

تحلیل جامعه‌شناختی گفتمان‌های نظام تحول سلامت در دولت‌های دهم و یازدهم

مهرداد شریفی^۱، دکتر احمدعلی حسابی^۲ و دکتر نبی‌اله ایدر^۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۱۲/۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۷

چکیده:

هدف از تحقیق حاضر بررسی گفتمان‌های نظام تحول سلامت در دولت دهم و یازدهم می‌باشد. این پژوهش از روش توصیفی و جمع‌آوری اطلاعات به صورت میدانی صورت گرفته است؛ و با توجه به این مسأله از این‌رو به بررسی سؤالات ذیل پرداخته شد، ۱- در نظام سلامت در دولت‌های پس از انقلاب چه گفتمان‌هایی مسلط بوده است؟ ۲- در بررسی تطبیقی نظام سلامت و فریند تحول آن در ایران پس از انقلاب چه دال‌هایی مورد تأکید بودند؟ ۳- نظام سلامت در دولت نهم و دهم که تأکید این دولت بوده است و رویکرد جدیدی در عرصه سلامت به وجود آورد، چه دقیقه‌های گفتمانی را مورد تأکید قرار داده است؟ ۴- نقش سلامت در فرایند سلامت اجتماعی چگونه است و رابطه آنها چگونه مورد توجه است؟ ۵- نظام سلامت با گفتمان‌های سیاسی پس از انقلاب چه رابطه‌ای دارد؟ ۶- از آنجا که هر امری سیاسی است رابطه قدرت و نگرش آن به نظام سلامت به چه صورت است؟ جامعه آماری پژوهش گفتمان‌های وزرای بهداشت دولت دهم و یازدهم بوده است. دال مرکزی در تحقیق حاضر گفتمان و طرح‌های بهداشتی - درمانی بوده است. نتایج بدست آمده حاکی از این است که مهمترین دال‌ها: طرح تحول سلامت، تعامل سازنده و همکاری‌های بین بخشی، کاهش هزینه‌های درمانی، نوسازی شبکه بهداشتی و درمانی و اطلاع‌رسانی بوده است.

مفاهیم کلیدی: سیاست‌گذاری سلامت، سیاست‌گذاری بر اساس شواهد، مدل بوروکراتیک سازمانی، طرح تحول نظام سلامت

^۱ دانشجوی دکترای گروه جامعه‌شناسی سیاسی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران
m_sharifi1830@yahoo.com

^۲ استادیار گروه جامعه‌شناسی سیاسی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران (نویسنده مسئول)
ahmadali_hesabi@yahoo.com

^۳ استادیار گروه جامعه‌شناسی سیاسی، واحد شوشتر، دانشگاه آزاد اسلامی، شوشتر، ایران
ider62@yahoo.com

مقدمه و بیان مسأله

سلامت، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جزء مهم‌ترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب شود. انسان سالم محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره‌مند شدن انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است، لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن، همواره یک اولویت مهم بوده است. نظام سلامت که شامل کلیه زیرساخت‌های توسعه‌یافتگی از قبیل نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی و همچنین کلیه مؤسسات، تشکله‌ها، منابع و افراد شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌ها، شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، مراکز تحقیقاتی، مطب‌های پزشکان، دندانپزشکان و ماماها، آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی‌ها و سایر مراکز تشخیصی تولید، توزیع و ارائه‌دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت می‌شود، مسئولیت اصلی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد مردم را به عهده دارد. بنابراین مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای تندرستی مردم و جامعه است. نیازهایی که تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، همواره در حال تغییر است.

سلامت حالتی از رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و ناتوانی یا به تعبیر حکیم نظامی، همان اقلیم آسودگی است. مفهوم سلامت که در عنوان این پژوهش آمده و تکیه‌گاه اصلی این مطالعه است، معادل واژه لاتین *Health* می‌باشد تعبیر *Health* در همه جا مطابق عرف رایج به سلامت ترجمه می‌شود مگر در پاره‌ای موارد که به دلیل کاربردهای مصطلح پزشکی به بهداشت ترجمه شده است از سوی دیگر دو واژه بهداشت و سلامت را باید از یکدیگر متمایز دانست. بهداشت معادل معنایی و کارکردی واژه لاتین *Hygiene* است؛ و وافی به معانی و کاربردهایی چون تمیزی، پاکیزگی، و عاری از آلودگی بودن و معاد (*Sanitary*) و (*Sanitation*) است این واژه که برگرفته از نام الهه سلامت در یونان باستان، یعنی هایژیا (*Hygeia*) است، به نظریه‌ها و کاربردهایی اطلاق می‌شود که منظور تأمین و حفظ سلامت فرد، جامعه و عموم تدوین و اعمال می‌شود و معمولاً به دانش سلامت نیز موسوم است. در حالی که سلامت مفهومی بسیار گسترده بوده و در دو دهه اخیر این مفهوم از دامنه شمول کاربردی چنان گسترده‌ای برخوردار شده است که دیگر نمی‌توان صرفاً با اتکا به نظریه‌های سنتی و قراردادی و کلاسیک به تعریف یا تبیین آن پرداخت. اکنون سلامت به صورت پدیده‌ای روان‌شناختی، جامعه‌شناختی و حتی سیاسی مطرح نظر کارورزان و نظریه‌پردازان اجتماعی و انتقادی

قرار دارد، نه صرفاً به‌عنوان موضوع اختصاصاً مربوط به امور شخصی افراد یا مربوط به حوزه پزشکی (اسکمبلر، ۱۳۸۶:۲۲).

برای این منظور نیاز است که تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت و نیز افراد، گروه‌ها و سازمان‌هایی که در امر تصمیم‌سازی و سیاست‌گذاری سلامت، مشاوره می‌دهند، مهارت‌های لازم اجتماعی، سیاسی و سازمانی را کسب نمایند تا قادر باشند تغییرات سلامت را در سطح بین‌المللی، ملی و منطقه‌ای هدایت کرده یا به وجود آورند. سیاست‌گذاری در حوزه سلامت در جمهوری اسلامی ایران و در تمام دولت‌های گذشته تا به حال، همیشه به‌عنوان یکی از حوزه‌های مهم اجتماعی مورد توجه بوده است، لکن در دولت یازدهم به‌عنوان یکی از اولویت‌های سیاست‌گذاری مورد توجه ویژه قرار گرفته و با ارائه طرح تحول نظام سلامت گامی بلند در این راستا برداشته شده، که در ادامه اهداف و برنامه‌های این طرح مورد نقد و بررسی قرار می‌گیرد.

مقوله سیاست‌گذاری بر اساس مدل‌های مختلفی صورت می‌گیرد. مدل‌هایی که روشن‌کننده نحوه اتخاذ تصمیمات و چارچوب‌های هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی است. اگر چه سخت است که چگونگی اخذ تصمیمات را در عرصه سیاست‌گذاری، بوضوح تعریف و تبیین نمود، لیکن می‌توان تا حدود زیادی از این مدل‌ها در شناسایی چارچوب‌های تصمیم‌گیری بهره برد. بنا به نظر توماس دای^۱ مدل یک نمونه ساده شده از دنیای واقعی است ضرورتاً یک مدل ما را با الگو و نمایش تصویری یک بعد از فرایند سیاست‌گذاری آشنا می‌سازد. صاحب‌نظران علوم سیاسی نظیر دیگر شاخه‌های علوم، مدل‌های چندی را برای درک مسائل سیاست‌گذاری طرح کرده و ارائه داده‌اند. هر یک از این الگوها مسائل سیاست عمومی، علل و پیامدهای آن را از دیدگاه متفاوتی بررسی و تعمق می‌کند. در حالی که هیچ‌یک از این مدل‌ها بهترین مدل تلقی نمی‌شود.

هر یک از آنها دیدگاه‌های مشخصی را درباره مسائل مختلف سیاست ارائه می‌دهند و ما را قادر می‌سازند که مشکلات عمومی را به بهترین نحو تجزیه و تحلیل کنیم (الوانی و شریف‌زاده، ۱۳۸۳:۱۶).

برخی از مهم‌ترین مدل‌های فرآیند سیاست‌گذاری، عبارتند از: مدل بازیگر خردمند، مدل افزایشنده، مدل هنجاری، مدل بوروکراتیک سازمانی، مدل تلفیقی، مدل سیستمی، مدل نهادگرا و ... از این میان مدلی که به‌عنوان یکی از پایه‌های نظری در این پژوهش مورد استفاده واقع شده است، مدل بوروکراتیک سازمانی است. مدل بوروکراتیک و مدل سازمانی

^۱ Thomas Dye

بعنوان دو مدل جدا اما مرتبط، اولین بار توسط الیسون در ۱۹۷۱ در خلال بحران موشکی کوبا ارائه شد. در مدل بوروکراتیک سازمانی، تصمیمات در یک فضای چانه‌زنی میان سازمان و پرسنل اخذ می‌شود که هر کس منافع خود را تعقیب می‌کند نخستین بار، بوروکراسی به‌عنوان یک پدیده اجتماعی و با توجه به کاربرد عملی آن، به وسیله ماکس وبر مورد استفاده قرار گرفت. وبر توجه خود را عمدتاً روی تأثیر سازمان‌های بوروکراتیک در ساختار سیاسی جامعه متمرکز کرد. او بیشتر به علت وجودی سازمان‌ها و نحوه اعمال قدرت نظر داشت. وبر اصطلاح بوروکراسی را در دو معنی بکار برد: ۱- مجموع مقامات اداری، ۲- سازمان‌های بزرگ رسمی در جامعه امروزی.

دیگر پایه نظری این پژوهش بر اساس نظریات هابرماس استوار است بسیاری از نظریه‌های هابرماس در سطوح مختلف تحلیل، برای مسأله تصمیم‌گیری‌های سلامت و سیاست مراقبت سلامت واجد ارزشند؛ به‌عنوان مثال از نظریه کنش مفاهمی می‌توان به‌عنوان چارچوبی برای تحلیل انتقادی در خصوص تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های سلامت استفاده کرد. پژوهش‌های هابرماس درباره روند فنوئودالیزه شدن مجدد حوزه عمومی، تأکید وی بر نقش و قدرت رسانه‌های گروهی در تأثیرگذاری بر مناقشه‌های عمومی، و سرانجام، اصرار وی بر ضرورت وجود نظام دموکراسی شورایی و مشارکت دموکراتیک، همگی درحوزه تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری سلامت و مراقبت سلامت، از کاربردپذیری بالایی برخوردارند.

از آنجا که سلامت، سرمایه ارزشمندی است لذا حفظ و ارتقای آن باید جز مهم‌ترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره‌مند شدن انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است، لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم بوده است. نظام سلامت که شامل کلیه زیر ساخت‌های توسعه‌یافتگی از قبیل نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی و همچنین کلیه مؤسسات، تشکل‌ها، منابع و افراد شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی، بیمارستان‌ها، شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، مراکز تحقیقاتی، مطب‌های پزشکان، دندان‌پزشکان و ماماها، آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی‌ها و سایر مراکز تشخیصی تولید، توزیع و ارائه‌دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت می‌شود، مسئولیت اصلی تأمین، حفظ و ارتقای سلامت آحاد مردم را به عهده دارد. بنابراین مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای تندرستی مردم و جامعه است. نیازهایی که تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، همواره در حال تغییر است. از سوی

دیگر، بیماری‌ها و عوامل مخاطره‌آمیز سلامت، هم دائماً در حال تغییر بوده به خصوص در دوره حاضر تحولات بسیار سریعی را تجربه می‌نمایند. پاسخگویی به این تغییرات، مهم‌ترین استدلالی است که بر اساس آن باید نظام سلامت را متحول کرد و ارتقا داد (نصراللهی، ۱۳۹۲).

امروزه سلامت به‌صورت پدیده‌ای روان‌شناختی، جامعه‌شناختی، مدیریتی و حتی سیاسی مطرح نظر کارورزان و نظریه‌پردازان اجتماعی و انتقادی قرار دارد (گراهام اسکمبر، ۱۳۸۶:۲۴). سازمان جهانی بهداشت، هدف‌های نظام سلامت را ارتقای سطح سلامت مردم و جامعه، پاسخ گفتن به نیازهای غیر پزشکی مردم (مانند احترام گزاردن به مراجعه‌کننده، کاستن از طول مدت انتظار برای عمل‌های جراحی، محرمانه نگه داشتن اطلاعات بیماران) و توقع مشارکت مالی عادلانه از مردم برای برخورداری از خدمات سلامت می‌داند، نظام سلامت برای دست یافتن به این هدف‌ها می‌بایست چهار کارکرد عمده را به اجرا گذارد؛ ۱) تولید (سیاست‌گذاری، وضع مقررات مناسب، نظارت، برقراری نظام اطلاعات سلامت)، ۲) تولید منابع (به‌ویژه منابع انسانی)، ۳) تأمین مالی (شیوه‌های جمع‌آوری درآمد، نحوه انباشت)، ۴) مدیریت منابع و استفاده از این منابع برای خرید خدمات سلامت و ارائه خدمات (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰)

با توجه به اینکه نوع نگاه به سلامت افراد یک موضوع پراهمیت است و با بقای انسان‌ها سر و کار دارد، به نوعی همه سیاست‌گذاران جهانی روی آن تأکید ویژه دارند، دولت‌های مختلف هر یک به نوعی به دنبال برقراری عدالت توزیعی در عرصه دارو و درمان هستند، الگوهای مختلف سیاست از نوع لیبرالی گرفته تا رویکرد سوسیالیستی و سنت‌گرایی دینی و اعتدال‌گرایی و اصول‌گرایی رادیکال گفتمان هر یک از منظر خود به دنبال کاهش هزینه‌های دارو و درمان بوده و هستند اما همچنان دغدغه اصلی در این بخش پابرجاست که چه الگوی نظری سیاسی برگزینیم تا کفاف مشکلات را بنماید.

به‌طور کلی از اواسط دهه هشتاد میلادی اصلاحات در نظام سلامت به‌عنوان یک سیاست مهم در کشورهای صنعتی مطرح گردید. اصلاحات به معنی تغییر مثبت است؛ ولی اصلاحات در نظام بهداشتی مستلزم فرایندی بیشتر از بهبود در امر سلامت یا مراقبت‌های بهداشتی - درمانی است. در یک تعریف برای اصلاحات در نظام سلامت آن را تغییری بنیادی، هدفمند و پایدار تعریف کرده‌اند (ولی‌پور خطیر و دیگران، ۱۳۹۳). طی پنجاه سال گذشته، بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، نظام‌های مراقبت سلامت تأسیس کردند که از بودجه عمومی تأمین مالی می‌شوند و خدمات آن‌ها از طریق یک نظام

دیوان‌سالاری ادغام عمودی ارائه می‌شود. این نظام‌ها، در درجه اول در پاسخ به نارسایی بازار و با الهام از نظام‌های غربی مانند زلاندنو یا بریتانیا ایجاد شدند. سیاست‌های بخش سلامت، با کمک گرفتن از کمک‌دهندگان، بر گسترش منابع انسانی و زیربنای فیزیکی (درمانگاه‌ها، تجهیزات تشخیصی، آزمایشگاه‌ها و بیمارستان‌ها) تأکید می‌کردند. نظام‌ها برای عرضه داروها و تجهیزات پزشکی و آموزش کارکنان توسعه یافتند. تعداد تخت‌های بیمارستانی بین سال‌های ۱۹۶۰ تا ۱۹۹۰ در تمام دنیا از ۵ میلیون به ۱۹ میلیون افزایش یافت. این‌گونه راهبردهای متکی بر نهاده‌ها به موفقیت‌های زیادی، از جمله برقراری عدالت، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی برای میلیون‌ها انسان و همچنین کنترل بیماری‌های واگیر و سایر فعالیت‌های بهداشت عمومی که به خوبی پاسخگوی دخالت مستقیم دولت‌ها بوده دست یافته‌اند. اما علیرغم این دستاوردهای قابل توجه، مشکلات جدی فزاینده‌ای در خدمات بهداشتی بخش عمومی پدیدار شده‌اند (معینی و دیگران، ۱۳۸۲:۶). نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران با عنایت به ۱۲ اصل سوم، بند ۲ و ۴ اصل بیست و یکم، اصل بیست و نهم و بند ۱ اصل چهل و سوم قانون اساسی و در راستای ۵ محور اصلی بخش سلامت سند چشم‌انداز ۲۰ ساله و برنامه توسعه اقتصادی و اجتماعی ۵ ساله اول تا چهارم و اخیراً برنامه پنجم توسعه اقتصادی و اجتماعی شاهد تحول بنیادین و تغییرات تدریجی بوده است. از دستاوردهای عمده این تحول و تغییرات به وجود آمده می‌توان، بهتر شدن دسترسی فیزیکی و مالی مردم به خدمات سلامت، افزایش امید زندگی، ارتقای شاخص‌های بهداشتی، کنترل رشد جمعیت، کنترل بیماری‌های مسری، تربیت نیروی انسانی و توسعه منابع فیزیکی مورد نیاز که قسمتی ریشه در سیاست‌گذاری‌های مناسب دارد را یادآوری نمود. اما در کنار این موفقیت‌های عظیم و بعضاً پایدار، نارسایی‌ها، مشکلات و ناکارآمدی‌های متعددی وجود دارد که قسمت زیادی از آن به عدم سیاست‌گذاری مناسب یا سیاست‌گذاری‌های نامناسب یا اجراء و پایش ناکافی سیاست‌های درست مربوط می‌شود. بیش از یک دهه است که بسیاری از مدیران و کارشناسان با پذیرش بعضی از اشتباهات موجود، اقدامات اساسی به منظور اصلاح فرایند سیاست‌گذاری انجام دادند و با بازنگری ساختار شورای سیاست‌گذاری و توسعه اختیارات آن در تلاش هستند تا فرآیند سیاست‌گذاری در چارچوب منطقی، علمی و با استفاده از شواهد ارتقا یابد. گر چه در این مسیر نسبتاً جدید، قدم‌های زیادی برداشته شده است ولی راه‌های پیموده نشده و موضوعات بسیاری با اولویت بالا و قابل طرح وجود دارد که به شدت نیازمند به سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد و اعمال اصلاحات در بخش‌های مختلف نظام سلامت

می‌باشد (نصرالله‌پور شیروانی، ۱۳۹۲: ۱۸). سیاست سلامت از ابعاد سیاست اجتماعی است توسعه آن به‌عنوان یکی از مسئولیت‌های دولت مطرح می‌شود این سیاست با رفاه فردی و اجتماعی مرتبط است. می‌تواند تحت تأثیر جهت‌گیری و رویکرد دولت‌ها قرار گیرد. در ایران دولت‌های مختلف رویکردهای متفاوتی به سیاست سلامت داشته‌اند. در این پژوهش به دنبال آن هستیم که رویکرد دولت‌ها را به سیاست مورد بررسی قرار دهیم. بعد از درون‌داد قانونی و هزینه‌های سلامت و دولت‌های چهارگانه طی دولت‌های مختلف قرار گیرد، اصلی بر این موضوع است که دولت روحانی با رویکرد اعتدالی به سیاست در چهارچوب سیاست سلامت چگونه عمل کرده است؟

اهمیت و پیشینه موضوع

از اواسط دهه هشتاد میلادی اصلاحات در نظام سلامت به‌عنوان یک سیاست مهم در کشورهای صنعتی مطرح گردید اصلاحات به معنی تغییر مثبت است؛ ولی اصلاحات در نظام بهداشتی مستلزم فرایندی بیشتر از بهبود در امر سلامت یا مراقبت‌های بهداشتی درمانی است. در یک تعریف برای اصلاحات در نظام سلامت «آن را تغییری بنیادی، هدفمند و پایدار» تعریف کرده‌اند (اخوان بهبهانی، ۱۳۸۲).

طی پنجاه سال گذشته، بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، نظام‌های مراقبت سلامت تأسیس کردند که از بودجه عمومی تأمین مالی می‌شوند و خدمات آن‌ها از طریق یک نظام دیوان‌سالاری ادغام عمودی ارائه می‌شود.

طرح تحول نظام سلامت ابعاد و نتایج

رخداد تحولات اساسی در نظام سلامت در ایران، از نیمه‌ی دوم اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۸ آغاز و دو بسته را در بر گرفت که علاوه بر رایگان شدن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی، از این پس بیماران بستری ساکن شهرها تنها ۱۰ درصد هزینه‌ها و بیماران روستایی و عشایری که به مراکز درمانی ارجاع داده می‌شوند تنها ۵ درصد هزینه‌های درمان خود را می‌پردازند. البته بیمارستان‌ها هم موظف شده‌اند تمام داروها و لوازم مصرفی بیماران را خود تهیه کنند. به این ترتیب به نوعی می‌توان گفت که نسخه دادن به بیمار بستری و فرستادن وی به خارج از بیمارستان ممنوع شده است. به‌طور مختصر می‌توان اذعان داشت که کاهش پرداخت خدمات بستری به ۱۰ درصد شهری و پنج درصد نظام ارجاع روستایی، ترویج زایمان طبیعی، حضور پزشکان مقیم در

بیمارستان‌ها، ماندگاری پزشکان متخصص در مناطق محروم، حمایت از ۱۳ بیماری سخت درمان، ارتقای کیفیت خدمات ویزیت و هتلینگ بیمارستانی، محتوای کلی هفت بسته خدمتی برنامه "تحول نظام سلامت" است. معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، دبیر ستاد دانشگاهی اجرای برنامه "تحول نظام سلامت" دانشگاه بوده و دبیرخانه ستاد دانشگاهی، اجرای برنامه "تحول نظام سلامت" مسئولیت ابلاغ مصوبات، هماهنگی و مدیریت اجرایی و پایش برنامه‌ها را به عهده خواهد داشت. دبیرخانه مذکور رابط بین بیمارستان‌ها و ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت برای پاسخگویی به سؤالات و دریافت پیشنهادات می‌باشد.

رئوس اصلی برنامه تحول نظام سلامت به شرح زیر است:

- ✓ کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ✓ حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم.
- ✓ حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ✓ ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ✓ ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ✓ برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند.
- ✓ برنامه ترویج زایمان طبیعی.

سؤالات پژوهش

- (۱) در نظام سلامت در دولت‌های پس از انقلاب چه گفتمان‌هایی مسلط بوده است؟
- (۲) در بررسی تطبیقی نظام سلامت و فریند تحول آن در ایران پس از انقلاب چه دال‌هایی مورد تأکید بودند؟
- (۳) نظام سلامت در دولت نهم و دهم که تأکید این دولت بوده است و رویکرد جدیدی در عرصه سلامت به وجود آورد، چه دقیقه‌های گفتمانی را مورد تأکید قرار داده است؟

- ۴) نقش سلامت در فرایند سلامت اجتماعی چگونه است و رابطه آنها چگونه مورد توجه است؟
- ۵) نظام سلامت با گفتمان‌های سیاسی پس از انقلاب چه رابطه‌ای دارد؟
- ۶) از آنجا که هر امری سیاسی است رابطه قدرت و نگرش آن به نظام سلامت به چه صورت است؟

طرح مسأله و تبیین مشکل موجود

مسأله سلامت، بخصوص در دهه اخیر به معضلی جدی برای دولت‌ها بدل شده است. به نحوی که اغلب کشورها به اصلاح و بازنگری در ساختار حوزه سلامت روی آورده‌اند. مسئله سلامت در کشور ما نیز از وضعیت مطلوبی برخوردار نبوده و می‌توان ادعا کرد که استانداردهای سلامت در ایران به شدت افول کرده‌اند، از شاخص‌های شادمانی و احساس امنیت که بخشی از مفهوم سلامت اجتماعی هستند گرفته تا گسترش بیش از حد بیماری‌های قلبی، سرطان و اعتیاد. سن ابتلا به کبد چرب و تصلب شرایین و مشکلات اسکلتی، دائماً کاهش یافته و جمعیت جوان ایران باید نگران بیماری‌هایی باشد که در سنین پیری به سراغ نسل قبل می‌آید. تغییر الگوی بیماری‌ها و تغییر چهره مرگ و میر در کشور از طرفی و تغییر هرم سنی جمعیت کشور، افزایش انتظارات جامعه و محدودیت منابع از طرف دیگر ضرورت بازنگری گسترده در نظام سلامت کشور را اجتناب‌ناپذیر کرده است به نحوی که بی‌توجهی به انجام اصلاحات در این بخش می‌تواند عواقب غیر قابل جبرانی بر سلامت جسمی، روحی، روانی و اجتماعی بر افراد جامعه که محور توسعه هستند تحمیل کند (اخوان بهبهانی، ۱۳۸۲:۲).

علاوه بر اینها مسائل دیگری نیز وجود دارد که مستقیم و غیر مستقیم بر مسأله بحران سلامت مؤثر است. مسائلی چون تخریب محیط زیست و آلودگی آب و هوا. آلودگی هوا در ایران عامل مرگ سه هزار نفر در سال است. بسیاری از سرطان‌های کشنده دستگاه تنفسی می‌تواند از آلودگی هوا منشأ بگیرد. مسأله دیگر تشعشعات است. در کشورهای پیشرفته میزان تشعشعات الکترومغناطیس در فضای زندگی یکی از شاخص‌های سلامت است. در ایران میزان این تشعشعات همواره مورد مناقشه بوده، لکن کسی آن را کتمان نکرده است. آب آلوده، خاک آلوده، تغذیه نامناسب و ناسالم، رواج دخانیات و مواد مخدر و ... از جمله دیگر مواردی است که وضعیت سلامت در ایران را - علیرغم همه تلاش‌های صورت گرفته - تحت‌الشعاع قرار داده‌اند. بدل به یک مسأله شد و با این اوصاف باید گفت،

دولت یازدهم «دولت تدبیر و امید» به هر حال و با توجه به مسایل فوق‌الذکر، سلامت در در تشخیص مشکل و فهم مسئله به خوبی عمل کرده و با شناسایی این معضل وارد حوزه حل مشکل و سیاست‌گذاری شده است.

روش‌شناسی پژوهش

این تحقیق از نظر روش توصیفی - تحلیلی و از نوع تحقیقات میدانی است.

یافته‌های پژوهش

معاونت بهداشتی

طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۱ تعداد کودکان تحت پوشش برنامه بهبود تغذیه از ۴۷۰۰۰ در سال ۱۳۸۸ به ۶۰۰۰۰ کودک در سال ۹۱ رسیده است. گزارش پیشرفت برنامه بر اساس شاخص‌ها بیانگر بهبودی وضع تغذیه کودکان (میانگین کشوری بیش از ۴۰ درصد) پس از ارائه خدماتی از جمله دریافت سبد غذایی، مشاوره تغذیه و آموزش عملی مادران در زمینه تغذیه کودک می‌باشد.

- با توجه به نقش آموزش و مشاوره تغذیه در ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای مادران و در نهایت بهبود وضع تغذیه کودکان، تعداد واحدهای مشاوره تغذیه از ۸۰ واحد در سال ۸۸ به ۱۵۰ واحد در سال ۹۱ افزایش یافته است.

- پوشش مکمل یاری قطره آهن و مولتی ویتامین برای کودکان از ۱۵ روز پس از تولد تا ۲۴ ماهگی، تاکنون به ۹۸ درصد رسیده است.

- از سال ۸۸ تاکنون زنان باردار و شیرده مبتلا به سوء تغذیه تحت پوشش برنامه بهبود تغذیه مادران قرار گرفتند و تاکنون درصد پوشش مکمل‌های آهن، اسیدفولیک و مولتی ویتامین در زنان باردار به ترتیب ۸۲، ۹۲ و ۸۲ درصد می‌باشد.

- تعداد مراکز درمان سوء مصرف مواد از ۱۴۴۴ مرکز در سال ۸۷ با جمعیت تحت پوشش ۱۱۱۰۰۰ به ۲۸۴۸ مرکز در سال ۹۰ با جمعیت تحت پوشش ۲۸۳۰۰۰ نفر رسیده است. تعداد مراکز گذری و تیم سیاری از ۷۹ مرکز و ۱۲۶ تیم در سال ۸۷ به ۱۰۹ مرکز و ۱۱۳ تیم در سال ۹۰ با متوسط جمعیت تحت پوشش هر مرکز یک صد بیمار رسیده است. شاخص بهره‌مندی از خدمات درمان اعتیاد از ۱۱۳ در سال ۸۸ به ۲۷۳ در سال ۹۰ و شاخص میزان جمعیت معتادان تحت پوشش برنامه سرنگ و سوزن از ۲۱۴ در سال ۸۸ به ۲۷۱۸ در سال ۹۰ ارتقاء یافته است.

از جمله فعالیت‌های انجام شده در حوزه پیشگیری از سوء مصرف مواد به شرح زیر می‌باشد:

- آموزش چهره به چهره ۶۷۱۵۳۹ به تفکیک گروه‌های هدف.
 - برگزاری ۷۹۰۱۵ جلسه آموزشی گروهی جهت گروه‌های هدف برنامه.
 - برگزاری تعداد ۳۶۷۰ کارگاه آموزشی و تعداد ۲۱۳۶ همایش آموزشی جهت کارکنان بهداشتی و درمانی و آموزش ۹۷۰۳۸ نفر از کارکنان بهداشتی و درمانی در کارگاه‌های آموزشی.
 - برگزاری تعداد ۱۰۷۵ کارگاه آموزشی جهت سایر گروه‌های هدف و آموزش ۲۷۱۱۵۲ نفر در کارگاه‌های مذکور.
- در زمینه بهداشت محیط و در بیمارستان‌ها اقدامات زیر تا سال ۹۰ انجام شده است.
- ۱- درصد بیمارستان‌ها با آب مصرفی مطلوب ۹۸/۷.
 - ۲- درصد بیمارستان‌ها با جمع‌آوری زباله مطلوب ۷۵/۳.
 - ۳- درصد بیمارستان‌ها با جمع‌آوری فاضلاب مطلوب ۷۱/۳.
 - ۴- درصد بیمارستان‌ها با آشپزخانه مطلوب ۸۲/۱.
- ۸۶/۷ درصد اماکن عمومی در مناطق شهری و ۸۶/۱ درصد در مناطق روستایی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی می‌باشند.
- ۹۱/۳ درصد مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد خوراکی و بهداشتی در مناطق شهری و ۸۵/۹ درصد در مناطق روستایی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی هستند.
 - ۹۶/۳۷ درصد خانوارهای مناطق روستایی به آب آشامیدنی دسترسی دارند.
 - ۷۷/۳۹ درصد خانوارهای مناطق روستایی به توالی بهداشتی دسترسی دارند.
 - مرگ و میر نوزادان ۱۵/۲۹ در ۱۰۰۰ تولد زنده.
 - مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۲۰/۳۲ در ۱۰۰۰ تولد زنده.
 - مرگ کودکان زیر ۵ سال ۲۲/۵۲ در ۱۰۰۰ تولد زنده.
 - ۵۳/۱۳ درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی.
 - ۵۲۰ بیمارستان دوست‌دار کودک در کشور فعال هستند.
 - ۶۸ درصد دانش‌آموزان تحت پوشش برنامه‌های سلامت نوجوانان و جوانان در سال ۸۸ به ۹۷ درصد در سال ۹۱ افزایش یافته است.

- ۴/۶ درصد اختلال بینایی دانش‌آموزان در سال ۸۸ به ۳ درصد در سال ۹۱ کاهش یافته است، ۱/۵ اختلال شنوایی دانش‌آموزان در سال ۸۸ به نیم درصد کاهش یافته است، ۶ درصد اختلالات رفتاری در سال ۸۸ به ۴/۹ درصد در سال ۹۱ کاهش یافته است.
- ۲۰۰ مدرسه مروج سلامت در سال ۸۸ به ۱۲۵۰۰ مدرسه افزایش یافته است.
- اجرای برنامه مراقبت‌های ادغام یافته سالمند از ۵۵ شهرستان در سال ۸۸ به ۷۶ شهرستان در سال ۹۰ افزایش یافته و جمعیتی بالغ بر ۳۰۰۰۰۰ نفر تحت پوشش این برنامه قرار دارند.
- شیوع مصرف روزانه سیگار از ۱۰/۸۲ در سال ۸۸ به ۸/۴۲ در سال ۹۱ کاهش داشته است.
- با ایجاد فعالیت فیزیکی در پارک‌ها و اماکن عمومی و ارتقاء سطح آگاهی عمومی مردم شیوع فعالیت فیزیکی که از ۳۸/۹۷ به ۳۱/۸ ارتقاء داشته، شیوع اضافه وزن و چاقی از ۴۳/۹۵ به ۴۰/۲۴ کاهش داشته است.
- با آموزش و اطلاع‌رسانی همگانی در زمینه دیابت تاکنون در ۱۶ دانشگاه علوم پزشکی برنامه کاهش بار ناشی از بیماری دیابت اجرا شده است.
- پوشش برنامه کشوری غربالگری کم‌کاری بیماری تیروئید از ۹۳/۲ درصد در سال ۸۸ به ۹۶ درصد در سال ۹۱ ارتقاء داشته است.
- کاهش بار بیماری‌های ژنتیکی قابل پیشگیری (شامل تالاسمی، هموفیلی و فنیل کتونوری) از ۷۵ درصد در سال ۸۸ به ۸۰ درصد در سال ۹۱ افزایش داشته است.
- ۲۲۰ آزمایشگاه مرجع دانشگاه‌ها در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور راه‌اندازی شده است.
- در ۵ دانشگاه شبکه ارائه خدمات آزمایشگاهی در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع راه‌اندازی شده است.

معاونت تحقیقات و فناوری

معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت در راستای برنامه پنجم توسعه، راه‌اندازی و تقویت واحدهای توسعه تحقیقات بالینی را در دستور کار خود قرار داده است که تاکنون ۳۷ واحد تحقیقات بالینی در بیمارستان‌های کشور مشغول فعالیت هستند. که در این واحدها تاکنون ۵۳۴ طرح اجرا و ۳۷۵ مقاله منتشر شده است.

- گسترش مراکز تحقیقات و پژوهشگاه‌های علوم پزشکی از یک مرکز در سال ۷۱ به ۴۲ مرکز تاکنون رسیده است که ۲۱۰ مرکز در زمینه علوم بالینی و ۱۹۲ مرکز در زمینه بیومدیkal و در ۲۳ حیطه تخصصی علوم پزشکی در کل کشور فعالیت دارند.
- به منظور توانمندسازی دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در زمینه مرتبط با پژوهش تاکنون ۶ شبکه تحقیقات دانشجویی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و ۲۲۰ دانشکده کمیته‌های تحقیقات دانشجویی مشغول فعالیت هستند.
- طی ۸ سال اخیر بالغ بر ۴۰۰۰۰ طرح تحقیقاتی در دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقات علوم پزشکی کشور به تصویب رسیده است.
- در سال ۱۳۸۱ به ازای هر صد نفر پژوهشگر تعداد ۴۳ طرح تصویب گردیده در صورتی که این نسبت در سال ۸۹، تعداد ۷۰ طرح به ازای یک صد پژوهشگر محاسبه شده است که نشان‌دهنده ۶۳ درصد رشد می‌باشد.
- تا سال ۱۳۹۰، ۹۵ درصد کل مقالات منتشر شده نظام سلامت در حداقل یکی از نمایه نامه‌های معتبر ارایه شده است.
- تعداد کتب تألیفی مرتبط با حوزه علوم پزشکی از ۱۷۷ کتاب در سال ۸۴ به ۲۵۸ کتاب در سال ۸۹ افزایش داشته است.
- اعضاء هیأت علمی در حوزه تحقیقات و فناوری از ۱۰۳۰۵ نفر در سال ۸۴ به ۱۲۴۴۷ نفر در سال ۹۰ افزایش داشته است.
- ثبت اختراع در حوزه تحقیقات و فناوری نظام سلامت از ۱۰ مورد در سال ۸۴ به ۲۳۶۰ مورد در سال ۹۰ رسیده است.
- تعداد پذیرش دانشجو در دوره‌های دکترای تخصصی پژوهشی از ۱۹۹ نفر در سال ۸۸ به ۶۴۴ نفر در سال ۹۰ افزایش داشته است.

گفتمان نظام سلامت در دولت دهم

تدوین لایحه و «برنامه پنجم توسعه در حوزه سلامت، آموزش و پژوهش پزشکی» شامل؛ ۹ هدف کلی، ۹ بسته اجرایی، ۸۵ هدف راهبردی و ۹۰۰ پروژه. تشکیل کارگروه‌های ویژه برای اجرای اقدامات کلیدی قانون برنامه و تهیه برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۰ از جمله اقداماتی است که در این خصوص انجام شده است.

گزارش فعالیت‌ها و اقدامات نظام سلامت کشور در نیمه اول دولت دهم، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر شد.

به گزارش پایگاه اطلاع‌رسانی دولت به نقل از وب‌دا، گزارش فعالیت‌ها و اقدامات نظام سلامت کشور در نیمه اول دولت دهم (عملکرد دو ساله شهریور ۱۳۸۸ الی شهریور ۱۳۹۰) در بخش‌های عناوین؛ حاکمیت و سیاست‌گذاری؛ بهداشت؛ درمان؛ تجهیزات پزشکی؛ غذا و دارو؛ آموزشی؛ تحقیقات و فناوری؛ دانشجویی و فرهنگی؛ توسعه مدیریت و منابع به شرح زیر است.

گفتمان حاکمیت و سیاست‌گذاری

تدوین لایحه و «برنامه پنجم توسعه در حوزه سلامت، آموزش و پژوهش پزشکی» شامل؛ ۹ هدف کلی، ۹ بسته اجرایی، ۸۵ هدف راهبردی و ۹۰۰ پروژه. تشکیل کارگروه‌های ویژه برای اجرای اقدامات کلیدی قانون برنامه و تهیه برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۰ از جمله اقداماتی است که در این خصوص انجام شده است.

در زمینه عوامل اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت، اقداماتی هم‌چون؛ تدوین سیستم پایش عدالت در سلامت، راه‌اندازی شبکه تحقیقات عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت، ادغام رویکرد عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در مراقبت‌های اولیه سلامتی و تدوین مدل بومی ارزیابی اثرات سیاست‌ها، برنامه‌ها و پروژه‌های سلامت با تمرکز عدالت در سلامت صورت گرفته است.

تدوین «نقشه تحول نظام سلامت» که در این راستا مطالعه‌ای در سه بخش مرور تجربیات سایر کشورها، بررسی آراء و نظرات ذینفعان در حوزه‌های مختلف و تهیه برنامه اقدام و برنامه‌ریزی عملیاتی تدوین نقشه نظام سلامت انجام شد. همچنین به منظور تأمین نیازمندی‌های اطلاعاتی در مراحل مختلف فرآیند تدوین نقشه، زیر پروژه‌های نقشه سلامت طراحی شد که در مرحله اجرا هستند. جلب مشارکت مدیران، کارشناسان و ذینفعان نظام سلامت در تدوین نقشه جامع نقش عمده‌ای داشت.

اجرای «نقشه جامع علمی سلامت» که در این زمینه نسبت به برگزاری کارگاه آموزشی تدوین نقشه علمی برای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و نظارت بر روند تدوین نقشه علمی دانشگاه‌ها اقدام شده است.

بعد از مدتی وقفه در تشکیل جلسات شورای عالی سلامت، در سال ۸۹ برای نخستین بار به درخواست وزارت متبوع این شورا دو بار تشکیل جلسه داد و موضوعات مرتبط با سلامت را بررسی کرد.

تدوین «برنامه‌های اولویت‌دار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» با مشارکت معاونین، مدیران و کارشناسان نظام سلامت و ابلاغ آن از سوی مقام عالی وزارت در ابتدای سال جاری. این اولویت‌ها در حوزه‌های بهداشت، درمان، آموزش، تحقیقات، مدیریت، دانشجویی - فرهنگی، غذا و دارو، امور مجلس، تجهیزات پزشکی و سایر برنامه‌های مشترک تعیین شده است.

«برنامه تدوین راهبردهای کلان سلامت زنان» که به مدیریت دفتر امور زنان انجام شده بود در جلسات کارشناسی دبیرخانه شورای سیاست‌گذاری بررسی و با الحاق مصوباتی در زمینه ارتقاء سلامت همه‌جانبه زنان با تأکید بر شیوه زندگی سالم، مقابله با استرس و مهارت‌های زندگی و سلامت اجتماعی و معنوی مورد تصویب قرار گرفت.

در راستای «تدوین برنامه حاکمیت خدمات بالینی» اقدامات مهمی انجام گرفته که در این خصوص می‌توان به مواردی هم‌چون؛ انجام مطالعات علمی و جلسات بحث و تبادل نظر، برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی، ابلاغ دستورالعمل حاکمیت خدمات بالینی از سوی مقام وزارت، تعیین جایگاه حاکمیت خدمات بالینی در نمودار سازمانی وزارت متبوع و توجه به نظام حاکمیت خدمات بالینی و رعایت حقوق بیمار در معیارهای ارزشیابی مراکز درمانی اشاره کرد.

در راستای «تدوین برنامه راهبردی عوامل اجتماعی سلامت» اقداماتی هم‌چون؛ تهیه برنامه استراتژیک عوامل اجتماعی سلامت، تعیین شاخص‌های کشوری عدالت در سلامت، طراحی ابزار کشوری پایش و اندازه‌گیری نابرابری‌های سلامت، تدوین برنامه عملیاتی در ۱۴ حیطه اولویت‌دار، برگزاری کارگاه‌ها، سمینار و جلسات و برنامه آموزش مداوم و طرح موضوع در شورای عالی سلامت و اخذ سه مصوبه مرتبط صورت گرفته است.

تدوین و ابلاغ «برنامه سطح‌بندی خدمات پریناتال» به‌عنوان برنامه توسعه بیمارستان‌های پریناتال به دانشگاه‌ها و همچنین تشکیل ستاد اجرایی برنامه در دفتر سلامت خانواده و جمعیت (مشترک میان معاونت بهداشت و معاونت درمان).

تدوین «منشور حقوق بیمار» در حول ۵ محور شامل؛ دریافت مطلوب خدمات، دسترسی به اطلاعات، حق تصمیم‌گیری آزادانه، احترام به حریم خصوصی و رعایت اصل رازداری، نظام کارآمد رسیدگی به شکایات. در این راستا برگزاری کارگاه مشورتی منشور حقوق بیمار و تشکیل شورای عالی اخلاق پزشکی و ابلاغ تشکیل کمیته‌های اخلاق پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام شده است.

برگزاری منظم جلسات شورای سیاست‌گذاری که از اهم مصوبات شورای سیاست‌گذاری در طی یک سال گذشته می‌توان به مواردی همچون؛ اولویت‌های برنامه‌ای در سال ۱۳۸۹، برنامه اصلاح الگوی مصرف، تدوین نقشه سلامت کشور، اجرایی کردن نقشه جامع علمی کشور، منشور حقوق بیمار، تشکیل شورای عالی اخلاق پزشکی، تشکیل شبکه تحقیقات، آموزش و مراقبت سرطان سینه، سطح‌بندی خدمات پریناتال، پیاده‌سازی برنامه حاکمیت خدمات بالینی در دانشگاه‌ها، راهبردهای کلان سلامت زنان و برنامه حذف مالاریا اشاره کرد.

برگزاری دو جلسه شورای عالی سلامت در دولت دهم با مصوباتی همچون؛ عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، برنامه حذف مالاریا، ساماندهی فروشنده‌گان دوره‌گرد، مواد غذایی، ساماندهی سبد غذایی مطلوب، طرح کاهش بیماری‌های قلبی عروقی و کنترل و کاهش بیماری سالک و ...

تدوین «برنامه اصلاح الگوی مصرف» در راستای فرمایشات مقام معظم رهبری در زمینه پرهیز از اسراف و افراط و تفریط. برنامه اصلاح الگوی مصرف در نیمه دوم سال ۸۸ در شورای سیاست‌گذاری تدوین و پس از تصویب، از سوی وزیر محترم به تمام واحدها و دانشگاه‌ها ابلاغ شد. شورای سیاست‌گذاری تدوین، اجرا و پایش برنامه را پیگیری می‌کند.

گفتمان عدالت‌محوری با طرح پزشک خانواده

در دولت دهم «طرح پزشک خانواده» همچنان بسط و گسترش یافت. در سال ۱۳۸۹ اجرای این طرح در شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت نیز آغاز شد و در سه استان در حال انجام است. تاکنون حدود ۳۰ میلیون نفر تحت پوشش آرایه خدمات پزشک خانواده قرار گرفته‌اند.

ارتقای شاخص‌های بهداشتی از رشد خوبی برخوردار شد، به طوری که میزان مرگ نوزادان از ۱۴/۴۶ در هزار تولد زنده در سال ۸۴ به کمتر از ۱۲ در هزار تولد زنده کاهش یافت. همچنین میزان مرگ مادران به علت عوارض زایمان و بارداری نیز از ۲۷ به حدود ۲۰ در صد هزار تولد زنده و میزان مرگ کودکان زیر یک سال نیز به ۱۸ در هزار تولد زنده در سال ۹۰ بهبود یافته است.

تکمیل شبکه بهداشتی - درمانی روستایی از اولویت‌های وزارتخانه در دولت دهم اعلام شده است. از سال گذشته تاکنون نزدیک ۲۲۰۰ خانه بهداشت، در مناطق روستایی ساخته شده که با این تعداد شبکه بهداشتی - درمانی روستایی تکمیل خواهد شد.

پروژه‌های مصوبات سفرهای استانی مربوط به نظام سلامت ۱۹۵۲ پروژه هستند که از این پروژه‌ها، تعداد زیادی خانه‌های بهداشت طی سال ۹۰ و سال بعد تکمیل خواهد شد و تکمیل ۳۵۰ مرکز بهداشتی و درمانی روستایی و ۲۷۲ پایگاه بهداشتی - درمانی جزء اولویت‌ها در دستور کار قرار دارند.

در بخش بهداشت گام‌های مؤثری برای کنترل، ریشه‌کنی و حذف بیماری‌های واگیر و غیر واگیر صورت گرفت. در سال ۱۳۸۹ نسبت به بهبود سازمانی مدیریت بیماری‌ها اقدام شد و مدیریت بیماری‌های واگیر و غیر واگیر از مدیریت سازمانی جداگانه برخوردار شدند. نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در این مدت توسعه یافت و در بررسی‌های ادواری مختلف در ۳۰ هزار نمونه کشوری، الگوی عوامل خطر این بیماری‌ها در مناطق مختلف مشخص شد.

با تقویت فعالیت‌های ایمن‌سازی، هم‌اکنون پوشش ایمن‌سازی واکسن برای تمام واکسن به اهداف تعیین شده کشوری یعنی بالای ۹۸٪ جمعیت هدف رسیده است. از سال ۱۳۸۵ که طرح بسیج ایمن‌سازی افراد ۱۸ ساله علیه بیماری هپاتیت ب نیز آغاز شده بود، در سال ۸۹ به پایان رسید و اکنون تمام نوجوانان و همچنین جوانان سن باروری بر علیه این بیماری واکسینه هستند.

سامانه سلامت ایرانیان برای پرونده الکترونیک سلامت راه‌اندازی و اطلاعات ۸ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر جمعیت در این سامانه ثبت شده است. تا پایان سال ۹۰ نیز، ۲۱ هزار نفر به این سامانه افزوده می‌شود. همچنین در سال ۱۳۹۰، ۱۴ میلیارد تومان تجهیزات سخت‌افزاری، برای دانشگاه‌های سراسر کشور تهیه شد به طوری که تمام مراکز بهداشتی - درمانی تا پایان سال، حداقل‌های سخت‌افزاری و اتصال به شبکه را دارا خواهند شد.

با انگیزه رفع مشکلات بهداشتی حاشیه نشین‌های شهری، برنامه «داوطلبین سلامت» در تمام نقاط شهری گسترش پیدا کرد. در حال حاضر بیش از ۱۳۵ هزار داوطلب سلامت در این برنامه مشارکت داشته و بیش از ۴.۵ میلیون خانوار را تحت پوشش دارند.

اجرای برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان و سالمندان، به کارگیری دندانپزشکان در مناطق محروم و ارایه برنامه‌های ارتقای سطح آگاهی اقشار جامعه نسبت به سلامت دهان و دندان متعدد از جمله فعالیت‌های اخیر در زمینه سلامت دهان و دندان است.

از سال ۱۳۸۴ که برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت در سیستم سلامت کشور ادغام شد، بیش از ۹ میلیون نفر غربالگری شدند. ارزشیابی برنامه، حکایت از اجرای موفق این برنامه دارد.

اجرای برنامه ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی از سال ۱۳۸۶ که طی آن حدود ۳۷ هزار سالمند در ۷۲ شهرستان آموزش استاندارد مبتنی بر نیاز را فرا گرفتند. مراقبت‌های ادغام یافته و جامع سالمندی نیز در ۱۷ شهرستان به مرحله اجرا درآمد. با تقویت و ارتقای برنامه‌های سلامت محیط و کار، هم‌اکنون بیش از ۹۰ درصد از خانوارهای روستایی به آب آشامیدنی سالم دسترسی داشته و ۷۰ درصد آنها نیز به سیستم جمع‌آوری و دفع بهداشتی زباله دسترسی دارند.

تدوین راهنمای غذایی کشور، تدوین سند مطلوب غذایی در بحران‌ها، تدوین پروتکل مراقبت تغذیه‌ای کودکان بستری و تهیه و تدوین برنامه عملیاتی بین‌بخشی امنیت غذایی به منظور برنامه‌ریزی اجرایی و مداخلاتی برای افزایش دسترسی عادلانه جامعه به خدمات سلامت و غذای مغذی، سالم و کافی.

طراحی و اجرای پروژه مکمل یاری روی برای کودکان با هدف پیشگیری و کنترل کمبود روی در کودکان زیر ۶ سال و همچنین غنی‌سازی میان‌وعده‌های دانش‌آموزان با روی.

تشکیل کمیته تدوین و بازنگری راهنمای کشوری مراقبت‌های تغذیه‌ای و رژیم درمانی و تهیه پروتکل برای ۸ بیماری شایع در بیمارستان و پروتکل مشاوره تغذیه و رژیم درمانی در بیماری‌های مذکور و همچنین فعال کردن کمیته‌های بین‌بخشی استانی با هدف افزایش کارایی برنامه پیشگیری و کنترل کمبود ید و افزایش دسترسی مردم به نمک‌های یددار با کیفیت مطلوب.

اجرای بسیج آموزش کشوری پیشگیری از کمبود ید و ترویج مصرف نمک یددار تصفیه شده در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و تهیه و توزیع مطالب آموزشی به تیراژ ۱۰۰ هزار نسخه به مناسبت هفته جهانی تیروئید و بیستمین سال ید رسانی و هفته سلامت.

برگزاری چندین همایش علمی و دوره آموزشی شامل همایش کاربردی اختلالات ناشی از کمبود ید، دوره آموزشی بین‌المللی پایش ریزمغذی‌ها، کارگاه آموزشی کشوری برنامه‌های بهبود تغذیه جامع، کارگاه آموزشی *ECCD* و برپایی دوره‌های آموزشی پایش ید ادرار برای کارشناسان و تهیه و تدوین مقالات و متون آموزشی و درج در جراید ملی

کشور با موضوعات روز جامعه مانند: تغذیه در روزهداری، تغذیه در ایام امتحانات، تغذیه بیمارستانی و سایر موارد.

تعیین و تثبیت ساختار اداره سلامت اجتماعی که در این خصوص اقدامات مؤثری همچون؛ تهیه نظام‌نامه کاری اداره سلامت اجتماعی، تهیه برنامه راهبردی ۵ ساله اداره سلامت اجتماعی، برگزاری سه نشست تخصصی، جمع‌آوری برنامه‌های مداخلاتی سایر کشورها در زمینه سلامت روانی اجتماعی، اجرای فاز اول مطالعاتی تبیین و تعیین جایگاه مددکاری در نظام مراقبت‌های سلامت، اجرای فاز اول مطالعاتی ساماندهی سازمان‌های مردم‌نهاد در حوزه سلامت و تهیه مقدماتی شاخص‌های سلامت اجتماعی صورت گرفته است.

برگزاری نخستین هم‌اندیشی سلامت اجتماعی در دهم تیرماه ۱۳۸۹ با همکاری سایر سازمان‌ها و نهادهای مرتبط. مخاطبان اصلی این هم‌اندیشی که در دو پانل با حضور ۹ سخنران و ۹ عضو پانل و ۲ تسهیل‌گر اجرا شد، مدیران و کارشناسان تمام سازمان‌ها و نهادهای دولتی و غیر دولتی مرتبط با موضوع سلامت اجتماعی و فعالان حوزه‌های سیاست‌گذاری، اندیشمندان حوزه سلامت اجتماعی و انجمن‌های علمی و تخصصی بودند.

نتایج

به‌طور کلی وضعیت گفتمان‌های نظام سلامت به قرار ذیل است:

بهداشت

در دولت نهم و دهم «طرح پزشک خانواده» به‌طور ویژه بسط و گسترش یافت و تاکنون حدود ۳۰ میلیون نفر تحت پوشش آرایه خدمات پزشک خانواده قرار گرفته‌اند. در سال ۱۳۸۹ اجرای این طرح در شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت نیز آغاز شد و در سه استان در حال انجام است. بهبود مطلوب شاخص‌های بهداشتی از نتایج مؤثر گسترش طرح پزشک خانواده است.

ارتقای شاخص‌های بهداشتی از رشد خوبی برخوردار شد، به‌طوری‌که میزان مرگ نوزادان از ۱۴/۴۶ در هزار تولد زنده در سال ۸۴ به کمتر از ۱۲ در هزار تولد زنده کاهش یافت. همچنین میزان مرگ مادران به علت عوارض زایمان و بارداری نیز از ۲۷ به حدود ۲۰ در صد هزار تولد زنده و میزان مرگ کودکان زیر یک سال نیز به ۱۸ در هزار تولد زنده در سال ۹۰ بهبود یافته است.

تکمیل شبکه بهداشتی - درمانی روستایی از اولویت‌های وزارتخانه در دولت دهم اعلام شده است. از سال گذشته تاکنون نزدیک ۲۲۰۰ خانه بهداشت، در مناطق روستایی ساخته شده که با این تعداد شبکه بهداشتی - درمانی روستایی تکمیل خواهد شد.

پروژه‌های مصوبات سفرهای استانی مربوط به نظام سلامت ۱۹۵۲ پروژه هستند که از این پروژه‌ها، تعداد زیادی خانه‌های بهداشت طی سال ۹۰ و سال بعد تکمیل خواهد شد و تکمیل ۳۵۰ مرکز بهداشتی و درمانی روستایی و ۲۷۲ پایگاه بهداشتی - درمانی جزء اولویت‌ها در دستور کار قرار دارند.

در بخش بهداشت گام‌های مؤثری برای کنترل، ریشه‌کنی و حذف بیماری‌های واگیر و غیر واگیر صورت گرفت و موفقیت چشم‌گیری در این زمینه کسب شده است که دریافت گواهی حذف تراخم از سوی سازمان جهانی بهداشت از این جمله است.

با تقویت فعالیت‌های ایمن‌سازی، هم‌اکنون پوشش ایمن‌سازی واکسن برای تمام واکسن به اهداف تعیین‌شده کشوری یعنی بالای ۹۸٪ جمعیت هدف رسیده است. از سال ۱۳۸۵، بسیج ایمن‌سازی افراد ۱۸ ساله علیه بیماری هپاتیت ب نیز آغاز و در سال ۸۹ به پایان رسید و اکنون تمام نوجوانان و همچنین جوانان سن باروری بر علیه این بیماری واکسینه هستند.

سامانه سلامت ایرانیان برای پرونده الکترونیک سلامت راه‌اندازی و اطلاعات ۸ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر جمعیت در این سامانه ثبت شده است. تا پایان سال ۹۰ نیز، ۲۱ هزار نفر به این سامانه افزوده می‌شود. همچنین در سال ۱۳۹۰، ۱۴ میلیارد تومان تجهیزات سخت‌افزاری، برای دانشگاه‌های سراسر کشور تهیه شد به طوری که تمام مراکز بهداشتی - درمانی تا پایان سال، حداقل‌های سخت‌افزاری و اتصال به شبکه را دارا خواهند شد.

با انگیزه رفع مشکلات بهداشتی حاشیه نشین‌های شهری، برنامه «داوطلبین سلامت» در تمام نقاط شهری گسترش پیدا کرد. در حال حاضر بیش از ۱۳۰ هزار داوطلب سلامت در این برنامه مشارکت داشته و بیش از ۴ میلیون خانوار را تحت پوشش دارند.

نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در این مدت توسعه یافت و در بررسی‌های ادواری مختلف در ۳۰ هزار نمونه کشوری، الگوی عوامل خطر این بیماری‌ها در مناطق مختلف مشخص شد.

اجرای برنامه کشوری سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان و سالمندان، بکارگیری دندانپزشکان در مناطق محروم و ارایه برنامه‌های ارتقای سطح آگاهی اقشار جامعه نسبت

به سلامت دهان و دندان متعدد از جمله فعالیت‌های اخیر در زمینه سلامت دهان و دندان است.

در این مدت تعداد بخش‌های دیالیز خونی از ۳۰۴ بخش به ۴۰۰ بخش و تعداد بخش‌های دیالیز صفاقی از ۳۲ بخش به ۵۰ بخش افزایش یافت و همچنین تعداد پیوند کبد، پیوند قلب و پیوند ریه نیز به‌طور ویژه افزایش یافت. تنها در سال‌های ۸۸ و ۸۹ بخش دیالیز خونی، ۴ بخش دیالیز صفاقی و ۱۱ بخش دیالیز به ناوگان دیالیز کشور افزوده شد و حدود ۸۰۰ ماشین دیالیز به بخش‌های مختلف اختصاص داده شد.

پوشش برنامه کشوری غربالگری بیماری کم‌کاری مادرزادی تیروئید به ۹۳٪ ارتقا یافت. از شروع برنامه، تعداد بیش از ۳ میلیون نوزاد غربالگری و تعداد ۶۵۰۰ بیمار مبتلا شناسایی و تحت درمان قرار گرفتند و بدین ترتیب از عقب‌ماندگی ذهنی آن‌ها جلوگیری شد.

تدوین برنامه جامع پیشگیری و کنترل سرطان و اجرای آن، ارتقای پوشش برنامه ثبت سرطان کشور از ۷۰٪ در سال ۸۳ به ۹۰٪ و انتخاب ۳۰ قطب درمان برای اجرای درمان سرطان‌های شایع کشور از جمله فعالیت‌ها در زمینه بیماری سرطان است. از سال ۱۳۸۴ که برنامه کشوری پیشگیری و کنترل بیماری دیابت در سیستم سلامت کشور ادغام شد، بیش از ۹ میلیون نفر غربالگری شدند. ارزشیابی برنامه، حکایت از اجرای موفق این برنامه دارد.

اجرای برنامه ترویج شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی از سال ۱۳۸۶ که طی آن حدود ۳۷ هزار سالمند در ۷۲ شهرستان آموزش استاندارد مبتنی بر نیاز را فراگرفتند. مراقبت‌های ادغام یافته و جامع سالمندی نیز در ۱۷ شهرستان به مرحله اجرا درآمد. بازنگری شناسنامه بهداشتی مدرسه، تدوین شناسنامه سلامت دانشجویان و سربازان، تدوین برنامه استراتژیک سلامت جوانان، تدوین سند سلامت جوانان، تدوین سند سلامت باروری جوانان و بررسی وضعیت موجود سلامت جوانان از جمله فعالیت‌ها در زمینه سلامت جوانان و مدارس است.

شروع برنامه زایمان بی‌درد دارویی و غیر دارویی و همچنین تربیت حدود ۳۰۰ نفر به عنوان عامل زایمان دوره‌دیده برای مناطق دورافتاده و محروم و راه‌اندازی کلاس‌های آمادگی برای زایمان.

تدوین و ابلاغ دستورالعمل شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول زندگی، افزایش مرخصی زایمان از ۴ ماه به ۶ ماه و افزایش بیمارستان‌های دوستدار کودک که اقدامات

ده‌گانه برای شیردهی موفق را اجرا می‌کنند به ۵۱۶ بیمارستان از ۶۳۰ بیمارستان و زایشگاه واجد شرایط، از جمله فعالیت‌های موفق در زمینه شیردهی است.

در راستای توجه به سلامت میانسالان در طی این مدت نسبت به تأسیس اداره سلامت میانسالان اقدام شد که فعالیت‌هایی همچون تولید برنامه جامع سلامت بزرگسالان، طراحی و اجرای فاز اول پایلوت خدمات زنان میانسال (برنامه یانسگی) و طراحی و اجرای برنامه روزهای ملی سلامت مردان و زنان در این زمینه انجام شده است.

طراحی و چاپ کارت پایش رشد کودکان بر اساس منحنی‌های جدید سازمان جهانی بهداشت، تدوین پیش‌نویس آموزش پرسرویس مانا و هماهنگی برای اجرای آن از تیر ماه ۱۳۸۸، تدوین پیش‌نویس سند سلامت و سند ارتقای تکامل کودکان، تدوین برنامه جامع ارتقای سلامت کودکان و برگزاری کارگاه‌های آموزشی مرتبط از جمله سایر برنامه‌های سلامت کودکان است.

پوشش برنامه مداخله‌ای بهبود وضع تغذیه کودکان برای یک میلیون کودک، ارایه سبد غذایی به چهل هزار کودک مبتلا به سوء تغذیه در برنامه حمایت تغذیه‌ای و تهیه نقشه سوء تغذیه کودکان زیر ۶ سال برای بهبود تغذیه کودکان انجام شده است.

با راه‌اندازی ۱۷ واحد تولیدکننده نمک تصفیه شده یددار در کشور، هم‌اکنون ۹۶/۶ درصد نمک‌های خوراکی تصفیه شده دارای میزان ید مناسب هستند و ۹۸/۷ درصد خانوارها از نمک یددار استفاده می‌کنند.

با اجرای برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید، ۵۶/۵٪ دانش‌آموزان در محدوده مناسب دریافت ید قرار گرفته و در نتیجه شیوع گواتر به ۶/۵٪ کاهش یافت.

با تقویت و ارتقای برنامه‌های سلامت محیط و کار، هم‌اکنون بیش از ۸۹/۳ درصد از خانوارهای روستایی به آب آشامیدنی سالم دسترسی داشته و ۶۶/۷ درصد آنها نیز به سیستم جمع‌آوری و دفع بهداشتی زباله دسترسی دارند. این در حالی است که این میزان در شش سال قبل ۴۵٪ بوده است.

اعمال ممنوعیت عرضه استعمال دخانیات در مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و ممنوعیت مصرف دخانیات در اماکن عمومی و توسعه مراکز مشاوره ترک دخانیات از ۷ مرکز به ۱۴۰ مرکز.

راه‌اندازی ستاد فوریت‌های سلامت محیط (EOC) برای اولین بار در اواخر اسفند ماه ۸۶ در ستاد مرکزی وزارت متبوع و ۴۰ دانشگاه علوم پزشکی و ۳۱۱ شهرستان و در

دستور کار قراردادن بررسی اثرات آلودگی هوا بر سلامت در حوزه دانشگاه‌های علوم پزشکی بر اساس مصوبات طرح جامع عملیاتی کاهش آلودگی هوا. بررسی وضعیت شاخص‌های بهداشت آب و فاضلاب کشور، تصویب طرح شبنم، ترویج استفاده از نمک تصفیه شده یددار، مشارکت در خصوص طرح مکمل مبارزه با موش در تهران، مشارکت در کمیته تخصصی و اجرایی تغییرات آب و هوایی و کنوانسیون کیوتو، طرح انتشار گازهای گلخانه‌ای و برنامه‌های اجرایی انطباق و مقابله با پدیده‌های ناشی از تغییر اقلیم و ... از جمله فعالیت‌ها در زمینه سلامت محیط است. در خصوص توجه به طب کار، ده‌ها خانه بهداشت کارگری و ایستگاه به‌رگر راه‌اندازی شد. از طرفی شاغلینی که به تشکیلات بهداشت حرفه‌ای در کارگاه دسترسی دارند از ۳۸٪ به ۴۱٪ و شاغلینی تحت پوشش مراکز ارائه‌دهنده خدمات از ۲۵٪ به ۳۱٪ رسیده است. تدوین چندین آیین‌نامه و دستورالعمل در خصوص سلامت «کار» که از جمله آن می‌توان به مواردی همچون: آیین‌نامه کلینیک‌های طب کار بخش خصوصی، برچسب‌گذاری مواد شیمیایی، دستورالعمل حمل و نقل مواد شیمیایی، انبارداری مواد شیمیایی، مراکز عرضه و فروش مواد شیمیایی، پروتکل غربالگری بیماری‌های شغلی، تدوین معیارها و ضوابط بهداشت در محیط‌های اداری و ... اشاره کرد.

درمان

در سال ۱۳۸۹، حدود ۲۸۰۰ تخت بیمارستانی به تخت‌های بیمارستانی کشور افزوده شد و تا پایان سال ۱۳۹۰ نیز ۴۰۰۰ تخت تجهیز و به بیمارستان‌های کشور اضافه می‌شود. حدود ۳۵ هزار تخت در حال ساخت و ۱۴ هزار و ۳۰۰ تخت نیز در حال طراحی هستند و با راه‌اندازی آن‌ها، نیاز کشور به تخت بیمارستانی مرتفع خواهد شد. در حال حاضر تعداد تخت‌های بستری و تخت ویژه به ترتیب ۱۳۰ هزار و ۴۷۰۰ تخت است که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۹۳ به ترتیب به ۱۴۱ هزار و ۷۴۰۰ تخت برسد. در راستای جلوگیری از هزینه‌های تحمل‌ناپذیر سلامت با اولویت‌بندی بیماران نیازمند، درمان بسیاری از بیماری‌ها از جمله ۵ سرطان شایع کشور، اغلب بیماری‌های خاص، بستری‌های طولانی مدت در *ICU*، *CCU* و بخش سوختگی، بیماران نیازمند تعویض مفصل و سایر بیماران صعب‌العلاج به صورت رایگان و یا با حداقل فرانشیز توسط بیمارستان‌های منتخب وزارت متبوع صورت می‌گیرد.

استانداردسازی خدمات و مراقبت سلامت و تدوین راهنماهای بالینی، بومی‌سازی نحوه محاسبه حق‌الزحمه پزشکان و تغییر شیوه تأمین مالی در بخش بیمه‌ای کشور از نظام ناعادلانه سرانه‌ای به نظام تناسبی که روش بسیار عادلانه‌تری است از جمله اقداماتی است که در سال ۱۳۸۹ صورت گرفته است.

در طی دولت نهم و دهم تاکنون ۵۰ بیمارستان و ۲۰ هزار تخت بیمارستانی مورد بهره‌برداری قرار گرفت. همچنین هزاران تخت مراقبت ویژه (ICU) و تخت مراقبت قلبی (CCU) نیز مورد بهره‌برداری قرار گرفت.

در زمینه ارتقای خدمات اورژانس بیمارستانی، سند ارتقای اورژانس بیمارستانی طراحی و به دانشگاه‌ها ابلاغ شد. همچنین در راستای رتبه‌بندی و ارزشیابی اورژانس بیمارستانی اقدامات مؤثری صورت گرفت و دانشگاه‌ها موظف شده‌اند کمیته‌های تعیین تکلیف بیماران و پزشک متخصص را در اورژانس‌ها قرار داده و در جلب رضایت مردم بکوشند.

در راستای برقراری عدالت در سلامت و تأمین پزشک متخصص مورد نیاز بیمارستان‌های تابعه و افزایش بهره‌وری و ماندگاری در نقاط محروم، گام‌های مؤثری برداشته شد که از جمله آن می‌توان به اعزام ۱۴۲۵ متخصص به مناطق محروم در سال ۸۹ اشاره کرد که ۱۱۰ نفر متخصص برای نخستین بار به این مناطق اعزام شده‌اند. این رقم نسبت به سال ۸۶، ۷۲٪ افزایش داشته است.

به منظور رعایت حقوق بیماران و سطح‌بندی خدمات نظام بستری کشور، در سال ۱۳۸۹ دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی تأسیس شد. همچنین نسبت به تدوین پیش‌نویس ساختار تشکیلات حاکمیت بالینی، تدوین منشور اخلاقی پرستاران و تصویب و ابلاغ استانداردهای حقوق بیمار و همراه در اسفند ۸۹ اقدام شد.

هم‌اکنون بیش از ۹۰ مرکز پیوند اعضا و نسوج در کشور فعال است و سالانه به‌طور میانگین حدود ۲۰۰۰ مورد پیوند کلیه و ۴۵۰۰ پیوند قرنیه در کشور انجام می‌شود. در بخش درمان در طی ۶ سال اخیر موفقیت‌های بزرگی حاصل شد که ترمیم ضایعات نخاعی و تولید رده سلول‌های بنیادی از بزرگ‌ترین آن‌هاست. همچنین در زمینه گسترش درمان‌های تخصصی و فوق تخصصی، پیوند اعضا و پزشکی هسته‌ای نیز پیشرفت‌های خوبی حاصل شده است.

با ساماندهی شبکه اورژانس کشور، تعداد ۹۳۱ پایگاه اورژانس شهری و جاده‌ای راه‌اندازی شد و تعداد این پایگاه‌ها با رشد ۲/۴ برابری از ۶۸۳ پایگاه در ابتدای سال ۸۴، به نزدیک ۱۹۰۰ پایگاه در حال حاضر رسیده است.

زمان رسیدن آمبولانس بر بالین بیماران نیز بهبود یافته و در حال حاضر در شهرهای کوچک ۸ دقیقه، در شهرهای بزرگ ۱۰ دقیقه و ۱۴ دقیقه در مراکز جاده‌ای کاهش یافته است.

تعداد ۱۸۳۵ آمبولانس از سال ۱۳۸۴ تاکنون به سیستم اورژانس کشور افزوده شده است. بدین ترتیب تعداد آمبولانس‌های ۱۱۵ اورژانس با رشد ۲/۷ برابری به ۲۸۸۰ دستگاه رسیده است.

تعداد شهرهای تحت پوشش «امداد هوایی» اورژانس ۱۱۵ به ۱۱ شهر در کل کشور افزایش یافته است. تعداد پایگاه‌های طرح «امداد دریایی» و «امداد ساحلی» نیز به ۴۲ پایگاه رسیده است.

راه‌اندازی بیش از ۱۶۰۰ تخت روان‌پزشکی و افزایش تعداد آنها از ۶۶۰۰ تخت به ۸۲۰۰ تخت و افزایش جمعیت تحت پوشش برنامه ادغام بهداشت روان از ۳۰ میلیون نفر (۴۰٪) به نزدیک ۴۰ میلیون نفر (بیش از ۶۰٪) در مقایسه شش سال اخیر، از جمله دستاوردهای حاصله در زمینه سلامت روان است.

آموزش پزشکی

در دولت دهم در خصوص توسعه و تقویت آموزش پزشکی کشور اقدامات مؤثری همچون؛ تدوین سند تحول کلان در نظام آموزش علوم پزشکی کشور، تدوین سند آمایش سرزمین و خوشه‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی و طراحی و پیاده‌سازی شبکه دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشورهای اسلامی در راستای تحقق مرجعیت علمی صورت گرفت.

از شروع به کار دولت دهم، ۵ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی جدید در شهرهای جیرفت، دزفول، کرج، نیشابور و تربت حیدریه تأسیس شد و همچنین تفویض اختیار بیشتری به دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت گرفت.

افزایش تعداد قطب‌های علمی به ۳۰ قطب، افزایش تعداد پذیرش دستیاران پزشکی تخصصی به ۲۸۰۰ نفر در سال و افزایش تعداد پذیرش دانشجویان تحصیلات تکمیلی به میزان ۵۰٪ از جمله سایر فعالیت‌های آموزش پزشکی در طی دو سال اخیر است.

در بخش آموزش پزشکی به گسترش کمی و کیفی مراکز آموزشی توجه شده است. در طی شش سال اخیر مجوز تأسیس چندین دانشکده و آموزشکده علوم پزشکی صادر شده است. به موازات آن ۴۳ رشته جدید در مقطع دکترای تخصصی و کارشناسی ارشد پزشکی راهاندازی شد که شامل ۳۰ رشته دکترای تخصصی پزشکی *Ph.D* و ۱۵ رشته کارشناسی ارشد پزشکی است.

تعداد رشته محل‌های مقطع دکتری تخصصی از ۹۷ رشته محل در سال ۸۳ به بیش از ۱۹۰ رشته محل رسیده است. همچنین در مقطع کارشناسی ارشد تعداد رشته محل در سال ۸۳ از ۱۲۰ رشته محل به ۳۵۰ رشته محل رسیده است که حدود سه برابر افزایش داشته است.

به منظور تأمین پزشکان متخصص و فوق تخصص ظرفیت، پذیرش دستیار در این دو مقطع نیز به ترتیب ۴۵ و ۵۰ درصد افزایش یافت و ظرفیت دوره‌های فلوشیپ نیز ۶۲ درصد رشد داشته است. بدین ترتیب نرخ قبولی در آزمون پذیرش دستیار فوق تخصصی از ۲۵ به ۴۷ درصد رسیده است.

ظرفیت پذیرش دکترای حرفه‌ای از ۲۷۰۰ نفر به بیش از ۴۶۶۰ نفر افزایش یافته است. ظرفیت پذیرش دکترای تخصصی نیز از ۱۴۱ نفر به بیش از ۴۲۷ نفر رسیده است. در مقطع کارشناسی ارشد، ظرفیت پذیرش دانشجو از ۷۰۸ نفر در ۸۳ به ۱۳۰۹ نفر رسیده است که ۸۵ درصد رشد داشته است.

در کنار رشد کمی، ارتقای کیفیت آموزش پزشکی نیز مورد توجه قرار گرفت. در این مدت طرح بومی‌گزینی دانشجو در برخی رشته‌ها، پذیرش دانشجویان ممتاز به مقاطع بالاتر بدون شرکت در آزمون ورودی و راهاندازی تله‌کنفرانس و تله‌مدیسین در دانشگاه‌های علوم پزشکی و آموزش مجازی از راه دور اجرا شده است.

با هدف تعامل و تأثیرگذاری علمی و فرهنگی با سایر کشورهای دنیا و رسیدن به موقعیت مطلوب و مطرح علمی و آموزشی جهانی با استانداردهای بین‌المللی بر اساس سند چشم‌انداز نظام جمهوری اسلامی و به منظور کاهش روند مهاجرت استعدادها، جوان به خارج از کشور و مشکلات موجود فرهنگی در کشورهای دیگر طی این مدت، ۱۲ شعبه بین‌الملل دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور راهاندازی شد. در حال حاضر تعداد ۱۶۰۰ دانشجو در این شعب مشغول به تحصیل هستند که ۸۸٪ آن‌ها در مقطع دکترای حرفه‌ای و *PhD* مشغول تحصیلند.

به دنبال تصمیم قاطع مقام محترم وزارت مبنی بر ابطال آزمون دستیاری سال ۸۸، تمهیدات بسیاری برای افزایش ضریب ایمنی برگزاری آزمون‌ها فراهم شد که از جمله می‌توان به: تکمیل و ارتقای تجهیزات و ابزارهای کنترل‌کننده مانند دوربین و ارتقای نرم‌افزار و سخت‌افزارهای امنیتی، افزایش تعداد ناظرین آزمون‌ها، تغییر در تعیین شماره‌های داوطلبی و غیره اشاره کرد.

با هدف ارتقای سطح کیفی آموزش علوم پزشکی و توجه به امر پژوهش در علوم پزشکی «کتابخانه دیجیتال علوم پزشکی» با امکانات و کاربری‌های فراوان راه‌اندازی شد. در این کتابخانه دسترسی یکسان به بیش از ۵۰۰۰ نشریه معتبر پزشکی، ۱۵۰ عنوان کتاب مرجع علوم پزشکی، ۲۰ میلیون خلاصه مقالات علمی و ... فراهم شده است.

تحقیقات پزشکی

افزایش رتبه ایران در تولید علم در بخش علوم پزشکی از ۳۷ در سال ۲۰۰۹ به ۳۲ در سال ۲۰۱۱، افزایش تعداد مراکز تحقیقاتی علوم پزشکی مصوب از ۲۲۲ مرکز در سال ۸۷ به ۳۶۷ مرکز در سال ۱۳۹۰، افزایش تعداد مقالات ایندکس شده علوم پزشکی در *ISI* از ۳۸۰۶ مقاله در سال ۱۳۸۸ به ۴۳۱۷ مقاله در پایان سال ۱۳۸۹ و توسعه کمی و کیفی مراکز رشد علوم پزشکی کشور به ۲۶ مرکز در سال ۸۹ از جمله فعالیت‌های کمی در زمینه تحقیقات پزشکی در طی دولت دهم است.

تدوین نقشه جامع علمی نشریات علوم پزشکی، مصوب کردن ۲۸ نشریه علمی - پژوهشی جدید در حیطه علوم پزشکی، اعطای موافقت اصولی به ۴۶ نشریه و نمایه شدن بیش از ۲۷ نشریه علمی - پژوهشی در پایگاه اطلاعاتی *Scopus*، از جمله اقدامات دو ساله در زمینه نشریات علوم پزشکی است.

هم‌زمان با توجه به کیفیت آموزش پزشکی فعالیت‌های نسبتاً مطلوبی در زمینه تحقیقات و فناوری پزشکی نیز صورت گرفته است. تعداد مراکز تحقیقات پزشکی حدود ۲ برابر شده و به ۲۲۰ مرکز رسیده است.

تعداد شبکه‌های تحقیقات پزشکی با رشد ۴۰ درصد به ۱۱ شبکه تحقیقاتی گسترش یافت. همچنین تعداد پایگاه‌های عرضه اطلاعات پزشکی از ۳۰ پایگاه به حدود ۵۰ پایگاه افزایش یافته است.

مقالات علمی پزشکی با رشد ۷۴ درصد از ۴۶۷۲ مقاله در سال ۸۴ به ۸۱۱۰ مقاله و طرح‌های مصوب پژوهشی در این زمینه نیز با رشد ۲۲/۵ درصدی به ۶۸۱۶ طرح رسیده است. همچنین تعداد پایگاه‌های تحقیقات بالینی از ۱۹ پایگاه به ۲۳ پایگاه افزایش یافت. با جذب ۱۰۲۰ نفر عضو هیأت علمی و ۱۸۰۰ پژوهشگر، به ترتیب تعداد اعضای هیأت علمی و پژوهشگران دانشگاه‌های علوم پزشکی به ۱۱۳۲۵ و ۱۱۰۰۰ نفر رسیده است. مجلات علمی - پژوهشی علوم پزشکی نیز با حدود ۳۸ درصد رشد از ۱۰۳ مجله در سال ۸۴ به بیش از ۱۵۰ مجله افزایش یافته است.

با مجموع فعالیت‌های پژوهشی صورت گرفته، رتبه ایران در بین سایر کشورها در تولید مقالات علوم پزشکی با ۸ رتبه صعود از رتبه ۳۱ به ۲۳ صعود کرده است. همچنین طبق نتایج ارزشیابی پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، روند مقالات ایرانی نمایه شده در کل مجلات معتبر بین‌المللی حدود ۲ برابر شده و به ۷۱۵۷ مقاله رسیده است.

اجرای برنامه سامانه ملی پژوهش در سلامت، راه‌اندازی برنامه شبکه اطلاع‌رسانی، اجرای برنامه ارزشیابی نشریات علوم پزشکی کشور، طراحی و ایجاد نرم‌افزار اشتراک منابع کتابخانه‌ای، راه‌اندازی سامانه ملی زیست پزشکی و سلامت از جمله دیگر فعالیت‌های تحقیقات و فناوری در طی ۶ سال گذشته است.

ارتقاء و توسعه برنامه جامع الکترونیک واحد تألیف و ترجمه کتب پزشکی در سال ۸۹ که در این خصوص اقداماتی از قبیل؛ ارتباط با مؤلفین و مترجمین، راه‌اندازی سایت، تألیف و ترجمه و تهیه بانک اطلاعاتی آن، جستجو در بانک اطلاعاتی سایت و ثبت کتب جدید برای ترجمه ایجاد شده است.

دانشجویی - فرهنگی

در طی این مدت بیش از ۶۰ هزار متر مربع خوابگاه‌های دانشجویی علوم پزشکی با ظرفیت هزار نفر بهره‌برداری شد و ظرفیت خوابگاه‌های علوم پزشکی با ۳۰ درصد افزایش به تعداد ۳۳۵ خوابگاه و ظرفیتی معادل ۵۰ هزار نفر افزایش یافت.

در طی این مدت بیش از ۳۶ سالن ورزشی، ۶ استخر شنا و بیش از ۱۸ زمین چمن فوتسال احداث شده و سرانه فضای ورزشی دانشجویی به‌طور متوسط ۱/۵ برابر شده است. همچنین کانون‌های ورزشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ایجاد و تجهیز شدند که نقش مهمی در توسعه ورزش داشته‌اند.

تشکیل شورای سیاست‌گذاری تربیت بدنی و طب ورزش، افزایش سرانه فضای ورزشی از ۰/۴ مترمربع به ۰/۸۵ متر مربع، افزایش دانشجویان تحت پوشش ورزش همگانی از ۱۵٪ به ۲۵٪، افزایش دانشجویان تحت پوشش ورزش قهرمانی از ۵٪ به ۸٪ و تخصیص اعتباری بالغ به ۲۰ میلیارد ریال برای خرید وسایل و تجهیزات ورزشی به منظور توسعه همگانی به ویژه ورزش خوابگاهی دانشگاه‌ها از فعالیت‌هایی است که در زمینه توسعه ورزش صورت گرفته است.

در طی چهار سال دولت نهم به میزان ۶۸۲ میلیارد ریال انواع وام به دانشجویان علوم پزشکی اختصاص یافت، که به‌طور متوسط معادل ۱۷۰ میلیارد ریال در سال بوده است. در مقایسه سال ۸۴ و ۸۷، پرداخت انواع وام با رشد ۶۸٪، از ۱۲۱ میلیارد ریال به ۲۰۳ میلیارد ریال رسیده است. در ابتدای دولت دهم نیز سرانه وام‌های دانشجویی بین ۲۵ تا ۶۰ درصد افزایش داده شد.

در طی این مدت سرانه وام‌های تحصیلی، وام مسکن و ودیعه مسکن افزایش یافته به‌طوری که سرانه وام تحصیلی مجردی ۲ برابر، سرانه وام تحصیلی متأهلی ۸۰٪، سرانه وام مسکن مجردی ۵۰٪، سرانه وام مسکن متأهلی ۲۰٪، ودیعه مسکن عادی در تهران ۲ برابر، در شش شهر بزرگ ۸۰٪ و در سایر شهرها ۵۶٪ و ودیعه مسکن تکمیلی نیز بیش از ۲ برابر رشد داشته است.

توسعه مدیریت و منابع

تدوین سند توسعه منابع انسانی بخش سلامت در دولت دهم به منظور تأمین و توزیع عادلانه نیروی انسانی مورد نیاز که در این خصوص نسبت به تشکیل دبیرخانه مربوطه، تنظیم سیاستنامه و تحلیل اسناد بالا دستی و مطالعه چالش‌های نظام مدیریت منابع انسانی بخش سلامت و ... اقدام شد.

بازطراحی ساختار ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان یک سازوکار پایه‌ای برای پاسخ‌دهی سریع، پویا و کارآمد به مطالبات رو به افزایش ذی‌نفعان و تدوین پیش‌نویس شرح وظایف تمام واحدهای ستاد مرکزی پیرو نمودار مصوب جدید. استقرار نظام برنامه‌ریزی عملیاتی که در این خصوص اقداماتی هم‌چون؛ تشکیل تیم برنامه‌ریزی عملیاتی، بررسی نتایج و الگوی اجرایی فرآیند و فرم‌های برنامه سال گذشته، تدوین و اولویت‌بندی استراتژی‌ها و تطبیق با اسناد بالادستی، تدوین اولویت‌بندی اهداف

عملیاتی سالیانه، تدوین و نهایی کردن بسته برنامه عملیاتی و پایش و ارزیابی عملکرد برنامه صورت گرفته است.

اجرای طرح استقرار نظام ارزیابی عملکرد جامع دانشگاه‌های علوم پزشکی که در این راستا اقداماتی هم‌چون؛ مرور متون و تحلیل الگوهای ارزیابی عملکرد و انتخاب الگوی مناسب برای ارزیابی جامع دانشگاه‌های علوم پزشکی، تدوین شاخص‌ها و معیارهای ارزیابی بر اساس مدل منتخب و خودارزیابی دانشگاه‌ها و نهایتاً تدوین گزارش صورت گرفت. طراحی و برنامه‌ریزی برای راه‌اندازی خانه مدیران سلامت کشور، طراحی نظام مدیریت فرایندهای سازمانی، طراحی سیستم مکانیزه مدیریت اسناد و آرشیو معاونت توسعه مدیریت و منابع، طراحی نظام جامع مدیریت مدیران در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طراحی پایگاه اطلاعات مدیریت پروژه‌های کشوری منابع فیزیکی و طراحی پورتال آموزش کارکنان از جمله برنامه‌های مهمی است که در سال ۸۹ تلاش‌های عمده‌ای برای اجرای آن‌ها انجام شده است.

در راستای اجرای قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت، نسبت به تدوین آیین‌نامه و دستورعمل قانون، برآورد نیروی انسانی و برآورد مالی ناشی از اجرای این قانون اقدام شد.

§ تنها در طی چهار سال دولت نهم، ۵۹۴۸ فقره وام با اعتبار ۸۷.۲ میلیارد ریال، ۵۸۰ فقره کمک هزینه ازدواج به میزان ۲ میلیارد ریال و ۲۶۴ فقره کمک هزینه فوت به میزان ۹۱۴ میلیون ریال به کارکنان ستاد مرکزی وزارت متبوع پرداخت شده است. علاوه بر این، ۲۲۰۰ فقره کمک هزینه تشویق فرزندان دانش‌آموز و دانشجوی کارکنان به میزان ۵۹۸ میلیون ریال در طی این مدت پرداخت شده است.

§ اجرای طرح بیمه تکمیلی درمان برای ۲۶۸۸ نفر از کارکنان و افراد تحت تکفل آنان، انعقاد قرارداد بیمه عمر و حوادث برای ۴۰۰۰ نفر از کارکنان و بازنشستگان به مبلغ ۲۰ میلیون ریال، برقراری بیمه شخص ثالث و بدنه خودروی در اختیار برای ۵۴ نفر و همچنین انعقاد قرارداد با بیمه پارسیان برای بیمه شخص ثالث و بدنه خودروهای کارکنان در سال اول دولت دهم انجام شد.

§ در حوزه مدیریت منابع انسانی اقدامات مهمی از جمله: افزایش فوق‌العاده سختی شرایط محیط کار، حذف سقف نوبت کاری، اجرای طرح ارتقای شغلی پرستاران و مشاغل بهداشتی درمانی و اصلاح پرداخت فوق‌العاده ویژه به پرستاران، حذف سقف ۶۵ درصد طرح مسیر ارتقای شغلی کارشناسان، مدیران و مشاوران، پرداخت فوق‌العاده ویژه به

پزشکان بهره‌مند از حق محرومیت از مطب، پرداخت فوق‌العاده ویژه به مشاغل هم‌سطح کارشناسی، مشارکت در تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی قانون مدیریت خدمات کشوری به ویژه آیین‌نامه اجرایی فصل دهم قانون انجام شده است. همچنین دستورالعمل نحوه استخدام نیروی انسانی، انعقاد قرارداد نیروهای موقت، انعقاد قرارداد پزشکان خانواده، آموزش کارکنان، داوطلبین آزمون بهورزی، ماموریت‌های آموزشی تهیه و تنظیم شده است.

دولت یازدهم

اقتصاد سلامت

رشد اقتصادی همواره به‌عنوان یکی از آرمان‌های اساسی دولت‌ها و شاخصی برای ارزیابی عملکرد آن‌ها مطرح بوده است. دستیابی به رشد اقتصادی، بیش از هر چیز در گرو شناخت صحیح مسیرهای بالقوه و عوامل تأثیرگذار بر آن است. اقتصاددانان مصارف بخش سلامت را نه به‌عنوان هزینه بلکه به‌عنوان سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی می‌دانند چرا که هر نوع هزینه در سلامت و درمان باعث ارتقای سطح ذخیره سلامتی افراد و برگشت دوباره آنها به چرخه کار و تولید و در نهایت سبب رشد اقتصادی و رفاه بیشتری برای جامعه می‌شود و ارتباط مستقیمی بین سرمایه‌گذاری فزاینده دولت‌ها در نظام بهداشتی و افزایش امید به زندگی و کاهش مرگ و میر کودکان وجود دارد.

بازار سلامت معادلات بسیار پیچیده‌ای دارد نکاتی چون ایجاد تعادل در منابع و مصارف حوزه سلامت، کاهش پرداختی‌های مردم، اصلاح نظام پرداخت و تعرفه‌گذاری خدمات بهداشتی و ایجاد بازار رقابتی و تغییرات در هر یک از مؤلفه‌های مؤثر بر آن می‌تواند سایر بخش‌ها را به انحای مختلف و بعضاً غیر قابل پیش‌بینی متأثر کند نگاهی ساده‌انگارانه به آن جان مردم را به خطر می‌اندازد.

ورود دکتر داوود دانش‌جعفری، استاد اقتصاد برای ارایه راهکارهای تخصصی کنترل مصارف و خلق منابع جدید در حوزه سلامت را باید به فال نیک گرفت چرا که با کاهش سهم منابع دولتی و تضعیف بیشتر بیمه‌ها، در صورتی که متولیان امر، توان مدیریت بخش سلامت را نداشته باشند بازار سلامت دچار تلاطم و بی‌نظمی می‌شود و مخارج مردم بیش از گذشته افزایش خواهد یافت و وظایف حاکمیتی در بخش سلامت بر زمین خواهند ماند. فعالسازی دبیرخانه شورای عالی سلامت برای تحقق اهداف برنامه و حمایت‌طلبی برای تکالیف بین بخشی تأمین‌کننده سلامت همچنین بازبینی کارکرد شبکه بهداشتی -

درمانی و بازنگری برنامه پزشک خانواده برای ارتقای خدمات بهداشتی با رویکرد تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه از مهم‌ترین اقدامات در این بخش بوده است.

کاهش هزینه‌های درمانی

مهم‌ترین دغدغه مردم در امر درمان بالا بودن هزینه‌ها است. در حالی که در برنامه پنجم توسعه تأکید شده سهم مردم از پرداخت هزینه درمان باید به ۳۰ درصد برسد متأسفانه این سهم هم اکنون حدود ۷۰ درصد است از این رو مطالعه اجرای طرح بیمه همگانی و اقتصاد سلامت با اهداف کاهش دغدغه مردم یکی از اقدامات زیربنایی در این مدت بوده است. همچنین در بخش درمان نیز، برنامه‌ریزی مدونی برای آموزش مدیریتی ۵۵۵ بیمارستان کشور صورت گرفته است. به منظور نظارت و کنترل تعرفه‌های غیر متعارف پزشکی، دبیرخانه‌ای تأسیس شد و برای تأمین پزشک متخصص در مناطق محروم نیز اقدامات مؤثری صورت گرفته است.

تعامل سازنده و همکاری‌های بین بخشی

از آنجا که معضلات حوزه سلامت یک مسئله چند وجهی است حل آنها مشارکت همه دستگاه‌های مرتبط را می‌طلبد؛ لذا تعامل سازنده و جلب مشارکت با مجلس، شهرداری، نظام پزشکی، تأمین اجتماعی، صدا و سیما و سایر سازمان‌ها و انجام سفرهای استانی بخشی از فعالیت‌های مهم صورت گرفته در این صد روز به شمار می‌رود.

نوسازی شبکه بهداشتی و درمانی

در این مدت برنامه نوسازی نظام شبکه بهداشتی و درمانی با رویکرد تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه تدوین شد و همچنین ایجاد زیرساخت‌هایی برای حمایت از طرح پزشک خانواده در دو استان مجری مورد آسیب‌شناسی قرار گرفت. طرح پزشک خانواده، به‌عنوان یک پروژه ملی بهداشت و سلامت، طرحی کامل و راهبردی جهانی است که برای برطرف کردن مشکلات حوزه سلامت تعریف شده تا تبدیل سیستم درمان‌نگر فعلی کشور به یک نظام سلامت‌محور، به عدالت در سلامت منجر شود. اصرار به اجرای الزامات قانونی مندرج در برنامه پنجم توسعه بدون کار کارشناسی و تأمین زیرساخت‌های لازم تنها دور باطلی خواهد بود که بودجه‌های سلامت را خواهد بلعید

لذا اولویت‌بندی در اجرای وظایف قانونی با توجه به واقعیات موجود و پرهیز از شتابزدگی می‌تواند نظام سلامت را به اهداف متعالی خود نزدیک کند.

باید توجه کرد که وقتی بحث سلامت مردم مطرح است و پای سلامت جامعه به میان کشیده می‌شود، شرایط ریسک‌پذیری باید به حداقل برسد و نمی‌توان سلامت جامعه را بازیچه طرح‌های ناپخته همراه با مشکل قرار داد و ابتدا باید بستر مناسب را فراهم کرد و بعد سعی در اجرای آن داشت تا نتایج مورد نظر حاصل شود.

برنامه پزشک خانواده نیاز به بازنگری مفاهیم پایه دارد و ضروری است با یک نگاه علمی مورد واکاوی و تحلیل آسیب‌شناسانه قرار بگیرد و ابتدا زیرساخت‌های متناسب با این طرح تأمین شوند و با اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی مردم، اجرای آن کلید بخورد.

کنترل اپیدمی و با افزایش دسترسی به خدمات فوریت‌های مامایی و زایمان و اطلاع‌رسانی رویدادهای ملی بهداشتی چون هفته دیابت نیز طی یکصد روز گذشته به نحو مقتضی انجام شد.

ارتقای کیفی و ایمنی مواد غذایی

به منظور کاهش موازی کاری در نظارت بر مواد بهداشتی و خوراکی تفاهم‌نامه‌هایی با مؤسسه استاندارد، سازمان دامپزشکی و انجمن صنایع فرآورده‌های لبنی منعقد شد و در ستورالعمل جدیدی نیز در خصوص فرآورده‌های گوشتی به سازمان دامپزشکی ابلاغ شد.

کاهش قیمت برخی تجهیزات پزشکی پرمصرف

با صدور مجوز واردات با قیمت پایه پایین‌تر به واردکنندگان استنت‌های قلبی شاهد کاهش ۵۰ درصدی قیمت این محصول که در طیف وسیعی از جامعه مورد استفاده دارد را شاهد بودیم.

گام‌های برای دانشجویان علوم پزشکی

در حوزه آموزشی، در راستای نظام‌مند کردن فعالیت‌های ارزشیابی آموزش پزشکی، راه‌اندازی سامانه جامع معاونت آموزشی، همچنین تدوین سیاست‌های کلی آموزش پزشکی کشور اقدامات عملی مناسبی صورت گرفته است. در بخش تحقیقات و فن‌آوری نیز با پرداخت بدهی این وزارتخانه، امکان برقرار مجدد دسترسی به منابع الکترونیک پزشکی برای دانشگاه‌ها مهیا شد و از نخبگان و مراکز تحقیقاتی برتر نیز حمایت مالی به عمل آمد.

در بخش دانشجویی نیز آیین‌نامه تغذیه و خوابگاه‌های دانشجویان نهایی و ابلاغ شد و ۲۷ و نیم درصد از متقاضیان وام دانشجویی در این صد روز، تسهیلات پرداخت گردید.

تدوین راه نقشه

به منظور ساماندهی تأمین نیروی انسانی حوزه بهداشت و درمان، نقشه راهی تعریف و تعیین شد و مستندات لازم نیز برای طرح تحول در نحوه ارائه خدمات سلامت در دولت یازدهم نیز تهیه گردید. همچنین بودجه پیشنهادی سال ۹۳ نیز بر اساس روش بودجه‌ریزی افزایشی و بر مبنای صفر و پیگیری اقدامات در خصوص اصلاحیه بودجه ۹۲ و برآورد کسری اعتبارات و تخصیص و توزیع به موقع آن تدوین شد.

سلامت در آیین مجلس

تمام طرح‌ها و لوایح مرتبط با حوزه سلامت بررسی، نظرسنجی و کارشناسی شد و در تصویب طرح‌ها و لوایح مرتبط، به کمیسیون‌های ذیربط انعکاس داده شد همچنین در خصوص پیش‌نویس بخش نامه‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی نیز اظهارنظر و مشارکت فعال صورت گرفت.

بازنگری طب سنتی

سند توسعه طب سنتی ایرانی - اسلامی بازنگری شد و کمیته‌های تخصصی طب مکمل برای تدوین آیین‌نامه‌ها تشکیل شد و دارونامه‌های گیاهی برای بیماری‌های شایع جهت جایگزینی داروهای پرمصرف در طب رایج، تدوین گردید.

امور پرستاری

اقدامات کوتاه مدتی در خصوص برطرف نمودن کمبود پرستار صورت گرفت و آیین‌نامه‌هایی نیز برای کار نیمه وقت پرستاران تدوین شد. همچنین آیین‌نامه صدور پروانه صلاحیت حرفه‌ای پرستاران با همکاری سازمان نظام پرستاری و معاونت درمان تدوین و هماهنگی لازم جهت فراهم کردن شرایط صدور پروانه نیز صورت پذیرفت.

اطلاع‌رسانی

در حوزه روابط عمومی، به منظور تمرکز در اطلاع‌رسانی و تمرکززدایی در پاسخگویی، در خصوص ساماندهی وبسایت‌های سازمانی و تجمیع آن‌ها، طراحی سایت اختصاصی و جامع ارتقای فرهنگ سلامت و ساماندهی نظام پاسخگویی اقدامات مؤثری صورت گرفت. بهره‌گیری از ظرفیت رسانه ملی و تقویت ارتباط با رسانه‌های مکتوب نیز از دیگر اقدامات انجام شده در این حوزه است. در طی این مدت بیش از ۱۰۰۰ خبر تولید و منتشر شد، یک شماره نشریه سلام همکار منتشر و ده‌ها خبر منتشر شده در رسانه‌ها پیگیری و برای استحضار مدیران و پاسخگویی آنان ارسال شد.

فعالیت‌های بین‌المللی

انجام مقدمات میزبانی مدیر منطقه مدیترانه شرقی و تقویت مناسبات و همکاری‌ها با کشورهای عضو گروه پنج و شرکت در اجلاس وزرای بهداشت کشورهای عضو منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت در عمان، تشکیل شورای همکاری‌های بین‌المللی و نظارت بر سفرهای خارجی کارکنان وزارت متبوع، بازنگری در دستورالعمل‌های مأموریت‌های خارج از کشور کارکنان وزارت متبوع به منظور اصلاح روند مأموریت‌های خارج از کشور و برنامه‌ریزی برای تقویت همکاری با سازمان‌های منطقه‌ای و بین‌المللی در زمینه تأمین مالی نظام سلامت.

فن‌آوری اطلاعات در نظام سلامت

مرکز ملی داده‌های سلامت با پردازش ظرفیت بالای اطلاعات سلامت راه‌اندازی و ۱۲۰۰ مرکز بهداشتی درمانی جدید به شبکه ملی سلامت متصل شد؛ همچنین بیش از ۲۰۰ هزار پرونده الکترونیک در حوزه بستری تشکیل و پورتال دارویی برای پوشش فرآیندهای زنجیره‌ای تأمین، توزیع و رهگیری دارو در کشور طراحی شد. در همین راستا به منظور واگذاری خدمات الکترونیکی به دفاتر پیشخوان دولت تفاهم‌نامه‌ای منعقد شد.

انتقال خون

سازمان انتقال خون با چالش‌های متعددی از جمله بحران مالی، پشتیبانی، پرسنلی، کاهش اهدای خون، کاهش ذخیره خون و فقدان برنامه راهبردی در همه سطوح مواجه بود که در خصوص مشکلات مالی جداول قراردادهای پشتیبانی تدوین و پس از پایدارسازی

قراردادهای معوق نسبت به اکتیاع آنها اقدام شد. این در شرایطی بود که تعدادی از قراردادهای که طی سنوات گذشته منعقد شده بود، بدون تأمین اعتبار لازم انجام پذیرفته و به سبب عدم توانایی پرداخت آنها از یک سو و افزایش قیمت‌های حاصله از بابت نرخ کالا و مابه‌التفاوت نرخ ارز و عدم تخصیص کامل بودجه از سوی دیگر، بلا تکلیف مانده و سبب اتمام موجودی کالاهای استراتژیک شده بود که در اقدام اصلاحی، قراردادهای تفکیک و اولویت‌بندی شده و بنا به نیازها، اکتیاع کیت آزمایشگاهی، کیسه و ملزومات مرتبط طی جداولی تنظیم و در حال اجرا می‌باشند.

فهرست منابع:

- احمدی، امیر؛ غلامرضا مجردی و محمد بادسار (۱۳۹۶). بررسی اثر طرح تحول نظام سلامت و برنامه پزشکی خانواده بر بعد سلامت کیفیت زندگی خانوارهای روستایی شهرستان ارومیه، یازدهمین کنگره ملی پیشگامان پیشرفت، تهران، مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت.
- اخگر پیروغیبی، ا. (۱۳۹۴). ارزیابی بسته کاهش هزینه پرداختی بیماران بستری مربوط به طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه، کنفرانس بین‌المللی مدیریت، اقتصاد و مهندسی صنایع، تهران، مؤسسه مدیران ایده‌پرداز پایتخت ویرا.
- آذری، ج. (۱۳۹۳). تأثیر نوآوری در ایجاد مدل‌های کسب و کارهای جدید در نظام سلامت، کنفرانس ملی رویکردهای نوین در مدیریت کسب و کار، تبریز، دانشگاه تبریز و سازمان مدیریت صنعتی.
- امین‌الرعایایی، م؛ شهشهانی، س. ح. (۱۳۹۴). بررسی مقایسه‌ای رضایت‌مندی بیماران و کادر درمانی در پژوهش‌های انجام شده پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت، اولین همایش بین‌المللی حسابداری، حسابرسی مدیریت و اقتصاد، اصفهان، دبیرخانه همایش.
- جوادیان، لیلا و رضا حسن‌زاده (۱۳۹۶). شناسایی و اولویت‌بندی موانع جهت اجرای بهینه طرح تحول سلامت (مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران)، دهمین کنفرانس بین‌المللی حسابداری و مدیریت و هفتمین کنفرانس کارآفرینی و نوآوری‌های باز، تهران، شرکت همایشگران مهر اشراق.
- خیری، ف. (۱۳۹۳). نحوه اجرای برنامه‌های شش‌گانه طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه کارشناسان نظارت بر درمان، همایش ملی نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت، تهران، ۱۵ و ۱۶ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳.
- دلاوری، عبدالرضا؛ عامریون، احمد؛ تیمورزاده، احسان؛ صمدی‌نیا، حسین، عبدی، مناف (۱۳۸۷). "بررسی تطبیقی برنامه مقابله با بحران در بیمارستان‌های مرزی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران"، مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران،

چکیده مقالات اولین همایش سراسری دوسالانه طب پیشگیری و بهداشت دریایی بر روی شناورهای سطحی و زیر سطحی.

دهقانی، ف؛ عبدی، م؛ پولادی هروی، ح؛ مهري ليقوانی، م. (۱۳۹۵). تحلیلی بر جایگاه طرح تحول نظام سلامت در ایران و سایر کشورها، کنفرانس بین‌المللی مدیریت و اقتصاد پویا ایران - مالزی، مالزی - جزیره پنانگ دانشگاه USM، مرکز توسعه آموزش‌های نوین ایران (متانا).

رفیعی محمد؛ آیت‌اللهی، سید محمدتقی و بهبودیان، جواد (۱۳۸۷). "مدل‌بندی درصد اشغال تخت‌های بیمارستانی شهر شیراز"، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین: دوره ۱۲، شماره ۲، پیاپی ۴۷.

رفیعی نافچی، منیژه؛ دریس، فاطمه؛ میرزائیان، راضیه (۱۳۹۲). "بررسی و مقایسه شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد"، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره ۱۵، ویژه‌نامه تکمیلی ۱۳۹۲.

زارعی، پریسا (۱۳۹۶). بررسی مطالعه تعیین میزان رضایت‌مندی بیماران از طرح تحول سلامت در بیمارستان امام رضا (ع) کرمانشاه، دومین کنفرانس بین‌المللی مدیریت و حسابداری، تهران، مؤسسه آموزش عالی صالحان.

شرافتی، مهسا و محمدجواد حضوری (۱۳۹۶). ارزیابی کارت امتیازی متوازن در بیمارستان‌های ساوه با رویکرد طرح تحول سلامت، سومین کنفرانس بین‌المللی تکنیک‌های مدیریت و حسابداری، تهران، شرکت همایشگران مهر اشراق.

شریفی، م. (۱۳۹۴). بررسی عوامل مؤثر مدیریت منابع انسانی بر بهبود و ارتقای کارایی کارکنان در اجرای طرح سلامت مورد مطالعه بیمارستان بقیه‌الله اعظم علی‌آباد کتول، اولین همایش ملی اقتصاد، مدیریت و علوم انسانی با رویکرد دانش کاربردی، تهران، مؤسسه علمی صنعتی مبتکران بازار آسیا.

طالب شهرستانی، سید محمد امین (۱۳۷۹). بررسی و ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های کشور در زمینه شاخص‌های ضریب اشغال تخت، متوسط اقامت و چرخش اشغال تخت.

غلامحسینی، لیلا؛ صادقی، مجتبی؛ محرابی، ناهید (۱۳۸۹). بررسی مقایسه‌ای عملکرد واحد آمار بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ارتش بر اساس

استانداردهای مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پیراپزشکی، مدیر گروه فناوری اطلاعات سلامت، دوره ۸، شماره ۱. مهدوی، ق. (۱۳۷۹). مجموعه مقالات سالمندی، جلد دوم، تهران، گروه بانوان نیکوکار.

مهدیان، س. جهانگرد. م. (۱۳۹۴). چالش‌های اجرای طرح تحول سلامت در سه بازده زمانی مختلف و ارائه راهکارهای موجود، همایش تحول پایدار در نظام سلامت. میرزایی، م. (۱۳۹۰). "انتقال مرگ و میر، اختلال در سلامتی و برنامه‌ریزی بهداشتی"، نامه علوم اجتماعی، شماره ۱۸.

نورش، فاطمه؛ بهنام طالبی؛ علیرضا یعقوبی گلوردی و نسیم صراطی نوری (۱۳۹۶). مقایسه رضایت کادر درمانی، اداری، بیماران و همراه از طرح تحول نظام سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۴، سومین کنفرانس بین‌المللی نقد و واکاوی مدیریت در هزاره سوم، مشهد، مؤسسه علمی فرهنگی آپادانا با همکاری مراکز علمی دانشگاهی.

ولی‌پور خطیر، م. قاسم‌نیا، ن. (۱۳۹۳). معرفی الگویی برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها در تحقق چشم‌انداز نظام سلامت، کنفرانس بین‌المللی مدیریت در قرن ۲۱، تهران، مؤسسه مدیران ایده‌پرداز پایتخت ویرا.

Abbasi-Shavazi, M. J. McDonald, P. Hossein Chavoshi, M. (2009). *The Fertility Transition in Iran*, Springer Press. (Persian).

Abedi H., Darougheha Sh., Naji A., Manani R. (2012). "Assessment of nursing student's professionalization before and after practices", *Nationalpark-Forschung In Der Schweiz (Switzerland Research Park Journal)*. 44 (1): p 230-237. (Persian).

Abedi H., Lali, M., Keyvanniya, Sh. Nikbakht, A. (2014). "A study of elderly life experiences as potential conditions for reducing risk factors of chronic diseases", *Jundishapur Journal of chronic Disease Care*; 3 (2), p. 54-64.

Abedi, H. A., Mostafavidarani, F., & Haliza MR., (2010). "The elderly perception and views on their health-Facilitating and

inhibiting factors in elderly health care in Iran: a qualitative study”, *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5: pp. 2222–2226. (Persian).

Agronin M.E. (2004). *Practical Guide in Psychiatry* 1 st edition. Philadelphia: Lippincott Co.

Ameriyoun A., Delavari A. (2008). *Comparative analysis of the crisis plan in Sepah hospitals* [dissertation]. Tehran: Baghiyatallah University of Medical Sciences. (Persian).

Andersen CK, Jensen KU, Lolk A. (2004). “Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia”, *Health and quality of life outcomes* (2): 52.

Bloom, David, David Canning and Jaypee Sevilla (2002). *The Demographic Dividend, A New Perspective on The Economic Consequences of Population Change*. Population Matters.

Erhan, B., Nuket, O. Buken, B. Buken (2004). *Bstetric and gynecology malpractice in turkey: incidence, impact, causes and prevention*, 25 august 2004, *journal of clinical forensic medicine*, available online at www.sciencedirect.com

Esmaeili T. (2001). *Indicators of hospital training centers to treat the patients and comparison with standard Ministry of Health and Medical Education*. Tehran: Iran University of Medical Sciences Publication. (Persian).

Gavrilov, Leonid A. and Patrick Heuveline (2003). *Aging of Population*. In *Encyclopedia of Population*. Edited by Paul Demeny and Geoffrey McNicoll. Thamson Press. Macmillian Reference USA.

Guillaume S., Joumier V., Darmon N. (2012). “Detection of activities of daily living impairment in Alzheimers disease and mild cognitive impairment using information and communication technology”, *Clinical Interventions in Aging*, (7): 539-549.

Inagawa T., Hamagishi T., Takaso Y. (2013). *Decreased Activity of daily living produced by the combination of*

Alzheimer's disease and lower limb fracture in elderly requiring nursing care environ health prev med. 18:16-23.

Karami M. (2010). Relationship between degrees of performance indicators in hospitals with teaching hospitals in Kashan. *J Sch Nurs*, 8:40-5. (Persian).

Karimi; Ashktorab; Mohammadi; & Abedi, H. (2014). "Using the Hidden Curriculum to Teach Professionalism in Nursing Students", *Iran Red Crescent Med J*, 16(3), 1-7.

Kim K., HA E. (2013). "Factors that influence activities of daily living in the elderly with probable dementia", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

Mehryar, A. H., and R. Gholipour. (1995). "Provincial Differences in Fertility in Iran: 1976-1991", Institute for Research on Planning and Development, Tehran.

Mehryar, A. H., M. Tabibian, and R. Gholipour. (1999). *Correlates and Determinants of Fertility Decline in Iran, 1986-1996: A District Level Analysis*, Institute for Research on Planning and Development, Tehran.

Ministry of Health and Medical Education. *Standard guidelines and criteria of evaluation of public hospitals in the country*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education Publication; 2007. (Persian).

Mirzaie, M. (2004). "Swing in fertility limitation in Iran", *Journal of Social Science [Nameh-ye Olum-e Ejtemai]*, No. 22, Tehran, University of Tehran, pp. 1-15.

Mirzaie, M. (2005). "Swings in fertility limitation in Iran", *Critique: Critical Middle Eastern Studies*, Vol. 14, No. 1: 25-33.

Moghadasi H. *Statistical indicators and their usage in hospitals*. 1st ed. Tehran: Jafari pub; 2010.

Mostafavidarani, F., Haliza MR., Abedi, HA., Ahmad, Sh., & Latiffah L., (2010). "How Iranian Families Response to the Conditions Affecting Elderly Primary Health Care", *Research Journal of Biological Sciences*, 5 (6): 420-429. URL: <http://medwelljournals.com/abstract/?doi=rjbsci.2010.420.429>.

Noroozian M., Poormand Z., Farzad V. A., Hadjati Gh., Baghdasariyans A. (2013). "Evaluation of Psychometric Aspects of Cleveland Scale of Activity Daily Living in the Diagnosis of Dementia in Iran", *Iranian J Pub Health*, Vol 42, No4, pp 417-421

Paydarfar, A., and R. Moeini (1995). "Modernization Process and Fertility Change in Pre and Post Islamic Revolution of Iran", *Population Research and Policy review*, 14. PP. 71-90.

Population Reference Bureau (2006). *The 2006 World Population Data Sheet*.

Population Reference Bureaus (2006). *World population data sheet, demographic data and the Estimates for the Countries and Regions on the World*.

Population Reference Bureaus. (2008). *World population data sheet, demographic data and the Estimates for the Countries and Regions on the World*.

Rafiei M. (2008). "Bed occupancy rate modeling in Shiraz hospitals", *Qazvin Univ Med Sci J.*; 12(2):56-62. (Persian).

Sadeghi, N., M., Izadi M., Ranjbar R. (2011). "Comparsion of performance indicators in one of hospitals of Tehran with national standards", *Iran J Mil Med*. 2011; 4(12): 223-28. (Persian).

Sedghiyani, E. (2005). *Evaluation of health care and hospital standards*. Tehran: Moein Publication. (Persian).

Swanson, David and Jacobs Siegel (2004). *The Method and Materials of Demography*, Second Edition, Elsevier Academic press.

United Nations (2004). *World population to 2300*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.

United Nations (2004_a). *World fertility report: 2003*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.

Vale RG, Oliveira RD, Pernambuco CS, Meneses YP, Novaes JS, Andrade Ade F. (2009). "Effects of muscle strength and aerobic training on basalserum levels of IGF1 and cortisol in elderly women", *Arch Gerontol Geriatr*; 49:343-347.

Weeks, J. R. (2002). Population: an introduction to concepts and issues, 8th Edition, USA, Wadworth.

Wilson, C. (2001). On the scale of global demographic convergence, 1950-2000, Population and development Review, 27(1): 155-17

Yousefi F. (2004). "The study of factors on mean duration of bed in Nour and AliasgharHospitals. Isfahan", Isfahan University of Medical Sciences; 10(2): 23-27.

Sociological Analysis of the Discourses of the Health Transformation System in the Tenth and Eleventh Governments

Mehrdad Sharifi¹, Ahmadali Hesabi (Ph.D)²
Nabiallah Ider (Ph.D)³

DOI: 10.22055/QJSD.2022.35545.2329

Abstract:

The purpose of this study is to examine the discourses of the health transformation system in the tenth and eleventh governments. Therefore, the following questions were examined: 1) what discourses have been dominant in the health system in post-revolutionary governments? What signs were emphasized in the comparative study of the health system and its evolution process in Iran after the revolution? What minutes of discourse has the health system emphasized in the ninth and tenth governments, which has been the emphasis of this government and has created a new approach in the field of health? What is the role of health in the social health process and how is their relationship considered? What has the health system got to do with post-revolutionary political discourses? 6) Since everything is political, what is the relationship between power and its attitude towards the health system? The statistical population of the study was the discourses of the health ministers of the tenth and eleventh governments. The central signifier in the present study has been health discourse and initiatives. The results indicate that the most important signs; the health transformation plan has been constructive interaction and cross-sectoral collaboration, reducing medical costs, modernizing the health care network and providing information.

Key Concepts: *Health Policy, Policy Based on Evidence, Organizational Bureaucratic Model, Health System Transformation Plan*

¹ PhD Student, Department of Political Sociology, Shoushtar Branch, Islamic Azad University, Shoushtar, Iran, m_sharifi1830@yahoo.com

² Assistant Professor, Department of Political Sociology, Shushtar Branch, Islamic Azad University, Shushtar, Iran (Corresponding Author), ahmadali_hesabi@yahoo.com

³ Assistant Professor, Department of Political Sociology, Shushtar Branch, Islamic Azad University, Shushtar, Iran, ider62@yahoo.com

