



گزاره برگ اقدامات حوزه بهداشت در طی سه سال اول طرح تحول سلامت

بی بهره بودند. طرح تحول سلامت فرصت بسیار مناسبی را فراهم کرد که اقدامات مسئولان حوزه سلامت که در طی حداقل سه دهه در سطح روستاها ارائه کرده بودند، در طی سه سال اول طرح تحول (از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵)، در شهرها به خوبی برنامه ریزی و مستقر شود و نیز در روستاها گسترش داده شود. مداخلاتی که برای این حوزه ارائه شد، با توجه به گذار اپیدمیولوژیک، تغییرات جمعیتی، در اولویت قرار گرفتن مشکلات سلامتی خاص و هدف گذاری جمعیتی، طراحی و اجرا شد. در ادامه، مهم ترین دستاوردهایی که در این حوزه، طی سه سال اخیر بدست آمده است، براساس شاخص های مداخلات حوزه ارائه می شود. توجه به این موضوع مهم بسیار ضرورت دارد که تمام این موارد در طی سه سال اخیر اجرا شده است. همچنین با این که استقرار مراقبت های بهداشتی اولیه در طی سه دهه در روستاها شایسته تقدیر است؛ اما این اقدامات برای تمام شهرها و تمام جمعیت ساکن در کشور در طی سه سال و آن هم با افزودن مداخلات نوین سلامت اجرایی شده است و این، با در نظر گرفتن وسعت و تنوع اقدامات، جمعیت تحت پوشش و بودجه صرف شده، اقدامی بی نظیر تلقی می شود. در این گزاره برگ فقط مداخلاتی که در حوزه بهداشت انجام شده است ارائه می شود و مواردی که برای حوزه بهداشت انجام شده است از جمله خرید خدمت روستائیان، بیمه کردن جمعیت و تأمین دارو و... در حوزه مرتبط ارائه خواهد شد.

در جدول های پیش رو، مداخلات و شاخص های مرتبط ارائه شده است.

برنامه ریزی برای ارائه طرح تحول در حوزه بهداشت و مراقبت های اولیه، هم زمان با طرح تحول سلامت در حوزه درمان، در ماه های آغازین شروع به کار دولت یازدهم، آغاز شد. محوریت نظام سلامت با بحث مراقبت های اولیه بهداشتی^۱، به عنوان یکی از تحولات اساسی در نظام سلامت، در دهه ۶۰ شمسی، شروع شد. در این دهه، اصلی ترین استراتژی، گسترش مراقبت های اولیه بهداشتی در تمام کشور بود که این هدف تا اواخر این دهه تقریباً در تمام مناطق روستایی انجام شد. بعد از این اقدام و از اوایل شروع دهه ۷۰ شمسی، دو بحث اصلی که در حوزه بهداشت همواره مطرح بوده، چالش اصلی مراقبت های اولیه در شهرها و نبود یک نظام کارآمد ارجاع بیمار بوده است؛ از همین رو از ابتدای دهه ۷۰ شمسی، یکی از برنامه های مطرح در حوزه بهداشت، ارائه فعال مراقبت های اولیه در شهرها بود. به این منظور وزارت بهداشت پایگاه های بهداشتی را با پنج یا شش پرسنل غیرپزشک در شهرها راه اندازی کرد. هم زمان با این اقدام، اقدامی به نام مشارکت داوطلبین سلامت در شهرها، با مشارکت مردم شکل گرفت؛ با این حال بررسی ها نشان داد که این اقدامات مناسب همه شهرها، به خصوص کلان شهرها نیست و نمی تواند پوشش مناسب و کافی برای همه مردم ایجاد کند. از جمله موانعی که در استقرار مناسب این برنامه مطرح می شد، نبود فضاهای مناسب و کمبود منابع مالی بود. با وجود گذشت حداقل سه دهه از آغاز به کار ارائه مراقبت های بهداشتی اولیه در سطح کشور، این اقدام فقط در روستاها به نحو مناسب راه اندازی شده بود و گسترش یافته بود و همچنان جمعیت ساکن در شهرها از دریافت فعال این اقدامات



شاخص			مداخله
آخرین		واحد	
مقدار	زمان		
افزایش نیروی انسانی شاغل و تغییر شیوه قرارداد با پرسنل موجود در بخش دولتی			
۶.۸۵۲	۱۳۹۵	تعداد	۱. پزشک شاغل در مناطق روستایی
۵.۲۸۰	۱۳۹۵	تعداد	۲. مامای شاغل در مناطق روستایی
۳۱.۰۵۵	۱۳۹۵	تعداد	۳. بهورز شاغل در مناطق روستایی
۱.۵۲۸	۱۳۹۴	تعداد	۴. پزشک شاغل در مراکز شهری
۱۰.۲۰	۱۳۹۴	تعداد	۵. پزشک شاغل در مراکز حاشیه شهر
۹.۹۴۹	۱۳۹۴	تعداد	۶. مراقب سلامت خانواده به کارگرفته شده در شهر و حاشیه شهر
۶۳۱	۱۳۹۴	تعداد	۷. کارشناس تغذیه به کارگرفته شده در شهر و حاشیه شهر
۸۷۱	۱۳۹۴	تعداد	۸. کارشناس سلامت روان به کارگرفته شده در شهر و حاشیه شهر
۷۰	۱۳۹۵	درصد	۹. تأمین نیروی انسانی موردنیاز در بازرسی بهداشت حرفه‌ای

شاخص			مداخله
آخرین		واحد	
مقدار	زمان		
راه‌اندازی واحدهای ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی			
۱۷.۹۸۰	۱۳۹۵	تعداد	۱. خانه بهداشت (روستا، شهر کم‌تر از ۲۰ هزار نفر جمعیت و مناطق عشایری)
۲.۶۷۴	۱۳۹۵	تعداد	۲. مراکز خدمات جامع سلامت در مناطق روستایی
۸۳	۱۳۹۵	درصد	۳. درصد مراکز خدمات جامع سلامت روستایی بازرسی و تجهیز شده با یونیت دندانپزشکی
۱.۲۸۳	۱۳۹۴	تعداد	۴. مراکز خدمات جامع سلامت فعال در مناطق شهری
۹۶۳	۱۳۹۴	تعداد	۵. مراکز خدمات جامع سلامت فعال در حاشیه شهرها
۳.۶۶۴	۱۳۹۴	تعداد	۶. پایگاه سلامت فعال در مناطق شهری
۹۱۶	۱۳۹۴	تعداد	۷. پایگاه سلامت فعال در مناطق حاشیه شهرها
۵۰	۱۳۹۴	تعداد	۸. پایگاه‌های ۱۱۵ راه‌اندازی شده و ادغام شده در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کم‌تر از ۵۰ هزار نفر



شاخص		مداخله	
آخرین			
مقدار	زمان		
طراحی برنامه‌های نوین سلامت و بازنگری برنامه‌های قبلی سلامت			
۸۳	۱۳۹۴	درصد	۱. پوشش وارنیش فلوراید
۹۷	۱۳۹۴	درصد	۲. پوشش واکسن پنتاوالن ۳
۱۶	۱۳۹۴	تعداد	۳. بسته‌های آموزشی جدید آماده‌شده برای ادغام برنامه پیشگیری اچ‌آی‌وی
۳/۱۴	۱۳۹۵	درصد	۴. افراد مبتلا به فشارخون بالا در برنامه غربالگری فشارخون (ایران) به کل جمعیت غربالگری‌شده
۶/۳	۱۳۹۵	درصد	۵. افراد جدید شناسایی‌شده در برنامه غربالگری فشارخون (ایران)
۱/۴	۱۳۹۵	درصد	۶. افراد مبتلا به دیابت در برنامه غربالگری دیابت (ایران) به کل جمعیت غربالگری‌شده
۱۱/۶	۱۳۹۵	درصد	۷. افراد جدید شناسایی‌شده در برنامه غربالگری دیابت (ایران)
۵۶	۱۳۹۵	درصد	۸. افراد بالای ۲۰ سال که برای عوامل خطر غربالگری شده‌اند (ایران) و حداقل یک عامل خطر دارند، به کل جمعیت غربالگری‌شده
۲/۳	۱۳۹۵	درصد	۹. افراد بالای ۲۰ سال که برای بیماری‌های مزمن غربالگری شده‌اند (ایران) و حداقل دارای یک بیماری مزمن هستند، به کل جمعیت غربالگری‌شده
۹/۳	۱۳۹۵	درصد	۱۰. آمادگی خانوارها در برابر بلایا
۳	۱۳۹۴	نمره	۱۱. سطح خطر واحدهای بهداشتی در برابر بلایا (از ۱۰)
۴۶/۷	۱۳۹۴	درصد	۱۲. نسبت مخاطرات منجر به آسیب واحدهای بهداشتی
۱۰۰	۱۳۹۴	درصد	۱۳. پوشش تدوین برنامه آمادگی واحدهای بهداشتی در برابر مخاطرات
۶	۱۳۹۵	درصد	۱۴. پوشش برنامه خودمراقبتی فردی
۴/۸	۱۳۹۵	درصد	۱۵. پوشش برنامه خودمراقبتی سازمانی
۸/۷	۱۳۹۵	درصد	۱۶. پوشش برنامه خودمراقبتی اجتماعی
۱۷/۹	۱۳۹۵	درصد	۱۷. سفیران سلامت دانش آموز
۹۰	۱۳۹۵	نمره	۱۸. میانگین نمره ظرفیت کشور برای مقابله با تهدیدات بین‌المللی
۷	۱۳۹۴	تعداد	۱۹. دستورالعمل‌های اجرایی و بسته‌های خدمتی تهیه‌شده برای پاسخ سریع

شاخص		مداخله	
آخرین			
مقدار	زمان		
ارتقای سلامت بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای			
۱.۲۰۰	۱۳۹۴	تعداد	۱. ساختمان‌های مسکونی سنجش‌شده برای گاز رادون
۱۸	۱۳۹۳	تعداد	۲. دانشگاه‌های علوم پزشکی تجهیز شده برای کنترل مواجهه با پرتوهای فرابنفش
۹	۱۳۹۵	تعداد	۳. آزمایشگاه‌های رفرنس منطقه‌ای بهداشت حرفه‌ای تجهیز شده
۲	۱۳۹۵	تعداد	۴. آزمایشگاه‌های بهداشت حرفه‌ای معاونت بهداشتی دانشگاه/دانشکده‌های تجهیز شده



شاخص		واحد	مداخله
آخرین			
مقدار	زمان		
آموزش، ارتقای مهارت و توانمندسازی مدیران و کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت سطح اول			
۵۷	۱۳۹۳	تعداد	۱. معاونین بهداشتی آموزش‌دیده در برنامه فلوشیپ
۷۰	۱۳۹۳	تعداد	۲. معاونین فنی و اجرایی معاونت‌های بهداشتی آموزش‌دیده
۵۵۰	۱۳۹۴	تعداد	۳. رؤسای شبکه بهداشتی آموزش‌دیده
۲۲۳	۱۳۹۵	تعداد	۴. مربیان در حال تحصیل در دوره کارشناسی ارشد آموزش پزشکی
۳۸	۱۳۹۵	تعداد	۵. مراکز آموزش بهورزی تبدیل شده به مجتمع آموزش عالی سلامت
۱۲,۲۵۰	۱۳۹۵	تعداد	۶. نفر روز آموزش مربیان بهورزی

شاخص		واحد	مداخله
آخرین			
مقدار	زمان		
ارتقای نظام فناوری و ثبت اطلاعات و آمار حوزه بهداشت			
۸۳	۱۳۹۴	درصد	۱. پوشش شناسنامه الکترونیک دهان و دندان
۸	۱۳۹۵	درصد	۲. پرونده‌های الکترونیک پزشک خانواده در فارس و مازندران
۵۳	۱۳۹۵	درصد	۳. جمعیت ثبت‌نام‌شده به جمعیت تحت پوشش در سامانه
۴۴۰	۱۳۹۵	میلیارد ریال	۴. حجم ریالی مصوب برای اجرای پروژه‌های تحقیقاتی مشترک
۹۲,۸۰۰,۰۰۰	۱۳۹۵	تعداد	۵. افراد ثبت‌نام‌شده در سامانه سیب
۴۲,۷۰۰,۰۰۰	۱۳۹۵	تعداد	۶. خدمات الکترونیک ارائه‌شده از طریق سامانه

اقدامات در گزاره‌برگ ۲۰ ارائه شده است. مقایسه این حجم مداخلات براساس مدت زمان برنامه‌ریزی و اجرای آنها بیانگر این موضوع است که دولت با اجرای طرح تحول سلامت توانسته است اقدامات سطح یک را در سراسر کشور و برای تمام جمعیت مستقر کند. جمعیت حاشیه شهرها تا قبل از این برنامه هیچ نوع دسترسی به خدمات سطح یک نداشتند و هم‌اکنون تمام این جمعیت تحت پوشش قرار گرفته‌اند. از نظر دسترسی جمعیت تحت پوشش به خدمات، اقدام حوزه بهداشت در طی این سه سال بی‌نظیر تلقی

لازم به ذکر است برخی از مداخلات شاخص‌هایی داشته‌اند که در ذیل مداخله دیگر آورده شده است؛ مثلاً اگر مداخله‌ای منجر به افزایش تعداد نیروی انسانی شده است، در ذیل مداخله اصلی افزایش تعداد نیروی انسانی ارائه شده است.

نتیجه‌گیری

جدول‌های مذکور، مهم‌ترین شاخص‌های حوزه بهداشت را نشان می‌دهند. اقدامات این حوزه در گزاره‌برگ شماره ۱۹ و بودجه این



اقدام مهم دیگری هم‌راستا با اقدامات بین‌المللی تلقی می‌شود. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت اجرای دوره هفتم مطالعه عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر را در طی سال ۱۳۹۵ هدایت کرده است. این مطالعه، اطلاعات پایه‌ای برای پیگیری وضعیت عوامل خطر جمعیت محسوب می‌شود و می‌تواند برای بررسی مؤثر بودن مداخلات نیز استفاده شود. در این گزاره‌برگ، شاخص‌های این حوزه به‌طور کلی ارائه شده است و در گزاره‌برگ‌های بعدی، مداخلات اختصاصی بحث و بررسی خواهند شد.

می‌شود و پیامدهای این اقدام، در طی سالیان آتی، سطح سلامت تمام جمعیت را به سمت بهبود روزافزون، پیش خواهد برد. همچنین، خدمات نوین براساس گذر اپیدمیولوژیک و مطابق نیازهای کنونی مردم تعریف و ارائه شده است؛ یعنی ارائه خدمات براساس شیوع و بروز مهم‌ترین بیماری‌ها (بیماری‌های غیرواگیر، بروز تصادفات و از سوی ارائه آن براساس جنسیت و گروه‌های سنی) صورت می‌گیرد و همین امر، پیامدهای مؤثری را برای کشور به همراه خواهد آورد. پیگیری نتایج این اقدامات در دستور کار مؤسسه ملی تحقیقات سلامت قرار دارد و مقرر است سالانه با انجام مطالعاتی، هم عملکرد واحدهای ارائه خدمت و هم سطح سلامت جمعیت برخوردار، سنجیده شود.

همان‌طور که از جداول مشهود است، هم‌اکنون حداقل ۹،۴۰۰ پزشک برای ارائه مراقبت‌های اولیه سطح یک در سطح شهرها، حاشیه شهرها و روستاها مشغول ارائه خدمت هستند. افزایش تعداد نیروی انسانی براساس جمعیت، از مهم‌ترین و مفیدترین اقدامات تلقی می‌شود و این افزایش در قالب تیم افتاده است و همین موضوع، اثربخشی برنامه را افزون می‌کند. مراقبت از وضعیت تغذیه و سلامت روان جمعیت، اقدام نوینی است که می‌توان اثربخشی آن را جداگانه سنجید و اندازه‌گیری کرد. توأم با افزودن مداخلات و اقدامات، حوزه بهداشت مداخله مهم دیگری را انجام داده است و آن ارتقای هم‌زمان مهارت کارکنان برای ارائه مداخلات جدید است که این مداخله از قبل از شروع برنامه‌های حوزه بهداشت آغاز شده و تاکنون ادامه دارد. مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر، به‌عنوان بیماری‌هایی که بیشترین شیوع و ناتوانی را در جامعه به بار می‌آورند، در دستور کار قرار گرفت که این