص ۱۰٪ حق بیمه شخص ثالث سرنشین و مازاد شرکتهای بیمه تجاری

۲۳. اداره بیمارستانهای پیشنهادی به صورت هیأت امنایی و یا شرکتی و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به کارگیری نیروی انسانی و اداری-مالی به آنها در چارچوب تعرفه های مصوب
۲۴. تدوین دستورالعمل تفکیک بیمارستانها از نظر تخته های آموزشی و غیر آموزشی و اعمال شاخصهای اعتباری و نیروی انسانی براساس آن
۲۵. تهیه دستورالعمل تدوین، نظارت و ارزشیابی استانداردها و شاخصهای بهبود کیفیت خدمات و اصلاح رتبه بندی بیمارستانها براساس الگوی ارتقای عملکرد بالینی
۲۶. اصلاح فرایند و ساختار مدیریت اقتصادی (از جمله اصلاح نظام حسابداری، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بودجه ریزی عملیاتی) واحدهای بهداشتی، درمانی
۲۷. طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی
۲۸. تکمیل و توسعه متقارن شبکه فوریت های پزشکی در بخش پیش بیمارستانی و بیمارستانی
۲۹. تهیه و اجرای برنامه های آموزشی لازم به منظور ارتقای فرهنگ تغذیه ای جامعه
۳۰. تدوین آیین نامه تخصیص منابع اعتباری، تسهیلات بانکی و یارانه های لازم برای تولید، تأمین، توزیع و مصرف مواد غذایی، در جهت دستیابی به سبد مطلوب غذایی
۳۱. تدوین آیین نامه نحوه اختصاص منابع لازم برای شروع و تدارک ترویج غذای سالم در قالب میان وعده غذایی دانش آموزان و همچنین کمک غذایی برای اقشار نیازمند
۳۲. تهیه و اجرای برنامه های ایمنی غذایی و کاهش ضایعات مواد غذایی از تولید به مصرف
۳۳. زمینه سازی برای حضور موثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه در چارچوب سیاستهای راهبردی تجاری و ارائه تسهیلات لازم در خصوص معرفی توانائی های، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده های پزشکی و دارویی به نحوی که مقدار ارز حاصل از صادرات خدمات تولیدات مزبور معادل ۳۰٪ مصارف ارزی بخش بهداشت و درمان در پایان سال پایانی برنامه چهارم باشد.
۳۴. مشارکت در تهیه لایحه «حفظ و ارتقاء سلامت آحاد جامعه و کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی»

مشمول بر نکات ذیل:

- الف- شناسایی نقاط و محورهای حادثه خیز جاده ها و راههای مواصلاتی
- ب- تأکید بر رعایت اصول ایمنی و مقررات راهنمایی و رانندگی
- ج- ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور
- د- ارتقای طرح ایمنی وسایط نقلیه موتوری و اعمال استانداردهای مهندسی انسانی و ایمنی

لازم

ه- کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی در محیط کار، آلاینده های هوا، آب، خاک، محصولات کشاورزی و دامی و تعریف مصادیق، میزان و نحوه تعیین و وصول عوارض و جرائم جبرانی و چگونگی مصرف منابع حاصله

۳۵. بررسی سوابق و تدوین دستورالعمل جدید احداث، ایجاد و توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی کلیه وزارتخانه ها، مؤسسات و شرکتهای دولتی و نیروهای مسلح (بجز واحدهای سلامت و ایمنی محیط کار) جهت تصویب هیأت وزیران
۳۶. تدوین آئین نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان
۳۷. تدوین ضوابط ورود، ساخت، فرمولاسیون و مصرف کودهای شیمیایی و سوم دفع آفات نباتی با مشارکت وزارتخانه های جهاد کشاورزی، سازمان محیط زیست، مؤسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی ایران و تصویب آن در هیأت وزیران
۳۸. تدوین آئین نامه اجرایی کاهش میزان آلودگی هوای شهرهای تهران، اهواز، اراک، تبریز، مشهد، شیراز، کرج و اصفهان با مشارکت سازمان حفاظت زیست، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، وزارتخانه های نفت، صنایع و معادن، راه و ترابری و کشور و تصویب آن در هیأت وزیران
۳۹. تدوین لایحه تمرکز بخشیدن به خدمات بهداشتی- درمانی به منظور مدیریت آسیبهای اجتماعی در مناطق آسیب خیز و بحران زای اجتماعی در بافت شهری و حاشیه شهری
۴۰. طراحی برنامه جامع ارتقای سطح بهداشت روان گروههای در معرض آسیب
۴۱. تدوین لایحه تشکیل سیستم جامع امداد و نجات کشور
۴۲. بازنگری و اصلاح ردیف های استخدامی متناسب با ابعاد، وظایف و فعالیت ها
۴۳. تهیه اصلاحیه نظام حقوق، دستمزد و مزایای پرسنل بهداشتی، درمانی و تلاش برای تصویب آن
۴۴. ایجاد ساختار و تشکیلات اورژانس بیمارستانی
۴۵. ایجاد ساختار مناسب برای پیشگیری و مقابله با حوادث غیر مترقبه و بلایای طبیعی و عوارض ناشی از آن
۴۶. طراحی و عملیاتی سازی نظام جامع اطلاعات در بخش سلامت
۴۷. تدوین دستورالعمل فعالیت های تبلیغاتی مستقیم و غیر مستقیم کالا و خدمات با ارجحیت سلامت جسمی و روانی، اجتماعی مردم
۴۸. تدوین طرح جامع غنی سازی برای انواع ریز مغذی های ضروری
۴۹. استقرار نظام پایش مستمر امنیت غذا و تغذیه در کشور
۵۰. تدوین نظام جامع کاهش ضایعات مواد غذایی (تولید، فرآوری، توزیع و بازیافت)
۵۱. تدوین مقررات تامین و ارتقای بهداشت دام، فرآورده های دامی و اماکن دامی
۵۲. تدوین مقررات تولید، نگهداری، حمل و مصرف مناسب کود، سموم و آلاینده های محیطی جهت مراقبت از سلامت آب آشامیدنی و غذا
۵۳. تدوین نظام جامع خدمات توانبخشی با بهره گیری از رویکرد توانبخشی مبتنی بر جامعه در قالب مراقبت های اولیه بهداشتی
۵۴. استقرار نظام شناسایی خانواده های فقیر و نیازمند برای ارائه یارانه غذایی به آنان
۵۵. ایجاد جامعه اطلاعاتی غیر متمرکز با تاکید بر آمارهای ثبتی

ب) استقرار نظام حاکمیت بالینی

۱. طراحی و استقرار نظام رسیدگی به شکایات و خطاهای پزشکی
۲. طراحی و استقرار نظام حاکمیت بالینی در بخش ارائه خدمات سلامت سرپایی و بستری
۳. ارائه ساختار الکترونیک (Online) نظام سطح بندی خدمات سرپایی مرتبط با سلامت
۴. ایجاد ساختار برای تدوین و استقرار راهنماها و پروتکل های طبابت بالینی مبتنی بر شواهد در کلیه سطوح ارائه خدمات سلامت
۵. تدوین پروتکل های پیشگیری و درمان و مراقبت بیماریهای خاص و پیوند اعضا
۶. تدوین بسته خدمات بیمه های پایه و مکمل بر اساس ارزیابی هزینه اثربخشی مداخلات

ج) استقرار نظام جامع مدیریت اطلاعات سلامت اعم از اطلاعات منابع (انسانی، مالی، فیزیکی)،

کیفیت، بهره مندی، عدالت، پاسخگویی، جمعیت، بیماری و بیماران

- ۱) برقراری سیستم پایش اجرای سیاست ها ، قوانین و مقررات، آئین نامه ها، دستورالعمل ها و استانداردهای مرتبط با بخش سلامت در کشور
- ۲) توسعه و کاربری فناوری ارتباطات و اطلاعات در بخش بهداشت و درمان
- ۳) استقرار نظام نوین مدیریت بیمارستانی
- ۴) استقرار نظام جامع مدیریت در بخش سلامت (منابع انسانی، منابع مالی)
- ۵) استقرار نظام جامع مدیریت لوازم و تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی کشور با رویکرد به مباحث محوری
- ۶) ساماندهی اطلاعات آمار جمعیتی بخش بهداشت در ارتباط با توسعه کشور
- ۷) شبکه سازی موسسات و آزمایشگاههای تحقیقاتی با هدف استفاده بهینه در منابع موجود

د) اصلاح مدیریت نظام سلامت کشور به منظور بهبود کیفیت و کارایی خدمات سلامت

- ۱) ارتقای توانایی و کارایی کارشناسی و مدیریتی در وزارت بهداشت در سطح ستاد و استان ها
- ۲) بازنگری ، اصلاح و استقرار نظام جامع مدیریت تجهیزات ، امکانات ، مواد و فضاها
- ۳) طراحی و استقرار برنامه توزیع عادلانه منابع انسانی - تجهیزاتی و فضای فیزیکی در بخش بستری در کشور
- ۴) طراحی و استقرار برنامه تمرکز زدایی در نظام سلامت
- ۵) مهندسی مجدد فرآیندهای ستاد وزارتخانه و مهندسی مشاغل
- ۶) استقرار نظام ارزیابی بهره وری و عملکرد سازمان و مدیریت بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۷) اصلاح ساختار اقتصادی- مدیریتی بیمارستان

- ۸) بازاریابی و صدور کالا و خدمات پزشکی
- ۹) بازرگری و تدوین ضوابط تاسیس واحدهای تولیدکننده مواد غذایی ، آرایشی و بهداشتی
- ۱۰) استقرار مدیریت، تعمیر و نگاهداشت در واحدهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی
- ۱۱) مدیریت خدمات پشتیبانی مبتنی بر کاهش تصدی گری
- ۱۲) استقرار مدیریت سبز
- ۱۳) تحول نظام اداری در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استقرار نظام جامع مدیریت منابع انسانی
- ۱۴) تنظیم چارچوب مشارکت جامعه در برنامه ریزی ، اجرا و پایش فعالیت های بخش سلامت
- ۱۵) گسترش کانون های تفکر
- ۱۶) تنوع بخشی به اعتبارات تحقیقاتی و افزایش آنها
- ۱۷) حمایت از برگزاری سمینارها / انتشارات و انجمن های علمی

الف) تعیین سهم مشارکت مردم، دولت و سایر نهادها و نگاهها در تأمین منابع مالی نظام سلامت

۱. تهیه آیین‌نامه در خصوص چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان
۲. تهیه و پیشنهاد آیین‌نامه در خصوص برقراری مالیات سلامت بر مصرف دخانیات، روغن جامد، شکر، استفاده از اتومبیل و موتور سیکلت و سایر عوامل خطرزا.
۳. تهیه قوانین در خصوص افزایش سهم دولت از درآمد ناخالص داخلی برای تأمین هزینه های سلامت
۴. تنظیم چارچوب مشارکت مردم (جامعه) در تأمین منابع بخش
۵. تدوین قوانین برای تأمین منابع حق بیمه به صورت درصدی از درآمد (حقوق، دستمزد و.....)

ب) تدوین نظام کارآمد خرید خدمات سلامتی

۱. طراحی و استقرار نظام پرداخت کارآمد بر اساس مشارکت بیشتر ارائه کنندگان خدمات در ریسک مالی خدمات در بخش بهداشت و درمان

ارائه خدمات:

الف) ساماندهی نظام ارائه خدمات با تأکید بر سطح بندی و نظام ارجاع برای جمعیت تعریف شده

۱. استقرار سطح بندی خدمات بهداشتی و درمانی اعم از بخش دولتی، خصوصی و خیریه
۲. راه اندازی واحد پزشکی خانواده ابتدا در استانهای پایلوت
۳. تشکیل پرونده سلامت برای کلیه افراد تحت پوشش واحد پزشکی خانواده
۴. عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامتی

ب) آموزش و ارتقای سلامت

۱. آموزش و ارتقای سلامت مبتنی بر توانمندسازی مردم و جوامع
۲. تهیه و اجرای برنامه های ارتقای سلامت برای کنترل ۱۴ عامل عمده مخاطره آمیز سلامت شامل: کم وزنی، روابط جنسی غیر ایمن (بانضمام تنظیم خانواده)، آب، فاضلاب و بهداشت فردی نامناسب، مصرف دخانیات، فشار خون بالا، کلسترول بالا، فقر آهن، اضافه وزن، مصرف کم میوه جات و سبزیجات، کم تحرکی، استنشاق گازهای ناشی از سوخت های جامد در محیط های بسته، الکل، کمبود روی، مصرف داروهای غیرمجاز. مصرف غذای غیر ایمن.

ج) سلامت خانواده و جمعیت

۱. آموزش پیش از ازدواج
۲. آموزش حین ازدواج

۳. آموزش و ارائه خدمت پس از ازدواج
۴. مراقبت مرگ مادری
۵. تربیت عامل زایمان
۶. بیمارستان دوستدار مادر
۷. مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران در سطوح خارج از بیمارستان
۸. مراقبت ادغام یافته کودکان
۹. مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم
۱۰. کاهش مرگ نوزادان
۱۱. ترویج تغذیه با شیر مادر
۱۲. مراقبت‌های ادغام یافته سالمندی
۱۳. آموزش شیوه زندگی سالم در دوران سالمندی
۱۴. ادغام مراقبت‌های توانبخشی و حمایتی مبتنی بر جامعه برای کودک، میانسال، سالمند در سطوح مختلف شبکه
۱۵. کنترل جمعیت

د) مدیریت بیماریها

۱. مراقبت از بیماری آنفولانزای پرندگان در کشور
۲. پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی
۳. کنترل بیماریهای منتقله از آب و مواد غذایی
۴. مراقبت از تب مالت در انسان
۵. مراقبت بیماری تب خونریزی دهنده کریمه کنگو در کشور
۶. مراقبت از بیماری لیشمانیوز احشایی
۷. طرح جامع بیماران خاص
۸. مراقبت بیماری هاری و حیوان گزیدگی
۹. مراقبت بیماری لپتوسپیروز
۱۰. مراقبت بیماری لیشمانیوز جلدی
۱۱. مراقبت بیماری سیاه زخم در کشور
۱۲. کنترل عفونت بیمارستانی
۱۳. کنترل بیماری مالاریا
۱۴. پیشگیری و کنترل بیماری دیابت
۱۵. پیشگیری و کنترل علل کم بینایی و نابینایی
۱۶. پیشگیری و کنترل بیماری آسم

۱۷. پیشگیری از موارد جدید تب تالاسمی ماژور
۱۸. پیشگیری و کنترل سرطان کولورکتال
۱۹. پیشگیری و کنترل بیماری قلبی و عروقی
۲۰. برنامه استراتژیک مراقبت آنفولانزا
۲۱. برنامه پیشگیری از حوادث
۲۲. استقرار نظام ثبت و گزارش سرطانها
۲۳. پیشگیری و کنترل بیماریهای اسکلت عضلانی
۲۴. پیشگیری و کنترل بیماری سل

ه) سلامت مدارس و جوانان

۱. سلامت مدارس

و) سلامت محیط و کار

۱. کنترل مصرف دخانیات
۲. بهداشت مواد غذایی
۳. بهداشت آب و فاضلاب
۴. ایمنی شیمیایی
۵. کنترل عوامل زیان آور فیزیکی
۶. مبارزه با حشرات و جوندگان و مدیریت بهداشت مواد زائد جامد
۷. توسعه مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط (خانه های بهداشت کارگری - ایستگاه بهگر - بهداشت صنوف - بقا - کمیته های حفاظت فنی و بهداشت کار - ادغام بهداشت حرفه ای - ادغام بهداشت موادغذائی - آموزشگاههای اصناف - شرکتهای ممیزی - استقرار OHSAS ۱۸۰۰ - بهداشت پایانه ها - بهداشت محیط مدارس)
۸. بهداشت هوا
۹. عملیات بهداشت محیط روستاها
۱۰. ارگونومی
۱۱. بهداشت بیمارستانها
۱۲. عملیات بهداشت محیط در شرایط اضطراری
۱۳. کنترل بیماریهای شغلی
۱۴. نظام سلامت کارکنان دولت

ز) سلامت روان

۱. بهداشت روان جامعه‌نگر

۲. طرح ویزیت از خانه بیماران شدید روانی
۳. پیشگیری از خودکشی
۴. آموزش مهارت‌های زندگی به گروه‌های هدف
۵. حمایت روانی بهداشت و درمان آسیب‌دیدگان از بلایای طبیعی
۶. آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین
۷. مدیریت روان

ح) سلامت دهان و دندان

۱. برنامه استراتژیک سلامت دهان و دندان
۲. پیشگیری از بیماری‌های مرتبط با دهان و دندان

ت) بهبود تغذیه جامعه

۱. تأمین ریزمغذیها بمنظور پیشگیری و کنترل کمبود آهن، روی، کلسیم و ویتامین‌ها در گروه‌های هدف
۲. کاهش شیوع کم‌خونی و فقر آهن در کودکان، نوجوانان و زنان باردار
۳. ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای
۴. بهبود وضعیت تغذیه ای بیماران در بیمارستانهای کشور
۵. راه اندازی سیستم پایش غذا و تغذیه در کشور
۶. حفظ و ارتقای پوشش مصرف نمک یددار
۷. کاهش سوء تغذیه پروتئین انرژی در کودکان زیر پنجسال
۸. اتخاذ سیاست های مناسب در صنعت غذا
۹. بهبوداتخاذسیاست های مناسب در مکان های عمومی عرضه غذا
۱۰. اجرای طرح‌های پایلوت غنی‌سازی مواد غذایی با ریزمغذی‌ها
۱۱. اجرای برنامه‌های ارتقاء سواد و آگاهی‌های تغذیه‌ای
۱۲. تدوین راهنمای جدید غذایی کشور
۱۳. برنامه حذف اسید چرب ترانس از روغن های خوراکی
۱۴. طراحی و اجرای برنامه های مشارکتی بین بخشی برای مدیریت ویژه از افراد در معرض خطر تغذیه ای

ی) خدمات بالینی و فوریتها

۱. بهینه‌سازی اورژانس‌های بیمارستانی
۲. ساماندهی تخت‌های سوختگی کشور
۳. اطلاع رسانی و آموزش عمومی در مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی
۴. بهینه سازی ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی به مردم
۵. آمادگی بهداشت و درمان در سوانح و حوادث غیر مترقبه خدمات رایگان و بیمه ای اورژانس
۶. استقرارنظام مدیریت راهبردی در بخش حوادث و فوریت‌های پزشکی

۷. سازمانی شدن تشکیلات اورژانس

۸. برنامه‌ریزی و ساماندهی آزمایشگاه ملی سلامت و مدیریت متمرکز اطلاعات آزمایشگاهی

۹. همکاری و ایجاد ارتباط منسجم در شبکه آزمایشگاهی (ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی)

۱۰. ارتقاء سطح آموزش و تحصیلات ارائه دهندگان خدمت در فوریت‌های پزشکی و مدیریت حوادث

ک) ایمنی مواد غذایی، آشامیدنی، آرایش و بهداشتی:

۱. استقرار سیستم‌های کنترل نقاط بحرانی (HACCP) در واحدهای تولید، بسته‌بندی، توزیع و

نگهداری مواد غذایی و آشامیدنی با نگرش به کنترل از مزرعه تا سفره به کمک سایر وزارتخانه‌ها

۲. تقویت سیستم بازرسی و نظارت با استفاده از امکانات بخش غیردولتی

۳. ایجاد مرکز ثبت بیماری‌های ناشی از غذا در ستاد و تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور

۴. آموزش مسئولین فنی و مدیران واحدهای تولید مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی

۵. برنامه‌های آموزشی به مردم و گروه پزشکی و مسئولین فنی

۶. توانمندسازی حوزه‌های نظارت بر مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی از لحاظ منابع انسانی به تجهیزاتی

۷. اجرای طرح درجه‌بندی کارخانه‌های تولید مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی بمنظور کمک به دستیابی به سطح موردنظر از ایمنی در صنایع مربوطه

۸. تدوین، تصویب و اجرای دستورالعمل‌های لازم در جهت تقویت جایگاه مسئولین فنی واحدهای تولید مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی بعنوان یکی از اصلی‌ترین ارکان تضمین سلامت محصولات تولیدی

۹. تقویت سیستم‌های نظارت بر ورود مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی خارجی به کشور

۱۰. ایجاد سازوکارهای مناسب در جهت افزایش کارایی و اثربخشی نظارت بر تولید مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و با گرایش به کاهش فرآیندهای اداری صدور مجوزهای بهداشتی

۱۱. تدوین و تصویب ضوابط و دستورالعمل‌های بهداشتی تولید، بسته‌بندی و عرضه مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و پیگیری و نظارت بر اجرای آنها

۱۲. اطلاع‌رسانی و آموزش همگانی در جهت افزایش سطح آگاهی‌های عمومی آحاد جامعه در زمینه سلامت و ایمنی مواد غذایی

۱۳. آموزش مسئولین فنی جهت به روز رسانی نحوه نظارت بر بهداشت و کیفیت مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی تولیدی

۱۴. آموزش تخصصی کارکنان حوزه‌های نظارتی و برنامه‌های آموزش عمومی درمباحث دارو و غذا و مواد آرایشی و بهداشتی

ل) خدمات دارویی:

۱. افزایش تعداد داروخانه جهت سهولت دسترسی به دارو
۲. بررسی‌های لازم پس از ورود دارو به بازار جهت ارزیابی کیفیت آنها
۳. کاهش تعرفه ورود دارو جهت افزایش رقابت و ارتقاء کیفیت داروها
۴. نام‌گذاری داروها به روش **Branded generic** جهت هویت دارو نمودن آنها و افزایش مسئولیت‌پذیری تولیدکنندگان
۵. افزایش شرکتهای توزیع‌کننده و واردکننده دارو جهت شکست انحصار در توزیع و واردات
۶. تشویق تولیدکنندگان به تولید داروهایی که تولیدکننده واحد دارند جهت شکست انحصار در تولید
۷. نظارت بیشتر بر عرضه دارو جهت افزایش امنیت و سلامت مصرف‌کنندگان
۸. همکاری در مبارزه با قاچاق دارو
۹. تلاش جهت ایجاد سیستم الکترونیک در راستای بهینه‌سازی برنامه‌ریزی و تامین، توزیع و عرضه دارو در کشور
۱۰. مکانیزه کردن سیستم توزیع داروی بیماران خاص
۱۱. ارتقاء سطح آگاهی عمومی در جهت نحوه مصرف داروها
۱۲. تلاش در جهت ارتقاء سطح علمی و عملی ناظران امور دارویی در کشور
۱۳. تلاش در جهت منطقی کردن تجویز و مصرف داروها
۱۴. تقویت مرکز ثبت عوارض ناخواسته دارویی
۱۵. ایجاد بخش دارویی در بیمارستانها
۱۶. افزایش امتیاز ارزشیابی داروخانه در کل امتیاز ارزشیابی بیمارستانها به میزان سهم دارو در درمان بیماران
۱۷. به روز نمودن فهرست دارویی کشور و تجویز دارو توسط پزشکان منحصراً از این فهرست
۱۸. تشکیل کمیته‌های درمان و دارو در کلیه بیمارستانها و راهبری این کمیته‌ها جهت تعیین زیر کمیته‌های تدوین **STG**، مقررات تجویز آنتی‌بیوتیکها و فهرست دارویی بیمارستان
۱۹. تدوین راهنمای جامع درمان بیماریها (**NTG**)

پیوست شماره ۱ :

قانون وظایف وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

مصوب ۳ / ۳ / ۱۳۶۷ مجلس شورای اسلامی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی بمنظور تأمین و ارتقای سطح سلامت جسمی ، روانی واجتماعی جامعه ، در چارچوب سیاستها و خطمشی‌های تعیین شده ، مجموعه‌ای نظام یافته از فعالیتهای و عملیات اجرایی است که مهمترین وظایف قانونی آن عبارتند از :

- ◀ تدوین و ارائه سیاستها ، تعیین خطمشی‌ها و نیز برنامه‌ریزی برای فعالیتهای مربوط به تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی ، پژوهش ، خدمات بهداشتی ، درمانی ، دارویی ، بهزیستی و تأمین اجتماعی.
- ◀ تأمین بهداشت عمومی و ارتقاء سطح آن از طریق اجرای برنامه‌های بهداشتی خصوصاً در زمینه بهداشت محیط و کنترل و نظارت بهداشتی بر سموم و مواد شیمیایی ، مبارزه با بیماریهای واگیر ، بهداشت خانواده و مدارس ، آموزش بهداشت عمومی بهداشت کار و شاغلین با تأکید بر اولویت مراقبتهای بهداشتی اولیه ، به ویژه بهداشت مادران و کودکان با همکاری و هماهنگی دستگاههای ذیربط.
- ◀ ایجاد نظام هماهنگ بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و گسترش شبکه تلفیقی بهداشت و درمان.
- ◀ انجام تحقیقات بنیادی و کاربردی در جمیع رشته‌های پزشکی و زمینه‌های بهداشتی و درمانی و نیز ایجاد و گسترش مؤسسات و واحدهای پژوهش پزشکی و نظارت بر پژوهشها و هماهنگ‌ساختن برنامه‌های مؤسسات تحقیقاتی پزشکی.
- ◀ برنامه‌ریزی بمنظور توزیع متناسب و عادلانه نیروی انسانی و سایر امکانات (آموزش پزشکی و تسهیلات بهداشتی ، درمانی) کشور با تأکید بر اولویت برنامه‌های بهداشتی و رفع نیاز مناطق محروم و نیازمند.
- ◀ فراهم نمودن تسهیلات لازم برای برخورداری همگان از خدمات درمانی در حدود امکانات از طریق ایجاد و گسترش مراکز درمانی دولتی و بهبود استاندارد آنها و استفاده از همکاری مؤسسات خیریه و بخش خصوصی و نیز انواع بیمه‌های درمانی
- ◀ تأمین منابع مالی با بهره‌گیری از اعتبارات عمومی ، حق بیمه ، درآمدهای اختصاصی و کمکها و مشارکت مردمی.
- ◀ تأمین و ارائه خدمات لازم به معلولین جسمی ، ذهنی و اجتماعی قابل توانبخشی
- ◀ تشویق و ترغیب افراد خیر و مؤسسات خصوصی
- ◀ تعیین و اعلام استانداردهای مربوط به خدمات بهداشتی ، درمانی ، بهزیستی و دارویی. مواد دارویی ، خوراکی ، آشامیدنی ، بهداشتی ، آرایشی ، آزمایشگاهی ، تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی و بهداشت کلیه مؤسسات خدماتی و تولیدی مربوط به خدمات
- ◀ صدور ، تمدید و لغو موقت یا دائم پروانه‌های :

- ◀ موسسات پزشکی ، دارویی ، بهزیستی و کارگاهها و موسسات تولید مواد خوراکی و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی و ساخت فرآورده های دارویی و مواد بیولوژیک ، خوراکی ، آشامیدنی ، بهداشتی ، آرایشی و آزمایشگاهی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توانبخشی و نظارت و کنترل کیفی بر آنان
- ◀ صدور پروانه استغال صاحبان حرف پزشکی و وابسته پزشکی.
- ◀ تعیین مبانی محاسبه هزینه های خدمات تشخیصی و درمانی ، دارویی ، بهزیستی تعیین تعرفه های مربوط در بخش دولتی و غیردولتی و تعیین شهریه آموزشهای غیررسمی و آزاد در زمینه های مختلف علوم پزشکی.
- ◀ تعیین ضوابط مربوط به ارزیابی ، نظارت و کنترل بر برنامه ها و خدمات واحدها موسسات آموزشی و پژوهشی ، بهداشتی ، درمانی و بهزیستی و انجام این امور براساس استانداردهای مربوطه.
- ◀ تعیین ضوابط مربوط به ورود ، ساخت ، نگهداری ، صدور ، مصرف و انهدام مواد اولیه بیولوژیک مخدر ، خوراکی ، آشامیدنی ، بهداشتی ، آرایشی ، آزمایشگاهی و فرآورده های دارویی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرف پزشکی و توانبخشی و نیز ارزشیابی ، نظارت کنترل ضوابط مذکور.
- ◀ تعیین پژوهش در زمینه طب سنتی و بررسی و تحقیق در زمینه خواص دارویی گیاهان و امکانات تهیه و استفاده از داروهای گیاهی و آموزش صحیح در زمینه های فوق و ایجاد مراکز مناسب برای طب سنتی.

پیوست شماره ۲:

فرمت تدوین برنامه عملیاتی و پروژه ها

سند توسعه بخشی

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در برنامه چهارم توسعه کشور

معاونت :

اداره کل/دفتر / مرکز :

اداره/گروه:

برنامه :

تهیه و تنظیم توسط:

اسامی کارشناسان:

تاریخ:

A - عنوان برنامه

۱. مقصود از اجرای این برنامه چیست و در آینده به چه چیزی می‌خواهد دستیابی پیدا کند؟ (چشم انداز)
۲. با توجه به سند برنامه چهارم اجرای برنامه چه توجیهی دارد و به کدام بخشهای آن مرتبط میشود؟ (متن مرتبط با سند توسعه چهارم با فونت آبی در پیوست اول آمده است که پس از مطالعه آن بندهای غیر مرتبط را حذف نمایید و بندهای مرتبط را ذیل همین بند بعنوان توجیه برنامه و جهت گیری هایی که باید در این برنامه در طی ۵ سال برنامه چهارم به آن توجه داشت را ذکر نمایید.)

۳. سایر قوانین ملی و تعهدات بین المللی چه تعهداتی را برای اجرای برنامه در کشور ایجاد کرده اند؟
۴. فایده اجرای برنامه چیست؟ واگر اجرا نشود چه اتفاقی می افتد؟
۵. مهمترین فرایندهای برنامه (پشتیبانی، خدمت، هماهنگی، نظارت و ارزشیابی) کدامند؟ در این برنامه چه خدماتی و در اجرای آن کدام بخشها و چه نیروی انسانی و تجهیزاتی بکار می رود برای کدام گروه هدف ارائه میشود؟
۶. در این برنامه نقش کاهش ریسک فاکتورها، پیشگیری اولیه، ثانویه (درمان مبتلایان)، ثالثیه (توانبخشی)، کدامیک مهمتر است و آیا سایر خدمات سطوح دیگر بهداشت در جای دیگر داخل یا خارج وزارتخانه در قالب یک برنامه مورد توجه قرار میگیرند؟
۷. نوع مداخله در این برنامه مقطعی یا دائم، ملی یا منطقه ای، مستمر یا جدید، تحقیق یا توسعه است؟
۸. گروه (های) هدف گیرنده خدمت، گروه (های) ارائه دهنده خدمت، گروههای تاثیر گذار بر ارائه خدمت کدامند؟
۹. تاریخچه راه اندازی و تحول برنامه کدام است؟

جمع بندی :

در پاسخ به سئوالات فوق تدوین عنوان برنامه باید بگونه ای باشد که خواننده ضمن آشنایی با تاریخچه برنامه، بداند: چه خدماتی به گیرنده خدمت در این بخش داده میشود و چه خدماتی داده نمیشود (مثلا خدمات پیشگیری یا درمان یا توانبخشی)، کدامیک از اهمیت بیشتری برخوردار بوده است، و نهایتا با توجه به جهت گیریهای برنامه چهارم و شاخصهای مصوب بخشی، در آینده چه ایده ای را برای آن میتوان تصویر کرد.

B- تحلیل وضعیت موجود

۱. آخرین ارزیابی برنامه چه سالی بوده است؟
۲. آیا ترند شاخص (ها) در سالیان گذشته قابل بهره برداری است؟
۳. نتایج برنامه (تغییرات بروز، شیوع، بار، میزان های مرگ و معلولیت، کیفیت زندگی، اثربخشی) تاکنون چه بوده است؟
۴. کدامیک از شاخصهای برنامه چهارم با آن مرتبط هستند؟ (پیوست دوم)
۵. شاخصهایی که با آن میتوانید قضاوت کنید این برنامه موفق بوده است یا خیر کدامند؟
۶. پوشش کلی گروه هدف برنامه چقدر است؟، توزیع پوشش از نظر جغرافیایی بتفکیک استانها، روستا و شهر، توزیع سنی جنسی و احیانا شغلی چگونه است؟
۷. آیا در باره کاهش هزینه های درمان یا کاهش میزان مرگ یا معلولیت ناشی از اجرای برنامه در کشور با توجه به پوشش برنامه مقیاس قابل قضاوت یا ارائه ای وجود دارد؟
۸. این برنامه چه چیزهایی را تغییر داده است که منجر به افزایش کیفیت زندگی مردم در بعد سلامتی میشود؟

۹. آیا کیفیت خدمت راتاکنون اندازه گرفته اید؟ رضایت گیرنده خدمت از اجرای برنامه چیست و چه توقعات برآورده نشده ای دارد؟
۱۰. آیا این برنامه با برنامه های سایر ادارات وزارتخانه مشابهت و همپوشانی دارد؟
۱۱. آیا خدمات این برنامه با عناوین و محتوی دیگری در وزارتخانه تعقیب و تکمیل میشود؟
۱۲. برنامه از نظر تجهیزات اساسی مورد نیاز، اقلام مصرفی، نیروی انسانی (کمی و کیفی)، ساختار موجود شبکه در روستا و شهر، و بخش خصوصی با چه موانع و نقاط قوتی همراه است؟
۱۳. آیا استانداردهای پشتیبانی و خدمت، نظارت، برای برنامه نوشته شده است؟ اجرای این استانداردها چگونه است؟
۱۴. چه مقدار کمک ریالی بجز اعتبارات ملی از محل وام و کمک سازمانهای بین المللی و ملی اعتباری جهت اجرا یا طراحی یا ارزشیابی برنامه در سالهای اخیر به برنامه تخصیص یافته است؟
۱۵. نقش و علائق سایر بخشها و بخش خصوصی در پیاده سازی برنامه چیست؟
۱۶. چه تغییراتی در نگرش و رفتار تامین کنندگان این برنامه ممکن است رخ بدهد یا در حال رخ دادن است؟
۱۷. ارزیابی شما از گیرندگان خدمت از نظر نقش آنها در دریافت خدمات چیست؟ چه عوامل فرهنگی اجتماعی مانع از دریافت خدمات میشوند؟ (و بالعکس)
۱۸. تغییرات سبک زندگی و توزیع (پراکندگی) و ترکیب (تعداد گروه هدف) جمعیت در آینده چگونه توجه جدی در اجرای برنامه را طلب میکند؟
۱۹. نقش سازمانهای غیر دولتی و NGO (مثل انجمنهای تخصصی) در برنامه چیست؟ در آینده با توجه به شرایط موجود این نقش و تاثیر چگونه خواهد بود؟

جمع بندی تحلیل وضع موجود:

با پاسخ به سئوالات فوق شما باید قادر باشید روشن کنید:

- مهمترین مسئله یا مسائلی که در حال حاضر برنامه با آن مواجه است کدام است؟ (عدم اجرا، پوشش، توزیع پوشش، کیفیت، بخش خصوصی، زیرساخت شبکه، تداوم، حمایت دولت، و.....)
- عوامل اصلی موثر بر این مسئله کدامند: نقاط قوت، ضعف، فرصت، تهدید (SWOT) - پیوست سوم
- بهترین جهت گیری (ها) برای موفقیت برنامه کدام است؟

C- اهداف کلی

مهمترین هدف(ها) بی که از تدوین جهت گیریها باید دنبال کرد تا در طی برنامه فعالیتها را بسوی ان سوق دهیم کدامند؟ این اهداف در بسیاری موارد با جهتگیری ها مشابه هم هستند که اشکالی را ایجاد نمیکند

D- راهبردهای رسیدن به اهداف کلی

۱. چگونه و از چه راهی می خواهیم به اهداف برسیم؟ توسعه محتوی خدمات، توسعه پوشش، بهبود کیفیت، بهبود رضایت؟ یا...
۲. در سطح ملی راهبردهایی را توصیه میکنید؟
۳. در سطوح استانی با توجه به تفاوتهای موقعیت برنامه چه توصیه ای برای مناطق مختلف دارید؟

پیوست اول

مرور جهت گیری های اساسی بخش بهداشت در برنامه چهارم

(چکیده متن مصوب سیاستهای کلان برنامه چهارم توسعه کشور)

۱- رشد سریع، مستمر و پایدار:

- واگذاری طرح های دولتی با چشم انداز سوددهی تجاری به بخش خصوصی
- اداره شرکت های دولتی به صورت تجاری و رقابتی و واگذاری مدیریت آنها به بخش خصوصی (براساس پیمان خرید خدمات)

➤ گسترش فعالیت های تحقیق و توسعه و گسترش نوآوری، توسعه فناوری ، توسعه سرمایه انسانی، ارتقای بهره وری و رقابت پذیری، توسعه کارآفرینی و تشویق کارآفرینان

➤ گسترش حوزه فعالیت و تسهیل فرآیند دستیابی تعاونی ها به منابع و امکانات و کمک به یکپارچگی آنها

➤ استفاده از مزیت های قانونی مناطق آزاد و ویژه به منظور توسعه سرمایه گذاری و تولید

۲-۱- ایجاد فضای مناسب برای سرمایه گذاری بخش خصوصی و تعاونی

➤ ایجاد فضای رقابتی و تدوین مقررات و قوانین تسهیل کننده جلب و جذب سرمایه گذاری خارجی و سرمایه گذاران ایرانی خارج از کشور.

۳-۱- ارتقای بهره وری

➤ ترویج و ارتقای فرهنگ کار و کارآفرینی به عنوان یک ارزش

➤ ایجاد زمینه های مناسب برای تشکیل تشکل های صنفی کارگری و کارفرمایی و احترام به توافقات دو جانبه این تشکل ها به منظور انعطاف پذیری بیشتر روابط کارگر و کارفرما

➤ توسعه سه جانبه گرایی (دولت، کارگر، کارفرما) در روابط کار

➤ استقرار نظام شایسته گرایی در استخدام، انتصاب و ارتقای منابع انسانی

➤ ایجاد ارتباط منطقی بین دستمزدها و کارآیی نیروی کار

➤ ارتقای نقش مراکز کارایی و مشاوره و هدایت شغلی به منظور شناسایی و بهره گیری از مزیت های نسبی مناطق و زمینه های ایجاد کار در جهت انطباق تخصص و مهارت نیروی کار با مهارت مورد نیاز مشاغل با تاکید به مراکز غیر دولتی

➤ ایجاد روابط منطقی بین نیازهای بازار کار و نظام آموزشی کشور

➤ توسعه آموزش در تمامی سطوح به ویژه در مقاطع دانشگاهی در رشته علوم مهندسی و همچنین ارتقای مهارت ها از طریق توسعه نظام آموزش نیروی کار

➤ استفاده مطلوب از ظرفیت های موجود با ایجاد تنوع در فعالیت ها و ارتقای کیفیت

محصولات

➤ استفاده موثر و بهینه از عوامل سخت افزاری و نرم افزاری در فرآیند تولید با ایجاد انگیزه و

جذب نیروی کار متخصص

- ایجاد ساز و کارهای لازم برای افزایش نوبت های کاری در واحدهای تولیدی و طرح های عمرانی کشور برای کاهش بیکاری عوامل تولید و افزایش ظرفیت فنی و اجرایی کشور
- حمایت از تولید انعطاف پذیر
- حمایت از نوآوری و خلاقیت و پوشش لازم برای سرمایه گذاری های مخاطره آمیز
- حمایت های مالی از توسعه فناوری جدید و خرید دانش فنی در واحدهای تولیدی
- توسعه و ارتقای سطح استاندارد های ملی و افزایش مستمر کیفیت محصولات
- نگرش ویژه به توسعه روستایی به عنوان نهاد پایه و موثر بر بهره وریز در بخش کشاورزی و تامین امنیت غذایی
- پیش بینی تمهیدات لازم به منظور تقویت مهارتهای زنان متناسب با سایر عوامل توسعه از طریق گسترش آموزش های کاربران حرفه ای با تاکید بر استفاده صحیح از سرمایه گذاری انجام شده در بخش آموزش
- گسترش فعالیت تحقیق و توسعه در زمینه گزینش فناوری متناسب با شرایط بازار کار کشور
- توسعه تجارت الکترونیکی (EC) و بازرگانی الکترونیک (EB) برای کاهش هزینه های مبادله، افزایش بهره وری و رقابت پذیری در سطح اقتصاد ملی
- استفاده از قابلیت اعمال سیاست ها، اجرا و نظارت و تولید اطلاعات سریع و مطمئن فناوری اطلاعات در ارتقای بهره وری

۱-۴- گسترش فرصت های شغلی

- راه اندازی شبکه اطلاع رسانی بازار کار به متقاضیان کار، کارفرمایان، کارآفرینان، سرمایه گذاران و برنامه ریزان در سطح کشور
- حمایت های لازم جهت ایجاد توسعه مراکز مشاوره شغلی و کاریابی غیر دولتی
- حمایت از توسعه تعاونی های به ویژه تعاونی هایی با اعضای فارغ التحصیلان دانشگاهی و دارندگان مهارت های فنی و حرفه ای
- انجام اقدامات ضروری به منظور افزایش اشتغال نیروی کار ایرانی در خارج از کشور
- اخذ جریمه متناسب از فعالیت های دارای آثار بیرونی منفی برای محیط زیست و منابع طبیعی

- قانونمند نمودن صندوق های تامین آتیه شامل صندوق های بازنشستگی ، تامین اجتماع، پاداش خدمت کارکنان و نظایر آن
- ایجاد نهادهای ارزیابی و رتبه بندی مالی
- ۸-۱- تامین تعادل و پویایی مبادلات مالی بخش خارجی اقتصاد کشور
- ۱۰-۱- ساماندهی شرکت های دولتی
- پرهیز از گسترش حجم دولت و تلاش در جهت کوچک سازی حجم و دخالت های دولت در اقتصاد با بازنگری در تعریف و شرح وظایف دستگاه ها و نهادهای دولتی
- سامان قلمرو و نحوه حضور بخش های عمومی در اقتصاد
- ۲- توسعه مبتنی بر دانایی:
- ۱-۲- تثبیت نقش محوری پژوهش و فناوری و استقرار نظام حقوق مالکیت فکری در توسعه پایدار و فعال ساختن بازار دانایی
- ایجاد زیر ساختهای لازم و توسعه نهادهای حمایتی حوزه فناوری نظیر نهادهای مای خطر پذیر، پارکها و مراکز رشد علم و فناوری، شرکتهای توسعه فناوری به منظور تجاری سازی دستاوردهای پژوهش
- حذف موانع و اصلاح قوانین و مقررات در جهت تسهیل فعالیت های پژوهش و فناوری
- توسعه جامعه اطلاعاتی غیر متمرکز با تاکید با آمارهای ثبتی و ایجاد زیر ساخت اقتصاد دیجیتال با تکیه بر فناوری اطلاعات و ارتباطات
- ۲-۲- ارتقای موقعیت ایران از نظر شاخص های تولید علم و توسعه فناوری در رده بندی جهانی
- استقرار نظام جامع توسعه پژوهش و فناوری کشور با رویکرد تقسیم کار ملی
- نوسازی ساختارها و بهبود شیوه های مدیریت در حوزه فناوری و پژوهش
- ایجاد ظرفیت های جدید داخلی با استفاده از تجربیات و ظرفیت های جهانی و بومی کردن آنها برای توسعه علوم فناوری
- ارتقای فرهنگ عمومی در جهت تقویت پژوهش و فناوری
- افزایش منابع مالی بخش پژوهش و فناوری و جهت دهی آن متناسب با ماموریت ها و اولویت های توسعه ملی و افزایش سهم در تولید ناخالص داخلی

۳-۲- افزایش سهم پژوهش و فناوری در ارتقای شاخص بهره‌وری و توان رقابت در عرصه جهانی

- تقویت و توسعه مشارکت بخش خصوصی در فعالیت پژوهش و فناوری
- گسترش مستمر همکاری و مشارکت‌های بین‌المللی در حوزه‌های پژوهش و فناوری
- حمایت از پژوهش‌های کاربردی اثربخش و تقاضا محور برای رفع چالش‌ها و معضلات اصلی کشور
- تدوین ایجاد سیستم پایش شاخص‌ها به منظور ارتقای بهره‌وری

۴-۲- استفاده مناسب از علم و فناوری و اطلاعات مالی، مکانی در مواجهه با تهدیدها و بهره‌برداری از

فرصت‌های آینده

- توسعه و به‌کارگیری فناوری‌های نوین
 - ایجاد تحول در نظام آموزش کشور براساس رویکرد کاوشگری، تحقیق، فناوری و خلاقیت
- ۵-۲- برابر سازی فرصت‌های آموزشی

- زمینه‌سازی برای استفاده کامل از ظرفیت‌های آموزشی کشور در بخش‌های دولتی و غیر دولتی متناسب با برنامه‌های توسعه کشور
- تنوع بخشی به روشها و شیوه‌های آموزشی در کلیه مقاطع تحصیلی از قبیل آموزش‌های از راه دور، مجازی، رسانه‌ای، پودمانی و استفاده از نوبت دوم
- ایجاد دسترسی برای کلیه داوطلبان در تمام مقاطع تحصیلی فارغ از جنسیت، سن، قومیت و مبتنی بر شایستگی

۶-۲- بهبود کیفیت آموزش در تمام دوره‌های آموزشی

- اصلاح برنامه‌های آموزشی و درسی با روزآمد نمودن آنها و انطباق برنامه‌ها با نیازهای فردی و اجتماعی، بازار کار و تحولات جهانی
- استفاده از فناوری‌های نوین در برنامه‌ها و روش‌های آموزشی
- اصلاح برنامه ریزی درسی با هدف افزایش اثر بخشی فرایند یاددهی و یادگیری
- تقویت روحیه پژوهشگری، خلاقیت، نوآوری و توسعه آموزش‌های مبتنی بر پژوهش و مسئله‌یابی

- بهبود ساختار و کیفیت نیروی انسانی شاغل در بخش آموزش و افزایش انگیزه شغلی آنان با تامین منزلت و معیشت مناسب
 - تدوین استانداردها و طراحی و اجرای نظام بازاریابی و اعتبار سنجی علمی مناسب برای مراکز آموزشی
 - ارائه سیمای مطلوب زن و خانواده در برنامه های درسی و محتوای آموزشی در کلیه دوره های تحصیلی منطبق با فرایند توسعه و تحولات جانی
 - گسترش ارتباطات علمی با مراکز و نهادهای آموزشی و تحقیقاتی معتبر بین الملل
- ۲-۷- استقلال دانشگاه ها و محوریت موسسات آموزشی در اداره امور
- سازماندهی نظام واحد سیاستگذار کلان در بخش های آموزشی
 - اصلاح مدیریت و روش اداره موسسات آموزشی
 - اصلاح ساختار سازمانی و تشکیلاتی ستادهای آموزشی با هدف ارتقای توان کارشناسی ، کاهش تصدی ها و کوچک سازی تشکیلات
- ۲-۸- توسعه ظرفیت تولید آمار، ارتقای کیفیت آمار و اطلاع رسانی آماری
- فعال سازی نظام آماری کشور
 - تمرکز زدایی در تولید آمار
 - ساماندهی آمارهای ثبتی
 - بهره گیری از فناوری اطلاعات
 - تقویت پایگاه اطلاعاتی آماری کشور
 - تشویق و ترغیب بخش خصوصی در جهت مشارکت در فرایند تولید و اطلاع رسانی آماری و توسعه پژوهشهای آماری
 - ترویج و ارتقای فرهنگ آماری کشور و جلب مشارکت و همکاری مردم در فرایند تولید آمار
- ۳- تعامل فعال با اقتصاد جهانی:
- فرهنگ سازی با هدف تولید برای صادرات
- ۳-۲- ساماندهی کارآمد امور تولید و فناوری کشور جهت پیوستن به موسسات اقتصادی بین المللی

- انطباق مقررات، قوانین و رویه های گمرکی و سیستم طبقه بندی و ارزش گذاری کالا با آخرین سیستم های بین المللی گمرکی
 - انطباق تدریجی ضوابط فنی و استانداردهای ملی با استانداردهای بین المللی
 - تضمین تولید و گردش آزاد آمار و اطلاعات برای تجارت
 - تلاش برای توسعه تجارت الکترونیکی از طریق ایجاد شیوه های مناسب و کاهش شکاف دیجیتالی با رویکرد بومی سازی و حمایت از تشکل های مربوطه
- ۳-۳- بسط و گسترش همکاری های منطقه ای و بین المللی
- گسترش و تجهیز دالان های ارتباطی با عملکرد فراملی و شناسایی مراکز جمعیتی مستقر در آن برای استفاده از مزیت های موقعیت جغرافیایی، ژئوپلیتیکی و قابلیت های ترانزیتی کشور
 - تجهیز مناطق آزاد به خدمات زیربنایی، بازرگانی و پشتیبان تولید به عنوان مراکز اصلی ورود کشور به بازارهای جهانی و منطقه ای به صورت الگویی عملی (پایلوت) جهت هم پیوندی با اقتصاد جهانی متناسب با نقش و عملکرد این مناطق در ساختار اقتصاد ملی
 - سازماندهی فضایی و تقسیم کار تخصصی بین مناطق آزاد و ویژه اقتصادی کشور با تاکید بر نواحی جنوبی، شمالی و محور شرق کشور در چارچوب ملاحظات و راهبردهای آمایش سرزمین
- ۳-۴- تشویق و حمایت از سرمایه گذاری و ساماندهی و کارآمد کردن تسهیلات مالی خارجی
- تضمین جریان آزاد و شفاف اطلاعات مورد نیاز سرمایه گذار
 - شناسایی، آماده سازی و معرفی فرصت های سرمایه گذاری خارجی در چارچوب اهداف توسعه در عرصه های مختلف و اولویت دار
 - گسترش روابط منطقه ای و تقویت سازمان های منطقه ای ، اسلامی و بین المللی
 - ایجاد شرایط مناسب برای ارتقای سرمایه های انسانی
 - تقویت و حمایت از حضور تشکلهای غیر دولتی و بخش خصوصی در سرمایه گذاری خارجی
- ۳-۵- جذب منابع انسانی و تشویق و حمایت از سرمایه گذاری های ایرانیان مقیم خارج از کشور
- تشویق و هدایت ایرانیان مقیم خارج به سرمایه گذاری در طرح های مورد نیاز کشور

- شناسایی و معرفی فرصت های سرمایه گذاری در داخل کشور و ایرانیان مقیم خارج
 - ارائه اطلاعات کافی و شفاف از قوانین و مقررات داخلی کشور مرتبط با نیازهای ایرانیان مقیم خارج از کشور
 - ارتقای فرهنگی فعالیت های خارج از کشور دستگاههای مرتبط
 - ارتقای آموزش و تربیت نیروهای انسانی متخصص برای جذب منابع مالی و انسانی ایرانیان مقیم خارج از کشور
- ۴- رقابت پذیری کردن اقتصاد:

- توسعه و ارتقای سطح استانداردهای ملی و مشارکت فعال در تدوین استانداردهای بین المللی

- افزایش مستمر انطباق محصولات با استانداردهای ملی و بین المللی
 - هدفمند کردن یارانه ها و سیاست های حمایتی تولیدی به منظور تقویت بنیان های رقابت پذیری و شکوفایی مزیت های نسبی و رقابتی
 - محدود کردن تعیین قیمت های تضمینی به محصولات استراتژیک سبب امنیت غذایی و تعیین قیمت های مزبور براساس اصول اقتصادی و بهره برداری بهینه از منابع با استقرار نظام جامع آموزشی و ترویج بهره برداران به منظور کاهش هزینه ها
- ۴-۲- ارتقای سطح و جذب فناوری های برتر در بخش های مختلف اقتصادی

- افزایش کارایی و استفاده موثر از فناوری های موجود و توسعه و اشاعه فناوری های نوین
- ایجاد آمادگی روانی سازمانی برای پذیرش فناوری های جدید
- برقراری و همگرایی عوامل موثر در ارتقای بهره وری و نوآوری در منظومه دانشگاه و بخش های اقتصادی دولت در سطح ملی و بین المللی
- توسعه آموزش در کلیه سطوح به ویژه در مقطع دانشگاهی در رشته های علوم مهندسی و همچنین ارتقای مهارت ها از طریق توسعه نظام آموزش نیروی کار

۵-۳- کاهش نابرابری های جنسیتی

- دسترسی برابر زنان و مردان به منابع و فرصتها
- افزایش نقش زنان در تصمیم گیری

- ارتقای آموزش های فنی و حرفه ای برای افزایش توانمندیهای زنان
- حمایت و گسترش دوره های کارآفرینی زنان
- تقویت و حمایت از نهادهای غیر دولتی مدافع حقوق زنان
- تعادل جنسیتی در بازار کار
- ظرفیت سازی در بخش خدمات با هدف اشتغال دختران دانش آموخته
- افزایش مشارکت زنان در نهادهای مدنی
- واگذاری بخش از فعالیت های دولتی بخش آموزش بهداشت ، درمان و بهزیستی به زنان
- به کارگیری سیاست های تشویقی جهت معرفی و حمایت از اندیشمندان و فرهیختگان زن
- حمایت از مراکز پژوهشی در حوزه زنان
- تقویت مهارت های زنان از نظر دستیابی به مهارتهای فنی آموزشهای کاربردی و حرفه ای
- رفع تبعیض جنسیتی در ارتقای کارکنان دولت به پست های تصمیم گیری
- تعمیق و گسترش خدمات بهداشتی به زنان در دوره بارداری و زایمان

۷- ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی

۷-۱- ارتقای سطح تامین نیازهای اساسی مردم (مسکن، خوراک، آموزش، سلامت، شغل و حقوق

شهروندی)

- اعطای یارانه های هدفمند جهت تامین سبد غذایی مطلوب اقشار فقیر
 - تضمین تامین خدمات بهداشتی و درمانی ضروری برای گروه های کم درآمد و فقیر
- ۷-۲- تامین ، حفظ و ارتقای سلامت افراد و جامعه
- اقدامات لازم برای بهبود شیوه زندگی مردم با هدف پیشگیری از عوامل خطر ساز سلامت
 - پیشگیری از عوامل اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی تهدید کننده سلامت
 - توسعه آموزش همگانی سلامت
 - توسعه خدمات توانبخشی با بهره گیری از رویکرد توانبخشی مبتنی بر جامعه در قالب
 - مراقبت های اولیه بهداشتی
 - استمرار سیاست تجدید موالید
 - ایجاد و توسعه بیمه های سلامت نگر و تاکید بر روش های پرداخت سرانه

- توانمند سازی مردم به منظور اصلاح فرهنگ سلامت، بهبود شیوه زندگی جامعه، ترویج الگوی زندگی سالم و کاهش رفتارهای پرخطر به ویژه نزد کودکان و جوانان
 - ارتقای بهداشت و ایمنی محیطهای خصوصی و عمومی (خانه، مدرسه، محیط کار، بیمارستان و ...) با تاکید بر بهداشت آب آشامیدنی، فاضلاب، مواد زاید، هوا و کنترل آلودگی های صوتی و ایمنی شیمیایی
 - فراهم نمودن و توسعه محیطهای حمایت کننده سلامت جسمی، روانی و اجتماعی
 - ترویج رویکرد جنسیتی در برنامه ریزی و سیاست گذاری به منظور ارتقای سطح سلامت جامعه
 - مداخله نظام مند در کلیه سطوح پیشگیری از بیماری ها و عوامل خطر ساز فردی و اجتماعی
 - توجه به گروه های سنی، جنسی و شغلی آسیب پذیر
- ۳-۷- اصلاح ساختار نظام سلامتی جامعه در راستای ایجاد یک نظام پاسخگو برای ارائه خدمات سلامتی به آحاد مردم
- ایجاد یکپارچگی در بخش سلامت در نظر سیاستگزاری نظارت و ارزشیابی
 - ارتقای نظام نظارتی
 - تمرکز سیاستگزاری در امر بهداشت و درمان بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 - افزایش مشارکت بخش های مختلف توسعه در ارتقای سلامت جامعه و رعایت ضوابط ایمنی و سلامت در انجام فرایندها و طرحهای بخش های مختلف
 - گسترش پژوهش های علمی کاربردی
 - گسترش مشارکت فردی و گروهی بخش غیر دولتی در ارائه خدمات سلامت
 - تمرکز سیاستگزاری تدوین استانداردها، ضوابط و نظارت و طراحی ساختار متناسب با آن به منظور ارتقای سلامت غذا در کشور
 - بازسازی صنایع دارویی کشور به منظور لغو انحصارات و بهبود کمی و کیفی تولید دارو و مواد بیولوژیک
 - طراحی و عملیاتی سازی نظام جامع اطلاعات در بخش سلامت

➤ تاکید بر واگذاری ارائه خدمات سلامت به بخش غیر دولتی با بهره گیری از نظام مناسب خرید خدمت به منظور افزایش کارایی و بهبود مستمر کیفیت خدمات و در جهت افزایش پاسخگویی

➤ ساماندهی نظام ارائه خدمات با تاکید بر سطح بندی و نظام ارجاع برای جمعیت تعریف شده
➤ ایجاد و تقویت ساختارهای مناسب دولتی و غیر دولتی جهت آمادگی برای مقابله با حوادث و بلایای طبیعی و غیر طبیعی و کاهش عوارض ناشی از آن

➤ اولویت بندی سیاست ها و برنامه های سلامتی براساس الگوی بار بیماری و تعهدات بین المللی

➤ تمرکز در سیاستگزاری ، هدایت و نظارت بر عملکرد نظام بیمه درمان کشور در سطوح پایه و مکمل

۷-۴- عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامت برای آحاد جامعه

➤ پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت برای آحاد جمعیت مقیم (موقت و دائم) در پهنه جغرافیایی کشور

➤ اولویت بخشیدن به ارتقای کیفیت زندگی افراد با نیازهای ویژه
➤ طراحی و استقرار نظام جامع مدیریت خدمات درمانی کشور با تاکید بر تخصیص بهینه منابع و در نظر گرفتن سطح بندی ، نظام ارجاع و ...

➤ تامین منابع مالی مورد نیاز مراقبت های اولیه بهداشتی توسط دولت و ارائه خدمات بالینی با مشارکت دولت، بیمه ها و مردم

➤ ایجاد زمینه مشارکت همه جانبه سالمندان در فرایند توسعه کشور

۷-۵- مشارکت عادلانه مردم در تامین هزینه های بخش سلامت

➤ افزایش سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی همراه با افزایش سهم دولت در تامین منابع مالی بخش

➤ افزایش نقش نظام بیمه ای در مدیریت منابع بخش سلامت و مشارکت عادلانه مردم در تامین منابع براساس سطح درآمد و مستقل از خطر بیماری

- افزایش مشارکت بخش های مختلف در تامین منابع مالی بخش سلامت متناسب با ایجاد مخاطرات ناشی از عملکرد آنان در بخش سلامت
 - حضور فعال در بازارهای جهانی خدمات سلامت و پزشکی به منظور فعلیت بخشیدن به توانایی های بالقوه نظام سلامت کشور و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه
 - توجه به بهره وری و ارتقای کارایی عملکرد منابع بخش سلامت
 - ایجاد و تقویت ساز و کارهای ضروری جهت بررسی فناوری های و مداخلات تشخیصی و درمانی جدید
 - ایجاد ساز و کار مناسب در جهت تامین و تخصیص منابع و بهبود استانداردهای لازم برای درمان بیماران روانی مزمن و حاد سوختگی ، اورژانسها و مصدومین و نیز بیماریهای خاص و اختلالات زمینه ای مانند سوء تغذیه
 - ایجاد ساز و کار مناسب در جهت تامین و تخصیص منابع و بهبود استاندارد لازم برای درمان افسار آسیب پذیر و کم درآمد و سوء مصرف کنندگان مواد
 - مداخله نظام مند بر هرگونه فعالیت های تبلیغاتی مستقیم و غیر مستقیم کالا و خدمات با ارجحیت سلامت جسمی و روانی ، اجتماعی مردم با مشارکت سازمان های ذیربط
- ۶-۷- ارتقای امنیت غذا و تغذیه
- توجه به تحقق امنیت غذایی و سلامت تغذیه ای جامعه در سیاست های کلان اقتصادی
 - افزایش رشد کمی و ارتقای کیفی تولیدات کشاورزی به منظور تامین سبد مطلوب غذایی در راستای توسعه پایدار
 - هدفمند نمودن یارانه ها به منظور دستیابی به سبد مطلوب غذایی
 - ارتقای سلامت و ایمنی مواد غذایی در کلیه مراحل از تولید تا مصرف
 - حفاظت از منابع آب و خاک و بهره برداری مناسب از آنها در جهت تامین مواد غذایی
 - ارتقای فرهنگ و دانش غذا و تغذیه در کشور
 - تامین و کنترل ریز مغذی ها
 - پایش مستمر امنیت غذا و تغذیه در کشور

- تدوین نظام جامع کاهش ضایعات مواد غذایی (تولید، فرآوری، توزیع و بازیافت)
- حمایت از برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر به منظور حفظ و ارتقای سلامت کودک و مادر
- ارتقای بهداشت دام، فرآورده های دامی و اماکن دامی
- تولید، نگهداری، حمل و مصرف مناسب کود، سموم و آلاینده های محیطی جهت مراقبت از سلامت آب آشامیدنی و غذا

۷-۷- اعتلاء کیفی ورزشی در کشور

- ترویج فرهنگ ورزش در جامعه با استفاده از امکانات مختلف رسانه ای
- توسعه کمی و کیفی دسترسی به ورزش تعلیم و تربیتی و ورزش همگانی

۸-۱- اشاعه فرهنگ و اخلاق زیست محیطی

- ارتقای آگاهی های زیست محیطی و اصلاح نگرش و شیوه زندگی جامعه بر مبنای اصول توسعه پایدار با تاکید بر گروه های اثر گذار و اولویت دار
- افزایش مشارکت مردمی، جامعه مدنی و مشارکت بخشی های دولتی و غیر دولتی

۵-۶- ارتقای امنیت شغلی

- بسط و ترویج فرهنگ شایسته سالاری و مقابله با فرهنگ ظاهر سازی و چاپلوسی
- تامین و گسترش آموزش های مربوط به سلسله مراتب اداری، انعطاف پذیری و افزایش تحمل و بردباری بین کارگر و کارفرما

۵-۹- پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی

- ساماندهی آسیب دیدگان اجتماعی
- گسترش آموزش مهارت های زندگی به منظور مقام سازی افراد در برابر آسیب های اجتماعی

- پیشگیری از بروز آسیب های اجتماعی و مهار آن به ویژه در میان نوجوانان و جوانان
- گسترش تامین و خدمات اجتماعی برای افراد در معرض آسیب و آسیب دیده اجتماعی
- ارتقای سطح بهداشت روان احاد جامعه
- گسترش خدمات مشاوره و مددکاری و روانشناختی

➤ زمینه سازی برای توسعه کمی و کیفی نهادهای غیر دولتی (NGOs) عهده دار مسئولیتهای اجتماعی

➤ توانمند سازی گروه های افراد در معرض آسیب و آسیب دیده اجتماعی

➤ تقویت و تحکیم بنیان خانواده

➤ گسترش و ترویج روحیه نشاط، شادابی و امیدواری اجتماعی

➤ تقویت و گسترش همکاری های بین بخشی از طریق ایجاد هماهنگی های لازم و استفاده

بهبود از منابع موجود جهت کنترل و کاهش انحرافات اجتماعی

➤ ایجاد نظام آماری و تشکیل بانک اطلاعاتی مرتبط با آسیب های اجتماعی با انجام مطالعات و

تحقیقات اجتماعی و به هنگام سازی آن

۵-۱۱- پیشگیری و کاهش فقر و محرومیت

➤ گسترش پوشش آموزش عمومی، بهداشت، سلامت و رفع سوء مسکن یا به عبارت دیگر

ارتقای کیفیت زندگی از طریق بهبود شاخص های توسعه انسانی که موجب، کاهش فقر

قابلیتی می شوند.

➤ اجرای برنامه های توانمند سازی برای جمعیت فعال واقع در سه دهک اول تا سوم درآمدی از

طریق زیر:

➤ اجرای برنامه های اصلاح رژیم غذایی خانوارهای زیر خط فقر به منظور رفع سوء تغذیه آنها

➤ طراحی و تدوین شاخص های متناسب ملی و منطقه ای و ایجاد بانک اطلاعاتی فقر به منظور

برنامه ریزی و سنجش نتایج مرتبط با فقر در برنامه های توسعه

➤ طراحی و اجرای برنامه های کاهش فقر با مشارکت فقرا و ساکنین مناطق فقیر از طریق

اطلاع رسانی و آگاه سازی و ترغیب نهادهای غیر دولتی فعال و فراهم آوردن حمایت های مالی

و پشتیبانی در زمینه کاهش فقر و محرومیت زدایی از طریق اعمال روش های مختلف

واگذاری انجام خدمات به این نهادها

۵-۱۲- توزیع عادلانه درآمد

➤ توجه ویژه به مناطق محروم و کمتر توسعه یافته و اقشار محروم و تلاش برای افزایش درآمد

آنان

- اعطای یارانه های هدفمند و تامین تسهیلات اجتماعی به اقشار فقر و کم درآمد
- ۳-۶- تقویت امنیت و اقتدار ملی با تکیه بر رشد اقتصادی، مشارکت سیاسی، تعادل منطقه ای
- اعمال ملاحظات استراتژیک و امنیتی در آزمایش سرزمین و طراحی نحوه استقرار و جانمایی مراکز جمعیتی و صنعتی به خصوص در مناطق حساس
- ۱۱-۶- ارتقای حضور بسیجی مردم در صحنه های دفاعی
- تدوین و اجرای برنامه های جامع پیشگیری و مقابله با حوادث غیر مترقبه و بلایای طبیعی
- حذف موازی کاری، تداخل وظایف، نابسامانی سازمانی و تشکیلاتی در نهادهای فرهنگی دولتی و غیر دولتی
- ترویج و ارتقای فرهنگ آماری و جلب مشارکت و همکاری مردم در فرایند تولید آمار و استفاده از آن در تصمیم گیری ها، سیاست گذاری ها و برنامه ریزی ها
- تقویت مهارت های زنان متناسب با نیازهای جامعه و تحولات فناوری از طریق گسترش آموزش های کاربردی حرفه ای
- شناسایی و سرمایه گذاری در فرصت های اشتغال زا برای زنان
- ارتقای کیفیت زندگی زنان از طریق بهبود وضعیت تغذیه و تامین بهداشت روانی زنان
- واگذاری تمام اموری که مردم می توانند در اشکال حقیقی و حقوقی مناسب عهده دار آن شوند در فضا و بازار رقابتی و بدور از هرگونه انحصار
- توجه اقدام جدی در تقویت حوزه های مدیریتی (سیاست گذاری، برنامه ریز، نظارت و ارزیابی و ...) و اخلاقی و پاسخگویی مدیریت دولت همپای واگذاری امور به بخش های خصوصی و تعاونی
- سازماندهی مدیریت دولت برای حمایت از ایجاد و تقویت موسسات و سازمان های غیر دولت (NGO) بخش خصوصی و تعاونی در سطوح ستادی و اجرایی مربوط
- اتخاذ و اعمال تدابیر لازم برای قرار دادن اقدامات کلیه نهادهای عمومی در قلمرو فلسفه وجودی و ماموریت های اولیه و قانونی آنها

- اتخاذ و اعمال تدابیر لازم در زمینه استقرار رویه های متحد پاسخگویی دستگاه های دولتی و نهادها و سازمان هایی که به هر نحو از بودجه عمومی دولت استفاده می نمایند در برابر مراجع قانونی ذیصلاح با استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات
- تضمین تولید و گردش آزاد اطلاعات در کلیه زمینه ها و فعالیت های مرتبط با مردم
- بازنگری و طراحی مجدد ساختار سازمانی، دستگاه های اجرایی متناسب با تغییرات در نقش و وظایف آنها، شرایط و مقتضیات و الزامات محیطی، الگوها و شیوه های نوین و مناسب سازماندهی و مدیریت

۱۰-۲- ساماندهی مدیریت دولت با رویکردی نظام یافته برای اخذ تصمیمات بنیادی

- ترویج آموزه های مربوط به فلسفه و علم مدیریت استراتژیک (در ابعاد تفکر، طرح و برنامه ریزی، اجراء و ارزیابی) در میان مدیران و کارشناسان ارشد کشور
- بازنگری در نظام های مدیریتی، ساختارهای سازمانی، فرایندهای اصولی و فرهنگ و ارزشهای سازمانی دستگاه ها برای پذیرش و به کارگیری رویکرد مدیریت استراتژیک در مدیریت امور
- طراحی و استقرار سامانه ارزیابی استراتژیک در مدیریت دولت برای سنجش میزان اثر بخشی تصمیمات و اقدامات دولت و ایجاد فرصت مقایسه عملکرد دولت در همه بخش ها و با سایر دولت ها براساس شاخص های بین المللی
- ایجاد و توسعه نگاه حرفه ای و تخصصی به امر مدیریت و توجه سازمان یافته به امور حرفه ای معنوی و مادی مدیران در کشور
- تعیین استانداردهای اجرای کارکردهای مدیریتی مورد انتظار و استقرار نظام جذب، استخدام و پرورش توسعه مدیران تراز کارکردها و مقتضیات و نیازهای زمان
- اتخاذ تدابیر و ایجاد ساز و کارهای لازم برای افزایش ارزش دانش گرایی و روز آمدی دانش و معلومات حرفه ای مدیران و کارکنان در دولت
- ایجاد سامانه ها و مدیریت موثر دانش غیر مدون و تجربی مدیریت در دولت مشتمل بر شناخت تجربیات موفق، مستند سازی آنها، سازماندهی و ذخیره و راه های انتقال و برخورد داری از آن در توسعه مدیریت دولت

- تعیین عناصر شایستگی و توسعه نظام و گسترش دامنه شایسته یابی در مدیریت دولت و استقرار نظام ارزیابی عملکرد مدیران و تاثیر نتایج آن در تداوم خدمت آنان
- ایجاد و توسعه فکر ، سامانه ها ، روشها و ضوابط جذب، توسعه، نگهداری و بهره گیری از برترین سرمایه های انسانی و فکری در دولت و مدیریت آن
- اعطای اختیارات لازم در قالب الگوها و راه کارهای موثر به مدیران برای ارائه خدمات و انجام وظایف براساس قیمت تمام شده آنها
- دستیابی به اصول ، الگوها ، نظام ها و روشهای لازم برای تحقق امر پاسخگویی و پذیرش ستایش ها و سرزنش های متناسب با تصمیمات و اقدامات مدیران و کارکنان در دولت
- تعیین حد بهینه ای از تمرکز و عدم تمرکز اداری در اداره امور و اعطای اختیارات لازم به مدیران در هر سطح و محل در راستای افزایش امکان پاسخگویی مستقیم و مدیریتی به مردم و جوابگویی به مراجع ذیصلاح
- طراحی واستقرار نظام مطلوب پرداخت حقوق و جبران خدمات کارکنان دولت براساس تلفیق مناسب رویکرد نتیجه گرایی و بهره وری به جای وقت مزدی ، اهمیت و جایگاه و ارزش مشاغل و سمت های سازمانی، رقابت جویی، جلب رضایت شهروندان و تامین حداقل معیشت کارکنان
- ایجاد تغییر در نگرش و شیوه مدیریت دولت مبتنی بر لحاظ سایر مراتب (علم و دانش و آگاهی، اطلاعات ، شبکه ها، اصول و هنجارهای اخلاقی و اعتماد) در کنار سلسله مراتب اختیار و قدرت و مولفه رسمیت در اداره موثر امور
- تبیین کارکردهای نوین مورد انتظار از سطوح مختلف مدیران دولتی و پرورش مدیران تراز این کارکردها و انتظارات
- اعطای اختیارات لازم متناسب با مسئولیت های محول و کارکردهای و نقش های مورد انتظار و اتخاذ تدابیر حمایتی لازم برای حمایت از مدیران خلاق ، مبتکر کارآفرین خدمتگزار
- تعیین استانداردهای اجرای کارکردهای مدیریتی مورد انتظار و استقرار نظام جذب ، استخدام و پرورش توسعه مدیران تراز کارکردها و مقتضیات و نیازهای زمان

➤ اتخاذ تدابیر و ایجاد ساز و کارهای لازم برای افزایش ارزش دانش گرایی و روز آمدی دانش و
معلومات حرفه ای مدیران و کارکنان در دولت

➤ تعیین عناصر شایستگی و توسعه نظام و گسترش دامنه شایسته یابی در مدیریت دولت و
استقرار نظام ارزیابی عملکرد مدیران و تاثیر نتایج آن در تداوم خدمت آنان

۱۰-۶- ارتقای پاسخگویی مدیران

➤ دستیابی به اصول ، الگوها، نظام ها و روشهای لازم برای تحقق امر پاسخگویی و پذیرش
ستایش ها و سرزنش های متناسب با تصمیمات و اقدامات مدیران و کارکنان در دولت
➤ تعیین حد بهینه ای از تمرکز و عدم تمرکز اداری در اداره امور و اعطای اختیارات لازم به
مدیران در هر سطح و محل در راستای افزایش امکان پاسخگویی مستقیم و مدیریتی به
مردم و جوابگویی به مراجع ذیصلاح

➤ ایجاد ساز و کارهای فرهنگی ، حقوقی و اجرایی لازم برای استقرار تفکر و رویکرد شهروند
مداری و رضایت مردم در ارائه خدمات عمومی و نهادینه کردن نتیجه قضاوت مردم در
سرنوشت کارگزاران دولت.

➤ توسعه فرهنگ و افزایش امکان عمل به اصل اعتماد به مردم در اخذ تصمیمات و انجام امور
به جای برخورد دیوان سالارانه و توسل به کاغذ بازی با رعایت اصل مسئولیت و پاسخگویی
و رعایت ضوابط و مقررات

➤ اتخاذ تدابیر، تنظیم الگو و سامانه ها و روشهای لازم برای تامین سلامت اداری و اجرایی و
افزایش ریسک و هزینه های اقدام مجرمانه و انجام عمل خلاف در سازمان ها و حوزه های
مدیریت دولت

۱۰-۷- بهبود شیوه تصمیم گیری در اداره امور و استقرار نظام شایسته گزینی

➤ دستیابی به الگویی از عدم تمرکز و توزیع اختیار که با اجرای آن، اختیارات ذاتی به مدیران
در مناطق و استانها منتقل گردد و کارآمدی مدیریتی دولت با حفظ یگانگی و یکپارچگی آن
در شرایط ناهمگونی مناطق و گروه های جامعه، ارتقای یابد.

➤ دستیابی به الگوها و روشهای مناسب مدیریت مشارکت به عنوان شکل برتر اداره امور

- طرح و تحقیق رویکرد گسترش همکاری دولت با سازمانهای غیر دولتی و سایر بخشهای جامعه مدنی برای افزایش کارآمدی مدیریت دولت در مواجهه با چالش ها و استفاده از فرصت ها و منابع ملی
- بررسی ، بازنگری و بهکرد نظام های تصمیم گیری ، برنامه ریزی ، هماهنگی ، نظارت و بازرسی در دولت در ابعاد وظایف ، ساختارها، فرایندها و شیوه های مدیریت آنها با جهت گیری ایجاد سرعت، دقت ، شفافیت ، مسئولیت پذیری و اثر بخشی اقدامات و نتایج
- دستیابی به اصول ، الگوها و سامانه هایی که موجبات اعمال مدیریت سرمایه های انسانی را در مدیریت دولت فراهم آورده، اصل شایستگی را در انتخاب، آموزش توسعه و تحفظ نیروی انسانی در دولت محقق نماید و شرایط مناسب را برای باروری نیروی انسانی و شکل گیری سرمایه های اجتماعی ایجاد کند.
- دستیابی به الگو و روشهای استفاده و به کارگیری فن آوری های نوین در انجام وظایف دولت و تولید و تامین خدمات عمومی محول به آن
- تغییر رویکرد و طراحی و استقرار سامانه های متناسب با آن در جذب ، استخدام، تداوم خدمت به کارگیری و خروج از خدمت نیروی انسانی در دولت متناسب با روند تغییر در نقش دولت، تغییرات در سطح و نوع فن آوری های مورد استفاده ، عمر طرح ها و برنامه ها و ضرورت انجام فعالیت ها و رضایت مردم از عملکرد کارکنان دولت ضمن استقرار نظام های حمایتی موثر تامین اجتماعی
- ایجاد و استقرار سامانه های موثر مدیریت شکایت مردم و امکان و الزام اصلاح قوانین، مقررات روشها و رویه ها و هنجارها و استانداردها براساس نتایج حاصل از آن مدیریت
- ایجاد و به روز رسانی و به کارگیری سیستم کد ملی جغرافیایی پستی و کد شناسایی فردی در کلیه فعالیت ها
- بازنگری جامع در قوانین و مقررات پایه و عمومی حاکم بر تصمیمات ، اقدامات و رفتارهای مدیریتی و سازمانی در دستگاه های اجرایی (نظیر قانون و مقررات محاسبات عمومی، قانون استخدام کشوری و ...) با هدف توجه و تاکید بر نتایج و اثر بخشی اقدامات به جای توجه

صرف به منابع و فرایندهای انجام کار و توسعه فرصت کارآفرینی، نوآوری و ارائه بخش خدمات و جلب رضایت و خشنودی مردم.

۱۲-۱- تمرکز زدایی در برنامه ریزی، مدیریت و هدایت فرایند توسعه استان با رعایت اصل کوچک سازی

دولت

➤ افزایش اختیارات همراه با تقویت ابعاد پاسخگویی و مسئولیت پذیری در مدیریت توسعه استان

➤ تاکید بر فرآیندهای ارزشیابی و نظارت بر روند تمرکز زدایی

➤ حمایت از ایجاد و گسترش تشکل های غیر دولتی و نهادهای مدنی و روند خصوصی سازی در استانها

➤ واگذاری سهم بیشتری از وظایف و اختیارات عمرانی و جاری ملی به استانها

۱۲-۲- هماهنگی بین استانی در زمینه تصمیم گیری و استفاده از منابع و قابلیت های مشترک در امور عمرانی و توسعه ای و با توجه به دیدگاه های آمایشی

➤ تعیین حوزه های برنامه ریزی فرااستانی جهت اجرای طرحهای عمرانی

➤ تفکیک وظایف دولت به سطوح فرا استانی استانی و شهرستانی

۱۲-۴- نهادینه سازی نقش مشارکتی نهادهای مدنی و شوراهای اسلامی شهر و روستا در فرایند های تصمیم گیری، نظارت و اجراء

➤ واگذاری بخشی از وظایف سیاست گذاری و برنامه ریزی استانی، در چارچوب قانون شوراهای اسلامی به سطوح محلی (شهرستانی)

۱۲-۵- هدایت توسعه اقتصادی، اجتماعی، تعادل در استان های کشور متناسب با قابلیت ها و مزیت های نسبی و رقابیتی آنها

➤ تدوین الگوی توسعه منطقه ای جهت توزیع بهینه فضایی سرمایه گذاری ها (با تاکید به بخش خصوصی)

➤ مدیریت و کنترل زمینه های عدم تعادل در فرایند توسعه استانی

➤ تهیه و تنظیم اسناد توسعه میان مدت استان (هر استان یک سند)

۱۲-۶- تعدیل سطح توسعه یافتگی میان مناطق کمتر توسعه یافته با مناطق توسعه یافته کشور

➤ استمرار نقش دولت در توسعه زیربناها، خدمات اجتماعی و ایجاد زمینه های انگیزشی لازم برای بخش خصوصی در مناطق کمتر توسعه یافته و تقویت نقش و حضور بخش عمومی غیر دولتی و بخش خصوصی و مردمی در استانهای توسعه یافته.

پیوست دوم

انالیز SWOT

آنالیز اطلاعات داخل سیستم به ما بهترین و مناسبترین جهت گیری ها را برای تداوم و حفظ برنامه نشان میدهد. مراحل که برای تدوین استراتژی ها باید پشت سر هم طی کرد عبارتند از:

۱. تبیین مهمترین مسئله یا مسائلی که در حال حاضر برنامه با آن مواجه است و مانع تأمین چشم انداز برنامه میشود (عدم اجرا، پوشش، توزیع پوشش، کیفیت، بخش خصوصی، زیرساخت شبکه، تداوم، حمایت دولت، و....)
 ۲. در محیط داخلی سازمان (که تحت کنترل برنامه و اجرای آن قرار دارد و میتوانیم با مداخله مستقیم آنرا تغییر دهیم یا تحت کنترل خود درآوریم)، باید نقاط قوت (S) و ضعف (W) را بتفکیک در جداول جداگانه لیست کرد. باید دقت داشت که بیان این نقاط دقیقاً در راستای حل همان مسایل بند اول هستند.
 ۳. عوامل تأثیر گذار خارجی (که تحت کنترل و مدیریت ما نیستند) را بعنوان نقاط فرصت (O) یا تهدید (T) لیست کنید
- دقت داشته باشید که برخی نقاط هم میتوانند نقطه ضعف و هم نقطه قوت باشند و یا اینکه هم نقطه فرصت و هم تهدید باشند نگران نشوید در هر دو لیست آنرا ثبت کنید!
۴. جدول ترکیبی زیر را رسم کنید:

SO	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆	O ₇	O ₈
S ₁	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰
S ₂	۰	۰	۱	۱	۱	۰	۰	۰
S ₃								
S ₄								
S ₅								
S ₆								

۵. در هر ردیف ارتباط بین نقطه S و O را بصورت مثبت یا صفر نشان میدهد اگر ارتباط بین این دو وجود داشته باشد عدد ۱ و اگر ارتباط وجود نداشته باشد عدد صفر در خانه منظور میشود

۶. به این ترتیب بیشترین نقاط S و O را که بالاترین امتیاز را بدست آورده اند پیدا میکنیم. یعنی مهمترین نقاط قوت مرتبط با مهمترین نقاط فرصت را تعیین کرده ایم
۷. این کار را برای ۳ جدول دیگر که حاصل تلاقی نقاط قوت با تهدیدها، و نقاط ضعف با فرصتها و تهدیدهاست (ST-WO-WT) را تکرار میکنیم
۸. جدول زیر را رسم میکنیم:

استراتژی های مناسب

WO	SO
WT	ST

در هر خانه جدول جهت‌گیری‌هایی که مرتبط با تقاطع متناظر همان خانه است را پیش بینی میکنیم. باید توجه داشت در خانه‌هایی که نقاط ضعف و تهدید وجود دارد باید جهت‌گیری‌هایی که منجر به از بین بردن این ضعفها و تهدیدهای مهم میشوند لیست شوند. واضح است که بهترین جهت‌گیریها از نقاط قوت و فرصت‌ها (SO) بدست می‌آیند.

۹. مقایسه استراتژی‌های پیشنهادی ۴ خانه جدول نقاط مشترکی خواهد داشت که میتوانید در صورت لزوم استراتژی‌های پیشنهادی را ادغام کنید

۱۰. میتوانید با استفاده از ماتریکس انتخاب با توجه به عواملی همچون هزینه باری، امکان اجرا، اثر بخشی، و... استراتژی‌های پیشنهادی را برای رسیدن به اهداف بلندمدت (۳-۵ ساله) و کوتاه مدت تقسیم کنید.