



فراخوان برای ارسال پیشنهادیه (RFP)

طراحی واحدهای مراقبت از بیماریهای غیر واگیر در بخش خصوص

مبثنی بر نظام شبکه و برنامه پزشکی خانواده ونظام ارجاع

درخواست کننده:

دفتر مدیریت بیماریهای غیر واگیر

معاونت بهداشت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

سال ۱۴۰۵

تاریخ تهیه: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷	فراخوان برای ارسال پیشنهادیه (RFP)	
--------------------------------------	---	---

۱. بیان مساله

معرفی موضوع و اهمیت:

بیماری‌های غیرواگیر (NCDs) شامل بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، سرطان، و بیماری‌های مزمن تنفسی، به یکی از چالش‌های اصلی سلامت عمومی در سطح جهان تبدیل شده‌اند. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)، NCDs مسئول بیش از ۷۴ درصد مرگ‌های جهانی هستند. گزارش‌ها نشان می‌دهد سالانه ۴۱ میلیون نفر به دلیل بیماری‌های غیرواگیر جان خود را از دست می‌دهند این در حالی است که بیش از ۸۵٪ از این مرگ‌های زودرس در کشورهای با درآمد پایین یا متوسط رخ می‌دهد (۱). بر اساس یافته‌های گزارش جهانی بار بیماری‌ها، بیماری‌های غیرواگیر در سال ۲۰۲۱، ۱/۷۳ میلیارد سال‌های از دست‌رفته همراه با ناتوانی ۱ را به خود اختصاص دادند، که این میزان از سال ۲۰۱۰ به میزان ۶/۴٪ کاهش یافته است (۲). در ایران نیز، بیماری‌های غیرواگیر منجر به مرگومیر و بار بیماری بالایی شده‌اند. آمارها نشان می‌دهد ۸۲٪ مرگومیرها در ایران به دلیل همین چهار بیماری اصلی غیرواگیر رخ داده است (۳) و بار بیماری‌های قلبی-عروقی و آسم به سمت سال‌های زندگی همراه با ناتوانی ۲ بیشتر از سال‌های از دست رفته عمر ۳ در حال تغییر است (۴).

با چند استراتژی می‌توان با این گروه از بیماری‌ها مقابله کرد:

- شناسایی بیماری‌هایی که از ابتلای خود به بیماری آگاهی ندارند و درمان مؤثر بیماری
- درمان مؤثر بیماران شناخته شده
- شناسایی افراد در معرض خطر ابتلا به بیماری و پیشگیری از ابتلای آنان
- تلاش برای اصلاح سبک زندگی مردم به منظور کاهش عوامل خطر ابتلا به بیماری در جامعه

کاهش پایدار بار این گروه از بیماری‌ها ایجاب می‌کند که رویکردهای مختلف مورد توجه قرار گیرد. از آنجا که غربالگری جامعه برای یافتن موارد مخفی بیماری مستلزم صرف منابع قابل توجه است؛ تنها پس از اثبات کفایت روش‌های اتخاذ شده برای درمان بیماران باید برای یافتن موارد مخفی بیماری اقدام کرد. هر چند شواهد علمی کافی در مورد روش‌های مؤثر درمان وجود دارد؛ ولی نه خدمت‌گزاران به درستی این شواهد را در عمل به کار می‌گیرند و نه بیماران به توصیه‌های مبتنی بر شواهد پزشکان عمل می‌کنند. بنا بر این قبل از اقدام به غربالگری باید نشان داده شود که خدمت‌گزاران توانسته‌اند بیماران را برای استفاده از روش‌های متقن علمی در کنترل بیماری خود متقاعد کنند. کنترل عوامل خطر در افرادی که هنوز به بیماری مبتلا نشده‌اند؛ به دلیل انگیزه کمتر افراد برای تغییر رفتار و اصلاح سبک زندگی پیچیده‌تر از درمان بیماران است. بدیهی است که استراتژی چهارم از آن جهت که کل جمعیت را در بر می‌گیرد و به دنبال اصلاح سبک زندگی یک جامعه است؛ از سه استراتژی دیگر پیچیده‌تر و دیر بازده‌تر است. از آنجا اجرای موفق این استراتژی‌ها مستلزم بلوغ نظام سلامت در بومی کردن شواهد و اصلاح نظام سلامت به منظور اجرای آنهاست؛ و این روندی وقت گیر و دراز مدت است؛ باید مطالعه، برنامه‌ریزی و به دنبال آن اجرا را برای تمام استراتژی‌ها آغاز کرد.

در ایران، بار اقتصادی NCDs بسیار سنگین است: هزینه‌های مستقیم درمان سالانه بیش از هزاران میلیارد تومان برآورد می‌شود، که بخش عمده‌ای از آن به دارو (حدود ۲۵ درصد کل هزینه‌های سلامت) اختصاص دارد. علاوه بر این، کاهش بهره‌وری نیروی کار و افزایش ناتوانی‌های مزمن، منجر به خسارات غیرمستقیم اقتصادی می‌شود. با وجود برنامه‌های ملی مانند سند ملی پیشگیری و کنترل NCDs و برنامه IraPEN (اقتباس از بسته WHO PEN برای غربالگری و مدیریت در سطح مراقبت‌های اولیه)، چالش‌های ساختاری مانند کمبود واحدهای مراقبتی تخصصی یکپارچه، ناکافی بودن زیرساخت‌های روستایی و شهری، کمبود نیروی انسانی آموزش‌دیده و عدم ادغام کامل فناوری‌های نوین (مانند هوش مصنوعی و تله‌مدیسین) همچنان وجود دارد. این مسائل منجر به تشخیص دیر هنگام (مانند سرطان) با ۱۴۲ هزار مورد جدید و ۷۹ هزار مرگ سالانه، کنترل ضعیف بیماری‌ها و افزایش نابرابری‌های دسترسی به خدمات (به ویژه در مناطق روستایی و کم‌برخوردار) شده است. بنابراین، طراحی و راه‌اندازی واحدهای مراقبتی اختصاصی NCDs ضروری است تا پیشگیری، تشخیص زودهنگام، مدیریت و پیگیری بیماران را تقویت کند و به اهداف ملی مانند کاهش ۲۵-۳۰ درصدی مرگومیر زودرس تا ۱۴۰۴ کمک نماید. بدون اقدام فوری، پیش‌بینی می‌شود مرگ‌های ناشی از NCDs تا ۱۵ سال آینده دو برابر شود، که این امر فشار بیشتری بر نظام سلامت وارد خواهد کرد. بنابر این راه‌اندازی واحدهای مراقبتی اختصاصی NCDs

¹ Disability-Adjusted Life Years (DALYs)

² Years lived with disability (YLDs)

³ Years of life lost (YLLs)

تاریخ تهیه: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷	فراخوان برای ارسال پیشنهادیه (RFP)	
-----------------------------------	---	---

میتواند باعث بهبود عملکرد شود مهمترین دلایل عملکرد بهتر واحدهای غیر دولتی را می توان در خدمات کاملاً استاندارد، نظارت کاملاً سازمان یافته و منظم و پرداخت مبتنی بر عملکرد خلاصه کرد. لزوم راه اندازی واحدهای مراقبت اختصاصی از بیماری های غیرواگیر (NCD Care Units) در ایران، بر پایه آمارهای به روز و مطالعات علمی معتبر (عمدتاً از گزارش های WHO، STEPS ایران و مقالات ۲۰۲۴-۲۰۲۵) بسیار ضروری است ۱. سهم غالب NCDs در مرگومیر ایران (به روزرسانی ۲۰۲۴-۲۰۲۵) NCDs مسئول حدود ۸۱-۸۶ درصد کل مرگ ها در ایران هستند. گزارش های اخیر (مانند مطالعات کیفی ۲۰۲۵) نشان می دهند که این سهم حدود ۸۶ درصد است، به دلیل پیری جمعیت، آلودگی هوا، شهرنشینی سریع و سبک زندگی ناسالم. در سال ۲۰۱۹ (آخرین داده های کامل بانک جهانی و WHO)، سهم NCDs ۸۱٫۳ درصد از کل مرگ ها بوده است. در گزارش های قدیمی تر (۲۰۱۸) حدود ۸۳ درصد ذکر شده، اما روند صعودی عوامل خطر نشان دهنده افزایش این درصد تا سال های اخیر است. ۲. افزایش عوامل خطر و پیش بینی روند آینده شیوع عوامل خطر اصلی (فشار خون بالا، دیابت، چاقی، کم تحرکی، مصرف دخانیات) همچنان رو به افزایش است. بر اساس STEPS ۲۰۲۱، شیوع سندرم متابولیک حدود ۵۴ درصد در جمعیت بالای ۲۵ سال است (بالا تر در زنان و سالمندان)، و ارتباط قوی با بیماری های ایسکمیک قلب و سکتة دارد. پیش بینی تا ۲۰۳۰: افزایش قابل توجه در شیوع دیابت، فشار خون، چاقی و کم تحرکی (تا ۳۸-۴۳ درصد تغییر مثبت در برخی عوامل مانند چاقی و فشار خون). این روندها نشان می دهند که بدون مداخله قوی (مانند واحدهای مراقبتی یکپارچه)، بار بیماری دو برابر خواهد شد. ۳. چالش های سیستم سلامت و ناکافی بودن برنامه های فعلی علی رغم برنامه های ملی مانند سند ملی پیشگیری و کنترل NCDs و کمیته ملی (INCDC)، چالش های ساختاری جدی وجود دارد: کمبود واحدهای یکپارچه مراقبتی، مشکلات در ارجاع و پیگیری بیماران مزمن، کمبود نیروی انسانی متخصص، و ادغام ناکافی فناوری. مطالعات کیفی ۲۰۲۵ تأکید می کنند که سیستم سلامت ایران در برابر بار رو به رشد NCDs ضعیف عمل می کند و نیاز به تقویت زیرساخت های مراقبتی دارد تا پیشگیری و مدیریت مؤثر شود. ناوبری های جنسیتی، جغرافیایی و سنی (مرگومیر بالاتر در مردان، تفاوت تا ۲ برابر بین استان ها، افزایش شدید پس از ۷۰ سالگی) ادامه دارد. ۴. ارزیابی برنامه های موجود مانند IraPEN و نیاز به واحدهای اختصاصی IraPEN (نسخه ایرانی بسته PEN سازمان جهانی بهداشت) در مناطق پایلوت موفقیت نسبی داشته (کاهش ریسک CVD، بهبود کنترل فشار خون و قند خون)، اما ارزیابی های ۲۰۲۵ نشان می دهند که اثربخشی آن متوسط است و نیاز به اصلاحات و گسترش (از جمله واحدهای تخصصی با تیم چندرشته ای) دارد. برنامه modestly effective بوده، اما برای پایداری و پوشش حداکثری، نیاز به ساختارهای مراقبتی اختصاصی با پروتکل های استاندارد، ثبت الکترونیک و تله مدیسین است. بدون این واحدها، تشخیص دیر هنگام و کنترل ضعیف ادامه می یابد. ۵. توصیه های جهانی و ملی Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2025 سازمان جهانی بهداشت بر تقویت ظرفیت های ملی برای پیشگیری، مدیریت و پایش NCDs تأکید دارد، از جمله ایجاد واحدهای مراقبتی یکپارچه در سطح مراقبت های اولیه (PHC) و بیمارستان ها. هدف جهانی: کاهش یک سوم مرگ های زودرس NCD تا ۲۰۳۰ (SDG 3.4) و ۲۵ درصد تا ۲۰۲۵ (که ایران هنوز کامل به آن نرسیده). بدون واحدهای اختصاصی، اهداف ملی (کاهش ۳۰ درصدی مرگ زودرس تا ۲۰۳۰) محقق نخواهد شد. NCD تقریباً تمام بار مرگ غیر حادثه ای ایران را تشکیل می دهند، عوامل خطر صعودی هستند، برنامه های فعلی ناکافی اند و بدون ساختارهای مراقبتی پایدار، بار اقتصادی و بهداشتی تا دهه آینده دو برابر می شود (با خسارت تریلیون دلاری در کشورهای LMICs). این واحدها پیشگیری را تقویت، بار بیمارستان ها را کاهش و به اهداف ملی و جهانی کمک می کنند. در سال ۱۳۸۳، به دنبال دریافت عوارض نوشابه، وزارت بهداشت راه اندازی واحدهای کنترل دیابت را به دانشگاه های علوم
--

تاریخ تهیه: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷	فراخوان برای ارسال پیشنهادیه (RFP)	
--------------------------------------	---	---

پزشکی متولی شهرهای با جمعیت بیش از یک میلیون نفر ابلاغ کرد. بر اساس ابلاغیه وزارت بهداشت، معاونت های بهداشتی این دانشگاه ها مکلف بودند از طریق به کار گیری منابع انسانی از بخش غیر دولتی، واحدهای غربالگری و درمان دیابت را راه اندازی کنند. با توجه به آنکه توصیه وزارت بهداشت در اجرای برنامه غیر واگیر نیز بر به کار گیری بخش غیر دولتی است، این مطالعه با هدف طراحی و راه اندازی واحد های مراقبت از بیماریهای غیر واگیر مبتنی بر نظام شبکه و برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع صورت خواهد پذیرفت.

۲. اهداف مورد نظر طرح

هدف کلی

- طراحی و توسعه الگوی ارائه خدمات مراقبت از بیماری های غیرواگیر در بخش خصوصی، در چارچوب نظام شبکه، برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، به منظور افزایش دسترسی، تداوم مراقبت، کیفیت خدمات و هماهنگی سطوح ارائه خدمت.

اهداف اختصاصی:

- تدوین بسته خدمت (Service package) مبتنی بر نظام شبکه و برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
- تعیین رده های نیروی انسانی مورد نیاز و تدوین شرح وظیفه آنان
- طراحی فرآیندهای مدیریت منابع انسانی (به کارگیری، آموزش مستمر، ارزیابی عملکرد و روش پرداخت)
- تعیین منابع مصرفی و سرمایه ای مورد نیاز، استانداردها و روش مدیریت آنها (ساختمان، تجهیزات و ملزومات مصرفی)
- تدوین نظام ثبت داده و نحوه ارتباط داده ها با نظام شبکه و برنامه پزشکی خانواده (نظام ارجاع)
- طراحی برنامه پایش وارزشیابی M&E Plan
- طراحی نظام پرداخت (خرید خدمت از ارائه کنندگان دولتی و غیردولتی)
- طراحی نظام اعتباربخشی و ممیزی برای تضمین کیفیت، ایمنی و انطباق خدمات با استانداردهای مصوب

اهداف کاربردی:

- توسعه زیرساخت های سلامت با رویکردهای نوین
- بهبود کیفیت خدمات پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر
- کاهش بار بیماری های غیرواگیر
- افزایش هزینه اثربخشی خدمات ارائه شده بیماری های غیرواگیر
- کاهش هزینه ها و بار مالی وارد شده بر نظام سلامت
- کاهش هزینه ها و بار مالی وارد شده بر خانوارها
- افزایش رضایت در گیرندگان خدمات پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر

تاریخ تهیه: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷	فراخوان برای ارسال پیشنهادیه (RFP)	
--------------------------------------	---	---

۳. شرح روش کار و ملاحظات اخلاقی و قانونی

روش شناسی:

فراخوان حاضر با هدف طراحی و راه اندازی واحدهای مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر مبتنی بر نظام شبکه، برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در کشور تدوین شده است.

۱-۱-۱ روش‌شناسی و مراحل اجرا

در این تحقیق رویکرد تلفیقی (کیفی-کمی) و با هدف تولید شواهد علمی و اجرایی لازم برای طراحی الگوی استقرار و راه اندازی واحدهای مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر در بخش خصوصی مبتنی بر نظام شبکه، برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع مورد نظر است. لازم است پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش‌شناسی، چندمرحله‌ای و تلفیقی و در هفت مرحله به شرح زیر اجرا شود:

۱-۱-۱-۱ شناسایی ابعاد، مؤلفه‌ها و تجارب موجود

در این مرحله، ابعاد و مؤلفه‌های کلیدی مرتبط با طراحی و استقرار واحدهای مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر از طریق مرور نظام‌مند منابع علمی، اسناد سیاستی، راهنماها، دستورالعمل‌ها، برنامه‌های بالادستی، گزارش‌ها و تجارب ملی و بین‌المللی شناسایی و استخراج خواهد شد. در این مرحله، مؤلفه‌هایی از جمله بسته خدمت، مدل استاندارد ارائه خدمت، الزامات نیروی انسانی، زیرساخت‌ها، تجهیزات، نظام ثبت داده، نظام پایش و ارزشیابی، نظام پرداخت، اعتباربخشی و ممیزی مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

۱-۱-۲-۱ شناسایی و تحلیل دیدگاه خبرگان و ذی‌نفعان

در این مرحله، دیدگاه‌ها، تجارب و ملاحظات خبرگان و ذی‌نفعان کلیدی در سطوح سیاست‌گذاری، مدیریتی و اجرایی، از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و سایر روش‌های مناسب جمع‌آوری داده‌های کیفی، گردآوری و تحلیل خواهد شد. این مرحله با هدف تبیین الزامات، چالش‌ها، موانع، تسهیل‌گرها و اقتضائات اجرایی مرتبط با استقرار واحدهای موضوع مطالعه انجام می‌شود.

۱-۱-۳-۱ تدوین الگوی اولیه، بسته خدمت و مدل استاندارد ارائه خدمت

بر اساس یافته‌های حاصل از مراحل پیشین، الگوی اولیه استقرار واحدهای مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر تدوین خواهد شد. این الگو به‌طور مشخص مشتمل بر بسته خدمت استاندارد، مدل استاندارد ارائه خدمت، الگوی نیروی انسانی، الزامات زیرساختی و اجرایی، و چارچوب‌های اطلاعاتی، نظارتی و مالی خواهد بود.

۱-۱-۴-۱ اعتبارسنجی و نهایی‌سازی الگوی پیشنهادی

الگوی اولیه تدوین‌شده در این مرحله از طریق بهره‌گیری از روش‌های مناسب از جمله اخذ نظر خبرگان، برگزاری کارگاه‌های تخصصی، نشست‌های اجماع و سایر روش‌های معتبر، اعتبارسنجی، اصلاح و نهایی خواهد شد تا از نظر علمی، اجرایی و انطباق با ساختار نظام سلامت کشور، قابلیت استقرار و بهره‌برداری داشته باشد.

۱-۱-۵-۱ طراحی نظام ثبت داده و نظام پایش و ارزشیابی

در این مرحله، متناسب با الگوی نهایی، نظام ثبت داده شامل فرم‌ها، ابزارها، اقلام داده‌ای مورد نیاز، استانداردهای ثبت و تبادل اطلاعات، و همچنین نظام پایش و ارزشیابی شامل شاخص‌ها، ابزارها، رویه‌های گزارش‌دهی و چارچوب ارزیابی عملکرد و کیفیت خدمات طراحی خواهد شد.

تاریخ تهیه: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷	فراخوان برای ارسال پیشنهادیه (RFP)	
--------------------------------------	---	---

۶-۱-۱- امکان‌سنجی اجرای الگوی پیشنهادی

امکان‌سنجی جامع اجرای الگوی نهایی از ابعاد فنی و عملیاتی، سازمانی، اجرایی، مالی و اقتصادی انجام خواهد شد. این مرحله شامل بررسی قابلیت استقرار الگو در بخش خصوصی، میزان انطباق با نظام شبکه، برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و نیز انجام تحلیل‌های اقتصادی از جمله هزینه-فایده و/یا هزینه-اثربخشی خواهد بود.

۷-۱-۱- طراحی چارچوب اجرایی پایلوت

در صورت تأیید نتایج مراحل پیشین توسط دفتر مدیریت بیماری‌های غیرواگیر معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجری موظف خواهد بود چارچوب و پروپوزال اجرایی پایلوت را بر مبنای الگوی نهایی و نتایج امکان‌سنجی تدوین و ارائه نماید. این چارچوب باید شامل دامنه اجرا، جمعیت هدف، الزامات اجرایی، منابع مورد نیاز، سازوکار ثبت و گزارش‌دهی داده‌ها، شاخص‌های ارزیابی و زمان‌بندی اجرای پایلوت باشد.

۲-۱- ملاحظات اخلاقی و قانونی

رعایت کلیه الزامات اخلاقی، حرفه‌ای و قانونی در تمامی مراحل اجرای مطالعه الزامی است. اخذ کد اخلاق پژوهش از مراجع ذی‌صلاح پیش از شروع مراحل مرتبط، بر عهده مجری بوده و تمامی فرایندهای جمع‌آوری، ثبت، تحلیل و گزارش‌دهی داده‌ها باید در چارچوب ضوابط محرمانگی اطلاعات و مقررات جاری کشور انجام پذیرد.

۴. ویژگی‌های انتخاب طرح دهندگان

➤ شرایط عمومی

- عضویت حداقل ۲ نفر از اعضای اصلی تیم در هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی یا مراکز تحقیقاتی معتبر

➤ شرایط تخصصی و علمی

• محقق اصلی: (Principal Investigator)

عضو هیات علمی دارای مدرک دکتری (PhD) یا تخصص بالینی مرتبط در یکی از رشته‌های ذیل:

✚ مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، سیاست‌گذاری سلامت، اقتصاد سلامت، اپیدمیولوژی

✚ متخصصین بالینی در حوزه پزشکی اجتماعی، داخلی، متخصص پزشکی خانواده و نظام شبکه

• سایر اعضا تیم:

ترکیب تیم تحقیقاتی: تیم باید چندرشته‌ای بوده و شامل متخصصان مختلف با شرایط (حداقل ۲ نفر با تخصص مرتبط) باشد.

✚ متخصص روش‌شناسی پژوهش تلفیقی: کارشناسی ارشد یا دکتری روش‌شناسی پژوهش و آمار یا اپیدمیولوژی، آمار زیستی، مدیریت اطلاعات سلامت

✚ متخصص نظام‌های اطلاعاتی سلامت و ثبت الکترونیک داده: انفورماتیک پزشکی، هوش مصنوعی، فناوری اطلاعات سلامت

تاریخ تهیه: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷	فراخوان برای ارسال پیشنهادیه (RFP)	
--------------------------------------	--	---

متخصص اقتصاد سلامت و امکان‌سنجی پروژه‌ها: با گرایش اقتصاد سلامت یا ارزیابی فناوری سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی، بازاریابی متخصص پایش و ارزشیابی برنامه (M&E): مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی • سابقه کاری و تجربه مرتبط - حداقل ۳ سال تجربه پژوهشی یا اجرایی در حوزه بهداشت عمومی یا بیماری‌های غیرواگیر - سابقه انجام حداقل ۱ طرح پژوهشی مشابه در زمینه‌های: - طراحی مدل‌های مراقبتی بیماری‌های غیر واگیر، اجرای پروژه‌های پزشکی خانواده و نظام ارجاع، مطالعات امکان‌سنجی و پایلوت در نظام سلامت، طراحی سامانه‌های ثبت داده و پایش برنامه‌های ملی سلامت - داشتن حداقل ۱ مقاله علمی-پژوهشی مرتبط • سایر شرایط الزامی - دسترسی به امکانات و زیرساخت‌های لازم برای انجام پژوهش میدانی (شامل همکاری با شبکه‌های بهداشتی منتخب) - توانایی تأمین نیروی انسانی کافی برای اجرای مراحل کیفی (مصاحبه، کارگاه) و کمی (پایلوت) - تعهد به رعایت کامل ملاحظات اخلاقی پژوهش و اخذ کد اخلاق - ارائه رزومه علمی به‌روز (CV) و نمونه کارهای قبلی (Previous Projects) در زمان ارسال پروپوزال اولویت در انتخاب با تیم‌هایی خواهد بود که: ✓ تجربه اجرای پروژه‌های مشابه داشته یا سابقه همکاری موفق با معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا دانشگاه‌های علوم پزشکی در پروژه‌های ملی داشته باشند. ✓ همکاری بین‌المللی یا تجربه کار با سازمان‌هایی مانند WHO داشته باشند.

۵. برآورد هزینه انجام طرح

سقف بودجه طرح ۱۶۰۰۰۰۰۰۰ ریال

۶. ستاده‌های مورد انتظار طرح

سند خرید خدمت راه‌اندازی واحدهای غیر واگیر و گزارش نهایی امکان‌سنجی، مستندات عملیاتی به‌روزرسانی شده و شواهد لازم برای سیاست‌گذاری ملی.
--

۷. مهلت ارائه ستاده مورد انتظار

حداقل یک سال

تاریخ تهیه: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷	فراخوان برای ارسال پیشنهادیه (RFP)	 
-----------------------------------	---	---

۸. منابع

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases progress monitor 2025 [Internet]. Geneva: WHO; Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240105775>
2. World Health Organization. Iran (Islamic Republic of) - WHO Data [Internet]. Geneva: WHO; 2025. Available from: <https://data.who.int/countries/364>
3. Sabermahani A, Barouni M, et al. Subgroups with metabolic syndrome show different association with ischemic heart disease and stroke; findings of Iran STEPS survey 2021. J Am Heart Assoc. 2025;14(19):e039240. doi:10.1161/JAHA.124.039240
4. Azadnajafabad S, Mohammadi E, et al. Evaluation of the effectiveness of the Iran-package of essential non-communicable disease (IraPEN) program in reducing cardiovascular disease risk in pilot areas. BMC Public Health. 2025;25:429. doi:10.1186/s12889-024-21168-3
5. Non-communicable diseases challenges and opportunities in Iran: a qualitative study. Sci Rep. 2025;15:8975. doi:10.1038/s41598-025-92897-7World Bank. Cause of death, by non-communicable diseases (% of total) - Iran, Islamic Rep. [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2025 [cited 2026 Jan]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DTH.NCOM.ZS?locations=IR> Rahimzadeh
6. M, Pourfatholah AA, et al. Protocol design for surveillance of risk factors of non-communicable diseases during the COVID-19 pandemic: an experience from Iran STEPS survey 2021. Arch Iran Med. 2023;26(10):678-85
7. Koohpayehzadeh J, Etemad K, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of prediabetes and diabetes mellitus in older adults: findings from Iranian STEPS surveys (2016 and 2021). BMC Public Health. 2025;25:Article number). doi:10.1186/s12889-025-23654-8
8. Ministry of Health and Medical Education (Iran). National document for prevention and control of non-communicable diseases (NCDs) in Iran [updated 2024-2025]. Tehran: MoHME; 2025. Persian.
9. World Health Organization. Surveillance of noncommunicable diseases | Iran (Islamic Republic of) [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Jan 31]. Available from: [https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/iran-\(islamic-republic-of](https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/iran-(islamic-republic-of)