

به نام خدای دانا و توانا

سومین برنامه راهبردی مرکز بهداشت استان قم

۱۳۹۷-۱۴۰۰

تابستان ۱۳۹۷

مقدمه

دنیای امروز به صورت مداوم دستخوش تغییر و تحولات شگرف در بخش های گوناگون است و همواره محیط پیرامون، با نوسان و عدم اطمینان بسیاری همراه است. سازمان ها برای افزایش بازدهی و رسیدن به بهترین عملکرد باید از نوعی برنامه ریزی بهره گیرند که آینده نگر و محیط گرا باشد به طوری که هم عوامل و تحولات محیطی را شناسایی کند، و هم در یک افق زمانی بلندمدت، تاثیر آنها را بر سازمان و نحوه تعامل سازمان با آنها را مشخص نماید. این نوع برنامه ریزی درواقع همان برنامه ریزی راهبردی (استراتژیک) است که با بررسی محیط خارجی و داخلی، و شناسایی فرصت ها و تهدیدهای محیطی و نقاط قوت و ضعف داخلی، اهداف بلندمدت را برای سازمان تعیین می کند و برای دستیابی به این اهداف، از بین گزینه های راهبردی اقدام به انتخاب استراتژی هایی می کند که با تکیه بر قوتها و رفع ضعف ها، از فرصتهای پیش آمده به نحو شایسته استفاده کرده و از تهدیدها پرهیز کند تا در صورت اجرای صحیح، باعث موفقیت سازمان شود.

به طور کلی از عوامل مهم در ضرورت تدوین برنامه راهبردی می توان به تغییر و تحولات در عرصه فناوری به خصوص فناوری اطلاعات و ارتباطات، تغییرات سیاسی اجتماعی کلان، پیچیدگی روز افزون زندگی اجتماعی، و توسعه ارتباطات اشاره کرد. برنامه ریزی راهبردی می تواند واکنش درست سازمان نسبت به تغییرات را مشخص کند و اهداف روشنی را پیش روی مدیران و مجریان برنامه ها قرار دهد.

اصل این است که مدیریت راهبردی به عنوان یک برنامه تغییر سازمانی که هدف آن تغییر دیدگاه و رفتار مدیریت در سراسر زمان است تلقی شود. بنابراین برنامه ریزی راهبردی صرفا تهیه و تدوین یک «سند» نیست، بلکه فرایند مستمر هدایت حرکت یک سازمان به سمت موقعیت های آینده در قالب استراتژی های موثر تدوین شده است. بنابراین اگر به استراتژی بیندیشیم و استراتژی های موثری را تدوین نماییم:

- جهت گیری آینده را ترسیم می کند.

- اولویت ها را مشخص می سازد.

- تصمیم های امروز را در پرتو پیامدهای آینده آنها اتخاذ می کند.

- عملکرد سازمان بهبود می یابد.

- مسائل سازمانی عمده را حل می کند.

- در زمینه های تحت کنترل سازمان، حداکثر بصیرت را اعمال می کند.

- پایه ای برای همسازی منطقی و قابل دفاع برای تصمیم گیری برقرار می سازد.

در همین راستا معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قم، با این هدف که برنامه ریزی راهبردی بتواند با سیاست گذاری بومی برای ارتقاء سلامت اقدامات اثربخشی را در عرصه سلامت به اجرا در آورد، اقدام به تدوین این برنامه نموده است.

فصل اول

کلیات

نگاهی به اسناد بالا دستی

(۱) سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری

در حال حاضر علاوه بر برنامه های بین المللی؛ منطقه ای و ملی، خوشبختانه کشور جمهوری اسلامی ایران در بخش سلامت دو ابلاغیه از طرف مقام معظم رهبری به عنوان بالاترین نهاد تصمیم گیری و قانون گذاری در کشور جمهوری اسلامی ایران دارد که شامل ابلاغ سیاست های کلی نظام در بخش سلامت و سیاست های کلی جمعیت می باشد.

الف: سیاست های کلی جمعیت:

بند اول: ارتقاء پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری به بیش از سطح جانشینی.

بند دوم: رفع موانع ازدواج، تسهیل و ترویج تشکیل خانواده و افزایش فرزند، کاهش سن ازدواج و حمایت از زوج های جوان و توانمندسازی آنان در تأمین هزینه های زندگی و تربیت نسلی صالح و کارآمد.

بند سوم: اختصاص تسهیلات مناسب به ویژه تسهیلات مناسب برای مادران بویژه در دوران بارداری و شیردهی و پوشش بیمه ای هزینه های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و موسسات حمایتی زیربط.

بند چهارم: تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزشهای عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزندپروری و با تأکید بر آموزش مهارت های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره ای بر مبنای فرهنگ و ارزش های اسلامی ایرانی و توصیه و تقویت نظام.

بند پنجم: ارتقاء امید به زندگی و تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب های اجتماعی به ویژه اعتیاد، سوانح و آلودگی های زیست محیطی و بیماری ها، تأمین اجتماعی و خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی جهت سلامت باروری و فرزندآوری.

بند ششم: فرهنگ سازی برای تکریم و احترام سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش بینی سازوکار لازم برای بهره مندی از تجارب و توانمندی های سالمندان در عرصه های مناسب

بند هفتم: توانمندسازی جمعیت در سن کار، با فرهنگ سازی و اصلاح، تقویت و سازگار کردن نظام های تربیتی و آموزش های عمومی، کارآفرینی و فنی و حرفه ای و تخصصی با توجه به نیازهای جامعه و استعدادها و علائق آنها در جهت ایجاد اشتغال موثر و مولد.

ب: ابلاغ سیاست های کلی سلامت در جمهوری اسلامی ایران است که قسمت هایی از آن مرتبط با فعالیت های حوزه بهداشت و خدمات سطح اول سلامت میشود که شامل:

بند دوم: تحقق رویکرد سلامت همه جانبه برای انسان سالم در همه قوانین، سیاست های اجرایی و مقررات با رعایت اولویت پیشگیری بر درمان، روزآمد نمودن برنامه های بهداشتی درمانی کاهش مخاطرات و آلودگی های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی تهیه پیوست سلامت برای طرح های کلان توسعه ای، ارتقاء شاخص های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی، اصلاح و تکمیل نظام های پایش، نظارت و ارزیابی برای سیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست های کلی، ارتقاء سلامت روانی جامعه باترویج سبک زندگی اسلامی ایرانی، تحکیم بنیان خانواده رفع موانع تنش آفرین در زندگی فردی اجتماعی، ترویج آموزه های اخلاقی و معنوی در جهت ارتقاء شاخص های سلامت روانی.

بند پنجم: سازمان دهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی

بند ششم: تأمین امنیت غذایی و بهره مندی آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه ای و جهانی

بند هفتم: افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت های جامعه و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی و اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح بندی و ارجاع از طریق ترویج تصمیم گیری و اقدام مبتنی بر یافته های متقن و علمی در مراقبت های سلامت، آموزش و خدمات و تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فن آوری های سلامت، استقرار نظام سطح بندی و اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آنها در نظام آموزش علوم پزشکی.

بند یازدهم: افزایش آگاهی، مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختمان فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان های فرهنگی و آموزشی و رسانه ای کشور تحت نظارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲) سیاستهای فرا ملی

آنچه که به عنوان اسناد بالادستی و سیاست های فراملی در طراحی و تدوین این برنامه در نظر گرفته شده عمدتاً توصیه های سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت است که شامل موارد ذیل می باشد:

الف: برنامه MDG یا Millennium Development Goals

یا اهداف توسعه هزاره است که تا سال ۲۰۱۵ به پایان رسیده است. سازمان ملل و سازمان جهانی بهداشت در این اهداف توسعه هزاره شش هدف را مشخص نموده اند که از این ۸ هدف ۳ هدف مرتبط با حوزه سلامت (اهداف اول، سوم و هشتم) و ۴ هدف دقیقاً منطبق با وظایف و رسالت حوزه سلامت در کشور ما می باشند. (هدف چهارم، پنجم، ششم و هفتم). بر اساس گزارش ارائه شده در مجمع عمومی سازمان ملل، خوشبختانه ایران توانسته است تا سال ۲۰۱۵ به اهداف توسعه هزاره برسد.

ب: سند بین المللی اهداف توسعه پایدار یا Sustainable Development Goals (SDG)

در سال ۲۰۱۶ جمهوری اسلامی ایران سند SDG را امضاء کرد. در سازمان ملل برای این اهداف توسعه پایدار ۱۷ هدف برای بهبود وضعیت موجود و ارتقاء وضعیت شاخص های زیست محیطی، سلامت انسانی، نیروی کار، بهره وری، وضعیت اقتصادی دنیا طراحی و تعریف شده است که از این ۱۷ هدف، ۴ هدف جزو اهداف مرتبط با حوزه سلامت بوده و ۴ هدف دقیقاً منطبق با فعالیت هایی است که در حوزه سلامت انجام می شود. در خصوص اهدافی که منطبق با رسالت های سلامت در جمهوری اسلامی ایران در اهداف توسعه پایدار دیده شده است چهار هدف شامل موارد زیر وجود دارد:

۱. هدف اصلی شماره ۲ و زیر هدف شماره ۲: پایان دادن به همه اشکال سوء تغذیه تا سال ۲۰۳۰ و دسترسی به اهداف مورد توافق بین المللی تا سال ۲۰۲۵ در مورد کاهش رشد، رشد قوی نسبت به سن و رشد وزنی نسبت به قد در کودکان زیر ۵ سال و پاسخگویی به نیازهای غذایی دختران نوجوان، زنان باردار، مادران شیرده و افراد سالمند.

۲. هدف اصلی شماره ۳: تضمین دارا بودن زندگی توأم با سلامت و ترویج رفاه برای همه و در همه سنین است.

۳. هدف اصلی شماره ۶: تضمین دسترسی به آب و مدیریت پایدار آب و بهداشت برای همه.

۴. هدف اصلی شماره ۱۶: ترویج جوامع صلح جو و فراگیر برای توسعه پایدار، برقراری امکان دسترسی به عدالت برای همه و ایجاد موسسات موثر، پاسخگو و فراگیر در همه سطوح.

۳) برنامه های ملی

الف: قانون برنامه ششم توسعه

شامل مواد ۷۲-۷۳-۷۴-۷۵ و ۷۶ در بخش مربوط به سلامت و امور اجتماعی.

در بخش چهاردهم این برنامه مواد قانونی در خصوص مباحث مرتبط با سلامت، بیمه، سلامت زنان و خانواده آورده شده است که در آن علاوه بر تأکید بر بسته خدمات سطح یک سلامت و الزام سازمان های بیمه خدمات سلامت به تأمین مالی این بسته خدمات و همچنین خرید این خدمات از دانشگاه های علوم پزشکی، تأکید بسیاری بر امر آموزش، پوشش ارائه خدمات، فرآهمی ارائه خدمات، دسترسی به ارائه خدمات و بازاریابی شده است.

بسته خدمات سطح یک سلامت از طریق وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۳ ابلاغ شد که در طول سال های ۹۴ و ۹۵ مورد بازنگری و بازتعریف گردید و شامل مباحث مرتبط با:

- بیماری های غیرواگیردار (ابلاغ سند ملی پیشگیری و مقابله با بیماری های غیرواگیر)
- پیشگیری و مقابله با سوانح و حوادث با بلایا
- سفیران سلامت و خودمراقبتی
- بازنگری بسته خدمات گروه های سنی شش گانه (که این بازنگری در حال حاضر نیز ادامه دارد) که در این برنامه پوشش صد در صدی برای کلیه آحاد جامعه از هنگام تولد تا مرگ پیش بینی شده است.
- افزایش امکان دسترسی به خدمات سلامت سطح یک: وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی مکلف شده اند با بازنگری در تشکیلات شبکه های بهداشت و درمان سراسر کشور دسترسی آحاد افراد جامعه (به خصوص افرادی که نیاز بیشتری به خدمات سطح یک سلامت دارند) را به این خدمات فراهم کنند.
- فراهمی خدمات: درفضاهای فیزیکی که دسترسی به آنها برای مردم ایجاد شده است امکان ارائه خدمت فراهم، و مردم در مراکز جامع خدمات سلامت، پایگاه های سلامت، خانه های بهداشت و مراکز جامع خدمات سلامت روستایی و شهری- روستایی بسته های خدمات سلامت سطح یک را دریافت کنند.
- بازاریابی (Marketing): شامل اطلاع رسانی به گروه هدف که با حقوق خود و این موضوع که دولت برای سلامت آحاد مردم و اینکه این افراد بتوانند خدمات سلامت سطح یک را در مراکز از قبل تعیین شده، با دسترسی مناسب و امکانات و منابع مورد نیاز دریافت کنند هزینه کرده است، آشنا شوند.

در برنامه ششم توسعه موارد قانونی خاصی در این بخش چهاردهم آورده شده که منحصرأ تکلیف وزارت بهداشت را درخصوص ارائه خدمات سلامت مشخص نموده است.

ماده هفتاد و دو قانون برنامه ششم توسعه:

قسمت الف: بر تولیت نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست گذاری های اجرایی، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی و اعتبار سنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می گردد.

کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی از جمله ارائه کنندگان خدمات سلامت، سازمان ها و شرکت های بیمه پایه و تکمیلی موظفند از خط مشی و سیاست های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح بندی خدمات تبعیت کنند.

این اصلی ترین بند از قانون برنامه ششم توسعه است که کلیه وظایف مرتبط با بخش سلامت (برنامه ریزی، پایش، ارزشیابی، اعتبار سنجی برنامه ریزی های استراتژیک و سیاست گذاری های اجرایی) را بر عهده وزارت بهداشت گذاشته است.

قسمت ت: وزارت بهداشت مکلف شده است که با همکاری وزارت جهاد کشاورزی مقدار مجاز سموم باقی مانده در مواد غذایی و فرآوردها های غذایی و نیز مصرف کود شیمیایی برای محصولات مذکور را مشخص نموده و عرضه محصولاتی که به صورت غیرمجاز از سموم و کودهای شیمیایی استفاده کرده اند را ممنوع کند.

وزارت جهاد کشاورزی نیز موظف است ضمن اطلاع رسانی و فرهنگ سازی و اقدام برای کاهش استفاده از سموم و کودهای شیمیایی امکان دسترسی مردم را به محصولاتی که از سلامت لازم برخوردار هستند فراهم نماید.

همچنین وزارت بهداشت موظف است در سال اول اجرای قانون برنامه، فهرست مواد و فرآورده های غذایی سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب را دارند، برای گروه های سنی مختلف اعلام نماید.

بحث بسیار پیچیده و مهمی است که در بحث امنیت غذا و تغذیه حتما به آن پرداخته خواهد شد. Food safe و Food security درماده نود و سه بخش چهاردهم قانون برنامه ششم توسعه در خصوص پیشگیری و مقابله با مصرف دخانیات در اجرای قانون برنامه تولید و واردات انواع سیگار و محصولات دخانی، مالیات هایی را مصوب کرده است که صد در صد درآمدهای حاصل از این مالیات ها (طبق تبصره بند ط ماده ۷۳ قانون) طی ردیف هایی در بودجه های سنواتی مشخص، در جهت کاهش مصرف دخانیات، پیشگیری و درمان بیماری های ناشی از آن، بازتوانی و درمان عوارض حاصل از مصرف مواد دخانی، و توسعه ورزش (موضوع بند ب ماده ۶۹ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب چهارم اسفندماه ۱۳۹۳) در اختیار وزارتخانه های ورزش و جوانان، آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می گیرد. این بند از قانون برنامه ششم توسعه هم از بندهای قانونی موثر و مفیدی است که تأمین منابع مالی را در خصوص بحث مقابله با بیماری های غیرواگیردار به خصوص بیماری های مرتبط با مصرف مواد دخانی و تنباکو پیش بینی کرده است.

در ماده هفتاد و چهارم قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه: که تقریباً اکثر بندهای آن مرتبط با ارائه خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به آحاد مردم جامعه است و در واقع در خصوص ارائه خدمات سطح یک و دو، نحوه ثبت ضبط اطلاعات پزشکی افراد، نحوه ارائه خدمات، تأمین منابع مالی، نظام ارجاع و شاخص های مرتبط با پدافند غیرعامل زیستی.

بند الف: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال از اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال و با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آنها و محرمانه بودن داده ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام

نماید. همچنین این وزارت خانه مکلف است حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان ساماندهی نماید.

تبصره: کلیه مراکز سلامت و واحدهای ذیربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می باشد. بند الف ماده ۹۴ قانون برنامه ششم توسعه ناظر بر تشکیل پرونده الکترونیک سلامت جهت کلیه افراد و اشخاصی است که در کشور جمهوری اسلامی ایران زندگی می کنند. اینجا بر اجرایی شدن برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای همه افراد جامعه تا پایان سال ۹۷ و این که در اواسط سال ۹۸ بایستی با پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان در سازمان بیمه خدمات سلامت و بیمه ایرانیان لینک شود تأکید شده است.

بند ب: کلیه پزشکان، دندانپزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی یا رسمی دستگاه های اجرایی موضوع این قانون هستند حق فعالیت در بخش خصوصی را نداشته و بایستی به صورت تمام وقت در بخش های دولتی مشغول به کار باشند. مسئولیت اجرای این بند به عهده وزارت خانه و معاونین وزارتخانه و مسئولان مالی دستگاه ها و دانشگاه ها گذاشته شده و دولت نیز مکلف شده است که در اجرای این حکم با اجرای خدمات ذینفع آن از طریق اعمال تعرفه در چهارچوب بودجه سنواتی اقدام نماید. اجرای این حکم مشروط به جبران محرومیت از کار در بخش خصوصی و پرداخت حقوق مناسب و تأمین اعتبار در بودجه های سنواتی است.

در تبصره یک و دو مناطق محروم از این قاعده مستثنی شده اند ولی به عنوان یک اصل در استان قم ما می توانیم بگوییم که مشروط به تأمین جبران زحمات کارکنان، شاغلین دولتی در بخش سلامت به صورت تمام وقت بایستی در خدمت ارائه خدمات سلامت باشند و در بخش سطح یک ارائه خدمات سلامت و همچنین نظام ارجاع در سطح دو از این پتانسیل بالقوه می توانیم استفاده نماییم.

بند ۳ از ماده ۹۴: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای نظام خدمات جامع و همگانی سلامت با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت های اولیه نظام سلامت با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با بکارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبت های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید. به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه، کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند. همانطور که در بند الف در خصوص تشکیل پرونده الکترونیک سلامت بر وزارت بهداشت تکلیف شده بود در بند ۳ از همین ماده ۷۴ تکلیف بر تحت پوشش قرار گرفتن نظام ارجاع سطح یک به سطح دو خدمات برای دانشگاه های علوم پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبیین و تنویر شده و از سویی دیگر در همین بند اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و ارائه خدمات مبتنی بر مراقبت های اولیه سلامت با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده مورد تأکید قرار گرفته است. همچنین ارائه و توزیع منابع مالی به ارائه دهندگان خدمت مبتنی با عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها (قانون برنامه ششم توسعه در بند ۳ ماده ۹۴) پیش بینی شده است. به صورت خلاصه اگر این بند مهم از ماده ۹۴ را بخواهیم تبیین و تشریح کنیم به این نتایج می رسیم:

-در بند ۳ اولویت بهداشت بر درمان به عنوان به عنوان یک تکلیف قانونی

-پرداخت مبتنی بر عملکرد به پرسنل در سطح یک ارائه خدمات

-تبیین نظام ارجاع سطح یک به دو

سطح بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و

و اجازه تجویز این گونه خدمات صرفاً بر اساس راهنماهای بالینی طرح فاقد نام تجاری و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود و به هر حال بایستی تمامی دستورالعمل ها و پروتکل های لازم برای سطح بندی ارائه خدمات و داروهای موردنیاز توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و تبیین گردد.

بند ج: سازمان ها و صندوق های بیمه گر مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت بر اساس دستورالعمل ها و راهنماهای بالینی بند سه می باشند که در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور و همزمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان انجام و اجرا خواهد شد.

بند ر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان پدافند غیرعامل کشور در جهت مصون سازی و افزایش توان بازدارندگی در کشور موظف است انواع تهدیدات حوزه سلامت را بررسی و اقدامات لازم جهت خنثی سازی و مقابله با آن را مطابق با قوانین مربوطه به انجام رساند (بحث پدافند غیرعامل زیستی).

ماده ۷۵ از قانون برنامه توسعه ذیل تبصره ۴ و تبصره ۵: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون و کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی) موظفند امکان دسترسی تمام افراد که در صدد ازدواج می باشند را به مراکز مشاوره فراهم نمایند تا در صورت نیاز به آزمایش ژنتیک آنان را راهنمایی کنند.

در تبصره ۵ آمده است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با استفاده از بخش های خصوصی و تعاونی امکان دسترسی زوج ها را به آزمایشگاه ژنتیک مورد تأیید خود فراهم سازد. به منظور تبیین سیاست های مقام معظم رهبری در خصوص بحث خانواده و جمعیت مخصوصاً قسمت های مرتبط با تسهیل ازدواج و ارائه امکانات موردنیاز جهت تقویت ساختار خانواده و نسلی بالنده و پویا این تکلیف نیز به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان بهزیستی کل کشور گذاشته شد.

ماده ۷۶ برنامه ششم توسعه: دولت مکلف است با رعایت سیاست های کلی جمعیت، سلامت مادر و کودک و ارتقاء شاخص های نسبت مرگ مادر و نوزادان را بر اساس جدول شماره ۱۴ ذیل این ماده تأمین کند که شامل:

۱- کاهش نسبت مرگ مادران در ۱۰۰ هزار تولد زنده یعنی این که با توجه به این موضوع که پیش بینی می شود به ازای هر صد هزار تولد زنده ۱۸ مرگ مادر در سال ۹۶ اتفاق بیفتد این عدد تا سال ۱۴۰۰ بایستی به ۱۵ برسد.

۲- کاهش میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه: پیش بینی می شود در سال ۱۳۹۶ - ۱۵/۶ مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده اتفاق بیفتد که در سال ۱۴۰۰ بایستی به ۱۱/۳ مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده برسد.

۳- افزایش درصد زایمان طبیعی: درصد زایمان طبیعی با برآورد سال ۱۳۹۶ - ۵۳/۵٪ است که انتظار می رود تا سال ۱۴۰۰ به ۵۷/۵٪ افزایش یابد.

- کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان: در این خصوص اطلاعاتی وجود ندارد ولی با توجه به ثبت اطلاعات از ابتدای سال ۹۶ برآورد ۷/۶ عارضه ناشی از بارداری، سقط و زایمان در هر ۱۰۰۰ تولد زنده می شود که انتظار می رود این عوارض به ۶/۲ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش پیدا کند.

ویژگی های عمومی استان قم

(۱) جغرافیای استان

استان قم تقریباً در مرکز ایران قرار دارد و از شمال به استان تهران، از شرق به استان سمنان، از جنوب به استان اصفهان و از غرب به استان مرکزی محدود می باشد و در غرب دریاچه نمک واقع شده است. مساحت استان برابر ۱۱۲۳۸ کیلومتر مربع می باشد و از نظر مختصات بین ۴۰-۴-۵۰ و ۵۱-۵۸-۱۰ طول شرقی و بین ۲۸-۹-۳۴ و ۱۵-۱۳-۳۵ عرض شمالی واقع شده است. استان قم از نظر تقسیمات کشوری در سال ۱۳۹۰ دارای یک شهرستان، ۵ بخش، ۶ شهر، ۹ دهستان و ۳۳۰ آبادی که ۲۰۳ آبادی دارای سکنه و ۱۲۷ آبادی خالی از سکنه می باشد.

بطور کلی جغرافیای استان در دو بخش اجتماعی و طبیعی شرح ذیل مورد بررسی قرار می گیرد:

(ب) وضعیت اجتماعی استان

جمعیت: جمعیت استان قم طبق سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ دارای ۱۱۵۱۶۷۲ نفر بوده است که از این تعداد ۱۰۹۵۸۷۱ نفر شهری و ۵۵۷۹۸ نفر روستایی و ۳ نفر غیر ساکن می باشد. با توجه به مصوبه های مورخ ۷۵/۵/۹ هیئت محترم وزیران، روستای گازران مرکز بخش جعفرآباد به شهر جعفریه و روستای کهک مرکز بخش کهک به شهر کهک تبدیل شده و همچنین در سال ۱۳۷۹ روستای دستجرد به شهر دستجرد و روستاهای حاجی آباد لک ها، والیجر، مرادآباد و حسن آباد اعرابی به شهر قنات تبدیل شده است. و در اردیبهشت سال ۱۳۸۷، روستای سلفچگان به شهر سلفچگان تبدیل شد. تراکم جمعیت استان در سال ۱۳۹۰ برابر با ۱۰۲ نفر در کیلومتر مربع می باشد.

الف - ترکیب سنی: در سال ۱۳۹۰ گروه سنی ۲۹-۲۵ سال، ۱۲/۰۳ درصد جمعیت استان شامل می شده و در واقع در بین گروه های سنی بیشترین جمعیت را به خود اختصاص داده است.

ب - ترکیب جنسی: از ۱۱۵۱۶۷۲ نفر جمعیت استان در سال ۱۳۹۰، ۵۸۷۶۶۱ نفر مرد و، ۵۶۴۰۱۱ نفر زن و نسبت جنسی ۱۰۴ بوده، یعنی در قبال هر ۱۰۰ نفر زن ۱۰۴ نفر مرد وجود دارد.

سواد: استان قم یکی از پایگاه های علمی مذهبی بسیار قدیمی در ایران بوده و جمعیت آن از نسبت باسوادی بالایی برخوردار است بطوری که طبق آمار سرشماری سال ۹۰ از جمعیت شش ساله به بالا (۱۰۲۷۰۸۴ نفر) ۸۶/۵۸ درصد، باسواد می باشد.

مهاجرت: یکی از مهمترین مشکلات کشور ما مسئله مهاجرت می باشد که استان قم نیز از آن مستثنی نمی باشد. در فاصله سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۰ تعداد ۶۸۲۰۲ نفر وارد شده و ۵۵۶۲۳ نفر از استان خارج شده اند.

نقشه تقسیمات کشوری جمهوری اسلامی ایران

جمهوری اسلامی ایران
سازمان برنامه و بودجه کشور
سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان قم



1:10,000,000

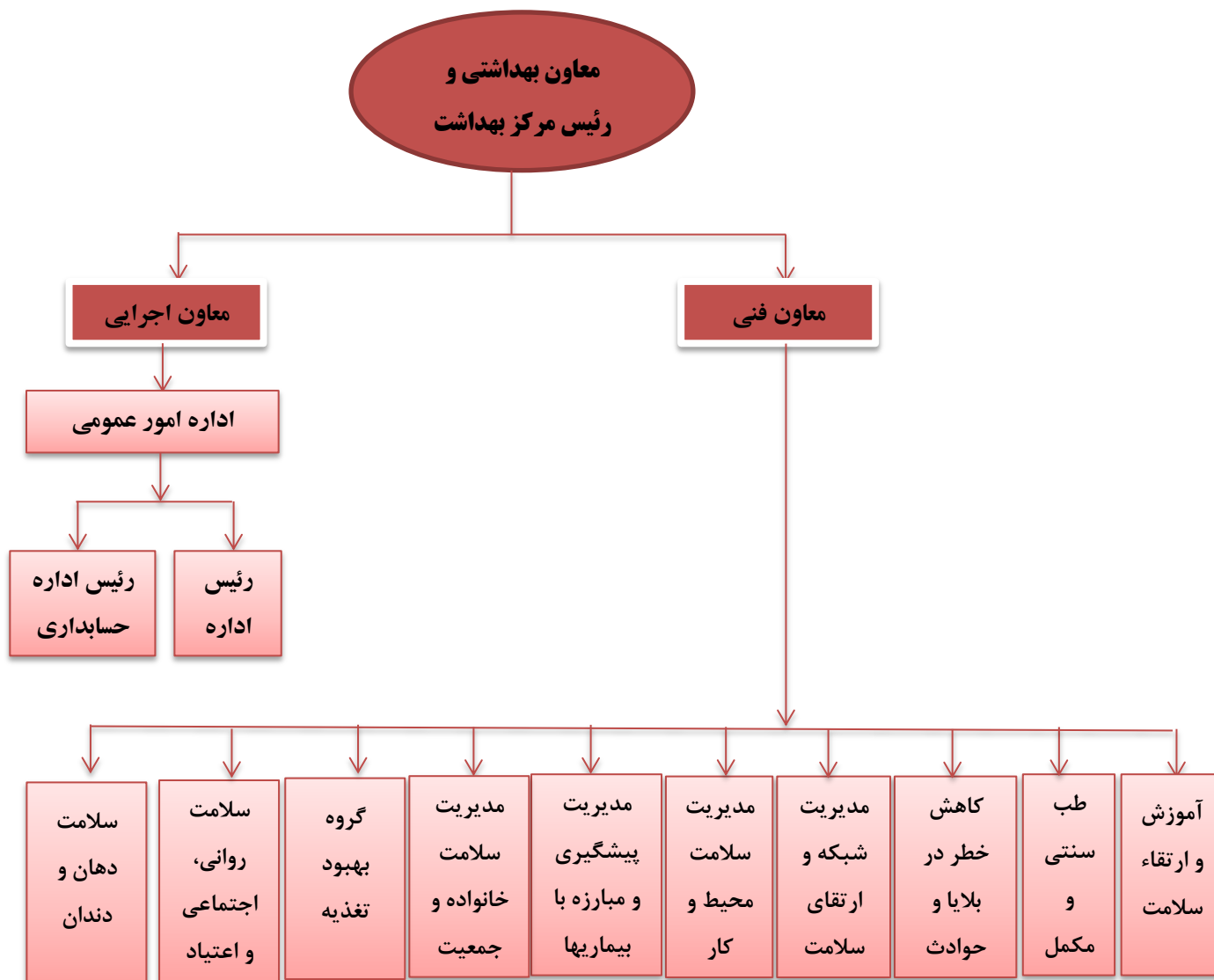
0 120,000 240,000 480,000 720,000 960,000
Meters

راهنما



۲) آشنایی با معاونت بهداشتی و مرکز بهداشت استان قم

الف) نمودار سازمانی



ب) شرح وظایف

گروه توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

- مدیریت آمار و اطلاعات و تعیین شاخصهای راهبردی و تحلیل آمار و اطلاعات واصله از گروههای فنی
- بررسی، برآورد و شناسایی نیازهای واحدهای ارائه خدمات از لحاظ فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی
- تعیین استانداردهای فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی در واحدهای ارائه خدمات
- تعیین سطوح بسته های خدمات در سطح بندی خدمات سلامت و تبیین وظایف سطح ۱ خدمات
- تعیین استانداردهای دسترسی، فراهمی به منظور پوشش مناسب خدمات با توجه به هزینه اثربخشی و هزینه فرصت
- جلب مشارکت مردم
- امور آزمایشگاهها

گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری ها

- تهیه برنامه عملیاتی و جدول گانت
- آموزش (پرسنل و جامعه)
- پایش و نظارت تخصصی برنامه ها (مراکز، خانه ها، بیمارستان ها و ...)
- توسعه پژوهش های کاربردی در حوزه بیماری های واگیر و غیرواگیر
- ارتقاء ثبت اطلاعات در سامانه های الکترونیکی
- مراقبت بیماری های واگیر رایج، بازپدید و نوپدید مشمول برنامه های ملی
- ارتقاء کمی و کیفی برنامه ایمن سازی و زنجیره سرما
- رصد اپیدمی ها و انجام مداخلات لازم در مناطق تحت پوشش
- بهینه سازی مراقبت بیماری های در مرحله حذف و ریشه کنی ابلاغی از وزارت بهداشت (سرخک، سرخجه، مالاریا، سل، فلج اطفال و ...)
- ارتقاء کمی و کیفی برنامه های حشره شناسی پزشکی در راستای کنترل ناقلین
- تامین، حفظ و ارتقاء تجهیزات فنی واحدهای ارائه خدمات تخصصی (مراکز هاری، مالاریا، سالک، سل، مشاوره بیماری های رفتاری، زنجیره سرما و ...)
- برنامه ریزی در راستای آمادگی و کنترل بیمار یها در زمان نزول بلایا
- توسعه هماهنگی های برون و درون بخشی
- ارتقاء کمی و کیفی خدمات بهداشتی به اتباع
- برقراری نظام مراقبت سندرومیک در تجمعات انبوه

- توسعه برنامه های IHR
- ثبت و گزارش دهی بیماری های مشمول مراقبت فوری و غیر فوری
- پیگیری موارد بیماری ها، تا حصول نتیجه

گروه سلامت محیط و کار

- کنترل و نظارت بر فعالیتهای مرتبط با آب و فاضلاب(پایش کیفیت آب آشامیدنی از طریق نمونه برداری و کلسنجی طبق
- استانداردها، نظارت برآزمایشگاه آب و فاضلاب، کنترل آبیاری مزارع کشاورزی با فاضلاب، نظارت بر بهداشت آب (استخرها)
- کنترل طغیان بیماریهای ناشی از آب و غذا
- ارزیابی مسایل زیست محیطی از قبیل مدیریت پسمانددیمارستانی ، کود در سطح روستاها و نظارت بر کیفیت هوا در شهرها و روستاها
- کنترل و کاهش استعمال دخانیات و اجرای برنامه های مرتبط
- بهداشت محیط روستا و اجرای برنامه CBI و اجرای برنامه های پیوست سلامت
- نظارت بربرنامه های مرتبط با بهداشت محیط بیمارستانها
- کنترل و نظارت بر موادغذایی در سطح عرضه و مراکز تهیه، توزیع و فروش موادغذایی، اماکن عمومی و صدور پروانه کسب
- توانمند سازی بازرسین بهداشت محیط از طریق برگزاری دوره های آموزشی و مجهز نمودن آنها به دستگاههای پرتابل
- صدور مجوز شرکتهای مبارزه با حشرات و جوندگان و نظارت بر نحوه فعالیت آنها در راستای کنترل ناقلین
- رسیدگی به شکایات مردمی به طور مستقیم یا ازطریق سامانه ۱۹۰
- استقرار و توسعه سامانه جامع مدیریت بازرسی در راستای برنامه بازرسی هدفمند
- فعالیتهای مرتبط با مدیریت بحران طبق انتظارات مرکز سلامت
- اجرای برنامه های آموزشی در خصوص برنامه های بهداشت محیط(آموزش صنوف از طریق آموزشگاه اصناف و صدور مجوز و پروانه آموزشگاه ها، آموزش اقشار مختلف جامعه، آموزش دانشجویان، آموزش تخصصی پرسنل)
- توسعه پژوهش و تحقیقات
- شناسایی، اندازه گیری، ارزیابی، و کنترل عوامل زیان آور محیط کار
- پیشگیری از بیماری های شغلی

- توانمند سازی شاغلین ،کارفرمایان ،کارشناسان و کارکنان تشکیلات بهداشت حرفه ای در خصوص مولفه های تامین سلامت شغلی
- ایجاد و توسعه تشکیلات بهداشت حرفه ای در واحد های کاری
- اجرای برنامه های مشاغل سخت و زیان آور، بهداشت پرتوکاران، بقاء، بهداشت کشاورزان، مقابله با صدا در محیط کار، ساماندهی روشنایی محیط کار، عوامل شیمیایی محیط کار، خطرات و حوادث شیمیایی محیط کار و سلامت عوامل اجرایی پسماندها
- اجرای برنامه بازرسی هدفمند
- توسعه خدمات الکترونیک در جهت اهداف دولت الکترونیک از جمله به روز رسانی سامانه جامع بازرسی سلامت محیط و کار

گروه سلامت خانواده و جمعیت و مدارس

- شناخت توانائی های بالقوه منطقه، ابلاغ سیاست های بالا دستی به محیط، برنامه ریزی و تعیین سیاست های منطقه ای، برنامه ریزی، نظارت و مشارکت درآموزش و بازآموزی پرسنل، افزایش سطح سواد سلامت در گروههای هدف، هماهنگی درون و برون بخشی و جلب مشارکت، نظارت بر عملکرد مراکز تابعه، توزیع اعتبارات و نظارت بر هزینه کرد اعتبارات، پایش و ارزشیابی
- مراقبتهای اولیه بهداشتی در سطح خانه بهداشت ،پایگاه سلامت و مرکز خدمات جامع سلامت مرتبط با این گروه به دو دسته تقسیم می گردد: خدمات فرد محور و خدمات جامعه محور
- انجام غربالگریهای روتین و تشکیل پرونده الکترونیک با هدف شناسایی عوامل خطر یا بیماری در گروههای سنی(نوزادان، کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان، سالمندان، مادران باردار و زنان واجداالشرايط مراقبت باروری سالم)
- تشخیص و پیگیری درمان یا کنترل عامل خطر تا حصول نتیجه براساس بسته خدمت گروههای سنی، ارائه خدمات و مراقبتهای اولیه سلامت پیشگیری و آموزش سلامت فردی و خدمات ارجاعی برای جمعیت خاص و در مراکز خاص(خدمات مشاوره ازدواج، خدمات مشاوره شیردهی، خدمات مشاوره ژنتیک و خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری سطح اول در صورت لزوم)
- خدمات بهداشت عمومی که هدف آنها جامعه بوده و در گروه سلامت خانواده، بهداشت مدارس را تحت پوشش قرار می دهد.
- خدمات بهداشت مدارس شامل برنامه جامع آموزش سلامت، کنترل بیمارهای شایع سنین مدرسه، سلامت محیط مدرسه، بهبود تغذیه ، تحرک فیزیکی و فعالیت بدنی دانش آموزان، ارتقای سلامت کارکنان، خدمات سلامت روان و مشاوره ای و مشارکت والدین و جامعه در برنامه های ارتقای سلامت در مدرسه

آموزش و ارتقای سلامت

- نیازسنجی مبتنی بر شواهد
- توسعه پژوهش های کاربردی در حوزه آموزش سلامت
- اجرای برنامه خودمراقبتی
- تولید محتوای آموزشی مناسب در راستای نیازهای آموزشی جامعه
- توسعه فعالیت های آموزشی گروهی از جمله گروه های خودیار
- به کار گیری رویکرد اجتماعی و ظرفیت های جامعه برای تغییرات پایدار
- استفاده از الگوهای موثر و برنامه های شواهد محور جهت افزایش سواد سلامت
- توسعه تعامل با سازمان ها، ارگان ها و نهاد ها در زمینه فعالیت های آموزشی
- توانمندسازی پرسنل در خصوص آموزش اجتماع محور
- نظام مند کردن استفاده از رسانه های گروهی در امر آموزش سلامت

گروه بهبود تغذیه جامعه

- برنامه ریزی و اجرای برنامه و فرآیندهای جاری دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت
- ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای با ارائه خدمات پیشگیرانه و مراقبت های تغذیه ای
- شناسایی و اولویت بندی مشکلات تغذیه ای شایع در منطقه و طراحی و کمک به اجرای مداخلات مناسب تغذیه ای بر حسب شرایط موجود
- نظارت و پیگیری بر انجام مراقبتها و خدمات تغذیه ای در واحدهای محیطی
- تدوین و مدیریت اجرای برنامه عملیاتی
- برنامه ریزی و هماهنگی اجرای برنامه های آموزشی تغذیه سالم در تمام سطوح
- جلب همکاری های درون و بین بخش در اجرای برنامه های تغذیه ای جامعه محور
- اجرای برنامه تغذیه صحیح در گروه های سنی (کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان، سالمندان، مادران باردار و شیرده و ...)
- پیشگیری و کنترل بیماری های مرتبط با سوء تغذیه در گروه های سنی (اضافه وزن و چاقی، دیابت، پرفشاری خون، چربی خون، کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی در کودکان)
- پیشگیری از کمبود ریز مغذی ها (ید، آهن، ویتامین A و D، اسیدفولیک و ...)
- اجرای برنامه های امنیت غذایی و بحران

واحد کاهش خطر بلایا

- Safety And Risk Assessment (SARA) یا ارزیابی و ایمنی خطر واحدهای بهداشتی: انجام ارزیابی ایمنی کلیه فضاهای فیزیکی ارائه دهنده خدمات شبکه سالی یکبار
- Structural And Nonstructural Safety (SNS) یا برنامه ایمنی سازه ای و غیرسازه ای واحدهای بهداشتی درمانی: پس از ارزیابی اجرای ایمنی سازه ای و غیر سازه ای فضاهای فیزیکی ارائه دهنده خدمات طبق دستورالعمل ها و چک لیست ها
- Disaster Surveillance system (DSS) یا برنامه نظام مراقبت بلایا: طبق دستورالعمل پایش مخاطرات که می بایست گزارش گردد
- Disaster Assessment of readiness and Training (DART) یا برنامه ارزیابی و آموزش خانوارهای ایرانی در برابر بلایا: ارزیابی با یک چک لیست پانزده سوالی و آموزش مادران خانوارها در خصوص تمام مخاطرات و سال اول برنامه آموزش زلزله
- Emergency operation Plan (EOP) یا برنامه آمادگی و پاسخ در بحرانها و فوریت ها: تدوین یک برنامه آمادگی و پاسخ در پنج بخش ۱- بخش عمومی و مفاهیم پایه ۲- مبانی عملیات پاسخ ۳- کارکردهای فاز آمادگی ۴- کارکردهای مدیریتی عملیات پاسخ ۵- کارکردهای اختصاصی واحد ها
- مشارکت و همکاری درون بخشی و برون بخشی به منظور آمادگی و مقابله با خطرات بلایا در قبل، حین و بعد از بروز بلایا
- ایجاد حفاظت مالی و اطمینان از حفظ منابع نظام سلامت در قالب کسب اطمینان از خرید بیمه ای تاسیسات، تجهیزات و خدمات.

گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

- ارزیابی اولیه و تکمیلی سلامت روان
- مداخلات روانشناختی
- آموزش گروه های هدف
- غربالگری درگیری سوءمصرف مواد، الکل و سیگار
- مداخلات مختصر در مصرف آسیب رسان مواد و سیگار
- کاهش آسیب (تیم سیار و آموزش)
- غربالگری اولیه و تکمیلی در سلامت اجتماعی
- مداخلات مختصر در خشونت خانگی

ج) شاخص ها معاونت بهداشتی

شاخص های حوزه سلامت خانواده

عنوان شاخص	مقدار استانی ۹۶	مقدار کشوری ۹۶
شاخص مرگ نوزاد (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	۳٫۸	
شاخص مرگ کودک زیر یک سال (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	۷٫۶	
شاخص مرگ کودک زیر ۵ سال (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	۱۰	
شاخص مرگ مادر باردار (در ۱۰۰ هزار تولد زنده)	۵ ساله منتهی به ۱۳۹۶ ۱۶٫۶ در ۱۰۰ هزار تولد زنده	
پوشش مراقبت گروه سنی کودکان	٪۹۸	
پوشش مراقبت گروه سنی نوجوانان	٪۹۰/۷	
پوشش مراقبت گروه سنی جوانان	٪۶۰/۱	
پوشش مراقبت گروه سنی میانسالان	٪۶۵	
پوشش مراقبت گروه سنی سالمندان	٪۴۹	
پوشش مدارس مروج سلامت	٪۲۴/۸	

شاخص های حوزه توسعه شبکه

عنوان شاخص	مقدار استانی ۹۶	مقدار کشوری ۹۶
نسبت دسترسی به مراقبتهای اولیه بهداشتی از طریق شبکه های بهداشتی در مناطق شهری	٪۹۹	
نسبت دسترسی به مراقبتهای اولیه بهداشتی از طریق شبکه های بهداشتی در مناطق روستائی	٪۹۹	
درصد جمعیت دارای پرونده فعال خدمات سطح اول سلامت در سامانه سیب	٪۶۸	
متوسط تعداد اقلام در نسخ دارویی جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده	۳/۵-۴	

شاخص های حوزه پیشگیری از بیماری ها

بیماری های واگیر			
عنوان شاخص	واحد شاخص	سال ۹۵	سال ۹۶
میزان بروز سل ریوی اسمیر مثبت	در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت		۱۴
میزان بروز بیماری فلج اطفال	در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت		۰
میزان بروز موارد مثبت تایید شده بیماری سرخک	در میلیون نفر		۷/۲
میزان بروز موارد مثبت تایید شده بیماری سرخجه	در میلیون نفر		۰
میزان بروز موارد مثبت تایید شده بیماری اوریون	در میلیون نفر		۰
میزان بروز بیماری وبا	درصد		۳/۱
میزان بروز طغیان های ناشی از آب و غذا	درصد		۲/۱
میزان بروز آنفلوآنزای نوع A	در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت		
میزان بروز مالاریا	در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت		۱/۸۳
میزان کشف موارد مالاریا طی ۴۸-۲۴ ساعت پس از بروز اولین علائم	درصد		
میزان بروز تب خونریزی دهنده کریمه کنگو	در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت		۰
میزان بروز سالک	در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت		
میزان بروز حیوان گزیدگی	در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت		
میزان شیوع HIV/AIDS	در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت		%۵۰

بیماری های غیرواگیر			
عنوان شاخص	واحد شاخص	سال ۹۵	سال ۹۶
میزان شیوع فشارخون بالا	درصد		۱۹/۷۵
میزان شیوع اختلالات چربی خون	درصد		۱۴/۵۲
میزان شیوع اضافه وزن و چاقی	درصد		
میزان شیوع قند خون بالا	درصد		۱۴/۵
میزان بروز سرطان	در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت		
میزان بروز کم کاری تیروئید نوزادان	در ۱۰۰ هزار تولد زنده		
میزان بروز تالاسمی ماژور	در ۱۰۰ هزار تولد زنده		
میزان بروز PKU	در ۱۰۰ هزار تولد زنده		

شاخص های حوزه سلامت محیط و کار

عنوان شاخص	مقدار استانی ۹۶	مقدار کشوری ۹۶
درصدی جمعیت تحت پوشش آب سالم	۹۹٫۸	
درصد اماکن عمومی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی	۴۸٫۴۵	
درصد کارگاه های تحت پوشش خدمات بهداشتی درمانی		
نسبت شاغلین تحت پوشش خدمات بهداشتی	۵۹	
نسبت شاغلین تحت پوشش در معرض خطر حداقل یک عامل زیان آور		
درصد مراکز تهیه و توزیع فروش مواد خوراکی، بهداشتی دارای معیارهای بهداشتی و بهسازی	۳۴٫۴۵	
درصد خانوارهای روستایی که از توالت بهداشتی برخوردارند.	۹۱٫۲	
درصد خانوارهای روستایی که مواد زاید را به روش بهداشتی دفع می نمایند	۹۲٫۱۵	
درصد بیمارستان های که وضعیت بهداشت محیط مطلوب دارند	۶۰	

شاخص های حوزه کاهش خطر بلایا

عنوان شاخص	مقدار استانی ۹۶	مقدار کشوری ۹۶
درصد آمادگی خانوارهای تحت پوشش در برابر بلایا	۱۰	
درصد ایمنی کلی واحدهای بهداشتی در برابر بلایا	۱۰	

شاخص های حوزه تغذیه

عنوان شاخص	مقدار استانی ۹۶	مقدار کشوری ۹۶
میزان کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال	۲/۱	۰/۰۷
شیوع سوء تغذیه (لاغری) در کودکان زیر ۵ سال	۱/۴	۴
شیوع سوء تغذیه (اضافه وزن) در کودکان زیر ۵ سال	٪۲	—
شیوع سوء تغذیه (چاقی) در کودکان زیر ۵ سال	٪/۴	—

شاخص های حوزه سلامت روان

عنوان شاخص	مقدار استانی ۹۶	مقدار کشوری ۹۶
میزان اقدام به خودکشی	۳,۷	۵,۷
درصد پوشش خدمات سرنگ و سوزن در افرادی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می کنند	۸۱	۱۰۰
درصد موارد مثبت غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، مواد و الکل که غربالگری تکمیلی برای آن ها انجام گرفته است	۹۹,۲۲	۱۰۰

شاخص های حوزه آموزش سلامت

عنوان شاخص	مقدار استانی ۹۶	مقدار کشوری ۹۶
سواد سلامت	۶۷/۰۴	۶۸/۳۲
درصد پوشش برنامه خود مراقبتی	۱۶	۱۰
درصد سفیران سلامت دانش آموز	۱۵	۱۰
درصد سفیران سلامت دانشجو	۵	۵
درصد اجرای برنامه خود مراقبتی اجتماعی	۵	۴

فصل دوم

تحليل وضعيت موجود

ارزیابی اهداف برنامه دوم راهبردی

ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی «خود مراقبتی»

کد	اهداف	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه	وضع موجود	
		سال ۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶
۱	افزایش میزان دانش گروههای هدف برنامه های مختلف بهداشتی با رویکرد خودمراقبتی	٪۶۰	٪۶۷	٪۶۷
۲	افزایش مهارت های شیوه زندگی سالم در گروههای هدف برنامه های مختلف بهداشتی	٪۵۰	٪۶۰	٪۶۵
۳	کاهش رفتارهای پرخطر	کمتر از ٪۲۰	-	٪۱۰/۴

اهداف و نتایج مورد انتظار برنامه راهبردی در ارتباط با موضوع مدیریت کیفیت و نوآوری در ارائه خدمات

کد	اهداف	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه	وضع موجود	
		سال ۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶
۱	کاهش خطا در ارائه مراقبت های بهداشتی	کمتر از ٪۱	٪۳۰	٪۲۰
۲	کاهش میزان شکایت مشتریان از نحوه و کیفیت خدمات ارائه شده	کمتر از ٪۵	٪۱۵	٪۱۲
۳	افزایش میزان ارائه خدمات از طریق روش های نوین (خدمات الکترونیک ، مولتی مدیا،...)	٪۸۰	٪۸۰	٪۱۰۰
۴	افزایش میزان انطباق مراقبت های بهداشتی درمانی ارائه شده با رویکرد حفاظت از محیط زیست	بیش از ٪۸۰	٪۷۵	٪۹۰

ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی پژوهش در سیستم سلامت «HSR»

کد	اهداف	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه		وضع موجود	
		پیش بینی طبق برنامه در سال ۱۳۹۴	سال ۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶
۱	افزایش تعداد پژوهشهای کاربردی سلامت محور	۱۰	۱۱	۶	۵
۲	افزایش سطح مهارت کارکنان در خصوص پژوهشهای سلامت محور	۵۰٪	۵۰	۳۰	۲۰
۳	افزایش پژوهشهای سلامت محور بر اساس درخواست سایر سازمانها برای رفع مشکلات بهداشتی	بیش از ۱۰٪		۱۰٪	۱۰٪
۴	افزایش میزان تصمیم گیری مبتنی بر شواهد پژوهشی در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی	۱۰		۶	۵

ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی «پایش و ارزشیابی»

کد	اهداف	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه		وضع موجود	
		سال ۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷
۱	افزایش میزان انطباق فعالیت ها با برنامه ها	بیش از ۹۵٪	۹۰٪	۸۰٪	
۲	تعیین نقاط مداخله در فرایندها	۶۰٪	۳۰٪	۳۰٪	
۳	تعیین میزان دستیابی به اهداف	بیش از ۹۰٪	۷۰٪	۷۰٪	
۴	افزایش میزان مشارکت بخش های غیر دولتی در پایش و ارزشیابی برنامه های بهداشتی	بیش از ۲۵٪	۰٪	۱۰٪	

ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی فن آوری اطلاعات و ارتباطات

کد	اهداف	میزان پیشرفت در پایان برنامه	وضع موجود	
			۱۳۹۵	۱۳۹۶
۱	افزایش سطح دسترسی کارکنان به زیر ساختهای شبکه و فن آوری های نوین اطلاعاتی و ارتباطاتی	%۱۰۰	%۹۵	%۱۰۰
۲	افزایش دانش کارکنان در خصوص بهره گیری از فن آوری های اطلاعاتی و ارتباطی	%۸۰	%۸۰	%۹۰
۳	افزایش میزان تبادل اطلاعات با استفاده از فن اوریهای نوین	%۸۰	%۹۵	%۱۰۰
۴	افزایش میزان ارائه خدمات بهداشتی با استفاده از فن آوری های نوین	%۸۰	%۹۰	%۱۰۰
۵	افزایش میزان خدمات پشتیبانی نرم افزاری و سخت افزاری در استفاده از فن آوری های نوین اطلاعاتی	-	%۷۰	%۷۵

ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی «مدیریت بحران»

کد	اهداف	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه	وضع موجود	
			۱۳۹۵	۱۳۹۶
۱	افزایش قدرت واکنش سریع، مؤثر و کارآمد در مواجهه با حوادث	35 دقیقه	طبق مانور انجام شده حدوداً ۵۰ دقیقه	
۲	کاهش بروز مشکلات روانی ناشی از بحران	کمتر از ۳%	-	
۳	کاهش بروز بیماریهای واگیر در صورت بروز بحران	کمتر از ۵%	-	
۴	کاهش مرگ و میر گروههای آسیب پذیر ناشی از بحران	کمتر از ۵%	-	
۵	کاهش مشکلات بهداشت محیط ناشی از بحران	کمتر از ۱۰%	-	

ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی مشارکت غیر دولتی و همکاری بین بخشی

کد	اهداف	میزان پیشرفت در پایان برنامه	وضع موجود	
			۱۳۹۵	۱۳۹۶
		سال ۹۴		
۱	افزایش مشارکت بخش غیر دولتی در ارائه خدمات پشتیبانی قابل واگذاری	۹۰	%۸۵	%۸۵
۲	افزایش مشارکت بخش غیر دولتی در ارائه خدمات بهداشتی	۵۰	%۱۰۰	%۱۰۰
۳	افزایش مشارکت بخش غیر دولتی در ارائه برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی به گروه هدف	۳۰	%۱۰<	%۱۰<
۴	افزایش مشارکت بخش غیر دولتی در انجام پروژه های مرتبط با حوزه سلامت	۲۰	%۱۰<	%۱۰<
۵	افزایش برنامه های بهداشتی مشترک با سایر سازمانها	۸۰	%۶۰	%۶۰

ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی بازاریابی خدمات بهداشتی

کد	اهداف	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه	وضع موجود	
			۱۳۹۵	۱۳۹۶
		سال ۱۳۹۴		
۱	افزایش درصد گروه های هدف آگاه از برنامه ها و خدمات بهداشتی دانشگاه از طریق رسانه ها	%۱۰	۲۰	۲۵
۲	افزایش درصد گروه های هدف آگاه از برنامه ها و خدمات بهداشتی دانشگاه از طریق رابطین بهداشتی	%۱۰	۶	۷
۳	افزایش انطباق نیازهای بهداشتی جامعه با خدمات ارائه شده	%۸۰	۶۰	۷۰
۴	افزایش میزان بهره مندی گروه های هدف از خدمات بهداشتی	بیش از ۹۵%	۳۰	۴۰

ارزیابی وضعیت موجود اهداف مربوط به موضوع راهبردی «مدیریت منابع»

کد	اهداف	پیش بینی پیشرفت در پایان برنامه	وضع موجود	
			۱۳۹۵	۱۳۹۶
۱	افزایش میزان انطباق هزینه کرد مالی با شرح موافقت نامه‌ها	بیش از ۹۵٪	۹۵	۹۵
۲	افزایش جلب مشارکت خیرین سلامت و گروه های غیر دولتی در ساخت، راه اندازی و تجهیز واحد های بهداشتی مورد نیاز	بیش از ۴۰٪	۴۰	۴۰
۳	افزایش میزان رضایت کارکنان	۸۰٪	۷۵	۷۰
۴	افزایش تعداد مدیران میانی و پایه واجد حداقل دانش پایه مدیریت	۸۰٪	۷۵	۷۵
۵	افزایش میزان بهره وری کارکنان	بیش از ۵/۵ ساعت	۴	۴
۶	کاهش پست های بلا تصدی	کمتر از ۵٪	۵۰	۵۰
۷	افزایش سطح دانش فنی کارکنان	۸۰٪	۷۵	۸۰
۸	بهبود وضعیت فضای فیزیکی واحدهای بهداشتی درمانی منطبق بر استانداردهای بهداشت محیط	۷۵٪	۷۵	۸۰
۹	بهبود وضعیت کمی و کیفی تجهیزات از طریق استاندارد سازی یا تعمیر و تعویض آنها	بیش از ۹۰٪	۹۰	۹۰

ارزیابی سیستم از نظر واکنش به عوامل درونی و بیرونی

نتایج حاصل از ماتریس تحلیل عوامل درونی و بیرونی امتیاز مربوط به عوامل درونی را ۲۲۳/۶۳ و امتیاز مربوط به عوامل بیرونی را ۲۳۸/۶۸ نشان داد. با توجه به این نتایج و با استفاده از نمودار تحلیل SWOT (نمودار شماره ۲) استراتژی های تدافعی اتخاذ گردید. اما با توجه جایگاه توسعه در مدیریت سلامت و همچنین میانگین امتیازات به دست آمده که به ۲۵۰ نزدیک می باشد، سایر استراتژی ها نیز مد نظر قرار گرفت و در مرحله بعد با استفاده از ماتریس کمی برنامه ریزی راهبردی، راهبردهای نهایی تدوین گردید.

ماتریس ارزیابی عوامل درونی

امتیاز	نقاط قوت و ضعف	ردیف	
18.60388	وجود سامانه یکپارچه اطلاعاتی	۱	قوت
18.57911	ساختار شبکه ارایه مراقبت های بهداشتی اولیه	۲	قوت
15.51766	توسعه برونسپاری خدمات بهداشتی	۳	قوت
16.15955	اجرای طرح تحول در حوزه بهداشت و برنامه پزشک خانواده روستایی	۴	قوت
12.04694	نوسازی و تجهیز واحدهای ارائه خدمت	۵	قوت
10.04836	وجود پرسنل آموزش دیده و توانمند در حوزه دولتی و خصوصی	۶	قوت
9.381697	وجود برنامه عملیاتی در واحدها	۷	قوت
14.50597	ضعف نظام پایش و ارزشیابی	۸	ضعف
12.61858	استخراج نامناسب و دسترسی نامناسب به اطلاعات وضعیت موجود	۹	ضعف
7.314525	انگیزه پایین پرسنل	۱۰	ضعف
11.18287	کمبود دانش مدیریت، تغییر مکرر و نظام مند نبودن انتساب مدیران	۱۱	ضعف
8.193101	ضعف کار تیمی	۱۲	ضعف
9.264778	سیستم تشویق و تنبیه نامناسب	۱۳	ضعف
7.918326	ضعف سیستم پشتیبانی	۱۴	ضعف
7.210724	ضعف کمی و کیفی و انگیزش پایین نیروی انسانی	۱۵	ضعف
7.22238	کیفیت پایین آموزش	۱۶	ضعف
6.643354	رعایت نکردن ساختار تشکیلاتی	۱۷	ضعف
6.255966	تضاد منافع بخش خصوصی و دولتی	۱۸	ضعف
11.61123	زمان انتظار بالا و کم توجهی به رضایت مندی خدمت گیرندگان	۱۹	ضعف
7.440948	ارتباط نامناسب استان و شهرستان	۲۰	ضعف
5.910977	کمبود پژوهش های کاربردی	۲۱	ضعف
223.6309	جمع		

ماتریس ارزیابی عوامل بیرونی

امتیاز	تهدید ها و فرصت ها	ردیف	
16.97162	وجود سامانه های نرم افزاری ملی	فرصت	۱
15.02906	تک شهرستانی بودن استان قم	فرصت	۲
11.19889	مجاورت استان با پایتخت	فرصت	۳
7.960877	وجود کمیته ها و شوراهای کمک کننده در استان	فرصت	۴
18.4836	زیرساخت های مناسب شبکه	فرصت	۵
8.001922	وجود دانشکده بهداشت در استان	فرصت	۶
15.40785	فراهم بودن فرصتهای مناسب واگذاری	فرصت	۷
10.34724	وجود زیرساختهای اطلاع رسانی مجازی	فرصت	۸
16.65785	بازنگری بسته های خدمت سلامت	فرصت	۹
9.407847	وجود رسانه های ارتباط جمعی عمومی استانی	فرصت	۱۰
6.74118	وجود مراکز دینی متعدد	فرصت	۱۱
9.785391	رواج باورهای نادرست در خصوص خدمات بهداشتی	تهدید	۱۲
13.19889	ضعف سیستم ارجاع در سطح دو و سه	تهدید	۱۳
8.035391	شیوع بالای رفتارهای پرخطر	تهدید	۱۴
8.895862	رویکرد نامناسب دستگاه های نظارتی	تهدید	۱۵
7.062528	تعرفه های سنگین خدمات پاراکلینیک	تهدید	۱۶
7.411013	اولویت درمان بر پیشگیری	تهدید	۱۷
9.883876	وضعیت اقتصادی نامناسب جامعه	تهدید	۱۸
9.118725	حاشیه نشینی، مهاجری پذیری و زائرپذیری استان	تهدید	۱۹
8.395862	عدم پشتیبانی مناسب معاونت توسعه	تهدید	۲۰
7.797377	اعتبارات ناپایدار و ضعف در اختصاص اعتبارات به صورت متمرکز	تهدید	۲۱
6.353573	عدم حمایت کافی بیمه ها	تهدید	۲۲
6.542967	هماهنگی بین بخشی ضعیف	تهدید	۲۳
238.6894	جمع		

فصل سوم

راهبرد ها

راهبردها

جدول اولویت بندی نهایی راهبردهای استخراج شده از ماتریس برنامه ریزی استراتژیک

امتیاز	اولویت بندی نهایی راهبردها	ردیف
5644.2	توسعه کمی و بهبود کیفی ارائه خدمات	۱
4716.88	اصلاح ساختار و افزایش دسترسی و فراهمی خدمات بهداشتی-درمانی	۲
4674.35	بهبود سازی منابع انسانی، مالی و تجهیزات	۳
4440.52	توسعه بستر فناوری اطلاعات و ارتباطات	۴
4425.39	بازاریابی خدمات بهداشتی	۵
4391.36	اصلاح فرایندها به ویژه در بخش پشتیبانی	۶
4363.41	حمایت طلبی و جلب همکاری برون بخشی	۷
4226.54	توسعه برونسپاری خدمات	۸
4069.93	تقویت برنامه های حاکمیتی در حوزه سلامت	۹
4053.08	بهبود سواد سلامت با رویکرد خود مراقبتی	۱۰
3866.85	تمرکز بر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت	۱۱
3488.44	بهره گیری از ظرفیت های مجامع علمی بومی	۱۲