



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

با همکاری دانشگاه علوم پزشکی کاشان

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه پنج ساله ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

دبیرخانه تدوین برنامه سلامت و ارتقای

کیفیت زندگی استان

بهار ۱۳۹۵

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

«لا خیر فی احماء اللع الصحه: خیری در زندگی نیست مگر با سلامتی»

پیامبر اسلام (ص)

«سلامت، محور همه چیز حتی عروج انسان است و هر انسانی حتی اگر در عرصه معنویت بخواند رشد کند، باید فرد سالمی باشد.»

مقام معظم رهبری (مد ظله العالی)

شورای برنامه ریزی سلامت و ارتقای کیفیت زندگی

رئیس شورا: دکتر غلامرضا اصغری، رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

دبیر شورا: دکتر محمدحسین یارمحمدیان، قائم مقام معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه

اعضای دبیرخانه: دکتر پژمان عقدک، شهلا شهیدی، سیمین نریمانی، مهسا حدیدی

همکاران اصلی: دکتر زهرا اسفندیاری، دکتر رضا اطمینانی، دکتر محمد جعفری انارکی، دکتر کیانوش

جهانپور، مصطفی دهقانی پوده، دکتر محمد شفیعیون، دکتر غلامحسین صدری، دکتر مسعود فردوسی، دکتر

سید علی رضا مروجی، دکتر الهام معظم، دکتر پریسا میرمقتدایی، دکتر محمد هادی، دکتر علیرضا یوسفی

اعضای شورا (سازمان ها):

اداره کار و رفاه اجتماعی استان، اداره کل آموزش و پرورش، اداره کل استاندارد استان، استانداری، اداره کل

تعاون، اداره کل دامپزشکی استان، اداره کل ورزش و جوانان، اداره کل محیط زیست، بیمه سلامت استان،

جمعیت هلال احمر استان، دانشگاه اصفهان، دانشگاه صنعتی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی کاشان، سازمان استاندارد و تحقیقات صنعتی، سازمان انتقال خون استان، سازمان

بهبودی استان، سازمان تبلیغات اسلامی استان، سازمان جهاد کشاورزی، سازمان صنعت و معدن و تجارت

استان، سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی استان، سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان، سازمان نظام پزشکی

اصفهان، شرکت آب و فاضلاب شهری و روستایی، مدیریت درمان سازمان تامین اجتماعی

با تشکر ویژه از همکاری :

دکتر علی اعتصام پور (معاون درمان سازمان بیمه سلامت)، خانم بهیان (نماینده سازمان مدیریت و

برنامه ریزی استان) و کلیه مسئولین و کارشناسان واحدهای تابعه معاونت های آموزشی، بهداشت، پژوهشی

و فناوری، توسعه سازمان و منابع، دانشجویی و فرهنگی، درمان، غذا و دارو

پیشگفتار

تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی، از جمله کلیدی‌ترین و مهم‌ترین مأموریت دولت هاست. سلامتی و کیفیت زندگی افراد یک جامعه نوعی سرمایه‌گذاری و ثروتی است که منجر به توسعه عدالت اجتماعی و پیشرفت کشور در تمام شئون خواهد شد.

شاخص‌های سلامت و کیفیت زندگی در برنامه‌های ملی کشورها، بایستی تعریف و تدوین و هدف‌گذاری شود تا توسعه را در ابعاد مختلف و در مناطق و سطوح متفاوت کشور تسهیل کند. علاوه بر آن بسیاری از شاخص‌های توسعه انسانی و اجتماعی مرسوم توجه به این دسته از شاخص‌های کلیدی است.

با توجه به تدوین برنامه ششم توسعه کشور و با عنایت به اصول و مبانی الگوی ایرانی اسلامی پیشرفت (همه‌جانبه، متوازن، پایدار، دانش‌بنیان و دین‌محور) و در راستای سیاست‌های کلی و کلان ابلاغی از طرف مقام معظم رهبری بانگ‌رشی جامع و مشارکتی و در راستای مأموریت‌های ابلاغی از سوی استاذ محترم استان و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اقدام به تهیه و تدوین برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی با همکاری سایر دستگاه‌های اجرایی و با مشارکت صاحب‌نظران و کارشناسان مجرب حوزه سلامت نمود.

در طی جلسات متعدد و کارگروه‌های مختلف در درون دانشگاه، با تحلیل و بررسی داده‌های مرتبط در سطح دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کارشناسان و در سطح برون دانشگاه با همکاری مدیران و کارشناسان دستگاه‌های اجرایی و سازمان‌های مرتبط، اسناد بالادستی تحلیل شد و موضوعات و محورهای پیشنهادی مورد بحث قرار گرفت و نهایتاً برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه پنج‌ساله ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۵-۱۳۹۹) تدوین و جهت تأیید سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی آماده شد.

در پایان از تلاش‌های ارزشمند کلیه کارشناسان و مدیران دانشگاه‌های علوم پزشکی اصفهان و کارشناسان و دستگاه‌ها و سازمان‌های مرتبط بخاطر این تلاش ارزشمند سپاسگزاریم. و توفیق آنان را در اجرایی کردن و خدمت به آحاد مردم استان اصفهان به منظور ارتقای سلامت و کیفیت زندگی از خداوند متعال خواستاریم.

رئیس دانشگاه

دکتر ظلامرضا اصغرری

مقدمه

نظام سلامت به مجموعه ای از منابع، مدیریت، هزینه کرد و سازماندهی اطلاق می شود که به ارائه خدمات سلامتی به جامعه منجر می شود. از منظری دیگر کلیه فعالیت هایی را شامل می شود که با هدف ارتقا، حفظ و برقراری سلامت جامعه انجام می گردد. در نظام سلامت مطلوب کلیه عناصر تشکیل دهنده با یکدیگر در تعامل و ارتباطند. اجزای نظام سلامت با محیط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی در تعامل بوده و نظام سلامت پویا و بالنده است.

با توجه به چهارچوب مفهومی فوق، به برخی ویژگی ها و چالش هایی که در نظام سلامت استان وجود دارد می پردازیم:

رهبری و حاکمیت:

برنامه های اجرایی و سیاست های کلان سلامت در منطقه تحت پوشش دانشگاه بر اساس اسناد بالادستی و دستورالعمل ها و برنامه های ابلاغ شده از طرف وزارت متبوع به دانشگاه تهیه می شود. دانشگاه در برنامه ریزی و سیاست گذاری، آمار و اطلاعات منطقه ای و برنامه های پیشنهادی واحدهای تابعه و وابسته خود را در نظر گرفته و برنامه استان را پس از بررسی کارشناسی و تطبیق با سیاست های کلان دولت و با هماهنگی شورای برنامه ریزی و توسعه استان در هیات امنای دانشگاه تصویب می کند. کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان نیز به ریاست استاندار و با دبیری رئیس دانشگاه علوم پزشکی به عنوان بالاترین مرجع سیاست گذار سلامت در استان، تصویب برنامه های کلان مرتبط با حوزه سلامت و هماهنگ سازی برنامه های سازمان های مختلف ذی نفع سلامت را بر عهده دارد که با حضور پر رنگ آنها در جلسات و پی گیری برنامه ها، می توان آن ها را عملیاتی نمود.

پس از تایید برنامه کلان دانشگاه، برنامه ریزی تفصیلی و اجرایی در واحدهای تابعه و وابسته دانشگاه انجام می شود. مراکز بهداشت شهرستان هماهنگ با برنامه های استانی، در حوزه تحت پوشش خود تولی گری امر سلامت را بر عهده دارند.

هرچند متولی اصلی سلامت در استان دانشگاه های علوم پزشکی هستند ولی در امور تولی گری سلامت، از اختیارات لازم برای پایش و نظارت بر حسن اجرای برنامه های سلامتی و جلوگیری از اجرای سیاست های مغایر در کلیه ابعاد بخش سلامت برخوردار نیستند.

از طرفی با وجود تغییرات مستمر نیازهای سلامت، سیاست ها و برنامه های کلان کشور و استان، ساختار ارائه خدمات سلامت دانشگاه برای پاسخگویی پویایی لازم را ندارد. در حال حاضر بستر ساختاری مناسب برای اجرای بهینه فعالیت های مرتبط با استقرار استانداردهای سطح دوم خدمات سلامت و اجرای عملیات نظارت و اعتباربخشی واحدهای تشخیصی، درمانی، توانبخشی سرپایی و بستری، عملیات حوادث و فوریت های پزشکی، برنامه های آموزش و پژوهش پزشکی و همچنین اجرای برنامه های مرتبط با امور دارو، غذا و تجهیزات پزشکی فراهم نیست. همین ناهماهنگی ساختاری منجر به تشکیل جزایر جداگانه و عملکرد مجزای هر یک از حوزه های تخصصی دانشگاه شده است و بخشی از زمان مفید مدیریت دانشگاه و شبکه بهداشت و درمان به رفع ناهماهنگی ها و ممانعت از بروز اختلافات اختصاص یافته است.

◀ نیروی انسانی سلامت

نیروی انسانی به ویژه نیروی انسانی آموزش دیده و ماهر مهم ترین سرمایه هر نظام است. خوشبختانه بخش اعظم نیروی انسانی بخش سلامت در سطح بالایی از دانش و مهارت قرار دارند که به نوبه خود مدیریت دقیقی را می طلبد. از نگاه سازمان جهانی بهداشت نگاه ویژه به این کارکرد اهمیت دارد. دلایل این اهمیت این است که عملکرد هر سیستمی به ترکیبی از مهارت ها و عملکرد نیروهای انسانی و در دسترس بودن آنها وابسته است. علاوه بر این بخش قابل توجهی از بودجه سلامت به تولید و روزآمد کردن منابع انسانی اختصاص داده می شود. هزینه های انسانی و اقتصادی مدیریت ضعیف نیروی انسانی بخش سلامت بسیار بالا است.

استان اصفهان به دلیل جاذبه های فراوان فرهنگی - اجتماعی ، اقتصادی و اقلیمی واجد تعداد زیادی از دانش آموختگان سلامت و داوطلبان اشتغال به کار در حوزه ی سلامت است. جذب و به کارگیری نیروی انسانی در دانشگاه تابع ضوابط قانون هیات های امنای (ماده ۲۰ برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور) است.

هرچند اقدامات وسیع و گسترده ای در حوزه تامین نیروی انسانی در دانشگاه انجام گرفته است ولی کمبودهای نیروی انسانی در عرصه های خدمات سلامت به خصوص در تامین نیروی انسانی مراکز درمانی و برخی از رشته های تخصصی مشهود است. مثال هایی از اقدامات انجام گرفته عبارتند از :

اجرای طرح مقیم سازی متخصصین در مراکز درمانی ارجاعی و مناطق محروم ، تامین نیروی پرستاری مورد نیاز از طریق قراردادهای مستقیم دانشگاه ، اجرای پروژه های موفق در حوزه توانمند سازی کارکنان و...

◀ تامین مالی

نظام مالی مجموعه ای از فعالیت های مرتبط و به هم پیوسته برای تدارک مالی خدمات سلامت تلقی می شود. یکی از مهم ترین عوامل موثر در تامین سطح سلامت مطلوب جامعه، منطقی بودن شیوه تامین مالی و بیشینه کردن سهم بخش عمومی (منابع عمومی دولت، مشارکت بیمه ها) نسبت به سهم پرداخت مستقیم مردم در تامین مالی خدمات سلامت است تا مردم از نظر پوشش حمایتی در زمان بیماری احساس آسودگی خاطر کنند و در صورت ناتوانی و فقر از خدمات سلامت چشم پوشی ننمایند. هر قدر شیوه ی تامین منابع، بیشتر بر منابع عمومی و پیش پرداخت ها (قبل از بروز بیماری) اتکا داشته باشد، نظام سلامت عادلانه تر می باشد و هرچه میزان منابع مالی بیش تر از محل پرداخت های مستقیم خانوارها و در زمان بیماری تأمین گردد، نظام تأمین منابع مالی سلامت، غیرعادلانه تر خواهد بود.

به دلیل رشد فناوری در حیطه سلامت، افزایش جمعیت و نیز تغییر شیوه زندگی به سمت صنعتی شدن، افزایش دسترسی (فیزیکی و مالی) و سطح آگاهی افراد به خدمات سلامت و ظهور بیماری های جدید، هزینه های خدمات سلامت با رشد فزاینده ای روبرو است و ضروری است توزیع منابع محدود اختصاص یافته به بخش سلامت با نظم و هدفمند صورت گیرد.

براساس مطالعات حساب های ملی سلامت، ۳۰ درصد منابع مالی بخش بهداشت و درمان کشور از محل منابع عمومی، ۱۱ درصد از محل کارفرمایان و بیش از ۵۰ درصد از طریق پرداخت مستقیم خانوار صورت می گیرد.

بسیاری از چالش ها و مشکلات تامین مالی سلامت به مشکلات ساختاری نظام سلامت کشور برمی گردد. دانشگاه های علوم پزشکی در حیطه سیاست گذاری این حوزه اختیارات محدودی دارند. سازمان های جبران کننده خدمات از جمله دانشگاه و سازمان های بیمه گر استانی نیز تابع سیاست های ملی می باشند. این موضوع اهمیت تحقق اهداف چشم انداز و برنامه پنجم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور را در پوشش همگانی خدمات، تعریف بسته جامع خدمات و تجمیع صندوق های بیمه به عنوان الزامات دستیابی به اهداف دانشگاه در این حوزه بیش از پیش نمایان می سازد.

تدارک خدمات و مراقبت های سلامت

درون مایه نظام سلامت کشور برپایه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) طرح ریزی شده است. اولویت های کشور در این نظام بدین شکل تبیین گردید:

۱- اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات

۲- اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی

۳- اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری

خدمات تعریف شده در بخش دولتی در قالب شبکه بهداشتی درمانی در سطوح مختلف و توسط ارائه کنندگان خاص در هر سطح ارایه می گردد. پیوند سطوح مختلف مراقبت از اجزای ضروری PHC است. این پیوند از طریق نظام سطح بندی خدمات و ارجاع تحقق می یابد. نظام ارجاع از شبکه ای از ارائه دهندگان و واحدهای ارایه خدمت در یک منطقه جغرافیایی خاص تشکیل شده است که :

-دسترسی عادلانه به مراقبت مناسب و به هنگام را براساس نیازهای واقعی جامعه تامین می کند .

-استفاده موثر و کافی از منابع در دسترس سلامت را تضمین می کند.

-دستیابی به بهترین بازده مراقبتی را با کمک منابع موجود فعلی میسر می سازد.

اهم چالش ها در حوزه تدارک خدمات سلامت

- مشکلات دسترسی و توزیع نامناسب به خدمات و منابع سلامت

- اتکای بیش از حد به فناوری در ارایه خدمات تشخیصی درمانی

- ورود بی رویه ارائه کنندگان خدمات سلامت به بازار و ایجاد تقاضای القایی

- کمبود یا فقدان راهنماهای بالینی مراقبت در سطوح مراقبت مبتنی بر شواهد علمی بومی روزآمد

- مشکلات ارتباط بیمار با ارائه دهندگان خدمات درمانی

- مشکلات نظام ارجاع و عدم پیوستگی در سطوح مراقبت
- عدم رعایت الگوی صحیح مصرف خدمات سلامتی
- نبود برنامه های جامعه محور برای کنترل عوامل خطر سلامتی در اولویت منطبق با بار بیماری های کشور
- چندگانگی تامین منابع و شیوه ارائه خدمت
- ابهام در تعریف بسته خدمات سلامتی
- عدم وجود پرونده سلامتی برای هر فرد و عدم ثبت اطلاعات مورد نیاز
- عدم تبیین استانداردهای کمی و کیفی انجام کار، مدیریت و فقدان سیستم پایش و ارزشیابی
- عدم تناسب توانمندی های دانش آموختگان سلامت با الزامات ارائه خدمت
- ناهمگونی در نظام عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی درمانی با نیازهای مراقبتی جامعه
- موازی کاری و وجود ساختارهای متفاوت ارائه خدمات سلامت توسط سازمان های مختلف
- گرایش جامعه و مدیران بر بسط و توسعه خدمات تخصصی
- کیفیت نامناسب خدمات و مراقبت های سلامت

اهم راهبردها در گسترش دسترسی عادلانه و بهره مندی جامعه از خدمات سلامت

- طراحی و اجرای نظام ارجاع خدمات با محوریت پزشک خانواده
- توزیع عادلانه و متناسب سازی منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت بر اساس سطح بندی و نظام ارجاع
- گسترش خدمات نوین مراقبتی بر اساس نیازسنجی مبتنی بر شاهد
- توسعه گردشگری سلامت در استان در قالب تاسیس شهرک های دانش و سلامت
- تکمیل و تجهیز کلیه واحدهای دولتی ارائه خدمات سلامت بر اساس سطح بندی خدمات و نظام ارجاع
- استانداردسازی ساختار فیزیکی کلیه مراکز درمانی
- ارتقای بهره مندی از خدمات و ارتقای دسترسی جغرافیایی به خدمات سلامت
- گسترش خدمات مراقبت در منزل (Home Care)
- افزایش دسترسی اقتصادی به خدمات و مراقبت های سلامت
- طراحی و اجرای نظام سطح بندی و ارجاع آزمایشگاه های استان
- توسعه مراقبت های استاندارد سرپایی
- ارتقای مشارکت بخش غیر دولتی و خرید راهبردی خدمات
- توسعه خدمات کالیراسیون تجهیزات پزشکی

اهم راهبردها در ارتقای کیفیت خدمات سلامت با رویکرد حاکمیت بالینی

- توسعه کاربری و استفاده از رهنمودهای بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی
- توسعه ارزیابی فناوری های سلامت در دانشگاه
- تقویت آزمایشگاه فرانس برای مرجعیت کنترل کیفی آزمایشات
- طراحی ساختار کشف و تبیین فرآیند بررسی خطاهای پزشکی و عوارض ناخواسته دارویی
- طراحی و ارتقای ساختار نظام رسیدگی به شکایات سلامت
- استقرار استانداردهای اعتباربخشی و رتبه بندی در مراکز درمانی
- توانمندسازی و توسعه آموزش کارکنان و بیماران و ارتقای نظام آموزش مداوم حرفه ای
- طراحی مسیرهای بالینی بیماران در بیماری های شایع
- توسعه ایمنی بیماران در مراکز درمانی
- دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی سازمان های بین المللی در مراکز درمانی منتخب
- ظرفیت سازی و تامین نیروی انسانی متخصص مجرب
- افزایش مراقبت از عفونت در خدمات سلامت
- بکارگیری ابزار ممیزی بالینی جهت ارتقای خدمات
- ارتقای مراقبت های سلامت با تاکید بر بیماری های اولویت دار (مادران باردار ، نوزادان ، بیماران اورژانس و..)
- توسعه فعالیت های کنترل کیفی دارویی و مواد آرایشی و ارتقای شاخص های کیفیت خدمات دارویی
- توسعه خدمات بررسی عوارض ناخواسته دارویی و اطلاع رسانی دارو و سموم
- پایش الگوی تجویز دارو و ترویج تجویز و مصرف منطقی دارو

پاسخگویی در نظام سلامت

سازمان جهانی بهداشت، تعریف پاسخگویی را با تجربه بیمار از خدمات دریافتی معادل می داند. این تجربه بر اساس مستندات فراوان با پیامدهای سلامت ارتباط دارد. علاوه بر این پاسخگویی نظام سلامت در مبحث حقوق بیماران نیز قابل پی گیری است. نگاهی به فلسفه وجودی واحدهای ارایه دهنده خدمات سلامت، بیمارمحوری را به عنوان کانون تمرکز و توجه اقدامات مرتبط با ارتقای این مراکز معرفی می کند.

اهم چالش ها در حوزه پاسخگویی

- مشکلات ارتباط بیمار - ارایه دهندگان خدمات سلامت
- کم رنگ بودن پاسخگویی و رعایت حقوق بیماران در نظام ارزشیابی و رتبه بندی مراکز درمانی

- ناکافی بودن آموزش ارایه دهندگان خدمات در خصوص مهارت های ارتباط با بیمار
- موانع فرهنگی و نگرشی در جهت رعایت حقوق بیماران
- کمبود منابع و مشکلات ساختاری در جهت بیمارمحوری مراکز درمانی
- عدم اطلاع کافی بیماران از حقوق خود

اهم راهبردها در حوزه پاسخگویی

- ارتقای بیمارمحوری در مراکز درمانی
- ارتقای مهارت های ارتباط با بیمار در کادر درمانی و گسترش مفاهیم اخلاق پزشکی
- لحاظ معیارهای پاسخگویی و تکریم بیماران در رتبه بندی و اعتبار بخشی مراکز سلامت
- گسترش انجمن های حمایت از حقوق بیماران
- افزایش اطلاع رسانی به جامعه در خصوص حقوق و مسئولیت های بیمار
- تدوین راهنماهای بالینی جهت بیماران با هدف ارتقای مراقبت از خود
- تقویت جایگاه مددکاری در مراکز درمانی

عدالت در سلامت:

عدالت در سلامت به وجود فرصت های عادلانه برای دستیابی به سلامت جامع (رفاه کامل جسمی، روحی، روانی و اجتماعی) برای کلیه افراد جامعه دلالت دارد. به طور اختصاصی عدالت در سلامت با توزیع عادلانه منابع سلامت و امکان دسترسی و بهره مندی عادلانه از خدمات سلامت ارزیابی می شود. تعیین کننده های بی عدالتی در بخش های مختلف توسعه پراکنده می باشند لذا ضروری است در سیاست گذاری ها به همه بخش های مرتبط توجه و اثرات احتمالی سیاست ها و برنامه ها سلامت، خصوصا بر سلامت آسیب پذیرترین گروه های اجتماعی ارزیابی گردد و بر اساس آن سیاست های هماهنگ تدوین شوند. باید توجه کرد هدف از سیاست های عدالت در سلامت حذف تفاوت های سلامت به طوری که همه افراد سطح و کیفیت یکسان سلامتی را داشته باشند نیست، بلکه هدف کاهش یا حذف آن دسته از تفاوت هایی است که از عواملی که قابل اجتناب هستند، نشأت گرفته باشند. بخش عمده ای از راهکارهای گسترش عدالت در سلامت را باید در حوزه عملکردی سازمان هایی جستجو کرد که شاید ماهیتاً رسالت سلامت محوری نداشته باشند. در این جا تنها به به مواردی اشاره می شود که به طور مستقیم در حیطه عملکردی دانشگاه است.

اهم چالش ها در حوزه عدالت در سلامت

- پوشش غیر عادلانه حمایت های بیمه ای

- تفاوت های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی در مناطق مختلف استان و بالابودن ضریب جینی^۱ در استان
- جاذبه های کم مناطق محروم برای کارکنان سلامت
- پراکندگی و چند سویه بودن اقدامات مرتبط با ارتقای عدالت در سلامت در سازمان های مختلف
- فرصت های شغلی نابرابر در استان
- توزیع نامناسب خدمات سلامت در استان

اهم راهبردها در حوزه عدالت در سلامت

- گسترش خدمات سلامت مبتنی بر نیاز و توجه به سطح بندی
- مشارکت عمومی با رویکرد مولفه های اجتماعی موثر بر خدمات سلامت
- بکارگیری راهکارهای افزایش انگیزه کارکنان سلامت در مناطق محروم
- همسو سازی و پایش اقدامات مرتبط با گسترش عدالت در سلامت در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان
- بومی سازی و اجرای نظام مراقبت از شاخص های عدالت در سلامت
- اولویت بندی توزیع و تخصیص منابع به مناطق کمتر توسعه یافته استان

➤ شناخت وضعیت موجود و ارزیابی عملکرد بخش/ فرابخشی در برنامه پنجم توسعه

به استناد نقطه نظرات ارائه شده توسط شورای سیاست گذاری در جلد اول کتاب "دستاوردها، چالش ها و افق های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران" شاخص عملکرد نظام سلامت ترکیبی از ۵ گروه شاخص زیر است که خود نیز می توانند ترکیبی از نشانگرهای مختلف باشند:

- الف- وضعیت سلامت جامعه
- ب- توزیع سلامت در جامعه
- ج- پاسخگویی نظام سلامت
- د- توزیع پاسخگویی نظام سلامت
- ه- عادلانه بودن مشارکت مالی خانوارها

ضریب جینی یا **شاخص جینی**، ضریب جینی یک واحد اندازه گیری پراکندگی آماری است که معمولاً برای سنجش میزان نابرابری در توزیع درآمد یا هر چقدر ضریب جینی نزدیک به عدد صفر، این ضریب با نسبتی تعریف می شود که ارزشی بین صفر و یک دارد. ثروت در یک جامعه آماری استفاده می شود باشد، برابری بیشتر در توزیع درآمد را نشان می دهد و بالعکس هر چقدر ضریب جینی نزدیک به عدد یک باشد، توزیع نابرابر درآمد را مشخص می کند.

کارایی و عدالت اجتماعی معیارهای اصلی ارزیابی عملکرد تمامی نظام های اجتماعی از جمله نظام سلامت هستند. کارایی به معنای دستیابی به بالاترین سطح از اهداف با به کارگیری کمترین مقدار از منابع است. عدالت در سلامت به معنای دستیابی به بالاترین برابری ممکن در سلامتی برای آحاد جامعه است.

از آنجا که میزان اثربخشی برنامه های بهداشتی درمانی و برنامه های مداخله ای که در جهت ارتقای سلامتی طراحی شده با کمک تغییرات میزان های مرگ و میر شناخته می شوند و از طرف دیگر بررسی علل مرگ، نمایانگر چگونگی بهره مندی مردم جامعه از خدمات بهداشتی درمانی است، لذا بررسی علل مرگ و شاخص عمر از دست رفته (در اثر مرگ زودرس و ناتوانی) معیاری برای دستیابی به مشکلات عمده سلامت قرار می گیرد.

همچنین برای دستیابی به مشکلات کلیدی سلامت می توان از بار بیماری ها استفاده نمود. محدودیت منابع ایجاب می کند که برای آن گروه از مشکلات تندرستی برنامه ی مقابله تهیه شود که بیشترین بار را بر جامعه تحمیل می کنند و در نتیجه کاستن از ابعاد مشکل، از طریق اجرای یک برنامه ی اثربخش، با بیشترین افزایش در سطح سلامت جامعه همراه خواهد بود. در همین راستا در نقشه جامع سلامت استان، با مقایسه، تحلیل و دسته بندی علل مرگ در استان، ۵ اولویت اصلی سلامت استان بر اساس معیارهای تاثیر بر شاخص DALY^۲ و قابلیت پیشگیری به شرح ذیل انتخاب گردیدند:

- بیماری های قلبی عروقی

- حوادث عمدی و غیرعمدی

- بیماری های حول و حوش تولد

- بیماری های روانی و اختلال رفتاری

- سرطان ها

در این سند تاکید شده است:

الف- در هر استان، بیماری ها و اختلالات تاثیر گذار بر سلامت وجود دارند که بومی آن منطقه بوده و ممکن است بر شاخص مرگ تاثیر زیادی نگذارند ولیکن می توانند بر کیفیت زندگی افراد اثرگذار باشند (نظیر سالک) و طراحی برنامه های مداخله ای را ایجاب می نمایند.

ب- گروهی از بیماری ها نیز با توجه به شدت آنها و تاثیرات بعدی که بر بار بیماری ها در روند زمان خواهند گذاشت اهمیت می یابند نظیر بیماری های نوپدید و باز پدید، که این گروه نیز و در طراحی مداخلات مد نظر قرار گیرند.

ج- سیستم سلامت همچنین دارای برنامه هایی(نظیر برنامه های سلامت کودکان، میانسالان، دهان و دندان، سالمندان ، مبارزه با سل، و....) می باشد که همواره بایستس مطابق روال معمول و تحت عنوان برنامه های جاری انجام شوند و از اهمیت آنها کاسته نمی شود. ولیکن با عنایت به تاثیر برنامه های پنج گانه فوق در ارتقاء شاخص های سلامتی استان و تحقق اهداف چشم انداز، این

^۲Disability Adjusted Life Years

برنامه ها به عنوان برنامه های اولویت دار سلامت استان تعیین گردیدند و عمده برنامه های مداخله ای سیستم سلامت را تشکیل می دهند.

عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت : سلامت به شدت تحت تاثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی است و متغیرهای اقتصادی و اجتماعی متفاوتی به صورت مستقیم و غیرمستقیم سلامت مردم را تحت الشعاع قرار می دهند. به عنوان مثال وجود نابرابری های گسترده در توزیع درآمد، شغل، تحصیلات و ... نه تنها می تواند منجر به بروز فقر و ایجاد شکاف بیشتر طبقات جامعه شود، بلکه می تواند بر روی سلامت افراد و سلامت کل جامعه تاثیرگذار باشد. اکثر عوامل ایجادکننده بی عدالتی ها در سلامت در بخش های مختلف اجتماعی پراکنده می باشند. بنابراین لازم است که در سیاست گذاری ها به همه بخش های مرتبط توجه شود و تاثیرات احتمالی سیاست های آنها بر سلامت آسیب پذیرترین گروه ها در اجتماع، ارزیابی گردد و سپس بر اساس آن، سیاست ها و برنامه ها هماهنگ گردند.

به همین دلیل اتخاذ رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به منظور کاهش تفاوت های سلامت و ارتقای عدالت در سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان یکی از پنج اولویت اعلام شده از سوی مقام محترم وزارت مد نظر قرار گرفته است.

طبق قانون و بر اساس رسالت های سازمانی تعریف شده، وزارت ها و نهادهای متفاوتی به صورت مستقیم در امر سلامت دخالت دارند (نظیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و شورای سلامت و امنیت غذایی استان ها، وزارت رفاه، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی «ره» بعضی از این نهادها در جهت سیاست گذاری عمل می کنند و برخی عمدتاً نقش اجرایی دارند. گروه دومی نیز از نهادها و سازمان ها وجود دارند که ارتقاء سلامت به عنوان مهم ترین راهبرد آنها مطرح نیست ولیکن در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقاء سلامت عموم مردم نقش دارند نظیر رسانه های عمومی، آموزش و پرورش و ...

به منظور هماهنگ نمودن فعالیت این نهادها و گسترش همکاری های بین بخشی و در راستای اجرایی نمودن مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و نیز اتخاذ تدابیر مناسب، سیاست ها و راهبردها در سطح استان در قلمرو سلامت همگانی و امنیت غذا و تغذیه، کارگروه سلامت و امنیت غذایی با حضور نمایندگان سازمان ها و ادارات تشکیل می گردد.

آشنایی با بخش سلامت استان و ویژگی های آن

در حال حاضر، بخش سلامت استان ارائه خدمات سلامت به استانی با وسعت ۱۲۲۷۱۷ کیلومتر مربع و ۵۰۸۱۱۹۵ نفر جمعیت را برعهده دارد. این بخش که به اتکای فعالیت های درخشان قسمت های مختلف آن، به عنوان یکی از برجسته ترین بخش های ارائه دهنده خدمات سلامت در کشور شناخته می شود و با توجه به چشم انداز خود (در پایان برنامه ششم، استانی است با مردمی دارای

بالاترین سطح سلامت و برخوردار از پیشرفته‌ترین، عادلانه‌ترین و پاسخگوترین نظام سلامت در کشور) متعهد است با انجام سیاست-گذاری، برنامه‌ریزی، هماهنگی، اجرا و نظارت‌های کارشناسی شده و علمی در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی جمعیت تحت پوشش خود با تأکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر، فعالیت نموده و با بهره‌مندی از توانمندی‌ها و امکانات خود و تعامل با سایر نهادهای مؤثر در امر سلامت و نیز رعایت حقوق اسلامی، انسانی، توجه به اصل عدالت‌محوری و تکریم-گیرندگان خدمات نظام سلامت، کیفی‌ترین خدمات سلامت را در بستر آموزش و پژوهش در علوم پزشکی با کم‌ترین هزینه و در کوتاه‌ترین زمان به آنان ارائه نماید.

دو دانشگاه علوم پزشکی مستقل اصفهان و کاشان، مسئولیت اصلی تحقق این رسالت را با استفاده از ظرفیت‌های دولتی، غیردولتی و خصوصی (از جمله بخش درمان تأمین اجتماعی، نیروهای انتظامی و ..) در استان به عهده دارند و در کنار آن‌ها، به سبب تأثیرگذاری مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای متفاوت بر مقوله سلامت، نهادهای دیگری نیز به انجام این مهم مشغول-اند که بعضی از این نهادها نظیر کارگروه سلامت و امنیت غذایی و سازمان‌های بیمه‌گر نقش مستقیم در سیاست‌گذاری سلامت و اجرا دارند. گروه دومی نیز از نهادها و سازمان‌ها وجود دارند که ارتقا سلامت به‌عنوان مهم‌ترین راهبرد آن‌ها مطرح نیست ولی نقش غیرمستقیم مهمی در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقاء سلامت عموم مردم دارند نظیر رسانه‌های عمومی و آموزش و پرورش.

در حال حاضر بخش سلامت استان توانسته است با استفاده از امکانات و منابع فیزیکی خود مشتمل بر ۵۵۱ خانه بهداشت، ۳۱۹ پایگاه بهداشتی و پایگاه سلامت، ۲۳۸ مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و مرکز سلامت جامعه، ۱۵ مرکز آموزشی درمانی و ۵۱ بیمارستان، ۱۴۰ پایگاه اورژانس، ۸۷۴۵ تخت، ۶۲۲ واحد تولیدی خوراکی و آشامیدنی، ۴۸ واحد تولید فرآورده‌های آرایشی، بهداشتی، ۱۲ کارخانه داروسازی، ۵۴ شرکت پخش دارو، ۹۱۷ داروخانه، ۳ پژوهشکده و ۴۵ مرکز تحقیقاتی و نیز فعالیت شبانه‌روزی بیش از ۳۹ هزار نیروی انسانی خدوم و زحمتکش، خدمات سلامت را در سه بخش دولتی، خصوصی و خیریه به جمعیت تحت پوشش ارائه دهد و جایگاه مناسبی را در نظام سلامت کشور به‌دست آورد.

آنچه در خصوص تفاوت بخش سلامت استان اصفهان با اکثر استان‌های کشور قابل ذکر است، تعداد زیاد شبکه‌های بهداشتی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (۲۳ شبکه) و وسعت و پراکندگی جمعیت تحت پوشش آن می‌باشد. این امر می‌تواند در تغییرات شاخص‌های سلامت تأثیر بسزایی داشته باشد.

وضعیت شاخص های بخشی سلامت در پایان برنامه پنجم توسعه استان اصفهان

رشد / متوسط دوره برنامه پنجم (درصد)	سال های برنامه پنجم					رشد / متوسط دوره برنامه چهارم (درصد)	سال های برنامه چهارم		واحد	عنوان شاخص / هدف کمی
	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰		۱۳۸۹	۱۳۸۴		
	-۱۵,۲	۶,۷	۷	۷	۷,۲		۷,۹	-		
-۱۷,۴	۹,۵	۹,۹	۹,۶	۹,۸	۱۱,۵	-	۱۱,۵	-	مرگ در هزار تولد زنده مرگ کودکان زیر یکسال	
-۱۷,۸	۱۱,۱	۱۱,۷	۱۱,۳	۱۲	۱۳,۵	-	۱۳,۷	-	مرگ در هزار تولد زنده مرگ کودکان زیر ۵ سال	
-۰,۶	۱۶,۱	۱۹,۸	۹,۶	۲۰,۲	۱۶,۲	۱۳,۸۲	۲۱,۲	۲۴,۶	نسبت مرگ مادران در صد هزار تولد زنده تا پایان برنامه	
۰	۷۵,۲	۷۵,۲	-	-	-	-	-	-	مردان (سال)	
۰	۷۸,۴	۷۸,۴	-	-	-	-	-	-	زنان (سال)	
-۲۳,۰	۱۴,۳	۱۶,۶	-	-	-	-	-	-	مرگ ناشی از حوادث ترافیکی (با کل مرگ های ناشی از سوانح و حوادث گزارش شده است)	
۱۴,۲	-	۱۶۱,۶	۱۴۱,۸	۱۵۶,۵	۱۴۱,۵	-	۱۵۳	-	مورد در صد مردان	
۱۰,۵	-	۱۶۹	۱۶۰	۱۴۳,۶	۱۵۲,۹	-	۱۶۹	-	مورد در صد زنان	
۱,۴	۵۱۷ (۹۹,۲)	۵۲۰ (۹۸,۹)	۵۲۰ (۹۸,۷)	۵۳۳ (۹۸,۷)	۵۳۴ (۹۷,۸)	-	۵۴۵ (۹۶,۷)	۶۰,۷	تعداد (درصد)	
۰,۱۳	۲۰,۹ (۷۶)	۱۹۷ (۷۶)	۱۹۳ (۷۶)	۱۹۲ (۷۵,۹)	۱۹۶ (۷۵,۹)	-	۱۹۳ (۷۴,۸)	۱۲۳	تعداد (درصد)	
۰,۵	۹۹	۹۸	۹۵	۹۶	۹۸,۵	۴,۲	۹۹	۹۵	در صد	
-۰,۱	۹۹,۶	۹۹,۸	۹۹,۸	۹۹,۹	۹۹,۷	-	۹۹,۳۴	-	روستایی (درصد)	
۰,۱	۹۹,۹	۹۹,۹۷	۹۹,۹	۹۹,۹۳	۹۹,۸	-	۹۹,۷۱	-	درصد شهری	
۱,۴	۹۹,۳	۹۹,۰۸	۹۹,۸	۹۸,۵۴	۹۷,۹	-	۹۷,۶۲	-	درصد روستایی	
۴,۹۶	۹۳,۱	۹۲,۹	۹۱,۴	۹۰,۵	۸۸,۷	-	۸۶,۰۶	-	درصد	
۱,۳	۹۱,۵	۹۱,۴	۹۱,۴	۹۰,۳	-	-	-	-	درصد	

وضعیت شاخص های بخش سلامت در پایان برنامه پنجم توسعه استان اصفهان

رشد / متوسط دوره پنجم (درصد)	سال های برنامه پنجم					رشد / متوسط دوره چهارم (درصد)	سال های برنامه چهارم		واحد	عنوان شاخص / هدف کمی
	۱۳۹۴	۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰		۱۳۸۹	۱۳۸۴		
-۴۸,۴	۵	۵,۸	۷,۵	۸,۱	۹,۷	-	۱۳,۸	-	کشنده (در صد هزار نفر)	بروز حوادث مرتبط با کار به تفکیک کشنده و غیر کشنده
-۱۷,۰۴	۱۴۶	۱۶۳	۱۸۳,۷	۱۷۲,۶	۱۷۶	-	۲۱۷	-	غیر کشنده (در صد هزار نفر)	
-	-	-	۵,۶	-	-	-	۵,۵۷	۵,۷ (سال ۷۳)	درصد	شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال
۸۵,۷	.۱۳	.۰۸	.۱۵	.۰۸	.۰۷	-	-	-	در هزار نفر	بروز اختلالات خفیف روانی
۲۱۱,۴	۱,۰۹	۶۱	.۰۸	.۴۴	.۳۵	-	-	-	در هزار نفر	بروز اختلالات شدید روانی
۱۹,۲	۱۲۴	۱۱۳	۱۱۰	۱۰۸	۱۰۴	۳۵	۹۷	۷۲	تعداد	تعداد پایگاه های اورژانس
۲۹,۸	۱۹۶	۱۵۶	۱۵۶	۱۵۳	۱۵۱	۶۶	۱۴۸	۸۹	تعداد	تعداد ناوگان آمبولانس استاندارد
۳۴۳۳	۴۲۴	-	۱۰۳	-	۱۲	-	۰	۰	تعداد مقیم	دسترسی به خدمات تخصصی بیمارستانی (مقیمی در رشته های تخصصی)
۲۳,۳	۷,۴	۷,۴	۷,۹	۷,۱	۶	-	۶,۵	-	دقیقه	زمان حضور بر بالین بیماران اورژانس در شهر
۴	۱۰,۴	۱۲,۹	۱۳,۳	۹,۵	۱۰	-	۱۲,۱	-	دقیقه	زمان حضور بر بالین بیماران اورژانس در جاده
۱۲,۵	۷۲	۶۵	۶۵	۶۴	۶۴	۲۴	۵۷	۴۶	درصد	درصد پوشش استاندارد فوریت های پزشکی در طول راه ها
۱۲,۵	۱,۸	۱,۶	۱,۶	۱,۶	۱,۶	۱۷	۱,۴	۱,۲	نسبت	تعداد پایگاه جاده ای به ازاء یک صد کیلومتر راه
۱,۷	۶۲۲۹	۶۱۳۹	۶۱۲۷	۶۱۰۲	۶۱۲۲	۱۴	۶۱۱۹	۵۸۰۲	تعداد	تعداد تخت بیمارستانی
۲۵,۵	۷۰۰	۶۶۷	۶۳۱	۵۹۸	۵۶۲	۵۸	۴۸۷	۳۰۷	تعداد	تعداد تخت های ویژه
-۸,۴	۴۷۷	-	-	-	۵۲۱	-	۵۵۴	-	تعداد	تعداد تخت های اورژانس**

* علامت خط تیره " - " بر موجود نبودن اطلاعات دلالت دارد.

**تعریف تخت اورژانس، در طی سال ها متفاوت بوده است.

تغییرات شاخص های توسعه کودکان: بررسی شاخص های توسعه کودکان در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۴ نشان می دهد که میزان مرگ و میر نوزادان از ۷/۹ در هزار تولد زنده به ۶/۷ ، مرگ و میر کودکان زیر یکسال از ۱۱/۵ در هزار تولد زنده به ۹/۵ و میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال از ۱۳/۵ در هزار تولد زنده به ۱۱/۱ در هزار رسیده است. بررسی روند تغییرات در طول پنج سال گذشته حاکی از آن است که هر سه شاخص روند نزولی داشته و به جز سال ۱۳۹۳ که افزایش مختصری در شاخص های مرگ زیر پنج سال و زیر یکسال مشاهده شده است در بقیه سال ها علاوه بر کاهش میزان مرگ و میر، شاهد سیر نزولی میزان های مرگ نیز بوده ایم.

سرانه تخت بیمارستانی: استان اصفهان در حال حاضر در مقایسه با میانگین کل کشور، به طور میانگین سرانه تخت کمتری را به خود اختصاص داده است. در سال های برنامه چهارم و پنجم توسعه شاهد روند نسبتا ثابتی در این شاخص بوده ایم. علاوه بر این، توزیع تخت های بیمارستانی نیز در استان همگون نبوده و در شهرستان هایی چون اصفهان و کاشان شاهد تراکم تخت بیشتری می باشیم. خدمات بستری استان اصفهان کشتش قابل توجهی برای استان های مجاور از جمله کهگیلویه و بویر احمد، چهارمحال و بختیاری ، لرستان و خوزستان دارد. این کشتش در برخی خدمات از جمله خدمات چشم پزشکی ، سوختگی ، قلب و عروق و سرطان بیشتر است. بخش قابل توجهی از تخت های بیمارستانی مربوط به بخش دولتی است و بخش خصوصی نتوانسته سهم متناسبی را در بخش درمان بستری به عهده گیرد. ظرفیت های این بخش نیز عمدتا به موارد غیرپیچیده و با رویکرد بازگشت سرمایه اختصاص یافته است.

با اجرای طرح تحول نظام سلامت و بهره گیری جامعه از پوشش های حمایتی این برنامه ، انباشت بخشی از نیازهای پاسخ داده نشده در حوزه درمان به افزایش قابل توجه ضریب اشغال تخت بیمارستان ها انجامید. برنامه ارتقا کیفیت ویزیت نیز با افزایش دسترسی اقتصادی بیماران ، بیمارستان های دولتی را با جمعیت انبوهی از بیماران مواجه ساخت. در حال حاضر به نظر می رسد تعداد تخت های استان تکافوی نیازهای بیماران را نمی دهد و توسعه تخت های بیمارستانی در برنامه ششم به طور جدی باید مد نظر قرار گیرد. این توسعه باید در بخش خصوصی با اولویت بیشتری دنبال شود. متوازن نمودن الگوی توسعه درمانی شهرستان ها نیز بر اساس الگوی پیشنهاد شده سند آمایش استان باید دنبال شود.

سرانه تخت ویژه استان: تخت های ویژه بیمارستانی شامل تخت مراقبت ویژه بزرگسال ، کودک و نوزاد (ICU,PICU,NICU) و تخت مراقبت ویژه قلبی (CCU) مختص مراقبت بیماران حاد و بحرانی است. استقرار این تخت ها مستلزم صرف هزینه های بالا جهت تامین تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی ماهر و کافی است. در ابتدای برنامه چهارم توسعه تخت های ویژه استان اندک بود و در نتیجه صف های انتظار طولانی برای دریافت این خدمات به چشم می خورد. توسعه این تخت ها در سال های اخیر با شتاب زیادی در دستور کار قرار گرفت. با این حال با توجه به کمبودهای موجود، در برنامه ششم توسعه نیز هم چنان گسترش کمی و کیفی این تخت ها باید مورد توجه قرار گیرد.

خدمات فوریت پزشکی: خدمات فوریت پزشکی در ساختاری متشکل از پایگاه های اورژانس، ناوگان آمبولانس پیش بیمارستانی و مراکز فرماندهی شامل اتاق فرمان اورژانس پیش بیمارستانی و ستاد هدایت بیماران و در ارتباط تنگاتنگ با اورژانس های مراکز درمانی عمل می کند. شاخص های مرتبط با عملکرد این خدمات نشان دهنده بهبود زیرساخت ها و منابع مورد نیاز است. برخی شاخص ها با شرایط خاص استان گره خورده، از جمله میانگین زمان رسیدن مصدوم به مراکز درمانی در شهر اصفهان که شاخص های ترافیکی و فرهنگ رانندگی با آن ارتباط دارد.

تحلیل عملکرد برنامه چهارم و پنجم توسعه در بخش بهداشت و درمان

بخش سلامت با همه پیچیدگی ها و گستردگی خدمات از لحاظ کمی و کیفی تا سال ۱۳۹۳ و مابعد آن در سال ۹۴ (پس از برنامه پنجم توسعه) توانسته در حد مطلوب به نیازهای اساسی مردم و جامعه پاسخ دهد و در کلیه زمینه ها به ویژه موارد زیر، به موفقیت های خوبی دست یابد:

طرح تحول نظام سلامت در بخش درمان، آغاز طرح تحول نظام سلامت در بخش بهداشت، استقرار سامانه های سپاس و تکمیل نرم افزار های HIS، پرداخت مبتنی بر عملکرد، استقرار حاکمیت بالینی در بیمارستان ها، اجرای سامانه خدمات جامع در روستاها، سلامت و امنیت غذایی، حرکت به سوی یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت، ارائه تسهیلات ویژه در مناطق محروم، درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی، پایش و ارزشیابی مراکز درمانی، ارتقاء نظام رسیدگی به شکایات در مراکز درمانی، استانداردسازی و مراقبت سلامت، تأمین نسبی نیروی انسانی مورد نیاز واحدها، رعایت منشور حقوق گیرندگان خدمات سلامت، توسعه دسترسی به خدمات درمانی، ارتقاء آمادگی در برابر حوادث و مخاطرات طبیعی، آموزش مداوم پزشکان و پیراپزشکان، توانمندسازی مردم برای حفظ و ارتقای آگاهانه سلامت، بهبود سیستم های مالی و استقرار بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد، پوشش واکسیناسیون گروه های هدف، کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و مادران باردار، افزایش پایگاه های اورژانس و افزایش امید زندگی.

وضعیت موجود مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه توسعه پنجم

ردیف	ماده قانونی	شرح
۱	ماده ۳۲؛ الف- ادامه فعالیت شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ب- استانداردهای ملی پیوست سلامت ج- سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت های اولیه سلامت و پزشک خانواده روستایی، حاشیه شهرها و عشایر د: تهیه و اجرای نظام درمانی کشور در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع و ...	الف- فعالیت شورا ادامه داشته است و جلسات شورا هر ۴۵-۶۰ روز یکبار برگزار شده است. ب- انجام نشده است. ج- در مناطق روستایی، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر به میزان ۱۰۰٪ انجام شده است و در حاشیه شهرها نیز در حال انجام می باشد. د: انجام شده است.
۲	ماده ۳۵: الف- استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان ب- سامان دهی خدمات بیمه سلامت بطور یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات	الف- در حال انجام می باشد. ب- انجام نشده است.
۳	ماده ۳۶: الف- پرداخت تسهیلات ویژه به پزشکان شاغل در مناطق کمتر توسعه یافته (مستمر و دو سال متوالی)	الف- در حال انجام می باشد.
۴	ماده ۳۷: الف- تهیه فهرست اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت ب- درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث و سوانح رانندگی ج- ممنوعیت تبلیغ خدمات و کالاهای تهدید کننده سلامت در رسانه ها	الف- انجام شده است. ب- انجام شده است. ج- انجام شده است.
۵	ماده ۳۸: الف- دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت ب- تمرکز بیمه های درمانی ج- استقرار نظام ارجاع پزشک خانواده ه: بازنگری ارزش نسبی ارائه خدمات	الف- انجام شده است. ب- انجام نشده است. ج- بیش از ۸۰ درصد انجام شده است و در بخش پس خوراند مشکل وجود دارد. ه- انجام شده است.

اهم برنامه های اجرایی طرح تحول نظام سلامت:

- برنامه بیمه نمودن افراد فاقد بیمه پایه سلامت در استان
- برنامه ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی به روستاییان و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر
- برنامه ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی به حاشیه نشینان و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر
- برنامه ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی به جمعیت شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر و کلانشهرها
- برنامه ملی ترویج و توسعه خود مراقبتی

اهم دستاوردهای برنامه:

- ۱- استقرار برنامه پزشک خانواده در ۱۷۱ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری روستایی
- ۲- بکارگیری ۲۶۰ نفر پزشک در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده
- ۳- بکارگیری ۲۲۰ نفر ماما در مراکز مجری برنامه پزشک خانواده
- ۴- بهبود استاندارد تعمیرات فضاهای فیزیکی در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر با اعتباری معادل ۷۰۰۰۰۰۰۰ هزار ریال
- ۵- تجهیز کامل و بهبود استاندارد تجهیزات در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر با اعتباری معادل ۳۲۰۰۰۰۰۰۰ هزار ریال
- ۶- راه اندازی ۹۶ مرکز سلامت جامعه و ۱۹۶ پایگاه سلامت غیرضمیمه
- ۷- تعمیر و احداث ۲۱۰ مرکز سلامت جامعه و پایگاه سلامت در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر با اعتباری معادل ۲۵۴۸۰۰۰۰۰ هزار ریال
- ۸- تجهیز کامل و بهبود استاندارد تجهیزات در ۲۹۲ مرکز سلامت جامعه و پایگاه سلامت در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر با اعتباری معادل ۹۹۷۹۰۳۷۶ هزار ریال
- ۹- جذب و بکارگیری تعداد ۹۳۹ نفر نیرو در مشاغل مختلف مراقب سلامت، پزشک، روانشناس بالینی و تغذیه
- ۱۰- تامین مکمل های دارویی در کلیه مراکز و پایگاه های سلامت با اعتباری معادل ۲۵۸۷۰۰۰۰ هزار ریال
- ۱۱- شمول ۲۲۰ پزشک در طرح ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و اختصاص اعتبار ۴۶۰۱۲۸ میلیون ریال
- ۱۲- بکارگیری بیش از ۴۰۰ پزشک متخصص در کلینیک های ویژه دانشگاه و مراکز دانشگاهی با بیش از ۳ میلیون ویزیت و (جبران خدمت در برنامه تحول سلامت به میزان ۲۰۳/۸۴۱/۰۰۰/۰۰۰ ریال)
- ۱۳- تحقق ۸۷ درصد اهداف اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات و رعایت تعرفه های خدمات سلامت جمهوری اسلامی ایران
- ۱۴- پوشش بیش از ۳۱ هزار زایمان طبیعی با رایگان نمودن فرانشیز با اختصاص اعتباری بالغ بر ۴۱۷۷۷ میلیون ریال
- ۱۵- کاهش ۲۰ درصد آمار سزارین در مراکز دانشگاهی
- ۱۶- استقرار اورژانس هوایی در استان با انجام ۸۶ ماموریت
- ۱۷- کاهش ۴۲ درصدی قیمت انواع لوازم و تجهیزات پزشکی پرمصرف
- ۱۸- افزایش دسترسی به ملزومات مصرفی در بیمارستان های دولتی (از ۱۴۸۰ قلم ۲۱۳۰ به قلم)
- ۱۹- لحاظ نمودن کیفیت در دریافتی کارکنان با اعمال ضریب ارزشیابی عملکرد
- ۲۰- پیشرفت عملیات نوسازی مراکز درمانی در قالب ارتقای خدمات هتلینگ با اختصاص اعتباری بالغ بر ۵۹۱۸۰۵ میلیون ریال

ارائه اصلی ترین قابلیت های (قوت ها) توسعه

۱. امکان ارائه طیف متنوعی از خدمات سلامت در استان
۲. وجود سطح بندی نظام خدمات بهداشتی درمانی
۳. قطب بودن نظام ارجاع بخش بهداشت و درمان استان در غرب و مرکز کشور
۴. دسترسی مناسب آحاد جامعه به واحدهای ارائه دهنده خدمات
۵. ادغام آموزش پزشکی در نظام ارایه خدمات
۶. وجود دانشگاه های علوم پزشکی تیپ ۱ و دانشکده های مختلف مرتبط با علوم سلامت
۷. وجود رشته های مختلف تخصصی و فوق تخصصی در علوم پزشکی
۸. وجود مراکز تحقیقاتی متعدد، پژوهشکده ها و مراکز رشد در حیطه های مختلف علوم پزشکی
۹. وجود الویت های پژوهشی سلامت در استان
۱۰. وجود نیروهای متخصص و اساتید علمی و محققان توانمند
۱۱. وجود کارکنان توانمند و متعهد در بخش های مختلف نظام سلامت
۱۲. حمایت و تعهد مدیران ارشد بخش سلامت
۱۳. وجود زیرساخت فیزیکی گسترده و تجهیزاتی مناسب در نظام ارائه خدمات سلامت
۱۴. وجود زیرساخت اولیه فن آوری اطلاعات و ارتباطات در ارائه خدمات سلامت
۱۵. وجود خیرین و مؤسسات خیریه و سازمان های مردم نهاد سلامت در استان
۱۶. وجود بخش خصوصی فعال مرتبط با سلامت در استان
۱۷. وجود سیستم پویای آموزش کارکنان سلامت
۱۸. استقرار نظام مالی تعهدی در دانشگاه ها
۱۹. وجود سیستم پایش و ارزشیابی خدمات سلامت
۲۰. وجود پروتکل ها و برنامه های مدون برای برخی از خدمات سلامت
۲۱. امکان بهره گیری از تعهدات خدمت دانش آموختگان سلامت در استان
۲۲. وجود کارخانجات داروسازی و گیاهان دارویی در سطح استان
۲۳. اعتبار بالای علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بواسطه قرار گرفتن در ردیف یک درصد دانشگاه های برتر جهان

۲۴. اجرای پروژه های متعدد در قالب برنامه نظام تحول سلامت
۲۵. وجود آزمایشگاه های تخصصی تشخیصی (قطب کشوری)
۲۶. اجرای برنامه اعتباربخشی بیمارستان ها
۲۷. ارتقای ساختار فیزیکی و هتلینگ در مراکز ارائه خدمات سلامت
۲۸. بهره گیری از اعتبارات طرح تحول نظام سلامت و کاهش پرداخت از جیب بیماران بستری
۲۹. امکان افزایش ایمنی و سلامت فرآورده های غذایی
۳۰. هماهنگ سازی ساختار آزمایشگاه های واحد های خصوصی تولید کننده فرآورده های غذایی و آشامیدنی از نظر طراحی فیزیکی و اجرایی
۳۱. استقرار نظام مدیریت کیفیت و اخذ گواهینامه ISO در برخی از سازمان ها و ادارات

عمده ترین تنگناها و محدودیتهای (ضعف ها)

۱. غلبه نگرش درمان محوری بر سلامت محوری
۲. همراستا نبودن تربیت منابع انسانی با نیازهای عرصه خدمات
۳. پوشش ناکافی نظام پزشک خانواده در استان
۴. بالا بودن نرخ جابجایی منابع انسانی
۵. ضعف در نظام انگیزش کارکنان
۶. توزیع نامتناسب نیروی انسانی
۷. توزیع ناهمگون جغرافیایی خدمات درمانی
۸. وابستگی به تکنولوژی های غیربومی
۹. نیاز به تجهیزات گران قیمت
۱۰. تقاضای القا شده در نظام سلامت
۱۱. ناکافی و یا فرسوده بودن بخشی از زیرساخت های ارائه خدمات سلامت
۱۲. ضعف در اجرای کامل نظام پایش و ارزشیابی خدمات بخش سلامت
۱۳. ضعف در اجرای کامل نظام ارجاع
۱۴. کمبود مراجع آموزشی بومی و راهنماهای بالینی بومی شده
۱۵. ضعف در نظام جمع آوری داده ها، تحلیل و انتشار اطلاعات

۱۶. ناکافی بودن زیرساخت مناسب و امن IT در شبکه‌های بهداشت درمان شهرستان‌ها
۱۷. محدودیت نرم افزاری و سخت افزاری در پیاده‌سازی پرونده الکترونیک سلامت
۱۸. پاسخگویی ناکافی به نیازهای غیر پزشکی مراجعین
۱۹. ضعف در اجرای منشور حقوق بیماران و ارائه دهندگان خدمات
۲۰. توسعه ناکافی طب سنتی اسلامی ایرانی تایید شده
۲۱. استفاده نابجا از طب سنتی و طب مکمل و وجود افراد سودجوی غیر متخصص در این حوزه
۲۲. تجویز غیر منطقی دارو توسط بعضی از پزشکان
۲۳. ضعف در ارائه خدمات سلامت از راه دور
۲۴. ضعف نظام یکپارچه ثبت عوارض دارویی و عفونت‌های بیمارستانی
۲۵. ضعف رابطه استاد-شاگردی و حکیم - بیمار
۲۶. نبودن نگاه هماهنگ و منسجم بخش‌های مختلف به برنامه‌های سلامت
۲۷. کاربردی نبودن پژوهش‌های انجام شده در راستای اولویت‌های سلامت
۲۸. کمبود کارشناس حقوقی آگاه به قوانین سلامت در حوزه سلامت
۲۹. ضعف بازنگری برنامه آموزش گروه پزشکی در راستای نظام تحول سلامت
۳۰. کمبود نیروی انسانی
۳۱. ضعف توانمندی برخی از کارکنان
۳۲. مکانیزم‌های ناکافی تشویق و تنبیه کارکنان
۳۳. ضعف در اطلاع‌رسانی صحیح به جامعه
۳۴. ضعف در توسعه گردشگری سلامت
۳۵. ضعف در سرآمدسازی خدمات درمانی
۳۶. نبود سیستم مالی مجزا در حوزه دارو در سطح استان
۳۷. امکانات ناکافی جهت تشخیص و اندازه‌گیری آلاینده‌های شیمیایی تهدیدکننده سلامت مصرف‌کنندگان در مقادیر بسیار پایین
۳۸. کمبود اطلاعات تخصصی در ارتباط با آلاینده‌های شیمیایی و میکروبی نوظهور و ضعف در تشخیص سریع آلاینده در فراورده‌های غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی
۳۹. عدم وجود نظام یکپارچه ثبت بیماری‌های غذازاد
۴۰. عدم وجود ردیف و اعتبار برای مجموعه مراکز تحقیقاتی و پژوهش‌شده‌های تازه تاسیس
۴۱. ناکارآمدی نظام پرداخت موجود

اصلی ترین فرصت‌ها

۱. همراهی و حمایت مدیران ارشد استان و کشور از برنامه‌های سلامت استان
۲. همراهی و حمایت روحانیت و ائمه جمعه از برنامه‌های سلامت محور
۳. همراهی و حمایت نمایندگان استان در مجلس شورای اسلامی و اعضای شوراهای اسلامی شهر از برنامه‌های سلامت استان
۴. توجه ویژه به بخش سلامت در دولت تدبیر و امید
۵. وجود هماهنگی بین‌بخشی با سایر ادارات و نهادها
۶. قابلیت‌های برنامه پنجم توسعه در حمایت از نظام سلامت
۷. نقش آفرینی موثر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور
۸. وجود و حمایت شورای هماهنگی مدیریت بحران و درمان استان
۹. وجود و حمایت کار گروه سلامت و امنیت غذایی
۱۰. وجود و حمایت شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان
۱۱. موقعیت جغرافیایی، تاریخی، اجتماعی و ارتباطی استان
۱۲. درصد بالای باسواد در استان
۱۳. وضعیت اقتصادی قابل قبول مردم استان
۱۴. وجود نقشه تحول در نظام سلامت کشور
۱۵. زمینه‌های مشارکت مردمی (مانند بسیج سازندگی، بسیج جامعه پزشکی، روحانیت، رابطین بهداشت و ...)
۱۶. وجود رسانه‌های جمعی محلی
۱۷. وجود محیط‌های حامی سلامت در استان
۱۸. وجود دانشگاه‌های معتبر فنی و مهندسی و علوم انسانی در استان
۱۹. وجود صنایع مادر و توانمندی صنایع در سطح استان
۲۰. وجود شهرک علمی تحقیقاتی و شرکت‌های دانش بنیان در سطح استان
۲۱. وجود پوشش مناسب بیمه‌ای
۲۲. وجود ستاد فرهنگ سلامت شهرداری
۲۳. وجود قوانین، مقررات و الزامات زیست محیطی

۲۴. گرایشات و باورهای مذهبی مردم
۲۵. برنامه نظام تحول سلامت
۲۶. توافق برجام در سرمایه گذاری کشورهای خارجی در برنامه های سلامت
۲۷. حرکت به سمت واقعی شدن ارزش نسبی خدمات
۲۸. امکان بهره گیری از شبکه های اجتماعی در ارتقای سلامت
۲۹. افزایش سهم سلامت از GDP
۳۰. وجود برخی قوانین حمایتی از برنامه های مرتبط با سلامت
۳۱. فرصت های ایجاد شده پس از برداشته شدن تحریم ها و رونق اقتصادی
۳۲. وجود فرهنگ غنی ایرانی - اسلامی در بخش سلامت

عمده ترین تهدیدها

۱. کمبود اعتبارات بخش سلامت
۲. انطباق ناکافی ساختار سازمانی ارائه خدمات با نیازهای جامعه
۳. عدم توازن ابعاد توسعه در استان
۴. تغییر الگوی بیماری ها
۵. تغییر سبک زندگی
۶. افزایش رفتارهای مخاطره آمیز بخصوص در نوجوانان و جوانان
۷. توزیع نامتوازن جمعیت در نقاط مختلف استان
۸. مهاجر پذیر بودن استان و وجود جمعیت زیاد مهاجران غیرایرانی (اتباع بیگانه) در استان
۹. مشکلات اقتصادی در برخی از اقشار جامعه
۱۰. ورود، فروش و مصرف بیش از حد سموم و کودهای شیمیایی غیر مجاز در بخش کشاورزی
۱۱. مهاجرت و حاشیه نشینی
۱۲. کمبود منابع آب در استان
۱۳. دفع غیر بهداشتی پساب صنعتی و غیر صنعتی و استفاده غیر قانونی از پساب در آبیاری محصولات کشاورزی در برخی نقاط استان

۱۴. وجود صنایع و منابع آلاینده آب، خاک و هوا در استان
۱۵. آمار بالای حوادث ترافیکی
۱۶. فرهنگ نامناسب تغذیه آحاد جامعه
۱۷. فرهنگ نامناسب استفاده از وسایل نقلیه موتوری
۱۸. پایین بودن سطح سواد سلامت جامعه
۱۹. هرم سنی نامناسب جمعیت (ترکیب نامناسب جمعیت)
۲۰. آندمیک بودن بیماری سالک در استان
۲۱. فرهنگ نامناسب مصرف دارو
۲۲. توجه ناکافی به خودمراقبتی
۲۳. پوشش ناکافی عمق خدمات سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر
۲۴. فقدان بانک‌های اطلاعاتی جامع استانی و کشوری
۲۵. وجود سازمان‌های موازی ارائه خدمات سلامت و ضعف هماهنگی بین آن‌ها
۲۶. شناخت ناکافی مسؤولین سایر بخش‌ها و جامعه از نظام سلامت و انتظارات خارج از نظام سطح بندی خدمات
۲۷. گرایش بیماران در مراجعه به متخصصین
۲۸. سرمایه گذاری ناکافی بخش غیردولتی در بخش سلامت
۲۹. قاچاق و توزیع فراورده‌های تقلبی مرتبط با سلامت (غذایی، دارویی، بهداشتی و آرایشی)
۳۰. ضعف مشارکت جامعه در امور سلامت
۳۱. ضعف پشتوانه قانونی در حمایت از برنامه‌های سلامت
۳۲. عدم اجرای کامل پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه ای
۳۳. وجود پتانسیل حوادث طبیعی و صنعتی در استان
۳۴. تفویض اختیار ناکافی در استان و برنامه ریزی متمرکز در وزارت متبوع
۳۵. تعدد سازمان‌های بیمه‌گر
۳۶. به‌موقع نبودن پرداخت‌های شرکت‌های بیمه‌گر
۳۷. ناهماهنگی وزارت صنعت، معدن و تجارت با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اعطای مجوز تأسیس کارخانه مواد غذایی
۳۸. اثرات منفی تحریم‌های بین‌المللی بر واردات غذا
۳۹. یارانه‌های غذایی غیر هدفمند و اثرات آن بر تغذیه خانوار
۴۰. افزایش خانوارهای در محدوده و زیر خطر فقر

۴۱. رشد آسیب های اجتماعی
۴۲. ناکافی بودن حمایت مسئولین سیاسی از اجرای قوانین مرتبط با سلامت
۴۳. تغییرات اقلیمی و شرایط آب و هوایی
۴۴. ضعف نظارتی دستگاه های برون بخشی مرتبط با سلامت
۴۵. نبود وحدت رویه مراجع قضایی در زمینه رسیدگی به تخلفات بهداشتی
۴۶. ناکافی بودن سیستم ایمنی مناسب در سامانه های تأمین و توزیع آب شرب در مناطق شهری و روستایی و احتمال ایجاد آلودگی میکروبی و شیمیایی از طریق منابع مختلف با یا بدون نیت سوء
۴۷. انگ و تبعیض نسبت به برخی بیماری ها (ایدز و بیماری های روانی)
۴۸. رکود اقتصادی
۴۹. هجوم پیام ها و آموزش های غیر صحیح و کارشناسی نشده از طریق رسانه ها و شبکه های اجتماعی
۵۰. عدم اختصاص ۱٪ اعتبارات دیگر سازمان ها به فعالیت های تحقیقاتی

مسائل اساسی

۱. عدم انسجام تولید در نظام سلامت
۲. پایین بودن عدالت و پاسخگویی در نظام سلامت
۳. محدودیت منابع مالی و نیروی انسانی در بخش سلامت
۴. تغییر الگوی بیماری ها از واگیر به غیر واگیر (افزایش بیماری های قلبی عروقی، سرطان ها، بیماری های روانی و.....)
۵. سبک زندگی غیر صحیح در اکثر افراد جامعه
۶. افزایش رفتارهای پرخطر خصوصا در نوجوانان و جوانان
۷. ظهور بیماری های نوپدید و بازپدید
۸. آلودگی منابع آب، خاک و هوا
۹. توسعه فعالیت های عمرانی، صنعتی و کشاورزی بدون توجه به بعد سلامت (پیوست سلامت)
۱۰. وجود پتانسیل حوادث طبیعی و صنعتی در استان
۱۱. ضعف در تأمین ایمنی غذا و امنیت غذایی
۱۲. فرهنگ ناصحیح تجویز و مصرف دارو

هدف کلان نظام سلامت

۱. افزایش امید به زندگی همراه با سلامت

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

مسئله/مسائل اساسی		عدم انسجام تولید در نظام سلامت
هدف/اهداف بلندمدت		<ul style="list-style-type: none"> پوشش همگانی خدمات سلامت با تأکید بر مراقبت های اولیه (خدمات نوین سلامت) هم‌راستایی سیاست های کشور با سیاست های سلامت در تهیه پیوست سلامت برای قوانین مرتبط و طرح های کلان توسعه ای حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه های سلامت پوشش فراگیر در دسترسی عادلانه به خدمات درمانی با کیفیت
راهبردهای بلندمدت	سیاست های اجرایی	اقدامات اساسی
<p>➤ اصلاح سیاست ها و رویه های بخش سلامت در استان</p>	<ul style="list-style-type: none"> بهره گیری از تجارب جهانی، منطقه ای و کشوری در برنامه ریزی ها و سیاست گذاری ها سازمان دهی ارتباطات و تعاملات بین بخشی و فرابخشی 	<ul style="list-style-type: none"> استانداردسازی ارائه خدمات مستندسازی و اصلاح خط مشی ها و رویه های ارائه خدمات سلامت به تفکیک بخش ها و واحدها پیشنهاد اصلاح قوانین مرتبط با بخش سلامت تعیین نقش و مأموریت دستگاه های ذیربط استفاده از پیوست سلامت برای کلیه طرح های کلان توسعه ای، قوانین و سیاست های کشوری
<p>➤ مدیریت تعیین کننده های اجتماعی موثر سلامت</p> <p>➤ ارتقای تعاملات بین بخشی و فرابخشی</p>	<ul style="list-style-type: none"> استقرار رویکرد عوامل اجتماعی سلامت در کلیه سازمان های مؤثر در سطح استانی بازنگری نظام مراقبت های سلامت براساس شرایط روز دنیا و نیاز جامعه توسعه ظرفیت سازمانی کارگروه برای همکاری بین بخشی و پاسخگویی بخش ها در برابر سلامت آحاد جامعه محور قرار گرفتن سامانه پایش و ارزشیابی عدالت در سلامت برای تصمیم گیری های کارگروه سلامت و امنیت غذایی افزایش همراهی همه سازمان های مؤثر در سند سلامت با رویکرد همکاری بین بخشی و مشارکت مردمی 	<ul style="list-style-type: none"> نقش آفرینی مؤثر کارگروه سلامت و امنیت غذایی برای ایفای نقش محوری در ارتقای سلامت از طریق همکاری بین بخشی جلب همکاری سایر سازمان ها و ادارات از طریق کارگروه سلامت و امنیت غذایی تدوین تفاهم نامه همکاری با سایر سازمان ها توسعه محیط های حامی سلامت همکاری در تهیه و تدوین استانداردهای مرتبط با سلامت در سایر بخش ها بومی سازی و اجرای نظام مراقبت از شاخص های عدالت در سلامت جلب مشارکت نهادهای مؤثر در استقرار نظام مراقبت بخشی و بین بخشی پایش صحیح و دقیق تحقق مصوبات کارگروه
<p>➤ توسعه و بکارگیری ظرفیت ها و توانایی های بالقوه و بالفعل بخش غیردولتی (خصوصی، خیریه، تعاونی و نهادهای عمومی مردمی)</p> <p>➤ استقرار نظام خرید راهبردی خدمات سلامت</p> <p>➤ نهادینه سازی ساختار و فرآیند مشارکت مردم در تصمیم گیری ها و سیاست گذاری های نظام سلامت</p>	<ul style="list-style-type: none"> استفاده از ظرفیت های موجود و ایجاد شده توسط سایر بخش ها (خصوصی، خیریه، بسیج، ...) در راستای تحقق اهداف بخش سلامت برنامه توانمندسازی گروه های آسیب پذیر با مشارکت مردم افزایش مشارکت بخش غیردولتی و دولتی در تحقق اهداف بخش سلامت پیگیری اجرای نقشه جامع سلامت استان 	<ul style="list-style-type: none"> واگذاری بخشی از خدمات سلامت به بخش غیردولتی طراحی و اجرای بسیج های مرتبط با سلامت به کارگیری رسانه های جمعی در راستای تحقق اهداف بخش سلامت شناسایی و هدایت شبکه های اجتماعی عمومی در راستای ارتقای سلامت جامعه ایجاد انجمن های علمی و مرتبط با مشارکت مردم و سواد سلامت پی گیری اجرای کامل پیوست سلامت
<p>➤ نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مرتبط با سلامت</p>	<ul style="list-style-type: none"> تدوین پروتکل های پایش و ارزشیابی حوزه های مرتبط 	<ul style="list-style-type: none"> اجرای پروتکل های پایش و ارزشیابی ارتقاء کیفیت خدمات سرپایی و بستری استقرار نظام اعتباربخشی مؤسسات و صدور پروانه های حرف پزشکی

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

مسئله/مسائل اساسی		پایین بودن عدالت و پاسخگویی در سلامت
هدف/اهداف بلندمدت		<ul style="list-style-type: none"> • پوشش همگانی خدمات سلامت با تأکید بر مراقبت های اولیه (خدمات نوین سلامت) • افزایش دسترسی مردم به فرآورده های سلامت ایمن • حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه های سلامت • پوشش فراگیر در دسترسی عادلانه به خدمات درمانی با کیفیت • ادغام خدمات درمانی تأیید شده ی طب سنتی
راهبردهای بلندمدت	سیاست های اجرایی	اقدامات اساسی
<p>➤ دسترسی عادلانه به خدمات جامع، مداوم و با کیفیت سلامت</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ تدوین برنامه های آموزشی در خصوص برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ✓ اطلاع رسانی در خصوص برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ✓ هماهنگی بین بخشی در قالب ستاد راهبری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ✓ فراهم آوری زیرساخت مورد نیاز برای استقرار و توسعه پرونده الکترونیکی سلامت ✓ گسترش خدمات نوین مراقبتی بر اساس نیازسنجی مبتنی بر شواهد ✓ آموزش نیروی انسانی ✓ استقرار نظام آمار و اطلاعات استان ✓ طرح جامع کاهش تصدی گری دولت در ارائه خدمات سلامت ✓ افزایش پوشش خدمات سرپایی و بستری سلامت استان
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ تقویت حاکمیت بالینی و نظام اعتبار بخشی در بیمارستان ها ✓ افزایش هزینه - اثربخشی مراقبت های سلامت به کمک دانش و فناوری های نوین 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ توسعه کاربری و استفاده از راهنماهای طبابت بالینی و بسته استاندارد خدمات مبتنی بر شواهد بومی ✓ توانمندسازی و توسعه آموزش کارکنان و بیماران و ارتقای نظام آموزش مداوم حرفه های ✓ توانمندسازی و آموزش بیماران و گروه های در معرض خطر ✓ استقرار و تقویت نظام مدیریت خطر و خطاها ✓ ارائه خدمات یکپارچه سلامت با اولویت ارتقاء سلامت و پیشگیری ✓ تقویت آزمایشگاه رفرانس برای مرجعیت کنترل کیفی آزمایشات ✓ طراحی و ارتقای ساختار نظام رسیدگی به شکایات سلامت ✓ دستیابی به استانداردهای اعتباربخشی سازمان های بین المللی در مراکز درمانی منتخب ✓ افزایش مراقبت از عفونت در خدمات سلامت ✓ بکارگیری ابزار ممیزی بالینی ✓ ارتقای مراقبت های سلامت با تأکید بر بیماری های اولویت دار (مادران باردار، نوزادان، بیماران اورژانس و...) ✓ طراحی و تدوین برنامه سطح بندی خدمات درمانی در دانشگاه (آینده نگاری توسعه بخش های بستری استان در برنامه ششم توسعه و متناسب با آمایش سرزمین) ✓ توسعه بیمارستان های مروج سلامت و بیمارستان های دوستدار سالمند ✓ افزایش پوشش خدمات سرپایی و بستری سلامت استان ✓ ارتقای فعالیت مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه (EOC) ✓ حمایت از ماندگاری پزشکان در بیمارستان های مناطق محروم (ویرایش ۱۳۹۴) ✓ حضور متخصصان مقیم در بیمارستان های دانشگاه ✓ یکپارچه سازی کمی و کیفی خدمات هتلینگ ✓ برنامه بهبود و ارتقاء شبکه آزمایشگاهی دانشگاه های علوم پزشکی ✓ بهره گیری از طب تسکینی
<p>➤ توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ تقویت و اجرای نظام بیمه های سلامت نگر با در نظر داشتن تقسیم ریسک مالی، کاهش مخاطرات اخلاقی و تقاضای القایی ✓ افزایش سهم منابع عمومی در تأمین مالی سلامت ✓ کنترل تقاضای القایی و اصلاح الگوی مصرف 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ پیگیری اجرای برنامه بیمه سلامت ایرانیان ✓ هماهنگی بین سازمان های بیمه گر در راستای بیمه گروه های آسیب پذیر ✓ نظارت بر اجرای تعرفه های درمانی

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

پایین بودن عدالت و پاسخگویی در سلامت		مسئله/ مسائل اساسی
<ul style="list-style-type: none"> • پوشش همگانی خدمات سلامت با تأکید بر مراقبت های اولیه (خدمات نوین سلامت) • افزایش دسترسی مردم به فرآورده های سلامت ایمن • پوشش فراگیر در دسترسی عادلانه به خدمات درمانی با کیفیت • ظرفیت سازی (capacity building) در حوزه فناوری های سلامت 		<ul style="list-style-type: none"> • پوشش همگانی خدمات سلامت با تأکید بر مراقبت های اولیه (خدمات نوین سلامت) • افزایش دسترسی مردم به فرآورده های سلامت ایمن • پوشش فراگیر در دسترسی عادلانه به خدمات درمانی با کیفیت • ظرفیت سازی (capacity building) در حوزه فناوری های سلامت
<ul style="list-style-type: none"> • ارتقای توانمندسازی مردم، سازمان ها و جوامع برای مراقبت از سلامت خود • حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه های سلامت • ادغام خدمات درمانی تأیید شده ی طب سنتی • ظرفیت سازی (capacity building) پژوهش های سلامت 		
اقدامات اساسی	سیاست های اجرایی	راهبردهای بلندمدت
<ul style="list-style-type: none"> ✓ اجرای برنامه سطح بندی ارائه خدمات ✓ نوسازی و بازسازی واحدهای ارائه دهنده خدمات ✓ تجهیز واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت ✓ نیازسنجی منابع بخش سلامت ✓ توسعه گردشگری سلامت در استان در قالب تأسیس شهرک های دانش و سلامت ✓ گسترش خدمات مراقبت در منزل (Home Care) و بهره گیری از طب تسکینی ✓ توسعه ارائه خدمات سلامت از راه دور ✓ آموزش و توانمند سازی نیروی انسانی ✓ استقرار نظام خرید راهبردی خدمات سلامت ✓ پیاده سازی نظام جامع ارتقای کیفیت، تولید و توزیع فرآورده های سلامت ✓ توسعه مأموریت گرایي شبکه های سلامت با اولویت حل مشکلات سلامت جامعه ✓ توسعه خوشه ها، مراکز رشد و پارک های علم و فناوری سلامت براساس آمایش سرزمین ✓ تسهیل و تشویق نوآوری، ایده و نظریه پردازی سلامت ✓ هدایت مراکز تحقیقاتی و شبکه های سلامت به تهیه و پیاده سازی راهنماهای مبتنی بر شواهد ✓ ایجاد نظام اخذ نظرات و پاسخگویی برای کارمندان و آحاد جامعه ✓ تمرکز بر ایجاد رابطه استاد - شاگردی ✓ تمرکز بر رابطه حکیم - بیمار ✓ تمرکز بر رابطه درون گروهی تیم های ارائه دهنده خدمت ✓ ایجاد نظام تشویقی و تنبیهی برای حمایت از سلامت همه جانبه آحاد مردم ✓ تمرکز زدایی ارائه خدمات طب تسکینی و توانبخشی در بیمارستان ها ✓ برنامه بهبود و ارتقاء شبکه آزمایشگاهی دانشگاه های علوم پزشکی ✓ توانمند سازی آزمایشگاه های کنترل کیفیت فرآورده های سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ متناسب سازی منابع انسانی، فرآورده های دارویی، تجهیزات پزشکی و فضای فیزیکی با نظام ارائه خدمات ✓ گسترش عدالت در تمامی زمینه های ارائه خدمات به مردم و در میان کارکنان و بخش های مختلف نظام سلامت ✓ ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت های سلامت ✓ تقویت برنامه های آموزش مداوم ارائه دهندگان خدمات و آموزش ضمن خدمت کارکنان با تأکید بر استفاده از آموزش های مجازی ✓ توسعه آموزش های بین رشته ای بخصوص در علوم انسانی با تأکید بر مبانی سلامت ✓ استفاده از پژوهش های کاربردی در حوزه سلامت ✓ پایش عدالت در ارائه خدمات 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ دسترسی عادلانه به خدمات جامع، مداوم و با کیفیت سلامت ➤ پاسخگو نمودن آموزش علوم پزشکی به جامعه
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ظرفیت سازی کارکنان در جهت رعایت حقوق گیرندگان خدمت و مهارت های ارتباطی ✓ بازبینی فرایندهای درمانی متناسب با نیازهای و انتظارات بیماران ✓ آموزش مباحث حقوقی و قانونی مانند منشور حقوق بیمار ✓ حذف پرداخت غیررسمی (زیرمیزی) ✓ گسترش انجمن های حمایت از حقوق بیماران ✓ طراحی بسته خدمات پایه طب سنتی اسلامی - ایرانی و راهنماهای بالینی مربوطه ✓ استفاده از ظرفیت محیط های ارائه مراقبت سلامت برای رشد و ترویج ارزش های فرهنگی و اخلاقی اسلام در جامعه از جمله حفظ ارزش های زنان مسلمان 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ رعایت منشور حقوق گیرندگان خدمات سلامت ✓ افزایش رضایتمندی مراجعین ✓ آگاه سازی مردم به حقوق و مسئولیت های اجتماعی خود ✓ بازآرایی اخلاقی محیط های مرتبط با سلامت برای رشد و ترویج ارزش های اخلاقی اسلامی و فرهنگی در جامعه ✓ تدوین و اجرای برنامه افزایش رضایتمندی و منزلت نیروی کار سلامت ✓ تأکید بر خدمات پایه طب سنتی اسلامی - ایرانی 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ حفظ و ارتقای رعایت اصول و ارزش های متعالی در ارائه مراقبت های سلامت ➤ ارتقای رعایت حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت استقرار نظام خرید راهبردی خدمات سلامت

<ul style="list-style-type: none"> • آلودگی منابع آب، خاک و هوا • توسعه فعالیت های عمرانی، صنعتی و کشاورزی بدون توجه به بعد سلامت • ضعف در تأمین، ایمنی و امنیت غذایی 	<ul style="list-style-type: none"> • تغییر الگوی بیماری‌ها • سبک زندگی غیر صحیح در اکثر افراد جامعه • افزایش رفتارهای پرخطر • ظهور بیماری‌های نوپدید و بازپدید 	<p>مسئله/مسائل اساسی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ارتقای شاخص توسعه کودکان • ارتقای سلامت روانی اجتماعی مردم و جامعه • ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری • افزایش میزان دسترسی و بهره مندی خانوارهای ایرانی به سبد غذایی مطلوب، سالم و ایمن با تأکید بر شهرستان های ناامن و بسیار ناامن غذایی 	<ul style="list-style-type: none"> • کاهش بار ناشی از بیماری‌ها و عوامل خطر • کاهش میزان آلاینده های آب، خاک، هوا به حداقل استانداردهای پذیرفته جهانی • ارتقای توانمندسازی مردم، سازمان‌ها و جوامع برای مراقبت از سلامت خود • افزایش میزان دسترسی و بهره مندی خانوارهای ایرانی به سبد غذایی مطلوب، سالم و ایمن با تأکید بر شهرستان های ناامن و بسیار ناامن غذایی 	<p>هدف/اهداف بلندمدت</p>
<p>اقدامات اساسی</p>	<p>سیاست‌های اجرایی</p>	<p>راهبردهای بلندمدت</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ انتقال آموزش‌های سلامت به جامعه از طرق مختلف (رسانه‌های جمعی، مطبوعات محلی، آموزش و پرورش و ...) ✓ برنامه جامع خود مراقبتی ✓ فرهنگ سازی و اصلاح باورهای جامعه نسبت به جایگاه زنان در تصمیم گیری و تصمیم‌سازی و نقش آنان در سلامت خانواده و جامعه ✓ طرح جامع ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای ✓ توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع (روحانیون، مدیران، اساتید دانشگاه، نخبگان و هنرمندان و ورزشکاران) در جوامع محلی در زمینه سلامت ✓ ترویج شیوه‌های زندگی سالم با تأکید بر توسعه فرهنگ ورزش در میان دختران و زنان ✓ توانمندسازی سالمندان و توانمندسازی جامعه در خصوص مراقبت از سالمندان ✓ توانمندسازی زنان، توانمندسازی حاشیه نشینان و خانواده‌های بد سرپرست ✓ ترویج زایمان طبیعی ✓ استفاده مناسب از نهادهای فرهنگی، تربیتی و آموزشی جامعه و هماهنگی بیشتر با آنها 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ توانمندسازی مردم برای حفظ و ارتقای آگاهانه سلامت خود ✓ توسعه استفاده از رسانه‌ها، صدا و سیما و فضای مجازی در جهت ترویج رفتارهای سالم ✓ توسعه فرهنگ استفاده بهینه از خدمات سلامت در بین مردم ✓ ساماندهی تبلیغات برای محصولات و خدمات سلامت بر مبنای اصول جامعیت، صحت و قانونمندی 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ارتقای سطح سواد سلامت مردم ➤ اصلاح الگوی تغذیه جامعه ➤ اصلاح الگوی تحرک جامعه ➤ ➤ توانمند سازی مردم در بکارگیری صحیح مهارت های زندگی با تأکید بر مهارت های ارتباطی، مدیریت کنترل هیجانات، حل مسئله و مدیریت استرس) تقویت نظام مراقبت بیماری‌ها و عوامل خطر ➤ همکاری در اجرای کامل برنامه جامعه ایمن ➤ مشارکت در برنامه مبارزه همه‌جانبه با اعتیاد به مواد مخدر صنعتی و سنتی، روانگردان ➤ تأمین غذای سالم و ایمن ➤ طراحی نظام جامع مراقبت از بیماری‌ها و عوامل خطر با استفاده از فناوری اطلاعات (با تأکید بر استفاده از نظام اطلاعات جغرافیایی، کنترل از راه دور و پیش بینی دراز مدت سلامت متعاقب تغییرات آب و هوایی)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ارائه خدمات مراقبتی ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر ✓ پیاده‌سازی خدمات مراقبتی ویژه بیماری‌های قلبی عروقی، روانی و اختلالات خلقی، سرطان‌ها و حوادث ✓ تدوین و اجرای پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی بومی شده ✓ جهت‌دهی پژوهش‌های کاربردی در راستای اولویت‌های سلامت ✓ پیاده سازی اسناد سلامت استان (ارتقای دسترسی به آب آشامیدنی سالم، جامع هوای سالم، سیاست سلامت روان، امنیت غذا و تغذیه، بیماری‌های غیر واگیر، جوانان، سالمندان و ✓ اجرای برنامه های ملی (درمان سگته های قلبی و سگته مغزی، ارتقاء ایمنی کار، ایمنی غذا از مزرعه تا سفره...) ✓ فراهم نمودن امکان توزیع عادلانه سبد غذایی مطلوب و مواد غذایی سالم برای برخورداری تمامی افراد جامعه از غذای مناسب و کافی 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ متناسب‌سازی برنامه‌های جاری سلامت با اولویت‌ها و نیازهای اساسی و عوامل مخاطره‌آمیز سلامت ✓ بهبود حفاظت مردم در برابر تشعشعات 	

<p>* آلودگی منابع آب، خاک و هوا * توسعه فعالیت های عمرانی، صنعتی و کشاورزی بدون توجه به بعد سلامت * ضعف در تأمین، ایمنی و امنیت غذایی</p>	<p>• تغییر الگوی بیماری ها • سبک زندگی غیر صحیح در اکثر افراد جامعه • افزایش رفتارهای پرخطر • ظهور بیماری های نوپدید و بازپدید</p>	<p>مسئله/مسائل اساسی</p>
<p>• ارتقای شاخص توسعه کودکان • ارتقای سلامت روانی اجتماعی مردم و جامعه</p>	<p>• کاهش بار ناشی از بیماری ها و عوامل خطر • کاهش میزان آلاینده های آب، خاک، هوا به حداقل استانداردهای پذیرفته جهانی • ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری • افزایش میزان دسترسی و بهره مندی خانوارهای ایرانی به سبد غذایی مطلوب، سالم و ایمن با تأکید بر شهرستان های ناامن و بسیار ناامن غذایی</p>	<p>هدف/اهداف بلندمدت</p>
<p>اقدامات اساسی</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ طراحی و استقرار برنامه جامع اصلاح الگوی مصرف مواد غذایی ✓ استانداردسازی مراقبت های تغذیه ای (زنان باردار، نوجوانان و جوانان، مراقبت های تغذیه ای در واحدهای سرپایی و بستری خدمات سلامت) ✓ امکان سنجی غنی سازی محصولات پرمصرف در گروه های آسیب پذیر ✓ کنترل و پایش محصولات حاوی نمک و سدیم، قندهای ساده، روغن و چربی (PMS) ✓ ساماندهی حمل و نقل بهداشتی مواد غذایی از تولید تا مصرف ✓ استفاده از ظرفیت سازمان جهاد کشاورزی در تولید مواد غذایی سالم ✓ استفاده از رویکردهای ادغام یافته در دفع آفات و حاصلخیز کردن خاک در کشاورزی ✓ غنی سازی خاک کشاورزی و مواد غذایی منتخب با ریزمغذی ها ✓ گسترش استفاده از سبد غذایی مطلوب و راهنماهای غذایی کشور ✓ بومی سازی سبد غذایی مطلوب ✓ ارائه خدمات جامع سلامت روان با اولویت پیشگیری از بیماری های با بار بالا در جامعه، بازتوانی و مشارکت خانواده در مراقبت ها ✓ سازماندهی آموزش های مهارت های زندگی ✓ تدارک مراقبت سلامت روانی و اجتماعی، آموزش های اخلاقی و معنوی و توانمندسازی جامعه برای تشکیل، تحکیم و تعالی بنیان خانواده ✓ پیاده سازی اسناد سلامت استان (ارتقای دسترسی به آب آشامیدنی سالم، جامع هوای سالم، سیاست سلامت روان، امنیت غذا و تغذیه، بیماری های غیر واگیر، جوانان، سالمندان و ...) ✓ اجرای برنامه های ملی (درمان سکته های قلبی و سکته مغزی، ارتقاء ایمنی کار، ایمنی غذا از مزرعه تا سفره...) ✓ توانمندسازی آزمایشگاه های کنترل کیفیت فرآورده های سلامت 	<p>سیاست های اجرایی</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ تدوین و اجرای برنامه ترویج سبک زندگی سالم ✓ نظارت بر بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی ✓ حمایت از تولیدکنندگان مواد غذایی مطلوب ✓ مغذی سازی مواد غذایی ✓ بومی سازی سبد غذایی مطلوب ✓ ارتقای کنترل و پایش مواد غذایی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی ✓ ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری از آسیب های اجتماعی، تقویت مهارت های زندگی و فرزندپروری ✓ تقویت مراکز پیشگیری DIC و درمانی MMT 	<p>راهبردهای بلندمدت</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ اصلاح شیوه زندگی ➤ اصلاح الگوی تغذیه جامعه ➤ اصلاح الگوی تحرک جامعه ➤ ➤ توانمند سازی مردم در بکارگیری صحیح مهارت های زندگی با تأکید بر مهارت های ارتباطی، مدیریت کنترل هیجانات، حل مسئله و مدیریت استرس) تقویت نظام مراقبت بیماری ها و عوامل خطر ➤ همکاری در اجرای کامل برنامه جامعه ایمن ➤ مشارکت در برنامه مبارزه همه جانبه با اعتیاد به مواد مخدر صنعتی و سنتی، روانگردان ➤ تأمین غذای سالم و ایمن ➤ طراحی نظام جامع مراقبت از بیماری ها و عوامل خطر با استفاده از فناوری اطلاعات (با تأکید بر استفاده از نظام اطلاعات جغرافیایی، کنترل از راه دور و پیش بینی دراز مدت سلامت متعاقب تغییرات آب و هوایی)

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

مسئله/مسائل اساسی		وجود پتانسیل حوادث طبیعی و صنعتی در استان
هدف/اهداف بلندمدت		• کاهش بار ناشی از بیماری ها و عوامل خطر
راهبردهای بلندمدت	سیاست‌های اجرایی	اقدامات اساسی
➤ مدیریت حوادث و بحران‌ها	<ul style="list-style-type: none"> ✓ ارتقای آمادگی در برابر حوادث و مخاطرات طبیعی و انسان ساخت ✓ ارتقا هماهنگی بین‌بخشی به منظور کاهش مخاطرات حوادث ✓ توسعه جامع خدمات (ساختاری و فرایندی) اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی ✓ کنترل بار ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی ✓ گسترش شهرهای مجری جامعه ایمن به منظور کاهش رفتارهای مخاطره‌آمیز و زمینه‌های رخداد حوادث در محیط‌های مختلف 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ تجهیز و توانمندسازی مراکز ارائه خدمات سلامت به منظور پاسخ به مصدومان حوادث ✓ مقاوم‌سازی سازه‌ای مراکز ✓ مقاوم‌سازی غیرسازه‌ای مراکز ✓ توسعه کمی و کیفی خدمات اورژانس ✓ تجهیز اورژانس‌ها و مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌ها ✓ توسعه پایگاه‌های اورژانس شهری و بین‌شهری ✓ استقرار سیستم HICS در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی ✓ استقرار سیستم فرماندهی مشترک حادثه در استان ✓ توانمندسازی منابع انسانی در ارتباط با حوادث ✓ استقرار برنامه جامعه ایمن در محیط‌های مختلف مسکونی، تفریحی، کار و آموزشی شامل مدارس و دانشگاه‌ها ✓ ارتقای فعالیت مرکز هدایت عملیات بحران دانشگاه (EOC)

فرهنگ ناصحیح تجویز و مصرف دارو		مسئله/مسائل اساسی
<ul style="list-style-type: none"> • دستیابی عادلانه آحاد مردم به فرآورده های آرایشی و بهداشتی ایمن • دستیابی به نسبت ۷۵ درصدی شاخص های تجویز و مصرف دارو در مقایسه با شاخص های بین المللی این حوزه • کاهش سهم فرآورده های طبیعی، مکمل تغذیه ای، رژیمی، ورزشی قاچاق و تقلبی در کشور به کمتر از ۱۰ درصد • کسب گواهی نامه های کیفیت توسط حداقل ۵۰ درصد صنایع دارویی، واکسن و تجهیزات پزشکی کشور از نهادهای معتبر بین المللی • افزایش تجویز و مصرف منطقی فرآورده های طبیعی، مکمل های تغذیه ای، ورزشی و رژیمی • کاهش سهم فرآورده های دارویی و تجهیزات و ملزومات پزشکی قاچاق و تقلبی در کشور به کمتر از ۱۰ درصد • افزایش دسترسی مردم به فرآورده های سلامت ایمن 		هدف/اهداف بلندمدت
اقدامات اساسی	سیاست های اجرایی	راهبردهای بلندمدت
<ul style="list-style-type: none"> ✓ نظارت بر تأمین و توزیع دارو ✓ تأمین داروهای استراتژیک ✓ آموزش تجویز صحیح دارو توسط درمان گر ✓ ترویج فرهنگ مصرف منطقی دارو توسط بیماران ✓ اطلاع رسانی دارو و سموم ✓ کنترل و تضمین کیفیت فرآورده های دارویی و مواد آرایشی و رعایت اصول بهینه تولید ✓ توزیع، انبارش و نگهداری فرآورده های دارویی در استان ✓ استقرار نظام جامع یکپارچه ثبت عوارض دارویی و واکسن ✓ هم افزایی فناوری های نوین و طب و داروسازی سنتی 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ اصلاح الگوی تجویز و مصرف دارو ✓ ارتقای کیفیت، اثربخشی و ایمنی داروهای موجود در بازار دارو ✓ توسعه داروسازی سنتی و فرآورده های طب سنتی و داروهای گیاهی 	<p>➤ مدیریت مؤثر بخش دارو</p>

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

محدودیت منابع مالی و انسانی در بخش سلامت		مسئله/مسائل اساسی
<ul style="list-style-type: none"> • پوشش همگانی خدمات سلامت با تأکید بر مراقبت های اولیه (خدمات نوین سلامت) • افزایش دسترسی مردم به فرآورده های سلامت ایمن • پوشش فراگیر در دسترسی عادلانه به خدمات درمانی با کیفیت 		هدف/اهداف بلندمدت
اقدامات اساسی	سیاست های اجرایی	راهبردهای بلندمدت
<ul style="list-style-type: none"> ✓ پیگیری افزایش سهم بخش سلامت از اعتبارات استانی ✓ پیگیری افزایش سهم بخش سلامت استان از اعتبارات ملی ✓ سازماندهی، هدایت و جلب کمک های مردمی و سازمان های غیردولتی (خیرین سلامت و ...) ✓ صرفه جویی در مصرف انرژی، یکپارچه سازی نگهداری و استفاده بهینه از منابع فیزیکی ✓ بازآرایی ساختارهای مالی بخش سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ اولویت بخشیدن پیشگیری نسبت به درمان در سرمایه گذاری بخش سلامت ✓ بهبود سیستم های مالی ✓ استقرار بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد ✓ اصلاح الگوی مصرف خدمات سلامت و مدیریت مصرف منطقی ✓ اصلاح نظام پرداخت بر اساس سیاست های کشوری ✓ تعامل پویای سازمان های بیمه گر و مراکز ارائه دهنده خدمات ✓ شفاف سازی نظام گردش مالی بخش سلامت ✓ افزایش هزینه - اثربخشی مراقبت های سلامت به کمک دانش و فناوری های نوین ✓ افزایش سهم منابع عمومی در تأمین مالی سلامت ✓ مدیریت نگهداشت و استفاده درست از تجهیزات پزشکی و فضای فیزیکی 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ مدیریت منابع مالی و فیزیکی مورد نیاز بخش
<ul style="list-style-type: none"> ✓ بازبینی ساختار نیروی انسانی ✓ جذب نیرو در راستای استانداردسازی نیروی ارائه دهنده خدمت ✓ تربیت نیروهای متخصص مورد نیاز بخش سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ اجرای نظام شایسته سالاری در انتخاب، تعلیم و تربیت، انتصاب و ارزشیابی نیروی انسانی بر اساس ارزش های اسلامی ✓ توانمندسازی شغلی و جانشین پروری 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ تأمین منابع انسانی مورد نیاز
<ul style="list-style-type: none"> ✓ شناسایی و تشویق کارکنان فعال و پرتوان (شامل هیئت علمی و غیر هیئت علمی ستادی و محیطی) ✓ اجرا و اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد بیمارستان ها 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ احقاق حقوق منطقی کارکنان بخش سلامت ✓ تقویت نظام انگیزشی کارکنان بخش سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ افزایش منزلت اجتماعی و سازمانی منابع انسانی
<ul style="list-style-type: none"> ✓ استقرار نظام مدیریت نگهداشت تجهیزات پزشکی و فضاهای فیزیکی ✓ تشکیل کمیته ارزیابی فناوری سلامت استان 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ صرفه جویی و مدیریت نگهداشت منابع و تجهیزات پزشکی ✓ استقرار سیستم ارزیابی فناوری سلامت ✓ افزایش هزینه - اثربخشی مراقبت های سلامت به کمک دانش و فناوری های نوین ✓ ارتقاء مراکز تحقیقاتی به پژوهشگاه 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ افزایش بهره وری و هزینه اثربخشی مداخلات سلامت
<ul style="list-style-type: none"> ✓ تدوین برنامه جامع آمار و اطلاعات بخش سلامت ✓ بهره گیری از زیج سلامت و نظام مراقبت و گزارش دهی بیماری ها ✓ توسعه و استقرار پرونده الکترونیک سلامت ✓ نظارت بر عرضه اطلاعات موثق و مناسب مخاطب عمومی 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ تهیه و تدوین استانداردهای نظام مدیریت اطلاعات سلامت ✓ توسعه خدمات الکترونیک پایه در نظام سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ اصلاح نظام مدیریت اطلاعات بخش سلامت

شاخص های منتخب اصلی سند توسعه بخش سلامت استان اصفهان در برنامه ششم توسعه

سال های برنامه ششم					وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	اهداف کمی		اهداف کلی بخش / فرا بخش
۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵		واحد	عنوان	
۹,۶	۹,۷	۹,۷	۹,۸	۹,۸	۹,۹	در هزار تولد زنده	کاهش مرگ کودکان زیر یک سال به کمتر از ۱۰,۵ در هزار تولد زنده	افزایش امید زندگی
۶,۵	۶,۶	۶,۷	۶,۸	۶,۹	۷	میزان در هزار تولد زنده	کاهش مرگ نوزادان به کمتر از ۷ در هزار تولد زنده	
۱۰,۷	۱۰,۹	۱۱,۱	۱۱,۳	۱۱,۵	۱۱,۷	میزان در هزار تولد زنده	کاهش میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال کمتر از ۱۰ در هزار مولید زنده	
۱۶,۳	۱۶,۷	۱۷,۲	۱۷,۴	۱۷,۷	۱۸,۱	درصد	کاهش نسبی احتمال مرگ های زودرس (۳۰ تا ۷۰ سال) ناشی از بیماری های غیرواگیر به میزان ۱۰٪ تا پایان برنامه ششم	
۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	درصد آسفیکسی هنگام تولد	کاهش میزان صدمات زایمانی نوزاد به کمتر از ۱۰ در هزار تولد زنده	کاهش بار ناشی از بیماری ها و عوامل خطر
۱۳,۸۰	۱۳,۸۰	۱۳,۸۰	۱۳,۸۰	۱۳,۸۰	۱۳,۸ (۱۳۹۰) در افراد (۱۵-۶۴ سال)	درصد	پیشگیری از افزایش شیوع دیابت در افراد ۳۰ سال و بالاتر تا پایان برنامه	
۱۶,۶۳	۱۷,۱۰	۱۷,۵۶	۱۸	۱۸,۵۰	۱۹ (۱۳۹۰) در افراد (۱۵-۶۴ سال)	درصد	کاهش شیوع فشارخون بالا در افراد ۳۰ سال و بالاتر به میزان ۱۲,۵٪ سال پایه تا پایان برنامه ششم	
۲۴,۳۶	۲۴,۸۰	۲۵,۴۰	۲۶	۲۶,۵۰	۲۷,۰۷ (۱۳۹۰) در افراد (۱۵-۶۴ سال)	درصد	کاهش شیوع کلسترول خون بالا در افراد ۳۰ سال و بالاتر به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه ششم	
۳۶,۱۰	۳۶,۹۰	۳۷,۷۰	۳۸,۵۰	۳۹,۳۰	۴۰,۱ (۱۳۹۰) در افراد (۱۵-۶۴ سال)	درصد	کاهش شیوع فعالیت بدنی ناکافی در افراد ۳۰ سال و بالاتر به میزان حداقل ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه ششم	
۱۳,۳	۱۳,۶	۱۳,۹	۱۴,۲	۱۴,۵	۱۴,۸ (سال ۹۲)	در صد هزار نفر	کاهش مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه ششم	

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۱۲۶	۱۲۹,۵	۱۳۳	۱۳۶,۵	۱۴۰	منهای ملاتوما ۱۵۵,۶ در مردان، منهای ملاتوما ۱۲۴,۸ در زنان (۱۳۹۳)	در ۱۰۰ هزار نفر	کاهش میزان بروز سرطان بر حسب نوع سرطان (کولورکتال، پستان و سرویکس) به میزان ۱۲,۵٪ (در ۱۰۰۰۰۰ نفر) تا پایان برنامه ششم
۲	۲	۲	۲	۲	-	درصد (نسبت به سال پایه)	کاهش شیوع پوکی استخوان، کمردرد و آرتروز در جمعیت حداقل به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه ششم
۰,۰۲	۰,۰۲	۰,۰۲	۰,۰۲	۰,۰۲	۰,۰۲	درصد شیوع	کنترل بیماری ایدز به طوریکه میزان شیوع آن در جمعیت عمومی کمتر از ۰,۱۵ درصد باقی بماند
۵۰	۴۵	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	درصد	افزایش کمی و کیفی سیستم مراقبت و گزارش دهی بیماری های آمیزشی به میزان ۵۰٪ تا پایان برنامه ششم
۴,۰۷	۴,۴۹	۴,۹۱	۵,۳۳	۵,۷۵	۶,۱۷	درصد	کاهش ۲۰ درصدی در میزان بروز سل نسبت به سال پایه
۳,۵	۳,۴	۳,۳	۳,۲	۳,۱	۳	بروز در صد هزار نفر	شناسایی حداقل ۷۰٪ طغیان های مورد انتظار در استان ها
۹۰	۸۵	۸۰	۷۰	۶۵	۶۰	درصد	گزارش ۹۰٪ بیماران مشکوک به وبا تا پایان برنامه ششم
۲۳	۲۰	۱۸	۱۵	۷	صفر	تعداد مرکز	معرفی ۲۳ مرکز برای اجرای برنامه مقاومت آنتی بیوتیکی تا پایان برنامه
۱۰۰	۹۵	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	درصد	مراجعه ۱۰۰٪ موارد حیوان گزیده برای درمان و پیشگیری هاری در ۲۴ ساعت اولیه
۲۰	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	میزان بروز در صد هزار	کاهش بروز تب مالت به میزان ۲۵ درصد نسبت به سال پایه
۹۹	۹۹	۹۹	۹۹	۹۹	۹۹	درصد	پوشش واکسیناسیون در همه واکسن ها تا ۹۹ درصد
۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۶	۲۸	میزان بروز در صد هزار	کاهش بروز سالک به میزان ۱۵ درصد سال پایه

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۳۰	۲۵	۲۰	۱۵	۱۰	-	درصد	ارتقای رفتارهای سالم و پیشگیری از رفتارهای پرخطر در جوانان به میزان ۱۰٪ نسبت به سال پایه
۱۸,۸	۱۸,۸	۱۸,۸	۱۸,۸	۱۸,۸	کودکان ۱۵-۲۳ ماهه: ۱۸,۸	درصد	توقف روند افزایش شیوع اضافه وزن و چاقی در جامعه
۱۳,۵	۱۳,۵	۱۳,۵	۱۳,۵	۱۳,۵	کودکان ۶ ساله: ۱۳,۵		
۱۵,۲	۱۵,۲	۱۵,۲	۱۵,۲	۱۵,۲	چاقی بزرگسالان: ۱۵,۲		
۲۸,۷	۲۸,۷	۲۸,۷	۲۸,۷	۲۸,۷	اضافه وزن بزرگسالان: ۲۸,۷		
۲	۲/۰۲	۲/۰۳	۲/۰۵	۲/۰۷	۲/۰۹	درصد	ارتقای شاخص DMF کودکان ۱۲ ساله به میزان ۲ درصد تا پایان برنامه
۷۲	۷۰	۶۸	۶۶	۶۴	۶۲	درصد	افزایش کارگاه های تحت پوشش بازرسی بهداشت حرفه ای به ۶۳٪ تا پایان برنامه
٪۵ افزایش نسبت به سال پایه	٪۵ افزایش نسبت به سال پایه	٪۵ افزایش نسبت به سال پایه	٪۵ افزایش نسبت به سال پایه	تعیین شاخص پایه	-	درصد	توسعه مراقبت های پزشکی شاغلین در مشاغل سخت و زیان آور تا ۲۵٪ سال پایه
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	افزایش میزان بازرسی بهداشت حرفه ای از کارگاه های درجه ۱ به میزان ۱۰٪ تا پایان برنامه
٪۱ افزایش نسبت به سال پایه	٪۱ افزایش نسبت به سال پایه	٪۱ افزایش نسبت به سال پایه	٪۱ افزایش نسبت به سال پایه	تعیین شاخص پایه	-	درصد	توسعه کمی و کیفی خدمات بهداشت حرفه ای از طریق بخش خصوصی به ۲۰٪ تا پایان برنامه

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	۴۰	درصد	کاهش مواجهه شاغلین با ریسک فاکتورهای ارگونومیکی به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه	
۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	درصد	کاهش نسبت شاغلین در مواجهه با صدای مخاطره آمیز محیط کار به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه	
۵۵	۵۳	۵۱	۴۹	۴۷	۴۵	درصد	افزایش درصد شاغلین دارای پرونده پزشکی به ۵۵٪ تا پایان برنامه	
۱۰۴,۸۵	۱۰۷,۱۸	۱۰۹,۵۱	۱۱۱,۸۴	۱۱۴,۱۷	۱۱۶,۵	تعداد در صد هزار	کاهش میزان اقدام به خودکشی به میزان ۱۰٪ نسبت به سال پایه	سلامت روانی اجتماعی مردم و جامعه
۲,۱۸۰	۲,۱۸۴	۲,۱۸۸	۲,۱۹۲	۲,۱۹۶	۲,۲	تعداد در صد هزار	کاهش مرگ ناشی از خودکشی به میزان ۱۰٪ نسبت به سال پایه	
۲۷	۲۲	۱۷	۱۲	۷	۲	درصد	افزایش پوشش برنامه های مهارت های زندگی و فرزند پروری به میزان ۲۵٪ گروه هدف تا پایان برنامه (سالانه ۵٪ گروه هدف)	
۰,۵۶	۰,۵	۰,۴۴	۰,۳۷	۰,۳۱	۰,۲۵	درصد	افزایش پوشش برنامه کاهش آسیب اعتیاد (برنامه سرنگ و سوزن) به میزان ۲۵٪ در معتادان تزریقی مراکز کاهش آسیب اعتیاد تا پایان برنامه	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	پوشش صد درصدی جمعیت مناطق حاشیه ای شهرها در برنامه مداخلات سلامت اجتماعی با رویکرد اجتماع محور تا پایان برنامه ششم	
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد	ارتقاء وضعیت دفع فاضلاب بیمارستان ها تا ۵۰٪ تا پایان برنامه	کاهش میزان آلاینده های آب، خاک، هوا به حداقل استانداردهای پذیرفته جهانی
۹۷	۹۷	۹۵	۹۵	۹۳	۹۱	درصد	ارتقاء وضعیت بی خطر سازی پسماند بیمارستانی به ۹۰٪ تا پایان برنامه	
۵۰	۴۵	۴۰	۳۵	۳۰	۲۹	درصد	افزایش نظارت بر بهداشت آب آشامیدنی به میزان ۲۵٪ تا پایان برنامه ششم	
۹۸,۵	۹۸	۹۷,۵	۹۷	۹۶,۵	۹۶	درصد	افزایش نظارت بر بهداشت آب استخر به میزان ۲/۵٪ نسبت به سال پایه	
۰	۰	۲	۳	۴	۴	سطح زیر کشت (هکتار)	کاهش سطح زیر کشت مزارع کشاورزی که با فاضلاب خام آبیاری می شود به میزان ۵۰ درصد نسبت به سال پایه تا پایان برنامه ششم	
۲۰	۱۵	۱۰	۸	۶	۱	درصد	استقرار سیستم مدیریتی ایمنی مواد غذایی با اولویت (ارائه مواد غذایی در بیمارستان ها و رستوران ها و ...) به میزان ۲۰٪ تا پایان برنامه	

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۱۰,۵	۱۰,۵	۱۰,۵	۱۰,۵	۱۰,۵	کمبود آهن (۱۰,۵)	کودکان ۱۵-۲۳ ماهه	کاهش شیوع کمبود ریزمغذی های شایع (ید، آهن، روی، ویتامین د و ویتامین آ) در گروه های سنی به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه	افزایش میزان دسترسی و بهره مندی خانوارهای ایرانی به سبد غذایی مطلوب، سالم و ایمن با تأکید بر استان های ناامن و بسیار ناامن غذایی	
۱۶,۴	۱۶,۵	۱۶,۷	۱۶,۸	۱۶,۹	کم خونی (۱۷,۱)				
۱۷	۱۸,۲	۱۸,۴	۱۸,۶	۱۸,۸	کمبود روی (۱۹,۱)				
۲۱	۲۱,۵	۲۲	۲۲,۳	۲۲,۶	کمبود ویتامین D (۲۳,۳)				
۱۶,۵	۱۶,۸	۱۷,۳	۱۷,۶	۱۸	کمبود ویتامین A (۱۸,۳)				
۵	۵,۱	۵,۳	۵,۵	۵,۷	کمبود آهن (۵,۸)				کودکان زیر ۴ سال
۹	۹,۱	۹,۳	۹,۵	۹,۷	کم خونی (۹,۹)				
۱۲	۱۲,۲	۱۲,۴	۱۲,۸	۱۳	کمبود روی (۱۳,۶)				
۵۵	۵۷	۵۷	۵۸	۵۹	کمبود ویتامین D (۶۱,۸)				
۱۰	۱۰,۳	۱۰,۵	۱۰,۷	۱۰,۹	کمبود آهن (۱۱,۱)				
۸	۸,۲	۸,۴	۸,۶	۸,۸	کم خونی (۹)				
۱۰,۲	۱۳,۶	۱۳,۶	۱۳,۶	۱۳,۶	کمبود روی (۱۱,۴)				

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۶۹	۷۰	۷۲	۷۳	۷۵	کمبود ویتامین D (۷۶)	زنان باردار	
۱۲,۸	۱۳	۱۳,۳	۱۳,۷	۱۴	کمبود آهن (۱۴,۳)		
۱۲,۵	۱۲,۷	۱۳	۱۳,۳	۱۳,۶	کم خونی (۱۴)		
۲۵	۲۶	۲۶,۵	۲۷	۲۷,۵	کمبود روی (۲۸)		
۷۶	۷۸	۸۰	۸۲	۸۴	کمبود ویتامین D (۸۵,۳)		
۱۲,۵	۱۲,۸	۱۳	۱۳,۵	۱۳,۸	کمبود ویتامین A (۱۴,۱)		
۵	۵,۲	۵,۳	۵,۴	۵,۵	کمبود آهن (۵,۶)	میانسالان	
۹	۹,۲	۹,۵	۹,۷	۱۰	کم خونی (۱۰,۳)		
۵۴	۵۵	۵۶	۵۷	۵۸	کمبود ویتامین D (۵۹,۱)		
۱۶۱	۱۶۱	۱۶۱	۱۶۱	۱۶۱	یاد ادرار دانش‌آموزان		
۹۸	۹۸	۹۸	۹۸	۹۸	مصرف نمک یddار		

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۱	۲	۲	۳	۴	۵	درصد	کاهش اسید چرب ترانس در روغن های خوراکی خانوار و مصرفی در صنایع غذایی
۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	درصد	کاهش اسید چرب اشباع در روغن های خوراکی خانوار و مصرفی در صنایع غذایی
۹,۵۰	۹,۸۰	۱۰	۱۰,۳۰	۱۰,۵۰	۱۰,۷۰	درصد	کاهش مصرف نمک در خانوارها به میزان ۱۰٪ سال پایه
۲۵	۲۰	۱۵	۱۰	۵	-	درصد	کاهش درصد نمک در فرمولاسیون مواد غذایی و آشامیدنی صنعتی به میزان ۲۵٪ تا انتهای برنامه (با اولویت فرآورده های پرمصرف و پرخطر)
۲۵۰	۲۴۵	۲۳۵	۲۲۵	۲۱۲	۲۱۲	گرم /انفرا /روز	افزایش میانگین دریافت روزانه میوه در خانواده ها به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه
۲۷۰	۲۶۰	۲۵۰	۲۴۰	۲۲۸	۲۲۸	گرم /انفرا /روز	افزایش میانگین دریافت روزانه سبزی در خانواده ها به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه
۲۳۰	۲۲۰	۲۱۰	۲۰۰	۱۹۰	۱۹۰	گرم /انفرا /روز	افزایش میانگین دریافت روزانه شیر و لبنیات در خانواده ها به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه
۱۰۰	۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	درصد	اجرای برنامه برچسب گذاری محصولات خوراکی برای ۱۰۰٪ مواد غذایی صنف و صنعت
۲۰	۲۵	۳۰	۳۶	۴۲	۴۸	درصد	کاهش سهم روغن جامد مصرف خانوار از کل روغن نباتی مصرفی در کشور تا سال ۹۹ به ۲۰ درصد
۲۰	۱۶	۱۲	۸	۴	-	درصد	کاهش درصد قند های ساده در فرمولاسیون مواد غذایی و آشامیدنی صنعتی به میزان ۲۰٪ (با اولویت فرآورده های پرمصرف و پرخطر)
۵۰	۴۴	۳۶	۲۷	۲۰	۱۸	درصد	پوشش برنامه پایش باقیمانده سموم آفت کش و کودهای شیمیایی در محصولات پر مصرف کشاورزی با احتمال مخاطره آلودگی بالا تا ۵۰ محصول (براساس جدول محصولات تعیین شده)
۹۰	۸۰	۷۰	۶۰	۵۰	۴۰	درصد	اجرای برنامه کنترل در سطح عرضه PMS (با اولویت فرآورده های با ارزیابی خطر بالا) برای حداقل ۱۰۰ قلم فرآورده

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۶	۸	۱۰	۱۲	۱۵	۲۰	درصد	کاهش درصد عدم انطباق (بحرانی) محصولات غذایی و آشامیدنی در برنامه پایش محصولات در سطح عرضه PMS (به ۵ درصد)	
۱۰۰	۸۰	۶۰	۴۰	۲۰	—	واحد	افزایش میانگین امتیاز PRPS کارخانجات تولیدی فرآورده های غذایی و آشامیدنی به میزان ۱۰۰ واحد تا پایان سال ۹۹ نسبت به سال پایه	
۲۰	۱۶	۱۲	۸	۴	—	درصد	افزایش ایمنی فرآورده های غذایی و آشامیدنی به میزان ۲۰ درصد نسبت به سال پایه	
۹۸,۴	۹۷,۹	۹۷,۳	۹۵,۶	۹۲,۲	۹۰,۹	درصد	دسترسی ۱۰۰ درصد جمعیت تحت پوشش به مراقبتهای اولیه سلامت	پوشش همگانی خدمات سلامت با تأکید بر مراقبتهای اولیه
۷۵					۵۴,۵ سال ۹۰	درصد	بهره مندی حداقل ۹۰ درصد جمعیت تحت پوشش از مراقبتهای اولیه سلامت	
۹۹	۹۹	۹۹	۹۸	۵۰	۰	درصد پوشش	گسترش برنامه ایمنسازی برای دستیابی به پوشش واکسیناسیون کودکان با واکسن پنوموکوک و روتا ویروس	
۹۹	۹۹	۹۹	۹۸	۵۰	۰	درصد پوشش	گسترش برنامه ایمنسازی برای دستیابی به پوشش واکسیناسیون کودکان با واکسن روتاویروس	
۵۴,۲۳	۵۳,۳	۵۲,۳	۵۱,۳	۵۰,۳	(۱۳۸۷)/۴۹,۳	درصد	افزایش نسبت بیماران شناسایی شده مبتلا به فشار خون با فشار خون کنترل شده به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه ششم	
۴۲,۹	۴۲,۲	۴۱,۴	۴۰,۶	۳۹,۸	(۱۳۹۳)۳۹	درصد	افزایش نسبت بیماران مبتلا به دیابت با قند خون کنترل شده به میزان ۱۰٪ تا پایان برنامه ششم hbA1c	
۷۰	۵۵	۴۰	۲۵	۱۰	—	درصد جمعیت تحت پوشش	پوشش برنامه ملی خودمراقبتی به میزان ۷۰ درصد جمعیت تحت پوشش تا پایان برنامه ششم	
۸۷	۸۳,۶	۸۰,۲	۷۶,۸	۷۳,۴	۷۰	میانگین امتیاز سواد سلامت	افزایش سواد سلامت مردم به میزان ۲۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه ششم	توانمندسازی مردم، سازمان ها و جوامع برای مراقبت از
۱۰۰	۸۰	۶۰	۴۰	۲۰	—	درصد مدارس تحت پوشش	استقرار نظام جامع آموزش سلامت در مدارس کشور به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه ششم	

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۲۸	۲۶	۲۴	۲۲	۲۰	۱۸,۵	درصد	افزایش مدارس مروج سلامت ۵ ستاره به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه	سلامت خود
۳۹	۳۷	۳۵	۳۳	۳۱	۲۹	درصد	ارتقاء آمادگی و تاب آوری نظام سلامت برای بلایا و حوادث غیرمترقبه طبیعی و انسان ساخت در سطح ۱ به میزان ۴۰٪ تا پایان برنامه	
۱۹	۱۷	۱۵	۱۳	۱۱	۹	درصد	ارتقای تاب آوری جمعیت عمومی برای بلایا به میزان ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه ششم	
۵۵	۵۰	۴۵	۴۰	۳۵	—	درصد	توسعه و تقویت پیوست سلامت به میزان ۵۵درصد برای طرح های کلان توسعه ای مشمول تا پایان برنامه ششم	
۵	۴	۳	۲	۱	۰	درصد	تحقق مقررات و الزامات پیوست سلامت برای ۵٪ قوانین مرتبط تا پایان برنامه ششم	
۵۵	۵۰	۴۵	۴۰	۳۵	—	میزان	افزایش بارداری های برنامه ریزی شده به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه	ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری
۲	۲	۲	۲	۲	بررسی وضعیت موجود سال ۹۴	درصد	افزایش رضایتمندی از زندگی زناشویی در چارچوب سلامت باروری و جنسی به میزان ۱۰ درصد تا پایان برنامه	
۱۵	۱۶	۱۶,۸	۱۷,۸	۱۸,۸	۱۹,۸	در صد هزار تولد زنده	کاهش نسبت مرگ مادران به کمتر از ۱۵ در صد هزار تولد زنده تا پایان برنامه ششم	
۵۷,۵	۵۴	۵۰,۵	۴۶,۹	۴۳,۳	۳۹,۷	درصد	افزایش زایمان طبیعی و ایمن	
۳۰	۲۵	۲۰	۱۰	۵	—	درصد	ارتقا آگاهی جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال در راستای ابعاد ازدواج سالم به میزان ۳۰ درصد تا پایان برنامه ششم	
۲۰	۳۵	۴۵	۵۵	۶۵	۷۵	درصد	کاهش سهم فرآورده های آرایشی و بهداشتی قاچاق و تقلبی به میزان سالیانه ۱۰ درصد	دستیابی عادلانه آحاد مردم به فرآورده های آرایشی و بهداشتی
۴۰	۳۵	۳۰	۲۵	۲۰	۱۵	درصد	دستیابی عادلانه آحاد مردم به فرآورده های آرایشی و بهداشتی ایمن	

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۱۰۰	۸۰	۶۰	۴۰	۲۰	۰	تعداد	افزایش تعداد اقلام فرآورده های آرایشی و بهداشتی تحت پوشش برنامه کنترل در سطح عرضه PMS (با اولویت فرآورده های با ارزیابی خطر بالا)	ایمن
۱	۲	۴	۶	۸	۰	درصد	کاهش میزان تجویز دارو های خارج از فهرست به کمتر از ۱ درصد تجویز ها	دستیابی به نسبت ۷۵ درصدی شلخص های تجویز و مصرف دارو در مقایسه با شاخص های بین المللی این حوزه
۵۰	۴۵	۳۵	۳۰	۲۵	۰	درصد	دستیابی به ۵۰ درصد تجویز دارو بر اساس پروتکل های دارویی مصوب به کل تجویز در بیمارستان ها	
۱۰۰	۹۰	۷۵	۵۰	۲۰	۰	درصد	راه اندازی سامانه نسخه نویسی و نسخه پیچی الکترونیک در ۱۰۰٪ مراکز ارائه خدمات	
۳۰	۳۱	۳۲	۳۳	۳۴	۳۵	درصد	کاهش میزان اقلام تجویزی تزریقی در نسخ به حداکثر ۴۲٪	
۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۷	۳۸	درصد	کاهش درصد نسخ حاوی آنتی بیوتیک به کمتر از ۵۰٪ نسخ	
۲,۹۸	۲,۹۹	۳	۳,۰۱	۳,۰۲	۳,۰۳	تعداد	کاهش میزان میانگین اقلام تجویزی در نسخ به حداکثر ۳ قلم (نسخ دارویی سرپایی)	
۳۰	۲۸	۲۶	۲۴	۲۲	۲۰	تعداد	برگزاری سالانه حداقل ۲۰ دوره آموزشی جهت تجویز و مصرف منطقی فرآورده های سلامت برای گروههای پزشکی و مردم	
۲۰	۱۵	۱۲	۹	۶	۳	درصد	دستیابی ۲۰ درصد برای ارتقا نظارت بر سطح کیفی عطاری ها و مکان های عرضه مکمل های ورزشی و رژیمی	
۲۰	۱۷	۱۳	۱۰	۷	۰	درصد	انجام مطالعات PMQC برای حداقل ۲۰٪ فرآورده های طبیعی، مکمل تغذیه ای در کشور به کمتر از ۱۰ درصد	

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۲۰	۱۷	۱۳	۱۰	۷	۰	درصد	انجام مطالعات PMQC برای حداقل ۲۰٪ فرآورده های دارویی موجود در بازار کشور	کسب گواهی نامه های کیفیت توسط حداقل ۵۰ درصد صنایع دارویی، واکسن و تجهیزات پزشکی کشور از نهاد های معتبر بین المللی
۲	۱,۶	۱,۲	۰,۸	۰,۵	—	درصد	دستیابی به سهم ۲ درصد ارزش بازار دارویی کشور توسط محصولات تائید شده دارویی مبتنی بر طب سنتی در سطح کشور	افزایش تجویز و مصرف منطقی فرآورده های طبیعی، مکمل های تغذیه ای، ورزشی و رژیمی
۲۰	۱۸	۱۵	۱۲	۸	—	درصد	دستیابی به سهم ۲۰ درصد ارزش بازار دارویی کشور توسط محصولات تائید شده دارویی مبتنی بر دارو های گیاهی و طبیعی در سطح کشور	کاهش سهم فرآورده های دارویی و تجهیزات و ملزومات پزشکی قاچاق و تقلبی در کشور به کمتر از ۱۰ درصد
۱۰۰	۱۰۰	۹۰	۷۰	۳۰	۱۰	درصد	استقرار ۱۰۰ درصدی سامانه رهگیری و کنترل اصالت فرآورده های دارویی، زیستی و تجهیزات و ملزومات پزشکی کشور	افزایش توانمندی آزمایشگاه های کنترل کیفیت فرآورده های سلامت به میزان ۳۰ درصد
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۸۰	۴۰	۱۰	درصد	راه اندازی ۱۰۰ درصدی سامانه نظارت بر عرضه، تولید، جابجایی و مصرف مواد و داروهای مشمول کنترل های INCB	افزایش ۵۰ درصدی دستیابی دانشگاه های علوم پزشکی کشور به تجهیزات پزشکی مورد نیاز نسبت به سال پایه
۳۰	۲۴	۱۸	۱۲	۶	۰	درصد		
۵۰	۴۰	۳۰	۲۰	۱۰	۰	درصد		

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۳۰	۳۴	۳۹	۴۴	۵۰	۵۶	درصد	کاهش پرداخت از جیب شهروندان در برابر هزینه های سلامت	حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه های سلامت
۱	۱/۵	۲	۲/۵	۳	۳/۰۳	درصد	خانوارهای مواجه با هزینه های فاجعه بار سلامت	
۳/۵	۳/۳	۳/۲	۳/۱	۲/۹	۲/۷۳	نسبت	نیروی انسانی به تخت	پوشش فراگیر در دسترسی عادلانه
۲/۵	۲/۳	۲/۱	۱/۹	۱/۷	۱/۵۲	نسبت	تخت به هزار نفر جمعیت	به خدمات درمانی با کیفیت
۲۵	۲۰	۱۵	۱۰	۵	۰	درصد	درصد موسسات پزشکی بخش خصوصی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	ادغام خدمات درمانی تأیید شده- ی طب سنتی
۳	۲	۲	۱	۱	۰	تعداد	تعداد بیمارستان های دولتی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	
۵	۴	۳	۲	۱	۱	تعداد	تعداد کلینیک های دولتی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	
۲۶	۲۲	۱۷	۱۱	۷	۵	تعداد	افزایش تعداد اعضای هیأت علمی پژوهشی	ظرفیت سازی (capacity) (building) پژوهش های سلامت
۲۹	۲۸	۲۷	۲۷	۲۶	۲۶	تعداد	افزایش تعداد محققان علوم پزشکی ایرانی با شاخص h معادل ۱۵ و بالاتر بر اساس Scopus	
۶	۶	۵	۵	۵	۵	تعداد	افزایش تعداد محققان علوم پزشکی ایرانی در رتبه بندی یک درصد برترین دانشمندان جهان توسط ESI یا Essential Science Indicators	
۱۷۰	۱۶۵	۱۶۰	۱۵۵	۱۵۱	۱۴۷	تعداد	افزایش تعداد مقالات منتشر شده توسط دانشگاه های علوم پزشکی در پایگاه استنادی Scopus که در ۱۰٪ مجلات برتر هر رشته بر اساس شاخص SJR یافت می شود	

برنامه سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استان اصفهان در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۵-۱۳۹۹)

۲	۱	۱	۱	۰	۰	تعداد	افزایش تعداد واحدهای توسعه تحقیقات بالینی	ظرفیت‌سازی (building capacity) در حوزه فناوری‌های سلامت
۵	۴	۳	۲	۲	۲	درصد	توسعه و تقویت ۶۰ مرکز رشد در دانشگاه‌های علوم پزشکی (بر اساس تعداد شرکت دانش‌بنیان مستقر در مراکز رشد به تعداد کل مراکز رشد حوزه سلامت)	

تجهیز و تخصیص منابع در برنامه ششم توسعه استان (۹۹-۱۳۹۵) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (ارقام به میلیون ریال)

منبع	سال پایه (۱۳۹۳)	سال های برنامه ششم					متوسط نرخ رشد سالانه (درصد)	جمع سال های برنامه
		۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹		
استانی	۲۳۴۰۳۹	۲۸۰۸۴۸	۳۳۱۴۰۰	۳۹۷۶۸۰	۴۸۱۱۹۲	۵۷۷۴۳۰	۲۰۶۸۵۵۰	%۲۰
ملی	۱۴۲۸۳۹	۱۷۱۴۰۶	۲۰۵۶۸۷	۲۴۶۸۲۴	۲۹۳۴۶۸	۳۵۲۱۶۱	۱۲۶۹۵۴۶	%۲۰
درآمد اختصاصی	۷۱۳۷۴۹۲	۱۲۳۴۵۰۰۰	۱۲۴۱۴۰۰۰	۱۴۸۹۶۸۰۰	۱۷۸۷۶۱۶۰	۲۱۴۵۱۳۹۲	۷۸۹۸۳۳۵۲	%۲۰

تجهیز و تخصیص منابع در برنامه ششم توسعه استان (۹۹-۱۳۹۵) دانشگاه علوم پزشکی کاشان (ارقام به میلیون ریال)

جمع سال های برنامه	متوسط نرخ رشد سالانه (درصد)	سال های برنامه ششم					سال پایه (۱۳۹۳)	منبع
		۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵		
۳۷۲۰۰۰	%۲۰	۱۰۴۰۰۰	۸۶۰۰۰	۷۲۰۰۰	۶۰۰۰۰	۵۰۰۰۰	۳۹۰۰۰	استانی
۵۱۸۰۰۰	%۲۰	۱۴۴۰۰۰	۱۲۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	۸۴۰۰۰	۷۰۰۰۰	۴۱۱۰۰	ملی
۱۰۴۱۸۰۰۰	%۲۰	۲۹۰۳۰۰۰	۲۴۱۹۰۰۰	۲۰۱۶۰۰۰	۱۶۸۰۰۰۰	۱۴۰۰۰۰۰	۸۳۲۰۰۰	درآمد اختصاصی

پیش بینی اعتبار مورد نیاز استانی در برنامه ششم توسعه استان (۹۹-۱۳۹۵) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (ارقام به میلیون ریال)

جمع سال های برنامه	سال های برنامه ششم					عنوان برنامه
	۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵	
۷۳۰۰۰	۱۹۰۰۰	۱۷۰۰۰	۱۵۰۰۰	۱۲۰۰۰	۱۰۰۰۰	کنترل سالک
۱۰۶۰۰	۲۳۰۰	۲۲۰۰	۲۲۰۰	۲۰۰۰	۱۹۰۰	امور سلامت پناهندگان
۵۴۹۴۰۰	۱۲۰۰۰۰	۱۱۰۰۰۰	۱۱۰۰۰۰	۱۰۴۷۰۰	۱۰۴۷۰۰	احداث و پشتیبانی واحدهای بهداشتی
۲۲۸۰۰	۵۰۰۰	۴۸۰۰	۴۵۰۰	۴۵۰۰	۴۰۰۰	کنترل و پیشگیری از سرطان های شایع
۸۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۳۰۰۰	۲۰۰۰	ارتقای سیستم راهبری و اعزام آمبولانس از سنتی به اتوماسیون و توسعه شبکه رادیویی از آنالوگ به دیجیتال

پیوست ۱

الزامات و پیش نیاز های برنامه

برای تحقق اهداف نظام سلامت مواردی می بایست توسط دولت و سایر سازمان ها و نهادهای خارج از نظام سلامت انجام پذیرد که این موارد در مستندات کشوری و سند توسعه برنامه ششم اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مطرح شده اند علاوه بر این شرایطی نیز باید در استان اصفهان فراهم گردد تا اهداف برنامه سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی استان محقق شوند که این شرایط تحت عنوان الزامات و به شرح ذیل می باشند:

- بهره مندی از فناوری اطلاعات و ارتباطات
- استفاده از فناوری های مدیریت
- بهره گیری از فناوری های پژوهشی
- استقرار حاکمیت بالینی
- تاکید بر عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

برنامه سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی در شرایطی می تواند نقش اصلی خود را در محوریت برنامه ها و اقدامات مرتبط با سلامت استان ایفا کند که پیش نیاز های زیر برقرار باشد:

- ✓ تعهد و حمایت مدیریت ارشد بخش سلامت و سایر بخش های مرتبط و دستگاه های اجرایی استان
- ✓ نهادینه شدن برنامه ها در سطح جامعه (در دستور کار کارگروه برنامه ریزی استان و سایر کارگروه های دیگر قرار گیرد.)
- ✓ همکاری های بین بخشی و درون بخشی قوی چه در موقع طراحی و چه ضمن اجرا
- ✓ تهیه و فراهم آوری بسته اجرایی و قانونی (از طریق استانداری، فرمانداری ها، دادگستری، نیروی انتظامی و سایر بخش های حقوقی و قانونی)
- ✓ استقرار نقشه در برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان ها و نهادها

پیوست ۲

➤ اسناد فرادست توسعه ملی و استانی جهت تعیین جایگاه بخش/فرابخش

۱. سیاست های کلی سلامت ابلاغی از طرف مقام معظم رهبری
۲. رویکرد سیاست های ابلاغی جمعیت در قانون برنامه ششم ۱۳۹۳/۱۱/۱۲
۳. سیاست های کلی آمایش سرزمین
۴. طرح آمایش استان
۵. سیاست های کلی اقتصاد مقاومتی
۶. سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی
۷. برنامه پنجم توسعه کشور در بخش سلامت
۸. نقشه تحول نظام سلامت
۹. برنامه ملی تحول در حوزه بهداشت
۱۰. اهداف کلی و کمی برنامه ششم
۱۱. نقشه جامع سلامت استان
۱۲. اسناد ملی سلامت
 - سند ملی توسعه فرابخشی امنیت غذا و تغذیه برنامه چهارم
 - سند ملی سیاست ارتقای سلامت روان جامعه
 - سند ملی بیماری های غیر واگیر
 - سند تکامل کودکان
 - سند سلامت جوانان
 - سند ملی سالمندان
 -
۱۳. چهارمین برنامه استراتژیک کشوری کنترل و پیشگیری ایدز ۹۹-۹۴
۱۴. مصوبه هیئت محترم وزیران و ابلاغ به استانداری های استان های پر شیوع از نظر سالک از جمله اصفهان مربوط به سال ۱۳۸۹
۱۵. تفاهم نامه فی مابین وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۷۱۷۳۷-۹۳/۸/۲۰)
۱۶. بسته خدمات سلامت سطح اول (۳۶/۱۱۰۳۶/۳۰ د مورخ ۹۴/۷/۱۸)
۱۷. فصل چهارم قانون کار جمهوری اسلامی ایران

۱۸. فصل یازدهم قانون کار جمهوری اسلامی ایران
۱۹. چشم انداز استان اصفهان در افق ۱۴۰۴
۲۰. سیاست های کلی و محورهای حاکم بر اقتصاد مقاومتی
۲۱. سیاست های کلی برنامه ششم توسعه
۲۲. سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی
۲۳. مطالعات طرح آمایش استان و نظریه پایه توسعه استان
۲۴. نقشه جامع علمی کشور
۲۵. استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان
۲۶. مقررات امور پزشکی و دارویی مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴
۲۷. استانداردهای بیمارستان های دوستدار ایمنی بیماران
۲۸. آیین نامه اجرایی طرح پوشش فراگیر فوریت های پزشکی
۲۹. برنامه سطح بندی خدمات درمانی
۳۰. قانون مبارزه با قاچاق کالا و ارز
۳۱. تفاهم نامه سازمان غذا و دارو و سازمان ملی استاندارد ایران
۳۲. فصل ۳ قانون تعزیرات حکومتی
۳۳. قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی