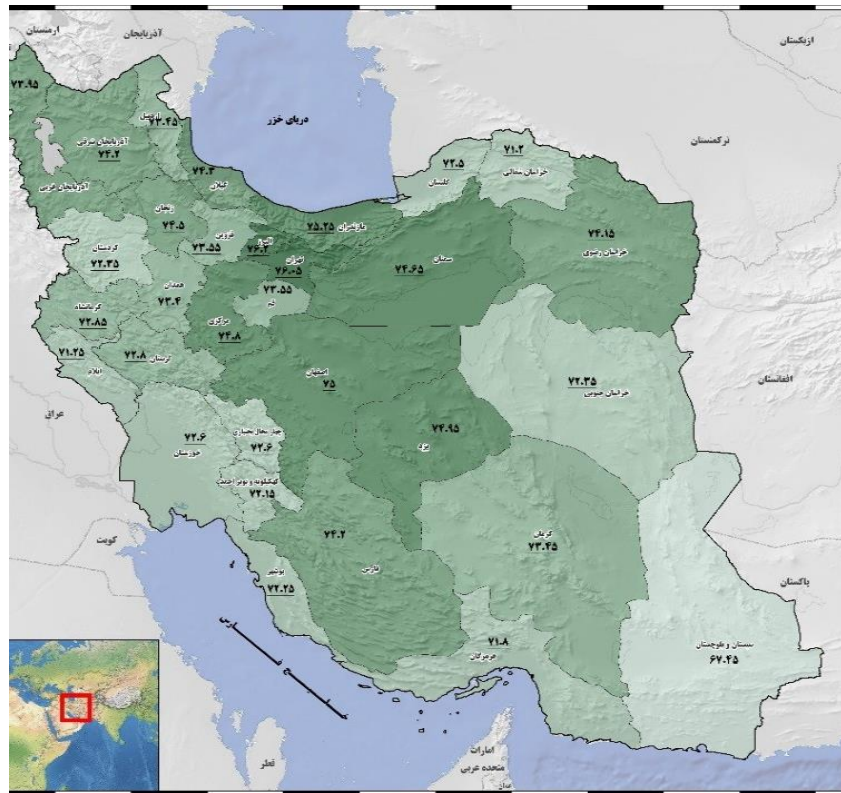


مطالعات سند ملی آمایش سرزمین بخش بهداشت و درمان



مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری
گروه پژوهشی آمایش سرزمین، توسعه و توازن منطقه‌ای
مجموعه گزارش شماره ۱۷۰

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شناسه گزارش

عنوان	
مطالعات سند ملی آمایش سرزمین بخش بهداشت و درمان	
کد شناسه	۹۹-۷-۱۰۲۱۹
پدیدآورندگان	مدیر مطالعه: دکتر رضا دهنویه همکاران: اعضای علمی پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت
ناظر	مجید مزیدآبادی فراهانی امور ذی‌ربط در سازمان برنامه و بودجه کشور: امور برنامه ریزی، نظارت و آمایش سرزمین امور سلامت و رفاه اجتماعی
واحد ذی‌ربط در مرکز	گروه پژوهشی آمایش سرزمین، توسعه و توازن منطقه‌ای دبیر گروه: دکتر مرتضی مهرعلی تبار فیروزجایی اعضای گروه (به ترتیب الفباء): دکتر محسن ابراهیمی خوسفی، دکتر مینا ابوطالبی، دکتر مهدی رازپور، مهرداد کاشف مبارکه، مصطفی کشتکار و دکتر حمید محمدی مسئول هماهنگی و نظارت: سعید غلامی نتاج، مدیر کل دفتر خدمات پژوهشی و کاربست یافته‌های پژوهشی
ناشر	مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری
تاریخ انتشار	زمستان ۱۳۹۹
مطالب این گزارش لزوماً بیانگر نظر رسمی سازمان برنامه و بودجه کشور و مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری نیست.	
حقوق معنوی اثر به پدیدآورندگان و حقوق مادی آن، به مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری سازمان برنامه و بودجه کشور تعلق دارد و استفاده از آن با ذکر مأخذ بلامانع است.	
آدرس: تهران - خیابان نجات الهی - خیابان سپند - پلاک ۱۶ شماره‌های تماس ۰۲۱-۴۳۳۰۶۰۰۰ - شماره پیام‌رسان ۰۹۹۲۱۵۷۵۸۴۳۱۶	
https://www.dfrc.ir/	

پیشگفتار

تنظیم روابط بین عوامل انسانی، اقتصادی و محیطی با انگیزه بهره‌مندی از سرزمین در جهت استفاده شایسته و پایدار از توان انسانی و طبیعی، مورد توجه آمایش سرزمین است. به بیانی دیگر، آمایش سرزمین به دنبال چیدمان سه مؤلفه مهم جمعیت، سرمایه و منابع طبیعی برای تحقق مطلوب‌ترین، عادلانه‌ترین و پایدارترین سازمان فضایی در سرزمین است. در این راستا، بدیهی است که آمایش سرزمین در چارچوب اصول مصوب، از طریق حفاظت کاربری‌های پایدار اراضی، افزایش بهره‌وری، کارایی و بازده اقتصادی، گسترش عدالت اجتماعی، رفع فقر و محرومیت، برقراری تعادل و توازن در برخورداری از سطح معقول توسعه و رفاه در تمام مناطق جغرافیایی، ایجاد و تحکیم پیوندهای اقتصادی درون و برون منطقه‌ای و هماهنگ‌سازی تأثیرات فضایی- زمانی سیاست‌های بخشی، استانی، منطقه‌ای و ملی به گونه‌ای عمل کرده تا بتواند اهداف چشم‌انداز بلندمدت توسعه کشور و مدیریت یکپارچه سرزمین را به صورت تحقق‌پذیر، متوازن، پایدار و عادلانه عملی سازد. در مجموع می‌توان چنین بیان داشت که آمایش سرزمین نوعی برنامه‌ریزی فضایی راهبردی است که با بهره‌مندی از خرد، دانش و بینش سرزمینی، به دنبال تحقق اهداف زیر است:

- توسعه فضایی متعادل و متوازن سرزمین با رعایت توان اکولوژیک؛
- حفظ وحدت و یکپارچگی سرزمین؛
- بهره‌وری بهینه از سرزمین، متناسب با ظرفیت‌های فضایی و موقعیت مکانی همچون هاب ارتباطی و اقتصاد دریایا پایه؛
- توجه ویژه به قلمروهای خاص سرزمینی؛
- کاهش اختلاف در بهره‌مندی نواحی و اقوام گوناگون کشور از مواهب توسعه؛
- ارتقاء بهره‌وری و کارایی اقتصادی؛
- ارتقاء رقابت‌پذیری بین‌المللی، مبتنی بر فعال‌سازی مزیت‌های مغفول مانده و خلق مزیت‌های جدید سرزمینی و
- ارتقاء کیفیت زندگی ساکنان همه مناطق کشور.

آمایش سرزمین، با عنایت به اهمیت موضوع و ضرورت و نقش آن در نظام برنامه‌ریزی همواره مورد تأکید سازمان برنامه و بودجه کشور بوده، به نحوی که در پنج دهه گذشته، چهار دوره مطالعات آمایش سرزمین در کشور تجربه

شده است. در ادامه تلاش‌های صورت گرفته برای تدوین سند ملی آمایش سرزمین؛ با احیای سازمان برنامه و بودجه کشور و توجه به اهمیت موضوع، با استناد به تکلیف قانونی ماده ۲۶ قانون برنامه ششم توسعه، تدوین سند ملی آمایش سرزمین مدنظر قرار گرفت و انجام مطالعات پشتیبان تدوین سند ملی آمایش سرزمین به مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری سپرده شد.

مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری، به‌منظور بهره‌مندی حداکثری از مجموعه مطالعات و گزارش‌های انجام شده در کشور؛ بهره‌گیری از تمام اندوخته دولت و توان علمی کشور در راستای تدوین سندی جامع، به‌عنوان نقشه راه توسعه بلندمدت کشور، ساختار اجرایی تدوین سند ملی آمایش با هدف عضویت معاونت وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط و همچنین اساتید و صاحب‌نظران برجسته کشور در ترکیب تمامی کارگروه‌ها، شکل داد و بر این اساس مطالعات سند ملی آمایش سرزمین در قالب ۱۹ گروه مطالعاتی با حضور بیش از ۷۰ نفر از صاحب‌نظران برجسته کشور و کارشناسان مجرب در حوزه‌های جمعیتی، محیط‌زیست، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی انجام پذیرفت که ماحصل آن تدوین بیش از ۵۰ جلد گزارش پشتیبان سند ملی آمایش سرزمین بوده که این گزارش بخشی از آن مجموعه است.

این مأموریت تاریخی در پایان سال ۱۳۹۹ با تصویب سند ملی آمایش سرزمین در شورایی عالی آمایش و ابلاغ آن به کلیه دستگاه‌های اجرایی کشور، به ثمر نشست و با آغاز به کار دولت سیزدهم و تأکیدات مقام محترم ریاست جمهوری بر اجرای بندهای این سند تحول‌آفرین، انتشار اسناد پشتیبان این سند ملی به منظور همراه‌سازی افکار خواص و آحاد جامعه در دستور کار مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری قرار گرفت. امید است نتایج حاصل از سند ملی آمایش سرزمین، راهنمای مناسبی برای تمامی ذی‌نفعان بوده و نویدبخش تحقق توسعه پایدار در سرزمین ایران باشد. در پایان واجب می‌دانیم مراتب تشکر و قدردانی صمیمانه خود از کلیه کسانی که در راهبری، هدایت و تدوین سند ملی آمایش سرزمین در قالب شورای مشورتی و سیاست‌گذاری، کمیته علمی و کمیته اجرایی سهیم بوده‌اند را ابراز داریم.

مرکز پژوهش‌های توسعه و آینده‌نگری

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
خلاصه مدیریتی	۱
مقدمه	۱
۱- تحلیل اسناد بالادستی	۳
۱-۱- جهت گیری کلان اسناد به تفکیک حوزه‌های مختلف بخش سلامت	۳
۲- تحلیل تجارب مناطق آمایشی داخلی	۲۶
۳- بررسی تجارب سایر کشورها در زمینه بعد سلامت آمایش سرزمین	۹۲
۳-۱- مرور شواهد آمایشی سلامت در محیط شهری	۹۲
۴- جایگاه، آثار و پیامدهای بخش سلامت از لحاظ اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیط زیستی	۱۱۵
۴-۱- تأثیرگذاری و تأثیرپذیری بخش سلامت بر/از اقتصاد	۱۱۵
۴-۱-۱- تأثیرگذاری بخش سلامت بر اقتصاد	۱۱۶
۴-۱-۲- ارزش افزوده بخش سلامت	۱۱۸
۴-۱-۳- واردات و صادرات بخش سلامت	۱۱۸
۴-۱-۴- تأثیر توریسم درمانی بر اقتصاد	۱۱۸
۴-۱-۵- تأثیر امید به زندگی بر اقتصاد	۱۱۸
۴-۱-۶- تأثیر مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال بر اقتصاد	۱۱۹
۴-۱-۷- تأثیر کیفیت زندگی بر اقتصاد	۱۱۹
۴-۱-۸- تأثیر سلامت روان بر اقتصاد	۱۱۹
۴-۱-۹- تأثیر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر بر اقتصاد	۱۲۰
۴-۱-۱۰- تأثیرپذیری بخش سلامت از حوزه اقتصاد	۱۲۱
۴-۱-۱۱- تورم و تأثیر آن بر سلامت	۱۲۱
۴-۱-۱۲- بیکاری و تأثیر آن بر سلامت	۱۲۲
۴-۱-۱۳- فقر و تأثیر آن بر سلامت	۱۲۳
۴-۱-۱۴- نابرابری درآمدی و تأثیر آن بر سلامت	۱۲۳
۴-۱-۱۵- رشد اقتصادی و تأثیر آن بر سلامت	۱۲۴
۴-۱-۱۶- مخارج عمومی و تأثیر آن بر سلامت	۱۲۴
۴-۱-۱۷- مخارج بخش سلامت و تأثیر آن بر سلامت	۱۲۴
۴-۱-۱۸- تراز پرداخت و تأثیر آن بر سلامت	۱۲۴
۴-۱-۱۹- نوسانات اقتصادی و تأثیر آن بر سلامت	۱۲۴

- ۲-۴- تأثیرگذاری و تأثیرپذیری بخش سلامت بر/از حوزه محیطزیست ۱۲۵
- ۲-۴-۱- تأثیرگذاری بخش سلامت بر محیطزیست ۱۲۵
- ۲-۴-۲- تأثیرپذیری سلامت از حوزه محیطزیست ۱۲۹
- ۳-۴- تأثیرگذاری و تأثیرپذیری بخش سلامت بر/از حوزه اجتماعی- فرهنگی ۱۳۷
- ۳-۴-۱- تأثیرپذیری بخش سلامت از حوزه اجتماعی- فرهنگی ۱۳۸
- ۳-۴-۲- تأثیرگذاری بخش سلامت بر حوزه اجتماعی- فرهنگی ۱۴۳
- ۵- چالش‌های اصلی و توزیع فضایی زیرساخت‌ها و فعالیت‌های بخش ۱۵۰
- ۱-۵- چالش اصلی بخش ۱۵۰
- ۱-۱-۵- مواجهه با پدیده سالمندی ۱۵۰
- ۶- توزیع فضایی زیرساخت‌ها و فعالیت‌های بخش سلامت ۱۶۱
- ۱-۶- پزشک عمومی ۱۶۱
- ۲-۶- پرستار و گروه پرستاری ۱۶۲
- ۳-۶- ماما ۱۶۳
- ۴-۶- پزشک متخصص ۱۶۳
- ۵-۶- داروساز ۱۶۴
- ۶-۶- دندان‌پزشک ۱۶۵
- ۷-۶- بهورز ۱۶۶
- ۷- نقشه‌های پراکندگی تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای در کشور ۱۷۳
- ۸- توزیع زیرساخت‌ها و منابع آموزش عالی سلامت در استان‌های مختلف کشور ۱۸۰
- ۹- توزیع پرسنل سلامت در استان‌های مختلف کشور ۱۸۲
- ۱۰- بررسی و تحلیل تعارض‌ها، عدم توازن‌ها و عدم تعادل‌های بین بخشی، بین منطقه‌ای ۲۰۳
- ۱-۱۰- سطوح تعارض و عدم تعادل بخش سلامت ۲۰۳
- ۲-۱۰- چالش‌ها و عدم توازن‌ها بین حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت ۲۱۳
- ۳-۱۰- عدم تعادل، توازن و تعارض در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ۲۱۷
- ۱-۳-۱۰- شناسایی و تحلیل عوامل مؤثر بر آینده بخش سلامت ۲۱۷
- ۲-۳-۱۰- تحلیل روندهای آینده و نحوه اثرگذاری آن‌ها بر ملاحظات آمایشی بخش سلامت ۲۱۸
- ۳-۳-۱۰- تحلیل اثرات رشد فناوری بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن ۲۲۰
- ۴-۳-۱۰- تغییرات سیاسی و اقتصادی ۲۲۴
- ۵-۳-۱۰- تحلیل اثرات ناشی از تغییرات سیاسی و اقتصادی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن ۲۲۵
- ۶-۳-۱۰- تحلیل اثرات ناشی از تغییرات دموگرافیک بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن ۲۳۰

- ۱۰-۳-۷- تحلیل اثرات ناشی از تغییرات اجتماعی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن ۲۳۶
- ۱۰-۳-۸- تحلیل اثرات ناشی از تغییرات زیست‌محیطی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن ۲۴۱
- ۱۱- سازمان فضایی مطلوب بخش مشتمل بر قطب‌ها، محورها و پهنه‌های توسعه در افق ۱۴۲۴ ۲۵۳
- ۱۱-۱- سازمان فضایی مطلوب بخش مشتمل بر قطب‌ها، محورها و پهنه‌های توسعه در افق ۱۴۲۴ ۲۵۳
- ۱۱-۲- برخی پیش‌فرض‌ها و تعیین‌کننده‌های بخش سلامت برای سازمان فضایی مطلوب ۲۵۳
- ۱۲- راهبردهای کلان، سیاست‌های سرزمینی و تعیین اولویت‌های موضوعی و موضوعی توسعه بخش سلامت ۲۸۳
- ۱۳- راهبردها و سیاست‌های آمایشی بخش سلامت ۲۸۵
- ۱۳-۱-۱- راهبرد ۱- تفکیک وظایف تولیدی، ارائه خدمت، تأمین مالی و نظارتی ۲۸۵
- ۱۳-۱-۲- راهبرد ۲- باز مهندسی ساختار و فرآیندهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲۸۵
- ۱۳-۱-۳- راهبرد ۳- طراحی و استقرار نظام‌های پایش سرزمینی بخش سلامت ۲۸۶
- ۱۳-۱-۴- راهبرد ۴- تقویت راهبری وزارت بهداشت و توسعه همکاری‌های بین بخشی ۲۸۶
- ۱۳-۱-۵- راهبرد ۵- تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت ۲۸۷
- ۱۳-۱-۶- راهبرد ۶- جهت‌گیری مناسب برای تربیت، توزیع و نگهداشت نیروی انسانی بخش سلامت ۲۸۸
- ۱۳-۱-۷- راهبرد ۷- تربیت نیروی عمومی و نیروی واسط در پاسخ به نیاز سلامت مبتنی بر استانداردهای جهانی ۲۸۹
- ۱۳-۱-۸- راهبرد ۸- ارتقا عادلانه شاخص‌های سلامت به‌ویژه شاخص دسترسی به خدمات در تمامی مناطق ۲۸۹
- ۱۳-۱-۹- راهبرد ۹- توسعه عادلانه خدمات سلامت روان در تمامی مناطق شهری و روستایی ۲۹۰
- ۱۳-۱-۱۰- راهبرد ۱۰- افزایش شفافیت و پاسخگویی واحدهای مختلف بخش سلامت ۲۹۱
- ۱۳-۱-۱۱- راهبرد ۱۱- توسعه فناوری‌های داخلی بخش سلامت ۲۹۱
- ۱۳-۱-۱۲- راهبرد ۱۲- کنترل و کاهش تقاضای القایی ارائه‌دهنده خدمات سلامت ۲۹۳
- ۱۳-۱-۱۳- راهبرد ۱۳- تقویت توریسم سلامت و آموزش بر اساس پتانسیل‌های موجود ۲۹۴
- ۱۳-۱-۱۴- راهبرد ۱۴- افزایش نشاط اجتماعی به صورتی عادلانه در مناطق مختلف آمایشی ۲۹۴
- ۱۳-۱-۱۵- راهبرد ۱۵- اولویت‌پیشگیری نسبت به درمان ۲۹۴
- ۱۳-۱-۱۶- راهبرد ۱۶- افزایش آمادگی نظام سلامت در مواجهه با پدیده سالمندی ۲۹۵
- ۱۳-۱-۱۷- راهبرد ۱۷- افزایش آمادگی بخش سلامت در مدیریت بحران به‌ویژه در مناطق پرخطر ۲۹۵
- ۱۳-۱-۱۸- راهبرد ۱۸- ارتقای شاخص برخورداری از آب آشامیدنی سالم مناطق شهری و روستایی ۲۹۶
- ۱۳-۱-۱۹- راهبرد ۱۹- گسترش دسترسی به محیط‌های حامی تحرک و ورزش همگانی ۲۹۶
- ۱۳-۱-۲۰- راهبرد ۲۰- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت ۲۹۷
- ۱۳-۱-۲۱- راهبرد ۲۱- گسترش متوازن فناوری اطلاعات و ارتباطات برای ارتقای سلامت در مناطق مختلف آمایشی ۲۹۸
- ۱۳-۱-۲۲- راهبرد ۲۲- ایجاد سازوکارهای لازم برای ارتقا کیفیت بخش سلامت در مناطق مختلف کشور ۲۹۹
- ۱۳-۱-۲۳- راهبرد ۲۳- جهت‌دهی و یکپارچه‌سازی دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی حوزه سلامت ۳۰۰
- ۱۳-۱-۲۴- راهبرد ۲۴- طراحی مدل مدیریت منسجم دانش در بخش سلامت ۳۰۱
- ۱۳-۱-۲۵- راهبرد ۲۵- تقویت پویای محیطی و افق یابی فناوری‌های سلامت ۳۰۲

- ۱۳-۱-۲۶- راهبرد ۲۶- تأمین امنیت غذایی و ترویج سبد غذایی مطلوب بومی ۳۰۲
- ۱۳-۱-۲۷- راهبرد ۲۷- تمرکز بر محیط‌های شغلی در ارائه خدمات بهداشتی ۳۰۳
- ۱۳-۱-۲۸- راهبرد ۲۸- کنترل قاچاق فرآورده‌های دارویی و تجهیزات پزشکی ۳۰۳
- ۱۳-۱-۲۹- راهبرد ۲۹- سرمایه‌گذاری و تولید ثروت از طریق مدیریت هزینه و بهره‌وری در بخش سلامت ۳۰۳
- ۱۳-۱-۳۰- راهبرد ۳۰- توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی و رعایت سبک زندگی سالم ۳۰۴
- ۱۳-۱-۳۱- راهبرد ۳۱- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی در ایران ۳۰۴
- ۱۴- ملاحظات و انتظارات متقابل توسعه آتی بخش از سایر بخش‌های هم‌پیوند و الزامات تحقق آن‌ها ۳۰۵
- ۱۴-۱- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی ۳۰۵
- منابع ۳۲۸

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۲۲.....	جدول ۱: تکالیف دولت در قبال شاخص‌های مرتبط با مادر و نوزاد.....
۲۳.....	جدول ۲: تکالیف دولت در راستای تحقق عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و بسط پوشش‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی.....
۲۳.....	جدول ۳: شاخص‌ها اهداف کمی و وضعیت موجود و مطلوب حوزه اجتماعی در برنامه ششم.....
۲۴.....	جدول ۴: جمع‌بندی نقاط تمرکز اسناد بالادستی با نگاه آمایش سرزمین در حوزه.....
۲۶.....	جدول ۵: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان مازندران در حوزه سلامت.....
۲۷.....	جدول ۶: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان سمنان در حوزه سلامت.....
۲۷.....	جدول ۷: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان گلستان در حوزه سلامت.....
۲۹.....	جدول ۸: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان گیلان در حوزه سلامت.....
۲۹.....	جدول ۹: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان اردبیل در حوزه سلامت.....
۳۱.....	جدول ۱۰: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان آذربایجان شرقی در حوزه سلامت.....
۳۳.....	جدول ۱۱: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان آذربایجان غربی در حوزه سلامت.....
۳۴.....	جدول ۱۲: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان ایلام در حوزه سلامت.....
۳۵.....	جدول ۱۳: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان کردستان در حوزه سلامت.....
۳۸.....	جدول ۱۴: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان کرمانشاه در حوزه سلامت.....
۳۹.....	جدول ۱۵: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان همدان در حوزه سلامت.....
۴۰.....	جدول ۱۶: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان لرستان در حوزه سلامت.....
۴۴.....	جدول ۱۷: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان هرمزگان در حوزه سلامت.....
۴۷.....	جدول ۱۸: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان بوشهر در حوزه سلامت.....
۴۸.....	جدول ۱۹: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان فارس در حوزه سلامت.....
۵۲.....	جدول ۲۰: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان کهگیلویه و بویراحمد در حوزه سلامت.....
۵۶.....	جدول ۲۱: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان مرکزی در حوزه سلامت.....
۶۱.....	جدول ۲۲: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان زنجان در حوزه سلامت.....
۶۲.....	جدول ۲۳: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان قم در حوزه سلامت.....
۶۴.....	جدول ۲۴: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان البرز در حوزه سلامت.....

- جدول ۲۵: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان اصفهان در حوزه سلامت ۶۶
- جدول ۲۶: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان چهارمحال بختیاری در حوزه سلامت ۶۹
- جدول ۲۷: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان سیستان و بلوچستان در حوزه سلامت ۷۰
- جدول ۲۸: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان کرمان در حوزه سلامت ۷۲
- جدول ۲۹: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان خراسان رضوی در حوزه سلامت ۷۴
- جدول ۳۰: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان خراسان جنوبی در حوزه سلامت ۷۶
- جدول ۳۱: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان خراسان شمالی در حوزه سلامت ۸۱
- جدول ۳۲: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان تهران در حوزه سلامت ۸۳
- جدول ۳۳: جایگاه بخش سلامت در اقتصاد ۱۱۶
- جدول ۳۴: مطالعات انجام‌شده در زمینه ارتباط بخش سلامت با اقتصاد ۱۲۰
- جدول ۳۵: جمعیت استان‌های کشور در سال ۱۳۹۴ و ۱۴۰۴ ۱۵۰
- جدول ۳۶: تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل و اعضای هیئت علمی در دانشگاه‌های علوم پزشکی در استان‌های کشور ۱۸۰
- جدول ۳۷: وضعیت تحصیلات پرسنل شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۹۴ ۱۸۲
- جدول ۳۸: وضعیت توزیع جنسیتی پرسنل شاغل دانشگاه علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴ ۱۸۴
- جدول ۳۹: وضعیت استخدامی پرسنل شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴ ۱۸۶
- جدول ۴۰: امید زندگی، نمره کارایی و درصد جمعیت سالمند استان‌های کشور در سال ۱۳۹۴ ۱۸۹
- جدول ۴۱: آمار استانی موارد بیماری‌های زئونوز به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۷ ۱۹۱
- جدول ۴۲: تحلیل اثرات رشد فناوری بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن ۲۲۰
- جدول ۴۳: تحلیل اثرات ناشی از تغییرات سیاسی و اقتصادی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن ۲۲۵
- جدول ۴۴: تحلیل اثرات ناشی از تغییرات دموگرافیک بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن ۲۳۰
- جدول ۴۵: تحلیل اثرات ناشی از تغییرات اجتماعی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن ۲۳۶
- جدول ۴۶: تحلیل اثرات ناشی از تغییرات زیست‌محیطی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن ۲۴۱
- جدول ۴۷: سهمیه منطقه ۱ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی ۲۶۴
- جدول ۴۸: سهمیه منطقه ۲ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی ۲۶۵
- جدول ۴۹: سهمیه منطقه ۳ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی ۲۶۵
- جدول ۵۰: سهمیه منطقه ۴ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی ۲۶۶
- جدول ۵۱: سهمیه منطقه ۵ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی ۲۶۶

- جدول ۵۲: سهمیه منطقه ۶ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی ۲۶۷
- جدول ۵۳: سهمیه منطقه ۷ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی ۲۶۷
- جدول ۵۴: جدول سهمیه منطقه ۸ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی ۲۶۸
- جدول ۵۵: سهمیه منطقه ۹ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی ۲۶۸
- جدول ۵۶: سهمیه منطقه ۱۰ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی ۲۶۹
- جدول ۵۷: پارامترهای دستیابی به شاخص نسبت ماما به صد هزار نفر جمعیت ایران ۱۴۲۴ ۲۷۳
- جدول ۵۸: تعداد ماما به ازای هر یک تخت بخش مامایی/ زنان و زایمان در دستورالعمل‌های معاونت درمان وزارت متبوع ۲۷۳
- جدول ۵۹: پارامترهای دستیابی به شاخص نسبت داروساز به صد هزار نفر جمعیت ایران ۱۴۲۴ ۲۷۵

فهرست شکل‌ها

صفحه	عنوان
۹۸.....	شکل ۱: پیشران‌ها و عوامل تغییر در بهره‌وری از اراضی
۱۱۷.....	شکل ۲: تأثیرگذاری بخش سلامت بر اقتصاد.....
۱۲۲.....	شکل ۴: مقایسه درصد تورم بخش سلامت با درصد تورم بخش عمومی در طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۳
۱۲۶.....	شکل ۵: تأثیرگذاری بخش سلامت بر محیط‌زیست
۱۲۹.....	شکل ۶: تأثیرپذیری بخش سلامت از محیط‌زیست
۱۳۸.....	شکل ۷: تأثیرپذیری بخش سلامت از حوزه اجتماعی- فرهنگی
۱۴۴.....	شکل ۸: تأثیرگذاری بخش سلامت بر حوزه اجتماعی- فرهنگی
۱۵۱.....	شکل ۹: پراکندگی در سال ۱۳۹۴
۱۵۲.....	شکل ۱۰: پراکندگی جمعیت در سال ۱۴۰۴.....
۱۵۲.....	شکل ۱۱: درصد جمعیت سالمند کشور در سال ۱۳۹۸
۱۵۲.....	شکل ۱۲: درصد جمعیت سالمند کشور در سال ۱۴۱۵
۱۵۳.....	شکل ۱۳: امید به زندگی زنان کشور
۱۵۳.....	شکل ۱۵: امید به زندگی جمعیت کشور
۱۵۴.....	شکل ۱۶: شیوع مصرف سیگار در کشور در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۱۵ و ۲۰۳۰
۱۵۵.....	شکل ۱۷: شیوع ابتلا به دیابت در کشور در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۱۵ و ۲۰۳۰
۱۵۶.....	شکل ۱۸: شیوع اضافه‌وزن و چاقی در کشور در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۱۵ و ۲۰۳۰
۱۵۷.....	شکل ۱۹: شیوع کم‌تحركی در کشور در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۱۵ و ۲۰۳۰
۱۵۸.....	شکل ۲۰: سهم پرداخت از جیب در کشور.....
۱۵۹.....	شکل ۲۱: سهم هزینه‌های فاجعه آور سلامت در روستا
۱۵۹.....	شکل ۲۲: سهم هزینه‌های فاجعه آور سلامت در شهر.....
۱۶۰.....	شکل ۲۳: سهم هزینه‌های فاجعه آور سلامت در کشور
۱۶۱.....	شکل ۲۴: پراکندگی پزشک عمومی در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵
۱۶۲.....	شکل ۲۵: پراکندگی پرستاران و گروه پرستاری در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵
۱۶۳.....	شکل ۲۶: پراکندگی ماما در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵
۱۶۴.....	شکل ۲۷: پراکندگی پزشک متخصص کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۴
۱۶۵.....	شکل ۲۸: پراکندگی داروسازان در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵
۱۶۶.....	شکل ۲۹: پراکندگی دندان‌پزشکان در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵
۱۶۶.....	شکل ۳۰: توزیع تعداد بهورز در سال ۱۳۹۴
۱۶۶.....	شکل ۳۱: پراکندگی تعداد بهورز نسبت به جمعیت در استانهای کشور در سال ۱۳۹۴
۱۶۷.....	شکل ۳۲: نسبت پرسنل بهداشتی درمانی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵
۱۶۷.....	شکل ۳۳: نسبت پرسنل اجتماعی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵
۱۶۸.....	شکل ۳۴: نسبت پرسنل فنی و مهندسی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵
۱۶۸.....	شکل ۳۵: نسبت پرسنل بهداشت محیط و حرفه‌ای به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵

- شکل ۳۶: نسبت پرسنل اورژانس ۱۱۵ به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۶۹
- شکل ۳۷: نسبت پرسنل معاونت آموزشی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۶۹
- شکل ۳۸: نسبت پرسنل معاونت بهداشتی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۷۰
- شکل ۳۹: نسبت معاونت پژوهشی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۷۰
- شکل ۴۰: نسبت پرسنل معاونت درمان به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۷۱
- شکل ۴۱: نسبت پرسنل معاونت ستادی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۷۱
- شکل ۴۲: پراکندگی تخت‌های بیمارستانی در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۷۲
- شکل ۴۳: پراکندگی تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای در کشور نسبت به یک میلیون نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۷۶
- شکل ۴۴: پراکندگی آزمایشگاه‌های دولتی و خصوصی در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۷۷
- شکل ۴۵: پراکندگی داروخانه‌های دولتی و خصوصی در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۷۷
- شکل ۴۶: پراکندگی مراکز بهداشت شهری و روستایی در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۷۸
- شکل ۴۷: پراکندگی مراکز رادیولوژی دولتی و خصوصی در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۷۸
- شکل ۴۸: پراکندگی مراکز توان‌بخشی دولتی و خصوصی در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵..... ۱۷۹
- شکل ۴۹: پراکندگی تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های علوم پزشکی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۳..... ۱۸۱
- شکل ۵۰: تعداد اعضای هیئت علمی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴..... ۱۸۱
- شکل ۵۱: پراکندگی شاغلین با تحصیلات دکتری تخصصی در دانشگاه‌های علوم پزشکی..... ۱۸۳
- شکل ۵۲: پراکندگی شاغلین با تحصیلات دکتری حرفه‌ای در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور..... ۱۸۳
- شکل ۵۳: پراکندگی شاغلین با تحصیلات فوق‌لیسانس..... ۱۸۴
- شکل ۵۴: پراکندگی شاغلین با تحصیلات لیسانس و فوق‌دیپلم دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور..... ۱۸۴
- شکل ۵۵: پراکندگی شاغلین زن در دانشگاه علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴..... ۱۸۶
- شکل ۵۶: پراکندگی شاغلین مرد در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴..... ۱۸۶
- شکل ۵۷: پراکندگی پرسنل رسمی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴..... ۱۸۸
- شکل ۵۸: پراکندگی پرسنل طرحی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴..... ۱۸۸
- شکل ۵۹: پراکندگی پرسنل قراردادی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴..... ۱۸۹
- شکل ۶۰: توزیع کارایی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۵..... ۱۹۱
- شکل ۶۱: توزیع میزان بروز سالک در هر یک از استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۳
- شکل ۶۲: توزیع میزان بروز کالا آزار در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۳
- شکل ۶۳: توزیع میزان بروز تب مالت در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۴
- شکل ۶۴: توزیع میزان بروز سیاه‌زخم در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۵
- شکل ۶۵: توزیع میزان بروز لپتوسپیروز در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۵
- شکل ۶۶: توزیع میزان بروز کیست هیداتید در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۶
- شکل ۶۷: توزیع میزان بروز حیوان‌گزیدگی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۶
- شکل ۶۸: توزیع کلینیک‌های مددکاری اجتماعی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۷
- شکل ۶۹: توزیع مهدکودک‌های خصوصی و خودکفا در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۷
- شکل ۷۰: توزیع مهدکودک‌های دولتی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۸
- شکل ۷۱: توزیع خانه‌های شبه خانواده در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۸

- شکل ۷۲: توزیع مراکز آسیب‌های اجتماعی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۹
- شکل ۷۳: مراکز صدای مشاور در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۱۹۹
- شکل ۷۴: توزیع مراکز مشاوره ژنتیک در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۲۰۰
- شکل ۷۵: توزیع مراکز و دفاتر مشاوره در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۲۰۰
- شکل ۷۶: توزیع مراکز درمان اختلال مصرف مواد مخدر یا روان‌گردان در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۲۰۱
- شکل ۷۷: توزیع تعداد خدمت‌گیرندگان آموزش زندگی خانواده در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۲۰۱
- شکل ۷۸: توزیع پایگاه‌های غربالگری تنبلی چشم در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۲۰۲
- نقشه ۷۹: توزیع تعداد گروه‌های همیار زنان در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷..... ۲۰۲
- شکل ۸۰: اثرات ناشی از تغییرات سیاسی و اقتصادی بر بخش سلامت..... ۲۲۴
- شکل ۸۱: گستره جغرافیایی مناطق ده‌گانه آمایشی در بخش سلامت..... ۲۵۳
- شکل ۸۲: مدل ارائه خدمات بهداشتی درمانی برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع (مبتنی بر PHC)..... ۲۵۸
- شکل ۸۳: مراحل پروژه نقشه راه درمان ایران (ندا ۱۴۰۴)..... ۲۶۲
- شکل ۸۴: اجزای نقشه راه درمان ایران (ندا ۱۴۰۴)..... ۲۶۲
- شکل ۸۵: ظرفیت گردشگری سلامت در استان‌های مختلف کشور..... ۲۷۰
- شکل ۸۶: پراکندگی نسبت پزشک عمومی مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴..... ۲۷۱
- شکل ۸۷: برآورد نسبت پرستاران و گروه پرستاری مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴..... ۲۷۲
- شکل ۸۸: برآورد نسبت مامای مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴..... ۲۷۴
- شکل ۸۹: پراکندگی نسبت پزشک متخصص مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴..... ۲۷۵
- شکل ۹۰: برآورد نسبت داروسازان مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴..... ۲۷۶
- شکل ۹۱: برآورد نسبت دندان‌پزشک مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴..... ۲۷۶
- شکل ۹۲: برآورد نسبت تخت‌های بیمارستانی مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴..... ۲۷۷
- شکل ۹۳: برآورد پراکندگی تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای در کشور در هر استان در سال ۱۴۲۴..... ۲۸۲

خلاصه مدیریتی

آمایش سرزمین، ارزیابی نظام‌مند عوامل طبیعی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سلامت و سایر عوامل مرتبط، به‌منظور یافتن راهی برای تشویق و کمک به جامعه بهره‌برداران در انتخاب گزینه‌هایی مناسب برای افزایش و پایداری توان سرزمینی در جهت برآورد نیازهای جامعه است. با توجه به اهمیت بخش سلامت در برنامه‌ریزی توسعه آتی کشور، پروژه آمایش سرزمین بخش سلامت به عنوان یکی از زیرپروژه‌های کلان پروژه آمایش سرزمین تعریف شد.

جهت انجام مطالعه آمایش سرزمین بخش سلامت، ۸ بخش اصلی در نظر گرفته شد. با توجه به محدودیت زمانی، شواهد موجود در زمینه هر کدام از بخش‌ها، جمع‌آوری، تحلیل و گزارش گردید. در بخش اول گزارش، به تحلیل اسناد بالادستی و تحلیل تجارب آمایش در سطح داخلی و بین‌المللی پرداخته شد. در قسمت تحلیل اسناد بالادستی، دو بخش جهت‌گیری کلی اسناد و جهت‌گیری آمایشی آنها ارائه شده است. مهم‌ترین جهت‌گیری آمایشی اسناد بالادستی بر مواردی نظیر تمرکز بر شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع، پزشک خانواده، ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، تجهیزات پزشکی، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت، توسعه طب سنتی و تقویت نظام نوآوری تأکید دارد. در قسمت دوم از بخش اول، تجارب داخلی آمایشی مرتبط با بخش سلامت تحلیل شدند. برای این منظور ابتدا تمامی اطلاعات آمایشی ایران به تفکیک استان‌ها شامل ۳۱ استان، از سازمان برنامه و بودجه دریافت شد. سپس اطلاعات استان‌ها به تفکیک مناطق آمایشی شامل ۱۰ منطقه آمایشی گروه‌بندی شدند. در ادامه اطلاعات آمایشی مرتبط با بخش سلامت در شش زیرگروه و در سه بازه زمانی گذشته، حال و آینده طبقه‌بندی شدند. در قسمت سوم، مطالعه مرور سریع برای شناسایی و تحلیل تجارب سایر کشورها در انجام انواع مطالعات آمایش سلامت انجام شد. درنهایت یازده مطالعه انتخاب و اطلاعات مرتبط با تجارب کشورها از بُعد سلامت آمایش سرزمین احصا شد. تحلیل یافته‌های به دست آمده در قالب نکات قابل توجه در انجام یک مطالعه آمایشی در بخش سلامت، انجام و ارائه شده است. انواع حوزه‌های مورد توجه در مطالعات شامل کنترل ترافیک، توجه به سلامت و رشد کودکان، کنترل چاقی و افزایش تحرک، بلایای طبیعی، حفاظت از محیط‌زیست، کنترل انواع آلودگی‌ها شامل آلودگی هوا، آب، خاک و صوتی، امنیت غذایی، دسترسی به تسهیلات و کاهش فقر هستند. از مهم‌ترین ویژگی‌های مطالعات خارجی می‌توان به مشارکت بالای تمامی ذی‌نفعان حتی نمایندگان کودکان در مطالعات آمایشی، همکاری مشترک بخش دولتی و خصوصی، شبکه‌سازی ذی‌نفعان پیش و در طول انجام مطالعه و تداوم در انجام مطالعات و استفاده از سیستم‌های نظارت و بازخورد اشاره کرد.

در بخش دوم گزارش به برخی جنبه‌های تأثیرپذیری و تأثیرگذاری بخش سلامت نسبت به سایر بخش‌ها اشاره شد؛ و در ادامه به چالش‌های عمده‌ای که بخش سلامت در حال و آینده با آنها روبرو است ذکر گردیدند که بر اساس درجه اهمیت، پوشش حوزه‌های مختلف سلامت و دسترسی به اطلاعات، چالش‌های «مواجهه با پدیده سالمندی»، «تفاوت امید به زندگی»، «مصرف سیگار»، «ابتلا به دیابت»، «اضافه وزن و چاقی»، «فعالیت فیزیکی»، «سهام پرداخت از جیب» و «هزینه‌های فاجعه آور سلامت» انتخاب و توصیف شد. همچنین شواهد مختلف حاکی از وجود برخی عدم تعادل‌ها در توزیع منابع نظام سلامت در مناطق مختلف کشور است. عدم توازن در حوزه نیروی انسانی متخصص سلامت، تخت‌های بیمارستانی و تجهیزات سرمایه‌ای تشخیصی و درمانی شدت بیشتری دارد. در ادامه به پنج حوزه اصلی عدم توازن و تعادل‌های منطقه‌ای و تعارضات بین بخشی نظام سلامت کشور اشاره شد.

در بخش سوم گزارش، تعارض‌ها، عدم توازن‌ها و عدم تعادل‌های بین بخشی/ بین منطقه‌ای بخش سلامت بررسی و تحلیل شده است. به سطوح تعارض در چهار سطح تعارضات بین بیمه‌های سلامت، چالش‌های سازمان‌های حمایت اجتماعی و امدادی، تعارضات بین سازمان‌های بیرون وزارت بهداشت با وزارت بهداشت و عدم تعادل، توازن و تعارض در حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

بخش چهارم گزارش، به روندهای تأثیرگذار بر بخش سلامت می‌پردازد. این روندها در دسته‌های رشد فناوری، سیاسی اقتصادی، دموگرافیک، اجتماعی و محیط‌زیست طبقه‌بندی شد. همچنین برای شناسایی عوامل مؤثر بر آینده از مرور سریع، بررسی مطالعات از پیش انجام شده و مصاحبه با خبرگان استفاده شد.

در بخش پنجم گزارش، چشم‌انداز پیشنهادی بخش سلامت در افق ۲۰ ساله آمایش پیشنهاد شد. برای تدوین متن بیانیه چشم‌انداز بخش سلامت، چشم‌انداز اسناد بالادستی نظیر نقشه جامع علمی سلامت، نقشه تحول سلامت و سیاست‌های کلی نظام سلامت به عنوان اسناد بالادستی اصلی بخش سلامت مورد بررسی قرار گرفته‌اند. از سوی دیگر بررسی نتایج به دست آمده از سایر فازهای مطالعه، به‌ویژه تحلیل روندهای آینده مؤثر بر بخش سلامت در کنار تحلیل اسناد بالادستی، در جهت ارائه چشم‌انداز پیشنهادی برای آمایش بخش سلامت مورد استفاده قرار گرفتند.

در بخش ششم گزارش به سازمان فضایی مطلوب حوزه‌های اصلی عدم توازن و تعادل‌های منطقه‌ای نظام سلامت کشور اشاره شده است. در این بخش به برخی پیش‌فرض‌ها و تعیین‌کننده‌های بخش سلامت برای سازمان فضایی مطلوب و افق فضایی مطلوب بخش سلامت در حوزه‌های کلیدی آمایش سرزمین سلامت اشاره شده است.

در بخش هفتم گزارش راهبردهای آمایشی بخش سلامت ارائه شده و برای استخراج آن‌ها از چهار مسیر اصلی احصا راهبردهای آمایشی در اسناد بالادستی بخشی سلامت، چالش‌های فعلی بخش سلامت تجارب آمایشی سایر کشورها و روندهای مؤثر بر آینده بخش سلامت استفاده شد.

درنهایت در بخش هشتم گزارش، مهم‌ترین انتظارات بخش سلامت از سایر بخش‌ها عمدتاً با نگاه آمایش سرزمین ذکر شده است. برای تدوین این انتظارات از تحلیل روندها، تحلیل اسناد بالادستی و نیز برخی مستندات مرتبط استفاده شده است.

مقدمه

آمایش سرزمین، ارزیابی نظام‌مند عوامل طبیعی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی به منظور یافتن راهی برای تشویق و کمک به جامعه بهره‌برداران در انتخاب گزینه‌هایی مناسب برای افزایش و پایداری توان سرزمینی در جهت برآورد نیازهای جامعه است. به بیانی دیگر، توزیع متوازن و هماهنگ جغرافیای کلیه فعالیت‌های اقتصادی-اجتماعی در پهنه سرزمین متناسب با قابلیت‌ها و منابع طبیعی و انسانی را آمایش سرزمین می‌گویند. از مهم‌ترین خصوصیات برنامه آمایش سرزمین جامع‌نگری- کیفیت و سازماندهی فضایی آن است. برای سازماندهی فضایی مناسب نیاز است که تمام الزامات و زیرساخت‌های آن از جمله زیرساخت‌های مرتبط با سلامت دیده شود. تعریف زیرپروژه آمایش سرزمین در حوزه سلامت، با در نظر گرفتن این دغدغه تعریف شده است. در این زیرپروژه با تمرکز بر بخش سلامت، ۸ بخش در شرح خدمت دیده شده است که در بخش اول، به تحلیل اسناد بالادستی و تحلیل تجارب آمایش در سطح داخلی و بین‌المللی پرداخته شده است. این گزارش، نتایج مطالعه در بخش اول را با در نظر گرفتن این سه قسمت، ارائه کرده است.

در قسمت اول گزارش، تحلیل اسناد بالادستی در دو بخش جهت‌گیری کلی اسناد و جهت‌گیری آمایشی آن‌ها ارائه شده است. مهم‌ترین جهت‌گیری آمایشی اسناد بالادستی بر مواردی نظیر تمرکز بر شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع، پزشک خانواده، ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، تجهیزات پزشکی، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت، توسعه طب سنتی و تقویت نظام نوآوری تأکید داشت.

در قسمت دوم گزارش، تجارب داخلی آمایشی مرتبط با بخش سلامت تحلیل شدند. برای این منظور ابتدا تمامی اطلاعات آمایشی ایران به تفکیک استان‌ها، شامل ۳۱ استان از سازمان برنامه و بودجه دریافت شد. سپس اطلاعات استان‌ها به تفکیک مناطق آمایشی شامل ۱۰ منطقه آمایشی گروه‌بندی شدند. در ادامه اطلاعات آمایشی مرتبط با بخش سلامت در شش زیرگروه و در سه بازه زمانی گذشته، حال و آینده طبقه‌بندی شدند.

در قسمت سوم گزارش، مطالعه مرور سریع برای شناسایی و تحلیل تجارب سایر کشورها در انجام انواع مطالعات آمایش سلامت انجام شد. در نهایت یازده مطالعه انتخاب و اطلاعات مرتبط با تجارب کشورها در زمینه بعد سلامت آمایش سرزمین احصا شد. تحلیل یافته‌های به دست آمده در قالب نکات قابل توجه در انجام یک مطالعه آمایشی در بخش سلامت، انجام و ارائه شده است. انواع حوزه‌های مورد توجه در مطالعات شامل کنترل ترافیک، توجه به

سلامت و رشد کودکان، کنترل چاقی و افزایش تحرک، بلایای طبیعی، حفاظت از محیط‌زیست، کنترل انواع آلودگی‌ها شامل آلودگی هوا، آب، خاک و صوتی، امنیت غذایی، دسترسی به تسهیلات و کاهش فقر هستند. در بسیاری از مطالعات اشاره شده بود که توجه صرف به شاخص‌های سلامت (مانند انواع شاخص‌های دسترسی به خدمات) اثربخش نبوده و نباید از اثرات الگوی آمایشی بر بخش سلامت غافل شد. از مهم‌ترین ویژگی‌های مطالعات خارجی می‌توان به مشارکت بالای تمامی ذی‌نفعان حتی نمایندگان کودکان، در مطالعات آمایشی، همکاری مشترک بخش دولتی و خصوصی، شبکه‌سازی ذی‌نفعان پیش و در طول انجام مطالعه و تداوم در انجام مطالعات و استفاده از سیستم‌های نظارت و بازخورد اشاره کرد.

۱- تحلیل اسناد بالادستی

در این بخش، جهت‌گیری‌های اسناد بالادستی در دو قسمت ارائه شده است. در قسمت اول جهت‌گیری کلان، دو سند بالادستی مهم اخیر نظام سلامت؛ یعنی سیاست‌های ابلاغی و نقشه تحول نظام سلامت به تفکیک حوزه‌های مختلف بخش سلامت ارائه شده و در قسمت دوم جهت‌گیری برنامه ششم توسعه، سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در بخش سلامت، نقشه تحول نظام سلامت و برنامه پیشنهادی وزیر به مجلس با نگاه آمایش سرزمین مورد توجه قرار گرفته است. از جهت‌گیری‌ها و نتایج نقشه درمان کشور (ندا) و نقشه توسعه نیروی انسانی وزارت بهداشت و درمان، به علت ورود دقیق‌تر آن‌ها به برآوردهای آینده، به صورت ویژه در فصل‌های آتی استفاده خواهد شد.

۱-۱- جهت‌گیری کلان اسناد به تفکیک حوزه‌های مختلف بخش سلامت

جهت‌گیری در زمینه آموزش / دانشجویی و پژوهش^۱

الف) سیاست‌های ابلاغی

سیاست ۱: ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، مبتنی بر اصول و ارزش‌های انسانی- اسلامی و نهادینه‌سازی آن ارتقاء نظام انتخاب، ارزشیابی و تعلیم و تربیت اساتید و دانشجویان و مدیران و تحول در محیط‌های علمی و دانشگاهی متناسب با ارزش‌های اسلامی، اخلاق پزشکی و آداب حرفه‌ای اهداف راهبردی سیاست ۱:

- رعایت اصول و ارزش‌های انسانی- اسلامی توسط اساتید، دانشجویان و مدیران

سیاست ۱۰: حمایت همه‌جانبه از توسعه کمی و کیفی هدمند، پاسخگو، جامعه‌نگر و عادلانه آموزش و پژوهش علوم پزشکی (سلامت) و تربیت نیروی انسانی کارآمد و دارای اخلاق حرفه‌ای در ساختار ادغام یافته با ارائه مراقبت‌های سلامت متناسب با نیازهای جامعه و گسترش دانش از طریق:

- تکمیل و ارتقای ادغام نظام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در مراقبت‌های سلامت در تمامی سطوح به‌منظور دستیابی به بالاترین سطح پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه

۱. به علت اینکه در بسیاری از اسناد، به حوزه آموزش و پژوهش توأمأ نگاه شده و برای جلوگیری از تکرار، این دو حوزه در این قسمت با هم آورده شده‌اند.

-
- ایجاد زیرساخت‌های مناسب آموزشی در نظام ارائه مراقبت سلامت کشور در قالب شبکه بهداشتی درمانی و تدوین جهت‌گیری‌های راهبردی آموزش علوم پزشکی متناسب با نیازهای نظام شبکه بهداشتی درمانی، با تکیه بر ساختار پزشک خانواده و نظام ارجاع.
 - افزایش سهم از منابع پژوهش‌های علمی و فناورانه حوزه سلامت حداقل به یک سوم منابع پژوهش‌های کشور در راستای پاسخگویی به چالش‌های سلامت جامعه، سرمایه‌گذاری ویژه دولت در زمینه پژوهش‌های سلامت که در راستای اولویت‌های مهم سلامت قرار دارند و یا منجر به تأمین عدالت می‌شوند.
 - اختصاص ۱۵ درصد از درآمد حاصل از عوارض بر محصولات مخاطره‌آمیز سلامت (مواد دخانی، نوشابه‌ها و...) برای انجام پژوهش به منظور تصحیح رفتارهای مخاطره‌آمیز و ترویج الگوهای زندگی سالم.
 - افزایش سهم از منابع پژوهش‌های علمی و فناورانه حوزه سلامت حداقل به یک سوم منابع پژوهش‌های کشور، ارتقاء اثربخشی و کارایی آموزش علوم پزشکی، حمایت از تولید دانش و به‌کارگیری راهنماهای مرتبط با نظام شبکه بهداشتی درمانی و ادغام آن در آموزش علوم پزشکی اعم از دوره‌های تحصیلی و آموزش مداوم و بهره‌گیری از دانش ضمنی نیروی انسانی مجرب نظام سلامت.
 - ایجاد و گسترش هدفمند مؤسسات و شبکه‌های تحقیقاتی، الزام به داشتن پیوست مدیریت دانش به تمامی مداخلات مرتبط با سلامت برای دستیابی به نظام الهام‌بخش.
- سیاست ۱۳: توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به‌صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور.
- اهداف راهبردی سیاست ۱۳:
- توسعه کمی و کیفی نظام آموزش علوم پزشکی کشور.
 - ارتقای نظام انتخاب، ارزشیابی و تربیت دانشجویان متناسب با ارزش‌های اسلامی و ارتقای جایگاه مراقبت‌های سلامت.
- سیاست ۱۴: تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام.

اهداف راهبردی سیاست ۱۴:

- تبدیل شدن به قطب پزشکی آسیای جنوب غربی و جهان اسلام در حیطه ارائه خدمات مبتنی بر پژوهش.
- دستیابی به مرجعیت علمی در حیطه علوم و فنون سلامت.

ب) نقشه تحول نظام سلامت

- رعایت کدهای اخلاقی و تعهدات حرفه‌ای در آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت
- ادغام نظام آموزشی، پژوهشی و خدمات سلامت در راستای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت
- ایجاد زیرساخت مناسب آموزشی در نظام ارائه مراقبت سلامت در قالب شبکه بهداشتی درمانی و تدوین جهت‌گیری‌های راهبردی آموزش متناسب با نیاز نظام شبکه بهداشتی درمانی، با تکیه بر ساختار پزشک خانواده و نظام ارجاع
- ایفای نقش هدایت‌گری آموزش و پژوهش در منطقه چشم‌انداز و کشورهای اسلامی، تربیت دانشجویان تحصیلات تکمیلی این کشورها و تثبیت و ترویج زبان فارسی به‌عنوان زبان مطرح در تولید و انتشار علوم پزشکی در عرصه جهانی

اسناد بالادستی در زمینه آموزش و پژوهش، به موارد متعددی نظیر ارائه خدمات مبتنی بر ارزش‌های انسانی اسلامی، پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه، توسعه کمی و کیفی نظام آموزش علوم پزشکی و دستیابی به مرجعیت علمی اشاره کرده است.

جهت‌گیری در زمینه بهداشت و درمان

الف) سیاست‌های ابلاغی

- سیاست ۱: ارائه خدمات درمانی و توان‌بخشی سلامت مبتنی بر ارزش‌های انسانی- اسلامی و نهادینه‌سازی آن.
- سیاست ۲: تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت:
- اولویت‌پیشگیری بر درمان
 - روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی
 - کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی
- سیاست ۵: ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنمای بالینی.
- سیاست ۷ (بند ۳): تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی.

سیاست ۸: افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع از طریق:

- ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی
- افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت
- تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقاء سلامت و توانمندسازی آنها

سیاست ۱۱: افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

سیاست ۱۲: بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران.

(ب) نقشه تحول نظام سلامت: عمدتاً منطبق بر سیاست‌های ابلاغی سلامت بود.

اسناد بالادستی در زمینه بهداشت و درمان، به موارد متعددی نظیر ارائه خدمات مبتنی بر ارزش‌های انسانی اسلامی، رویکرد سلامت همه‌جانبه در همه قوانین، ارائه خدمت بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنمای بالینی، افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات، استفاده از ظرفیت رسانه‌ها و نهادها و نهادینه نمودن طب سنتی ایران اشاره کرده است.

جهت‌گیری در زمینه غذا

الف) سیاست‌های ابلاغی

سیاست ۶: تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.

اهداف راهبردی سیاست ۶:

- بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی
- بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از آب پاک و سالم

ب) نقشه تحول نظام سلامت

- کاهش ناامنی غذا و ارتقای سلامت تغذیه‌ای جامعه
- کاهش شیوع سوءتغذیه پروتئین، انرژی و کمبود ریزمغذی‌ها و کاهش شیوع اضافه‌وزن و چاقی
- تضمین کیفیت غذا در سطوح مختلف تولیدی، وارداتی و عرضه
- افزایش دسترسی (فیزیکی، اقتصادی و فرهنگی) به سبد غذایی مطلوب و ایمن
- ایجاد ساختار قوی و کارآمد به منظور یکپارچگی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی برای تأمین امنیت و ایمنی غذایی
- ایجاد قوانین و منابع لازم به‌منظور تأمین سبد غذایی مطلوب برای برخورداری تمامی افراد از غذای مناسب و کافی
- توسعه، یکپارچگی و ارتقای کیفیت نظارت بر ایمنی و کنترل کیفیت مواد و فرآورده‌های دارای مصرف انسانی و دامی از تولید و واردات تا توزیع و مصرف، بر اساس مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- توجه به بهداشت آب، خاک و هوا و پایش باقیمانده سموم، آلاینده‌ها و افزودنی‌ها در مواد و فرآورده‌های مصرفی و الزام قانونی به رعایت ضوابط، معیارها و استانداردهای تدوین شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

اسناد بالادستی در زمینه غذا، به موارد متعددی نظیر تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه از سبد غذایی سالم و توجه به بهداشت آب، خاک و هوا و پایش باقیمانده سموم اشاره کرده است.

جهت‌گیری در زمینه دارو و تجهیزات

الف) سیاست‌های ابلاغی

- سیاست ۴: ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی.
- اهداف راهبردی سیاست ۴:

- خوداتکایی در زمینه طراحی و تولید مواد و فرآورده‌های دارویی، واکسن، محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات
- کسب گواهینامه کیفیت توسط صنایع دارویی در تولید واکسن و تجهیزات پزشکی کشور

سیاست ۵: ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.

اهداف راهبردی سیاست ۵:

- حذف تقاضای القایی ارائه‌دهنده خدمات سلامت
- دستیابی به تراز مثبت ارزی (صادرات به واردات) در بازار فرآورده‌های دارویی، زیستی و تجهیزات پزشکی
- کاهش احتمال بروز خطا در خدمات سلامت
- کاهش تقاضای غیرمنطقی خدمات سلامت از سوی مردم
- کاهش میزان قاچاق فرآورده‌های دارویی، زیستی و تجهیزات پزشکی

ب) نقشه تحول نظام سلامت

- تضمین کیفیت، اثربخشی و ایمنی داروهای موجود در بازار دارویی (قبل و بعد از ورود به بازار دارویی کشور)
- عرضه مدیریت شده فرآورده‌های دارویی و محصولات زیستی با هماهنگی نظام بیمه‌ای و ارائه خدمات
- تدوین و اجرای راهکارهای لازم برای نظارت بر کیفیت رقابتی داروها و ملزومات و تجهیزات پزشکی
- تقویت گزارش‌دهی و نظارت مؤثر بر کیفیت دارو، واکسن و محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی
- مدیریت صادرات و واردات دارو، واکسن و محصولات زیستی و تجهیزات با استفاده از ابزارهای علمی، فنی و قانونی
- استانداردسازی و اصلاح الگوی مصرف تجهیزات پزشکی، داروها، کالاهای و مراقبت‌های سلامت در قالب سطح‌بندی مراقبت‌ها در بخش دولتی و غیردولتی با کنترل تقاضای القایی توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- مدیریت نگهداشت و استفاده درست از تجهیزات پزشکی و آموزش نیروی انسانی ماهر جهت کاهش سرمایه‌گذاری، حفظ سرمایه‌های اقتصادی و افزایش بهره‌وری در بخش تجهیزات پزشکی
- مسئولیت‌پذیری اجتماعی متولیان تولید، واردات، توزیع و عرضه محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی

اسناد بالادستی در زمینه دارو و تجهیزات به موارد متعددی نظیر ایجاد و تقویت زیرساخت‌های موردنیاز، کنترل تجویز، نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات، استانداردسازی و اصلاح الگوی مصرف و مدیریت نگهداشت اشاره کرده است.

جهت‌گیری در زمینه مالی

الف) سیاست‌های ابلاغی

سیاست ۷: تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم با مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.

سیاست ۹: توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی با هدف:

- همگانی ساختن بیمه پایه درمان
- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان
- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف
- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای
- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی
- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی
- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم

سیاست ۱۰: تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:

- شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها
- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد.

-
- وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت
 - پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به افشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

ب) نقشه تحول نظام سلامت

- استقرار ساختار مبتنی بر سطح‌بندی، ارجاع و پزشک خانواده، تأمین مالی پایدار
- آمین مالی پایدار و اصلاح نظام‌های پرداخت به‌منظور بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت متناسب با نیاز و مشارکت عادلانه مالی آنان و متناسب با توان آنان
- افزایش متناسب و منطقی منابع مالی مورد نیاز سلامت

اسناد بالادستی در زمینه مالی به موارد متعددی نظیر مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌ها و تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت اشاره کرده است.

جهت‌گیری در زمینه نیروی انسانی

الف) سیاست‌های ابلاغی

- سیاست ۹: استقرار نظام پرداخت عملکردی به منابع انسانی سلامت به ازای کمیت و کیفیت.
- سیاست ۱۳: توسعه کمی و کیفی نظام آموزشی به صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی، حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی.
- برقراری تعادل میان عرضه و تقاضای نیروی انسانی
 - تأمین و نگهداشت منابع انسانی موردنیاز بخش سلامت

ب) نقشه تحول نظام سلامت

- هدف‌گذاری ارتقای کمی و کیفی منابع انسانی در نقشه تحول سلامت
- مدیریت مؤثر، آموزش، تربیت و نگهداشت سرمایه انسانی مؤمن، ماهر، خلاق، با انگیزه و با بهره‌وری بالا متناسب با نیازهای حال و آینده در نظام ادغام یافته خدمات سلامت، آموزش و پژوهش
- در تمام موقعیت‌های شغلی مورد نیاز، فردی شایسته و توانمند با انگیزه کافی حضور داشته باشد و در راستای تحقق اهداف نظام سلامت ارائه خدمت نماید.

- ارتقای آگاهی و توانمندسازی دست‌اندرکاران نظام سلامت در زمینه ارزش‌های اسلامی، اخلاق حرفه‌ای، فرهنگ و تمدن ایرانی-اسلامی و نهادینه کردن آنها از طریق تدوین و اجرای کدهای ملی، پایش و ارزشیابی عمل به آنها.
- ارتقای بهره‌وری و تعالی سرمایه انسانی با تربیت و به‌کارگیری نیروی انسانی متعهد به اخلاق پزشکی اسلامی، دارای تعهد، مهارت و شایستگی متناسب با نیازها و توسعه و توزیع عادلانه و حفظ نیروها در بستر نظام‌مند انگیزشی.

اسناد بالادستی در زمینه نیروی انسانی به موارد متعددی نظیر استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد، تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی، حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی، تعادل میان عرضه و تقاضای نیروی انسانی و تأمین و نگهداشت منابع انسانی اشاره کرده است.

جهت‌گیری در زمینه منابع فیزیکی

ب) نقشه تحول نظام سلامت

- استانداردسازی فرایندها، ساختار و فضای فیزیکی تمامی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت
- تعیین استانداردهای تجهیزاتی، نیروی انسانی، فضای فیزیکی مراکز ارائه‌دهنده خدمات به‌طور منظم
- ایجاد فضاهای ورزشی اختصاصی بانوان و دختران (بخصوص در مناطق محروم)

اسناد بالادستی در زمینه منابع فیزیکی به موارد متعددی نظیر تعیین استانداردها و استانداردسازی فضای فیزیکی و ایجاد فضاهای ورزشی اشاره کرده است.

جمع‌بندی

توجه به جهت‌گیری‌های اسناد بالادستی در تدوین استراتژی‌های آینده ضرورت دارد. در مرور کلی این اسناد، این موارد قابل اشاره است:

- ۱- در اسناد بالادستی، برخی جهت‌گیری‌های کلی در حوزه‌های مختلف مورد مطالعه ارائه شده است.
- ۲- بعضی از عبارات‌های نوشته شده جنبه شعاری دارند و می‌توانند به عنوان یک دورنما بسیار ارزشمند باشند، ولی برای برنامه‌ریزی باید خیلی دقیق‌تر این الفاظ زیبا و ایده‌آل‌ها تبیین گردند تا قابل دستیابی و رصد شوند.
- ۳- هماهنگی بین اهداف و بندهای نوشته شده از اسناد بالادستی گاه جای سؤال دارند و خیلی راحت نمی‌توان بین آنها ارتباط برقرار کرد. مثلاً برون‌سپاری خدمت احتمالاً در اکثر اوقات باعث افزایش تفاوت‌ها و کاهش عدالت

می‌شود. کاهش فاصله بین تعرفه‌های بخش‌های خصوصی و دولتی در تضاد حمایت از بخش خصوصی می‌تواند تلقی شود و راهکارهای منسجمی که بتواند هر دو مهم را باهم محقق کند، تبیین نشده است.

۴- شاخص‌های کمی برای سنجش این اهداف یا ارائه نشده است و یا در تعداد قابل ملاحظه‌ای از موارد دقیق نیستند.

۵- پیاده‌سازی بعضی از موارد نوشته شده، نیاز به تصمیمات خطیر و حساسی دارد که سیستم‌ها به سادگی توان تحمل این فشارها را ندارند.

۶- افق زمانی دقیقی برای بسیاری از این اهداف دیده نشده است.

ملاحظات آمایشی اسناد بالادستی

الف) سیاست‌های ابلاغی

۱-۲- اولویت پیشگیری بر درمان.

۲-۳- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت.

۳- ارتقاء سلامت روان با ترویج سبک زندگی اسلامی- ایرانی، تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین زندگی فردی و اجتماعی.

۴- ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد بین‌المللی.

۵- ... اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و ... و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.

۶- تأمین امنیت غذایی و بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی.

۷- تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت.

۷-۱- تولیت نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت.

۷-۲- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت و همکاری سایر مراکز و نهادها.
۳-۷- تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی.
۸- افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات ... در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع.

۸-۱- ... استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی. ۸-۳- تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان و جامعه معلولان کشور با هدف ارتقاء سلامت و توانمندسازی آنان

۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی

۹-۳- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی ... به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.

۹-۴- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها.

۹-۵- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.

۹-۷- ... توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.

۱۰- تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت.

۱۰-۲- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت خدمات، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد.

۱۰-۳- وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت.

۱۰-۴- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی. ۱۱- افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت.

۱۲- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران.

۱۲-۱- ترویج کشت گیاهان دارویی تحت نظر وزارت جهاد کشاورزی و حمایت از توسعه نوآوری‌های علمی و فنی در تولید و عرضه فرآورده‌های دارویی سنتی تحت نظر وزارت بهداشت.

۱۲-۵- برقراری تعامل و تبادل منطقی میان طب سنتی و طب نوین برای هم‌افزایی تجربیات و روش‌های درمانی. ۱۲-۶- اصلاح سبک زندگی در عرصه تغذیه.

۱۳- توسعه کیفی و کمی نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیازهای جامعه، پاسخگو و عادلانه و با تربیت نیروی انسانی کارآمد، متعهد به اخلاق اسلامی حرفه‌ای و دارای مهارت و شایستگی‌های متناسب با نیازهای مناطق مختلف کشور.

۱۴- تحول راهبردی پژوهش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری و برنامه‌ریزی برای دستیابی به مرجعیت علمی در علوم، فنون و ارائه خدمات پزشکی و تبدیل ایران به قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام.

(ب) نقشه تحول سلامت

سیاست ۲: تحقق رویکرد سلامت همه‌جانبه جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی و انسان سالم در همه سیاست‌های کشور و پاسخگو بودن کلیه قوا، وزارتخانه‌ها و نهادهای کشور برای تأمین، حفظ و ارتقای عادلانه سلامت آحاد مردم با:

- سلامت‌محوری در کلیه سیاست‌ها، قوانین، مقررات و برنامه‌ریزی‌های گوناگون اجرایی در دستگاه‌های مختلف دولتی و غیردولتی برای پیشگیری از آسیب‌رسانی به سلامت و جبران خسارات ایجاد شده.

- اولویت دادن به ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و آسیب‌ها در کلیه برنامه‌های نظام سلامت و در عملکرد سایر نهادها و وزارتخانه‌ها.

- تهیه پیوست سلامت برای کلیه طرح‌های کلان و توسعه‌ای.

سیاست ۳: تمرکز و یکپارچگی در سیاست‌گذاری و تخصیص منابع مالی و غیرمالی نظام سلامت و انسجام وظایف برنامه‌ریزی، نظارت و ارزیابی.

۱- اصلاح ساختار نظام سلامت بر اساس ارزش‌های اسلامی- ایرانی و با توجه به واقعیت‌های موجود.

۳- یکپارچگی در ارائه خدمات جامع سلامت در تمامی سطوح مبتنی بر استقرار شبکه بهداشتی درمانی و نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده و مشارکت منطقی بخش دولتی و غیردولتی به‌ویژه سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت.

سیاست ۴:

۲-۴- ایجاد زیرساخت و قوانین لازم برای ارتقای سواد سلامت، مهارت و توانمندی افراد و تعمیم فرهنگ سلامت‌نگری با گنجاندن محتوای آموزشی مناسب در کلیه دوره‌های آموزشی.

۳-۴- بهره‌گیری از ظرفیت‌های نهادهای فرهنگی، دستگاه‌های علمی، پژوهشی و تربیتی، رسانه ملی، آموزش و پرورش، آموزش عالی برای ارتقاء سطح آگاهی و دانش عمومی در حوزه سلامت با توسعه و تقویت همکاری بخشی و فرابخشی.

۴-۶- ترویج شیوه‌های زندگی سالم با تأکید بر ورزش همگانی و تحرک بدنی و توسعه نگرش سلامت‌محور در تولید و عرضه غذا و فراورده‌های غذایی و ترویج تغذیه سالم بر اساس شواهد معتبر، فرهنگ و آموزه‌های اسلامی.

سیاست ۵:

۲-۵- ارتقای محیط‌زیست و کاهش مؤثر آلودگی‌های آن، برخورداری از آب آشامیدنی سالم، هوای پاک برای آحاد مردم و مدیریت پسماندها به نحو مطلوب.

۴-۵- بهره‌مندی از زیرساخت‌های لازم و نظام کارآمد فرماندهی و کنترل (C4I) برای مراقبت‌های سلامت قبل، حین و بعد از بحران‌ها و بلایای طبیعی، زیست‌محیطی و بهداشتی.

سیاست ۶: تعالی کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت بر عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر سطح‌بندی از طریق:

۱-۶- استانداردسازی و اصلاح الگوی مصرف تجهیزات پزشکی، داروها، کالاها و مراقبت‌های سلامت در قالب سطح‌بندی مراقبت‌ها در بخش دولتی و غیردولتی.

۲-۶- استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی.

۴-۶- ارتقای بهره‌وری و تعالی سرمایه‌های انسانی با تربیت و به‌کارگیری تأمین نیروی انسانی متعهد به اخلاق پزشکی اسلامی، دارای تعهد، مهارت و شایستگی متناسب با نیازها و توسعه و توزیع عادلانه و حفظ نیروها در بستر نظام‌مند انگیزشی در نظام سلامت.

سیاست ۷: تأمین مالی پایدار، پوشش بیمه همگانی سلامت و اصلاح نظام‌های پرداخت به‌منظور بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت متناسب با نیاز و مشارکت عادلانه مالی آنان و متناسب با توان از طریق:

۷-۱- افزایش متناسب و منطقی منابع مالی مورد نیاز سلامت: الف- افزایش منابع دولتی به نحوی که حداقل ۸ درصد از تولید ناخالص داخلی به سلامت اختصاص یابد و پرداخت مستقیم مردم، در پایان برنامه هفتم به ۱۰ درصد برسد؛ ب- وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت؛ ج- پرداخت یارانه به سلامت و هدفمندی یارانه سلامت به‌منظور کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

سیاست ۸: ایجاد و تقویت زیرساخت فرهنگی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی، فناوری و امنیتی برای تولید فرآورده‌های دارویی، واکسن و محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت برای برخورداری عادلانه همه مردم و مراقبت مداوم، نظام‌مند و ساختاریافته برای تداوم آنها از طریق عرضه مدیریت شده فرآورده‌های دارویی و محصولات زیستی با هماهنگی نظام بیمه و ارائه خدمات.

۸-۵- مدیریت صادرات و واردات دارو، واکسن و محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با استفاده از ابزارهای علمی، فنی و قانونی برای حمایت از تولیدات و توسعه صادرات.

سیاست ۹: تأمین حق مردم در بهره‌مندی عادلانه از سبد غذایی مطلوب/مکفی، آب و فرآورده‌های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی، سرآمدی در صادرات مواد غذایی در منطقه از طریق: ... ۳. توسعه، یکپارچگی و ارتقای کیفیت نظارت بر ایمنی و کنترل کیفیت مواد و فرآورده‌های دارای مصرف انسانی و دامی از تولید و واردات تا توزیع و مصرف، بر اساس مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی.

۹-۴- توجه به بهداشت آب، خاک و هوا و پایش باقیمانده سموم، آلاینده‌ها و افزودنی‌ها در مواد و فرآورده‌های مصرفی و الزام قانونی به رعایت ضوابط، معیارها و استانداردهای تدوین شده از سوی وزارت بهداشت.

سیاست ۱۰: حمایت همه‌جانبه از توسعه کمی و کیفی هدفمند، پاسخگو، جامعه‌نگر و عادلانه آموزش و پژوهش علوم پزشکی و تربیت نیروی انسانی کارآمد و متخلق به اخلاق حرفه‌ای مراقبت در ساختار ادغام یافته با ارائه‌های سلامت متناسب با نیازهای جامعه از طریق: ۱. تکمیل و ارتقای ادغام نظام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در مراقبت‌های سلامت در تمامی سطوح به‌منظور دستیابی به بالاترین سطح پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه؛ ۲. ایجاد زیرساخت مناسب آموزشی در نظام ارائه مراقبت‌های سلامت کشور در قالب شبکه بهداشتی درمانی با تکیه بر ساختار پزشک خانواده و نظام ارجاع؛ ۳. افزایش سهم از منابع پژوهش سلامت‌های علمی و فناوریانه حوزه حداقل به یک سوم منابع پژوهش‌های کشور در راستای پاسخگویی به چالش‌های سلامت

جامعه، سرمایه‌گذاری ویژه دولت در زمینه پژوهش‌های سلامت؛ ۴. اختصاص ۱۵ درصد از درآمد حاصل از عوارض بر محصولات مخاطره‌آمیز سلامت برای انجام پژوهش برای تصحیح رفتارهای مخاطره‌آمیز و ترویج الگوهای زندگی سالم؛ ۵. افزایش سهم از منابع پژوهش سلامت‌های علمی و فناورانه حوزه سلامت حداقل به یک سوم منابع پژوهشی کشور؛ ۷. ایجاد و گسترش هدفمند مؤسسات و شبکه‌های تحقیقاتی، الزام به داشتن پیوست مدیریت دانش به تمامی مداخلات مرتبط با سلامت برای دستیابی به نظام الهام‌بخش.

سیاست ۱۱: تحول راهبردی نظام ملی نوآوری سلامت با محوریت اخلاق، معنویت، جامع و جامعه‌نگری و رویکردهای اعتباربخشی، حمایت از نخبگان، حضور در عرصه‌های منطقه‌ای و بین‌المللی، توسعه مبتنی بر آینده‌نگاری در آموزش و بهره‌برداری از علم نافع و فناوری حاصل از تحقیقات برای تحقق مرجعیت، سرآمدی علمی و الهام بخشی در جهان اسلام از طریق: ... ۳. برنامه‌ریزی برای قرار گرفتن دانشگاه‌های علوم پزشکی توانمند کشور در رتبه‌بندی جهانی کمتر از ۱۰۰، در رتبه‌بندی کشورهای آسیایی کمتر از ۲۰ و در کشورهای منطقه و دانشگاه‌های کشورهای اسلامی در سطح اول در طی دو برنامه پنج ساله پنجم و ششم؛ ۴. ایفای نقش هدایت‌گری آموزش و پژوهش علوم پزشکی در منطقه چشم‌انداز و کشورهای اسلامی، تربیت دانشجویان تحصیلات تکمیلی این کشورها و تثبیت و ترویج زبان فارسی به عنوان زبان مطرح در تولید و انتشار علوم پزشکی در عرصه جهانی؛ ۵. برقراری مناسبات- فنی- تجاری مستمر و ایجاد شبکه و مسیر ارتباطی فعال میان مراکز آموزش عالی و واحدهای تولیدی، صنعتی، خدماتی در سطح ملی و بین‌المللی؛ ۶. توجه ویژه به سلامت معنوی، توسعه و نوآوری در زمینه بهره‌برداری از دارو و طب سنتی ایرانی؛ ۷. جهاد علمی، نهضت نرم‌افزاری فناوری و خلق ثروت دانایی محور در عرصه تولید و بهره‌برداری از فناوری‌های سلامت؛ ۸. حمایت هدفمند از نوآوران و کارآفرینان سلامت با شکل‌گیری و عملکرد بهینه اجزای نظام ملی نوآوری سلامت، تسهیل و تشویق انتقال، نشر و بهره‌برداری مؤثر از دستاوردهای دانش و فناوری سلامت.

سیاست ۱۳: توسعه خدمات سلامت از راه دور.

ج) برنامه وزیر به مجلس

سیاست اجرایی ۱: ایجاد جاذبه برای ماندگاری پزشکان در مناطق محروم- اولویت برنامه‌های ارتقای سلامت و پیشگیری.

سیاست اجرایی ۳: تقویت و پیاده‌سازی شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت با تکیه بر:

- برقراری نظام ارجاع و برنامه پزشکی خانواده، مبتنی بر سطح‌بندی خدمات و جلب مشارکت بخش غیردولتی

-
- افزایش بهره‌مندی اقشار آسیب‌پذیر به‌ویژه زنان، کودکان، سالمندان، شهروندان دارای معلولیت و ساکنان مناطق محروم به بسته پایه.
 - بازتعریف بسته پایه خدمات سلامت مبتنی بر شرایط همه‌گیرشناسی، اقتصادی، اقلیمی و فرهنگی جامعه.
 - استفاده از شیوه‌های مدرن و نوین درمان همچون ایمونوتراپی، به‌خصوص در مورد بیماران سرطانی.
 - همگانی‌سازی و ارتقای بهداشت دهان و دندان با استفاده از نیروهای حد واسط (کارشناسان بهداشت دهان و دندان).
 - ایجاد جایگاه دندان‌پزشک خانواده به عنوان مدیر خدمات سلامت دهان و دندان.
 - تمرکز بر مسائل سلامتی حاشیه شهرها با استقرار نظام مراقبت ویژه و توسعه پایگاه‌ها و مراکز سلامت، برحسب جمعیت.
 - ایجاد پایگاه مراقبت و دیده‌بانی بیماری‌های پرخطر در مبادی ورودی کشور و مراکز مورد نیاز.
 - نظارت مستمر بر بهداشت مواد غذایی، به‌منظور بررسی و کنترل آلاینده‌های محیطی، شیمیایی و سموم تهدیدکننده سلامت با همکاری بین بخشی دستگاه‌های مرتبط.
 - افزایش سطح بهداشت روانی جامعه با مشارکت بین بخشی کلیه دستگاه‌ها، از جمله صدا و سیما، وزارت ارشاد، مراکز دینی و فرهنگی، آموزش و پرورش و غیره.
 - استفاده از ظرفیت ارزشمند مدرسه به عنوان برش مهم جامعه در آموزش‌های مرتبط با بهداشت روان، پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، اصلاح تغذیه، شیوه زندگی و آسیب‌های اجتماعی.
 - ساماندهی نظام ارائه خدمات بیمارستانی و فوریت‌های پزشکی.
 - توسعه خدمات پرستاری مبتنی بر جامعه و مراقبت در منزل و جلب مشارکت بخش غیردولتی.
 - توسعه خدمات ممیزی و نظارت بر اماکن تهیه و توزیع مواد و فرآورده‌های دارویی، غذایی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی، تجهیزات پزشکی با مشارکت بخش غیردولتی.
- سیاست اجرایی ۴: ساماندهی و یکپارچه‌سازی ارائه خدمات به بیماران خاص، صعب‌العلاج و نیازمند حمایت.
- سیاست اجرایی ۵: اصلاح ساختار نظام سلامت به‌منظور تقویت تولید، چابک‌سازی، کارآمدی و تفکیک نقش‌ها، با رویکرد آینده‌نگری و تقویت ظرفیت‌های موجود برای پاسخگویی به نیازهای جامعه.
-

سیاست اجرایی ۶: ایجاد انگیزه خاص برای مشارکت بخش غیردولتی در تدارک خدمات، به خصوص در مناطق محروم در چارچوب نظام سطح‌بندی.

سیاست اجرایی ۷: تقویت حکمرانی نظام سلامت از طریق نهادینه کردن نظام سلامت الکترونیک و اصلاح فرایند جمع‌آوری اطلاعات و دیده‌بانی سلامت با اولویت تشکیل پرونده الکترونیک سلامت.

سیاست اجرایی ۸: تأمین منابع مالی پایدار از طریق شناسایی، گردآوری و تجمیع منابع، ارتقای کارایی و متناسب‌سازی درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها و اصلاح و بهینه‌سازی نظام پرداخت به منظور تاب‌آوری نظام سلامت در شرایط تشدید تحریم.

سیاست اجرایی ۹: توزیع عادلانه منابع (انسانی، مالی، تجهیزات و ملزومات) در چارچوب نظام سطح‌بندی خدمات و ارجاع با هدف اثربخشی و کارایی.

سیاست اجرایی ۱۰: برخورداری همه مردم از بیمه پایه و تقویت ساختار و نقش بیمه‌های پایه در مدیریت منابع مالی و خرید راهبردی.

سیاست اجرایی ۱۱: اجتماعی شدن سلامت با:

- توسعه همکاری‌های بین بخشی و رصد شاخص‌های ۶۹گانه عدالت در سلامت و مطالبه اصلاح تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت.

- استفاده حداکثری از ظرفیت خیرین سلامت و جهت‌دهی منطقی به منابع و سرمایه‌های مردمی در بخش سلامت.

سیاست اجرایی ۱۲: تقویت ظرفیت‌های درونی کشور و پیاده‌سازی سیاست‌های اقتصاد مقاومتی، به منظور تأمین خدمات سلامت، دارو، واکسن، ملزومات و تجهیزات پزشکی، بر اساس ارزیابی فناوری‌های سلامت، با لحاظ نمودن شرایط تشدید تحریم‌های اقتصادی.

سیاست اجرایی ۱۳: بازبینی ساختار و سیاست و شیوه‌های آموزش عالی علوم پزشکی کشور مبتنی بر رویکرد جامع‌نگر به منظور:

- افزایش پاسخ‌دهی به نیاز سلامتی جامعه.

- توجه عملیاتی به برنامه جامع آمایش سرزمین.

-
- تربیت دانش‌آموختگان ماهر در مقاطع تحصیلی مختلف مبتنی بر نیازهای نظام ارائه خدمت.
 - ایجاد تعادل بین دوره‌های پایه و تحصیلات تکمیلی با اولویت نیازهای منطقه‌ای کشور.
 - افزایش سهمیه دانشجوی برای مناطق کمتر برخوردار با شیوه‌های ترغیبی از قبیل بورسیه و غیره.
 - افزایش سهم آموزش دانشجویان علوم پزشکی از مسائل مبتلابه جامعه.
 - تغییر رویکرد آموزشی دانشگاه‌ها به سمت تربیت نیروهای کارآفرین جهت افزایش تاب‌آوری اقتصادی و اثرگذاری بر اقتصاد ملی - تقویت ارتباطات بین‌رشته‌ای در دانشگاه‌های علوم پزشکی با دیگر دانشگاه‌های داخل و خارج کشور.
 - تغییر در شیوه‌های ارزشیابی و ارتقای اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها با استفاده از ارزیابی تأثیر آنان در حل مشکلات اساسی کشور.
- سیاست اجرایی ۱۴:** نهادینه کردن پژوهش‌های بنیادین و کاربردی نظام سلامت با اولویت:
-
- پرهیز از عملکرد جزیره‌ای مراکز تحقیقاتی و تدوین راهکارهای ایجاد هم‌افزایی و همگرایی آنها، با ایجاد قطب‌های تحقیقاتی در مناطق مختلف کشور مبتنی بر آمایش سرزمین.
 - هدایت منابع تحقیقاتی کشور به سمت پروژه‌های مشترک با شرکت‌های دانش‌بنیان و توسعه پارک‌های علم و فناوری.
 - ترغیب بخش خصوصی به سرمایه‌گذاری در امر تحقیقات با اعمال تخفیف و بخشودگی مالیاتی و امکان اخذ تسهیلات ارزان قیمت.
 - تشویق مراکز تحقیقاتی، شرکت‌های دانش‌بنیان و پارک‌های علم و فناوری جهت ارائه راهکار پیشگیری از بیماری، ابداع شیوه‌های تشخیص زودرس، ساخت فرآورده‌های نو ترکیب و ارائه مدل‌های نوین دارورسانی و درمان‌های جدید، همچون ایمونوتراپی و ژن‌ترانی.
 - فراهم نمودن زمینه مناسب جهت جلب همکاری و مشارکت دانشمندان نخبه ایرانی خارج کشور با برقراری مشوق‌های لازم.
 - روزآمد کردن برنامه‌های بهداشتی و درمانی و تصمیمات مدیریتی مبتنی بر رویکرد نظام ملی نوآوری.
 - حمایت از پژوهشگران جوان، کسب و کارهای نوپا (استارت‌آپ) و شتاب‌دهنده‌های دانش‌بنیان.
-

– مأموریت محوری و در صورت نیاز ادغام مراکز تحقیقی، برای ایجاد هم‌افزایی، همکاری تیمی و توسعه سیاستگذاری مبتنی بر شواهد.

سیاست اجرایی ۱۵: تقویت توریسم سلامت، به‌منظور افزایش جایگاه ملی در منطقه و افزایش درآمدزایی به‌خصوص در بخش غیردولتی.

سیاست اجرایی ۱۶: مراقبت از بازار دارویی، به‌خصوص داروهای اساسی، داروهای بیماران خاص و صعب‌العلاج در شرایط تحریم، با نظارت مستمر بر زنجیره تأمین، تولید و توزیع برای داروهای ساخت داخل و داروهای اساسی وارداتی که مشابه داخلی ندارند.

سیاست اجرایی ۱۷: توسعه و حمایت از داروهای تولید داخل با تسهیل در شرایط اقتصادی و کاهش قیمت تمام شده، اصلاح قیمت داروهای تحت پوشش بیمه پایه، مساعدت بانک‌ها و صندوق توسعه ملی جهت نوسازی و کمک به تأمین سرمایه در گردش تولیدکنندگان دارو، واکسن و فرآورده‌های سلامت.

د) سلامت در برنامه توسعه ششم

ماده ۷۲: تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست‌گذاری اجرائی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، متمرکز می‌شود.

ماده ۷۴: ضرورت ایجاد پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان؛ دولت موظف است از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت، حمایت به عمل آورد.

به منظور متناسب‌سازی کمیت و کیفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت، وزارت بهداشت موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور تعیین نموده و اقدامات لازم را به عمل آورد.

اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری و پرداخت مبتنی بر عملکرد اقدام نماید.

سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز بر اساس راهنمای بالینی.

سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت بر اساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای ژنریک ایران در چارچوب نظام ملی دارویی کشور همزمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان هستند.

وزارت بهداشت به عنوان متولی امر طب سنتی ایرانی-اسلامی و مکمل موظف است نسبت به ادغام خدمات تأیید شده طب سنتی ایرانی-اسلامی در نظام سلامت و همچنین ساماندهی و توسعه ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی این حوزه اقدام نماید.

وزارت بهداشت موظف است حمایت از تولید و عرضه و تجویز داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) حمایت بیمه‌ای را فقط به داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) اختصاص دهد و با همکاری وزارتخانه‌های جهاد کشاورزی، صنعت، معدن و تجارت، اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و کشاورزی ایران و اتاق تعاون مرکزی ایران حسب مورد تمهیدات لازم را در جهت صادرات محصولات سلامت‌محور به عمل آورد و برنامه ایمن‌سازی کودکان (واکسیناسیون) را تا حد و تراز کشورهای توسعه یافته ارتقا دهد.

ماده ۷۶: دولت مکلف است با رعایت سیاست‌های کلی جمعیت، سلامت مادر و کودک و ارتقای شاخص‌های نسبت مرگ مادر و نوزادان را بر اساس جدول زیر تأمین نماید:

جدول ۱: تکالیف دولت در قبال شاخص‌های مرتبط با مادر و نوزاد

عنوان	واحد	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰
کاهش نسبت مرگ مادران	در صد هزار تولد زنده	۱۸	۱۷	۱۶,۵	۱۶	۱۵
کاهش میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه	میزان در هر هزار تولد زنده	۱۵,۶	۱۴,۴	۱۳,۳	۱۲,۳	۱۱,۳
افزایش درصد زایمان طبیعی	درصد	۵۳,۵	۵۴,۵	۵۵,۵	۵۶,۵	۵۷,۵
کاهش عوارض ناشی از بارداری، سقط و زایمان	هزار تولد زنده	۷,۶	۷,۲	۶,۸	۶,۵	۶,۲

ماده ۷۷- جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران به منظور افزایش ضریب ایمنی و تاب‌آوری جامعه، پیشگیری و کاهش خطرات ناشی از حوادث و سوانح، ارائه خدمات بشردوستانه در قالب قوانین بودجه سنواتی اقدامات ذیل

را انجام دهد: ... توسعه و تقویت شبکه امداد و نجات کشور با هدف اقدامات پیشگیرانه و آمادگی برای پاسخگویی سریع و به‌موقع به حوادث و سوانح کشور.

ماده ۸۷- دولت مکلف است در راستای تحقق عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و بسط پوشش‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی نسبت به طراحی و اجرای برنامه‌های لازم برای نیل به اهداف مندرج در جدول ذیل اقدام و گزارش پیشرفت کار را هر ۶ ماه یک‌بار به مجلس ارائه کند.

جدول ۲: تکالیف دولت در راستای تحقق عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و بسط پوشش‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی

۳۰۰۹۸	۲۰۴۹۶۵	افزایش کودکان تحت پوشش حمایت غذایی- نفر	۸
۱۶۳۱۱۷	۱۲۷۸۰۷	پرداخت شهریه دانشجویان تحت پوشش نهادهای حمایتی- نفر	۹
۲۵۸۳۸	۲۳۴۰۲	افزایش حمایت از کودکان بی سرپرست - نفر	۱۰
۳۰۹۶۹۵	۲۸۰۵۰۰	افزایش حمایت از کودکان یتیم- نفر	۱۱
۶۰۰۰۰۰	۴۲۴۰۰۰	افزایش توان بخشی مددجویان مبتنی بر جامعه روستایی- نفر	۱۲
۱۸۰۰۰۰	-	افزایش توانبخشی مددجویان مبتنی بر جامعه شهری - نفر	۱۳
۲۲۰۰۰۰	۹۸۰۰۰	افزایش تأمین وسایل توانبخشی مددجویان تحت پوشش نهادهای حمایتی - تعداد	۱۴
۵۶۷۰۰۰	۴۴۵۳۲۱	بیمه اجتماعی افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی - نفر	۱۵
۱۷۶۱۱۹	۱۶۳۲۲۸	کنترل افزایش طلاق - تعداد	۱۶
۷۶۵۸	۶۰۰۰	افزایش حمایت از کودکان خیابانی- نفر- سالانه	۱۷
۳۱۵۳۰۳۰	۳۰۰۰۰۰۰	غربالگری بینایی کودکان- نفر	۱۸
۱۵۴۵۰۰۰	۹۶۶۰۰۰	غربالگری شنوایی- نفر	۱۹
۲۵	۵۸	کاهش سهم پرداخت از جیب- درصد	۲۰
۷۵	۷۰	کاهش سهم پوشش بیمه‌های اجتماعی- درصد	۲۱
۸۰	۸۳	متوسط نرخ جایگزینی- درصد	۲۲

جدول ۳: شاخص‌ها اهداف کمی و وضعیت موجود و مطلوب حوزه اجتماعی در برنامه ششم

ردیف	هدف کمی	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۵	وضعیت در سال ۱۴۰۰
۱	کاهش درصد مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت از طریق تعمیم و ارتقا بیمه‌های اجتماعی درمانی- درصد مراجعین	۶	۱
۲	ضریب مستمری بیمه‌های اجتماعی درمانی پایه کل- درصد	۹۶	۱۰۰
۳	متوسط مستمری دریافتی به متوسط هزینه خانوار- درصد	۴۸	۴۹/۳
۴	اشتغال افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی- نفر- سالانه	۶۵۰۰۰	۸۲۰۰۰
۵	ایجاد مسکن برای نیازمندان (مسکن اجتماعی و حمایتی)- واحد	۷۷۰۰۰	۹۶۰۰۰
۶	افزایش حمایت از معتادان- نفر	۱۳۰۰۰۰۰	۱۴۳۲۴۹۸
۷	افزایش حمایت از سالمندان- نفر	۲۶۵۷۰۷۰	۴۱۸۰۰۰۰

ماده ۸۰- دولت مکلف است طبق قوانین مربوطه و مصوبات شورای اجتماعی به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با اولویت اعتیاد، طلاق، حاشیه‌نشینی، کودکان کار و مفاسد اخلاقی مشتمل بر محورهای ذیل اقدام کند:

الف (پیشگیری؛ ب) خدمت‌رسانی و بازتوانی؛ پ) شناسایی و بهبود نقاط آسیب‌خیز؛ ت) حمایت از زنان سرپرست خانوار؛ ث) مقابله با اعتیاد با حمایت قوه قضائیه؛ ج) حمایت از بیماران روانی مزمن و سالمندان؛ چ) تأمین مسکن نیازمندان؛ ح) ساماندهی کودکان کار.

ماده ۸۱- دولت مکلف است نسبت به تدوین برنامه، برقراری، استقرار و روزآمدسازی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی چندلایه مشتمل بر حوزه امدادی، حمایتی و بیمه‌های اجتماعی به جز سلامت با رعایت سطح‌بندی خدمات در سطوح پایه، مازاد و مکمل بر اساس غربالگری اجتماعی و آزمون وسع و نیازمندیابی فعال و مبتنی بر سطح دستمزد و یا درآمد افراد و خانواده اقدام و پس از طی مراحل قانونی مطابق بودجه سنواتی به اجرا درآورد.

جدول ۴: جمع‌بندی نقاط تمرکز اسناد بالادستی با نگاه آمایش سرزمین در حوزه

نقطه تمرکز اسناد بالادستی	تکرار	نقطه تمرکز اسناد بالادستی
ایجاد و تقویت زیرساخت‌های مورد نیاز برای تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، تجهیزات پزشکی	۱۳	اقدام در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع، پزشک خانواده
تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران و ترویج کشت گیاهان دارویی	۴	تشکیل پرونده الکترونیک سلامت
توسعه خدمات پرستاری مبتنی بر جامعه و مراقبت در منزل	۳	تحول راهبردی پژوهش و آموزش علوم پزشکی با رویکرد نظام نوآوری
توسعه کیفی/ کمی و بازنگری ساختار نظام آموزش علوم پزشکی به صورت هدفمند، سلامت‌محور، مبتنی بر نیاز	۲	تولیت نظام سلامت توسط وزارت بهداشت
ادغام سطح‌بندی در نظام آموزش علوم پزشکی	۲	مدیریت منابع سلامت و تقویت نظام بیمه با تمرکز بر خرید راهبردی
تأمین منابع مالی پایدار و افزایش متناسب و منطقی منابع مالی مورد نیاز سلامت	۲	اصلاح ساختار نظام سلامت بر اساس ارزش‌ها، واقعیت‌های موجود با رویکرد آینده‌نگری
توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم	۲	توسعه و تقویت شبکه امداد/نجات و ایجاد زیر ساخت برای نظام کارآمد فرماندهی و کنترل بحران
ساماندهی و یکپارچه‌سازی ارائه خدمات به بیماران خاص، صعب‌العلاج و نیازمند حمایت	۱	پرهیز از عملکرد جزیره‌ای مراکز تحقیقاتی و ایجاد هم‌افزایی و همگرایی آن‌ها، با ایجاد قطب‌های تحقیقاتی در مناطق مختلف کشور مبتنی بر آمایش سرزمین
تمرکز بر سلامت حاشیه شهرها با استقرار نظام مراقبت ویژه و توسعه پایگاه‌ها و مراکز سلامت، برحسب جمعیت	۱	توجه عملیاتی به برنامه جامع آمایش سرزمین
ایجاد پایگاه مراقبت و دیده‌بانی بیماری‌های پرخطر در مبادی ورودی کشور و مراکز مورد نیاز	۱	تفکیک و وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت
ساماندهی نظام ارائه خدمات بیمارستانی و فوریت‌های پزشکی	۱	توسعه خدمات سلامت از راه دور

استفاده از شیوه‌های مدرن و نوین درمان	۱	برقراری مناسبات- فنی- تجاری مستمر و ایجاد شبکه و مسیر ارتباطی فعال میان مراکز آموزش عالی و واحدهای تولیدی، صنعتی، خدماتی در سطح ملی و بین‌المللی
تمرکز و یکپارچگی در سیاستگذاری و تخصیص منابع مالی و غیرمالی نظام سلامت	۱	توزیع عادلانه منابع (انسانی، مالی، تجهیزات و ملزومات)
واگذاری امور تصدی‌گری	۱	مطالبه اصلاح تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت
مدیریت صادرات و واردات دارو، واکسن و محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی	۱	مشارکت منطقی بخش دولتی و غیردولتی به‌ویژه سازمان‌های مردم‌نهاد و خیرین سلامت
تقویت و پیاده‌سازی شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت	۱	تقویت توريسم سلامت
تدوین برنامه، برقراری، استقرار و روزآمدسازی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی چندلایه مشتمل بر حوزه امدادی، حمایتی و بیمه‌های اجتماعی	۱	توسعه خدمات ممیزی و نظارت بر اماکن تهیه و توزیع مواد و فرآورده‌های دارویی، غذایی، آشامیدنی، آرایشی، بهداشتی، تجهیزات پزشکی و فرآورده‌های دارای مصرف انسانی و دامی از تولید و واردات تا توزیع و مصرف
حمایت همه‌جانبه از توسعه کمی و کیفی هدفمند، پاسخگو، جامعه‌نگر و عادلانه آموزش و پژوهش علوم پزشکی	۱	تکمیل و ارتقای ادغام نظام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در مراقبت‌های سلامت در تمامی سطوح
ایجاد زیرساخت مناسب آموزشی در نظام ارائه مراقبت‌های سلامت کشور در قالب شبکه بهداشتی درمانی با تکیه بر ساختار پزشک خانواده و نظام ارجاع	۱	ایجاد و گسترش هدفمند مؤسسات و شبکه‌های تحقیقاتی

۲- تحلیل تجارب مناطق آمایشی داخلی

مستند حاضر به بررسی تجارب آمایشی استان‌های کشور در حوزه سلامت پرداخته است. در تهیه این مستند اطلاعات مربوط به آمایش استان‌ها از سازمان برنامه و بودجه دریافت و سپس با انجام تحلیل محتوا کلیه اطلاعات مربوط به حوزه سلامت از آن‌ها استخراج شده است.

اطلاعات آمایشی ۳۱ استان در حوزه سلامت مورد بررسی قرار گرفت. حجم فایل‌های مورد بررسی حدود ۴۰۰ فایل پی‌دی‌اف و ۱۰ هزار صفحه بود. استان‌ها در قالب مناطق آمایشی ده‌گانه تقسیم و هر منطقه توسط گروه ۲ یا سه نفره بررسی گردید. جدولی برای استخراج و طبقه‌بندی اطلاعات تهیه که دارای ستون‌هایی به قرار زیر است:

تجارب داخلی استان										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			

منطقه آمایشی ۱- استان‌های مازندران، سمنان، گلستان و گیلان

جدول ۵: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان مازندران در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان مازندران											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									جلد ۶	برنامه اجرایی دانشگاه علوم پزشکی	۱

جدول ۶: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان سمنان در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان سمنان											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									جلد ۱	نقشه پراکندگی فضایی مراکز بهداشتی و درمانی استان سمنان	۱

جدول ۷: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان گلستان در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان گلستان											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									بخش اول- فایل ۱	تعداد مراکز بهداشتی درمانی به ازای هزار نفر جمعیت	۱
									بخش اول- فایل ۱	تعداد تخت در بیمارستان‌ها به ازای هزار نفر	۲
			اطلاعاتی						بخش اول- فایل ۱	سرانه بیمه‌شدگان اصلی تحت پوشش تأمین اجتماعی	۳
			اطلاعاتی						بخش اول- فایل ۱	توزیع بیمارستان‌ها در شهرستان‌های استان	۴
			اطلاعاتی						بخش اول- فایل ۱	سرانه بیمارستان به ازای جمعیت هر شهرستان	۵
			اطلاعاتی						بخش اول- فایل ۱	توزیع مراکز بهداشتی و درمانی شهری در شهرستان‌های استان	۶
			اطلاعاتی						بخش اول- فایل ۱	توزیع مراکز بهداشتی و درمانی روستایی در شهرستان‌های استان	۷
			اطلاعاتی						بخش اول- فایل ۳	سرانه مراکز بهداشتی به ازای جمعیت هر شهرستان	۸
			اطلاعاتی						بخش اول- فایل ۳	توزیع خانه بهداشت روستایی در شهرستان‌های استان	۹
			اطلاعاتی						بخش اول- فایل ۳	سرانه خانه بهداشت به ازای جمعیت هر شهرستان	۱۰
									بخش اول- فایل ۳	تعداد دانشگاه‌های استان به تفکیک شهرستان	۱۱
									بخش اول- فایل ۳	سرانه دانشگاه‌های استان به تفکیک شهرستان	۱۲

تجارب داخلی استان گلستان											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									بخش اول- فایل ۶	سرانه دانشگاه به ازای جمعیت هر شهرستان	۱۳
									بخش اول- فایل ۷	تعداد بیمارستان‌های استان گلستان در سال ۱۳۹۰	۱۴
			اطلاعاتی						بخش اول- فایل ۷	ضریب مرکزیت مکانی برای بخش بهداشت و درمان استان گلستان به تفکیک شهرستان	۱۵
									بخش اول- فایل ۸	پزشکان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی در سال ۱۳۹۰	۱۶
									بخش اول- فایل ۸	سرانه پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر در سال ۱۳۹۰	۱۷
									بخش دوم- فایل ۳	مقایسه ده علت اصلی مرگ در سال ۱۳۹۰	۱۸
									بخش دوم- فایل ۳	مقایسه علل مرگ در گروه‌های سنی در معرض خطر در سال ۱۳۹۰	۱۹
									بخش دوم- فایل ۳	مقایسه تعداد مؤسسات درمانی فعال استان گلستان با سایر استان‌های کشور	۲۰
									بخش دوم- فایل ۴	تعداد تخت‌های مؤسسات درمان و سهم هر یک از شهرستان‌های استان گلستان	۲۱
									بخش دوم- فایل ۴	پزشکان و پیراپزشکان فعال در دانشگاه‌های علوم پزشکی در ۱۳۹۱	۲۲
									بخش دوم- فایل ۶	پزشکان و پیراپزشکان فعال در دانشگاه‌های علوم پزشکی برحسب شهرستان در ۱۳۹۱	۲۳
									بخش دوم- فایل ۶	نسبت تعداد دانشجو به جمعیت هر شهرستان	۲۴
									بخش دوم- فایل ۸	نسبت تعداد دانشجو به دانشجویان استان	۲۵
									بخش دوم- فایل ۸	تعداد پذیرفته شده در دانشگاه‌ها	۲۶
									بخش دوم- فایل ۸	تعداد دانشجویان دانشگاه‌ها	۲۷

جدول ۸: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان گیلان در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان گیلان												
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی						زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده	
۱	تحلیل شاخص توسعه انسانی	فایل ۳										
۲	تجربه رفتارهای پرخطر	فایل ۵										
۳	وضعیت نماگرهای امید به زندگی، باروری کل، موازنه مهاجرتی و نسبت جنسی در بدو تولد در سال ۱۳۹۵	فایل ۶										
۴	روندهای حاکم بر مرگ و میر و باروری در استان گیلان	فایل ۶										
۵	سطح‌بندی خدمات برتر بهداشت و درمان و سیاست فضایی آن در افق ۱۴۱۵	فایل ۶										

منطقه آمایشی ۲- اردبیل، آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی

جدول ۹: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان اردبیل در حوزه سلامت

استان اردبیل												
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی						زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده	
۱	تمرکز شدید جمعیت در شهر اردبیل و عدم تناسب سازمان فضایی در استان اردبیل	جلد اول، فصل اول ص ۱										
۲	از کل شاغلان استان ۳۲ درصد در بخش کشاورزی، ۲۶ درصد در بخش صنایع و معادن و ۴۱ درصد در بخش خدمات مشغول کار هستند	جلد اول، فصل اول ص ۴										
۳	در سال‌های ۱۹۹۰ و ۱۹۹۷ تعداد زلزله‌ها به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش داشته و به ترتیب با ۱۵ و ۱۳ زلزله پرتکاپوترین سال را برای استان اردبیل رقم زده‌اند. در عوض در سال‌های ۱۹۷۷، ۱۹۸۱،	جلد اول، فصل اول ص ۷۹										

استان اردبیل											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									جلد یک فصل اول بخش سوم قسمت پنجم ص ۴	در سال ۱۳۸۴ هزینه ماهانه، ۵۲۳ هزار تومان برای خانوار شهری و ۴۳۵ هزار برای خانوار روستایی است.	۱۴
									جلد یک فصل چهارم ص ۵۰	سل یکی از بیماری‌های عفونی شایع استان	۱۵
									جلد یک فصل چهارم ص ۵۱	تعداد بیماران ایدزی و در قید حیات، ۲۶ نفر	۱۶
									جلد یک فصل چهارم ص ۵۱	تعداد مبتلایان به هیپاتیت ب ۲۵۱۳۵ نفر برآورد می‌شود	۱۷

جدول ۱۰: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان آذربایجان شرقی در حوزه سلامت

استان آذربایجان شرقی											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									جلد اول ص ۳۷۰	تعداد کارخانه‌های دارای فاضلاب صنعتی ۲۱۴	۱
										جمعیت استان در سرشماری ۱۳۹۵ برابر با ۳۹۰۹۰۰۰ نفر	۲
									جلد اول ص ۱۱۳	در سال ۱۰۰۰۰ جمعیت روستایی به میزان ۱۱۰۰۲۲۰ نفر	۳
									جلد اول ص ۶۹	شاخص توسعه انسانی ۰,۰۶۸ بوده و در رتبه ۱۵ کشور است	۴
									جلد ششم ص ۱۵۹	در سال ۱۰۰۰۰ شاخص امید به زندگی در بدو تولد مردان و زنان استان ۰۰ سال	۵

استان آذربایجان شرقی										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
۶	در سال 1000 بی‌شترین برخورداری از خانه بهداشت مربوط به روستاهای شهرستان تبریز و بناب با 00 درصد	جلد پنجم ص ۱۹۸								
۷	تعداد روستاهای برخوردار از بهیار 11.0 درصد در سال 1000	جلد پنجم ص ۱۹۹								
۸	دسترسی به بهورز، 02.0 درصد در سال 1000	جلد پنجم ص ۱۹۹								
۹	۱۱،۴ درصد روستاها دارای مراکز بهداشتی درمانی در سال ۱۳۹۰	جلد پنجم ص ۱۹۹								
۱۰	دسترسی روستاهای استان به پزشک به میزان ۱۷،۶ درصد در سال 1000	جلد پنجم ص ۱۹۹								
۱۱	مراکز بهداشتی و درمانی شهری ۳۶۰ در سال 1000	جلد پنجم ص ۲۰۰								
۱۲	مراکز بهداشتی و درمانی روستایی ۱۶۴ در سال 1000	جلد پنجم ص ۲۰۰								
۱۳	تعداد تسهیلات زایمانی در سال ۱۳۹۰ به تعداد ۱۴	جلد پنجم ص ۲۰۰								
۱۴	خانه‌های بهداشت فعال به تعداد ۱۰۷۲ در سال 1000	جلد پنجم ص ۲۰۰								
۱۵	تعداد بیم شدگان (اصلی و تبعی) ۱،۲۹۶،۱۱۴ در سال ۱۳۹۵	جلد پنجم ص ۲۰۰								
۱۶	دندان‌پزشک تجربی یا دندان‌ساز، ۱،۶ درصد دندان‌پزشک ۱،۲ درصد داروخانه ۵،۱ درصد در کل روستاهای استان	جلد پنجم ص ۲۱۱								
۱۷	متوسط کل هزینه یک خانوار روستایی 100000 در سال ۱۳۹۵	جلد پنجم ص ۲۱۹								
۱۸	متوسط کل هزینه یک خانوار شهری 100000 در سال ۱۳۸۹	جلد ششم ص ۵۹								
۱۹	آب آشامیدنی سالم و بهداشتی در سال 1000 به میزان 1000 روستا	جلد پنجم ص ۲۳۲								

استان آذربایجان شرقی											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									جلد ششم ص ۱۵۷	تعداد بیمارستان‌های استان ۰۰ واحد و تعداد تخت‌های ثابت ۰۰۰۰ در سال ۱۳۹۵	۲۰
									جلد ششم ص ۱۵۹	تعداد نوزاد فوت شده استان در سال ۱۰۰۰۰ به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر تولد زنده ۰.۰۱	۲۱
									جلد ده ص ۳۸۶	تمرکز ۳۵ درصدی امکانات بهداشتی و درمانی استان در شهرستان تبریز	۲۲
									جلد ده ص ۳۸۷	در سال ۱۰۰۰۰، تعداد ۱۱۰ دانشگاه و مرکز آموزش عالی در استان	۲۳
									جلد ده ص ۳۹۵	در سال ۱۳۹۴ از نظر سالن‌های ورزشی، برخورداری استان از ۱۱۲۰ سالن	۲۴
									جلد ده ص ۴۳۰	شاخص باسوادگی در استان در سال ۱۰۰۰۰ برابر با ۰.۰ درصد	۲۵

جدول ۱۱: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان آذربایجان غربی در حوزه سلامت

استان آذربایجان غربی											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									جلد ۵ ص ۱۵	جمعیت استان در سال ۱۳۹۵ برابر ۳۲۶۵۲۱۹ نفر است. ۴,۹ درصد از سهم کل کشور	۱
									جلد ۶ ص ۱۴	نرخ بیکاری در سال ۱۳۹۵ حدود ۱۱,۴ درصد است.	۲
									جلد ۸ ص ۳۳	تعداد ۳۰ بیمارستان در سطح استان	۳
									جلد ۸ ص ۳۳	تعداد مراکز درمانی به غیر از بیمارستان ۷۳۷	۴

استان آذربایجان غربی											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									جلد ۸ ص ۳۳	جمع مراکز آموزش عالی ۹۵	۵
									جلد ۸ ص ۶۳	تعداد ۹۸۵ خانه بهداشتی	۶
									جلد ۸ ص ۶۳	تعداد ۲۲۴ مرکز بهداشتی روستایی	۷
									جلد ۸ ص ۶۳	تعداد داروخانه‌های روستایی ۱۱۹	۸
									جلد ۸	تمرکز فعالیت‌های صنعتی در مرکز استان	۹
									جلد ۸	شاخص توسعه انسانی: شاخص آموزشی (۷۳۴- امید به زندگی: ۷۴۴ و تولید ناخالص ۴۳۹) رتبه کلی ۲۷ در کشور	۱۰

منطقه آمایشی ۳- ایلام، کردستان، کرمانشاه، همدان

جدول ۱۲: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان ایلام در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان ایلام											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									۹۳-۹۱ فصل ۴	موارد تشخیص بیماری انسانی واگیر در معاینات بالینی و آزمایشگاهی در استان ایلام	۱
									۹۹ فصل ۴	بیماری‌های واگیر استان	۲
									۱۳۷ فصل ۷	مراکز بیمارستانی استان ایلام	۳
									۱۴۴ فصل ۷	سطح‌بندی وضع موجود مراکز بیمارستانی استان ایلام	۴
									۱۴۵ فصل ۷	سطح‌بندی و سیاست فضایی مراکز خدمات بهداشتی-درمان در سازمان فضایی استان ایلام	۵
									۱۴۸ فصل ۷	الگوی فضایی مراکز خدماتی بهداشتی و درمانی	۶

جدول ۱۳: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان کردستان در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان کردستان											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
۱	وضعیت شاغلین بخش خدمات و زیر بخش‌های آن در استان	economic v2 ۱۵۱							۸۵-۹۵		
۲	وضعیت شاغلین بخش خدمات و زیربخش‌های آن در شهرستان‌های استان نفر شاغل	economic v2 ۱۵۲							۹۰		
۳	مراکز بهداشتی فعال روستاها در استان کردستان	economic v2 ۲۱۰							90		
۴	مقایسه تعداد خانه‌های بهداشت فعال روستایی شهرستان‌های استان کردستان	economic v2 ۲۱۰							۹۰		
۵	ارزش افزوده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی	economic v2 ۲۶۹ و ۲۶۸							۹۵		
۶	عوامل و فرایندهای اصلی مخرب محیط‌زیست و منابع طبیعی: عوامل انسانی	S01-Environment V2 - 97-12- ۷۸ 14									
۷	وضعیت مراکز درمانی استان در ارتباط با پسماند عفونی	S01-Environment V2 - 97-12- ۹۲ 14									
۸	تحولات جمعیتی ناشی از باروری، مرگ‌ومیر و مهاجرت به تفکیک شهرستان	S01-Population V2 - 97-12-18 ۵۲									
۹	تحلیل شاخص توسعه انسانی (تولید ناخالص داخلی سرانه، امید به زندگی و آموزش)	S01-Population V2 - 97-12-18 ۶۹									
۱۰	میزان باروری اختصاصی گروه‌های سنی در شهرستان‌های استان کردستان به تفکیک نقاط شهری و روستایی	S01-Population V2 - 97-12-18 ۵۷							۹۵		

تجارب داخلی استان کردستان											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
		۹۰							S01-Population V2 - 97-12-18 ۵۸	میزان باروری اختصاصی گروه‌های سنی در شهرستان‌های استان کردستان به تفکیک نقاط شهری و روستایی	۱۱
									S01-Population V2 - 97-12-18 ۵۹	میزان مرگ‌ومیر اختصاصی گروه‌های سنی در استان کردستان	۱۲
		۹۵-۹۰							S01-Population V2 - 97-12-18 ۷۲	جایگاه استان از منظر شاخص امید به زندگی در بدو تولد نسبت به سایر مناطق ایران	۱۳
									S01-Population V2 - 97-12-18 ۷۳	تحولات شاخص امید به زندگی استان کردستان	۱۴
		۹۵-۹۰							S01-Population V2 - 97-12-18 ۶۰	نرخ باروری عمومی (gfr) به تفکیک شهرستان‌های استان کردستان	۱۵
		۹۵-۸۵							S01-Social & Cultural V2 - ۹۹ 97-10-29	تعداد و نسبت خودکشی در دوره ۸۵-۹۵	۱۶
		95							S01-Urban & Rural V2 - 97- ۴۹ 11-30	وضعیت خدمات بهداشتی-درمانی به تفکیک شهرستان	۱۷
									S01-Urban & Rural V2 - 97- ۵۰ 11-30	مقایسه شهرستان‌ها از نظر شاخص‌های خدمات بهداشتی درمانی شهری	۱۸
									S01-Urban & Rural V2 - 97- ۵۱ 11-30	رتبه نهایی شهرستان‌ها در برخورداری از خدمات بهداشتی شهری	۱۹
									S01-Urban & Rural V2 - ۵۲ و ۵۱ 97-11-30	بررسی خدمات تأمین اجتماعی در نقاط شهری شهرستان‌ها	۲۰
		۹۵							S01-Urban & Rural V2 - 97- ۵۲ 11-30	وضعیت خدمات تأمین اجتماعی به تفکیک شهرستان	۲۱

تجارب داخلی استان کردستان											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									S01-Urban & Rural V2 - 97- ۵۴ 11-30	میزان برخورداری از شهرستانها از خدمات تأمین اجتماعی	۲۲
									S05-Conclusion of the status ۵۳ quo-part2 V1 - 98-3-6	تعداد بیمارستانها و تختهای بیمارستانی استان کردستان	۲۳
									S04-Safety & Security V1 - ۷۴ 97-12-27	بیماریهای واگیر انسانی	۲۴
									S04-Safety & Security V1 - ۷۵ 97-12-27	پراکنش بیماریهای واگیر انسانی در سطح شهرستان	۲۵
									S04- Safety & Security V1 - ۷۶ 97-12-27	موارد تشخیص داده شده بیماری واگیردار انسانی در استان کردستان	۲۶
									S02-Settlement part1 V2 - ۲۲۸ 97-12-01	خدمات آموزش عالی	۲۷
		۹۵							S02-Settlement part1 V2 - ۲۲۹ 97-12-01	تعداد دانشجویان و مراکز آموزش عالی استان کردستان	۲۸
		۹۵							S02-Settlement part1 V2 - ۲۳۱ 97-12-01	تعداد بیمارستانها و تختهای بیمارستانی استان کردستان	۲۹
									S02-Settlement part1 V2 - ۲۳۱ 97-12-01	توزیع تعداد تخت بیمارستانی در مراکز شهری استان کردستان	۳۰

جدول ۱۴: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان کرمانشاه در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان کرمانشاه										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
۱	زیربخش بهداشت و درمان	۱۳۰ اقتصاد کلان								
۲	جدول ۹۱: متوسط هزینه‌های غیرخوراکی خالص سالانه یک خانوار روستایی برحسب اقلام عمده به قیمت ثابت سال ۱۳۹۰ (هزار ریال)	۱۷۸ اقتصاد کلان						۹۰		
۳	جدول ۹۳: نرخ رشد متوسط هزینه غیرخوراکی خانوار روستایی استان با کشور به تفکیک اقلام عمده (درصد)	۱۸۰ اقتصاد کلان								
۴	جدول ۵۷: مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی	۸۰ عرصه‌های اقتصادی								
۵	جدول ۱۱۳: مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه برحسب وضعیت جغرافیایی	۱۵۶ عرصه‌های اقتصادی								
۶	جدول ۳۳: نسبت استاد و دانشیار به کل آموز شگران در سطح کشور و استان طی سال‌های ۹۳-۱۳۸۱	۵۸ زمینه فعالیت خدمات								
۷	جدول ۳۶: تعداد بیمارستان‌های فعال و تخت‌های ثابت موجود برحسب نوع وابستگی طی سال‌های ۹۴-۱۳۷۵	۶۱ زمینه فعالیت خدمات						۹۴-۷۵		
۸	جدول ۳۷: کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی برحسب گروه شغلی	۶۱ زمینه فعالیت خدمات						۹۴-۸۰		
۹	جدول ۳۸: وضعیت برخی شاخص‌های بهداشت و درمان در سطح شهرستان‌های استان در سال ۱۳۹۴ (درصد-تعداد)	۶۳ زمینه فعالیت خدمات								
۱۰	جدول ۳۹: وضعیت برخی شاخص‌های بهداشت و درمان در سطح شهرستان‌های استان در سال ۱۳۹۴ (درصد)	۶۴ زمینه فعالیت خدمات						۹۴		

تجارب داخلی استان کرمانشاه										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
									جدول ۶۸: تعداد مؤسسات درمانی فعال و تخت‌های موجود در آن‌ها برحسب وضعیت حقوق	۱۱
									جدول ۶۹: مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه برحسب وضعیت جغرافیایی	۱۲
									جدول ۷۰: خانه‌های بهداشت فعال روستاها	۱۳
		۹۴							جدول ۷۱: تعداد آزمایشگاه، داروخانه، مراکز پرتونگاری و توان‌بخشی برحسب شهرستان سال ۱۳۹۴	۱۴
									نقشه ۲۰: پراکندگی خدمات بهداشتی	۱۵

جدول ۱۵: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان همدان در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان همدان										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
									الگوی باروری شهر و روستا	۱
									تحلیل روند تحولات باروری استان در سه دهه اخیر	۲
									تحولات بارداری در استان همدان: روند، الگو و سطوح	۳
									تنظیم خانواده و شیوع روش‌های پیشگیری از بارداری در استان	۴
									تجزیه و تحلیل تحولات باروری استان	۵
									چالش‌های باروری در استان	۶
									تحلیل روند تحولات مرگ‌ومیر استان در سه دهه اخیر	۷
									انتقال مرگ‌ومیر	۸

تجارب داخلی استان همدان										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
									انتقال اپیدمیولوژیک در استان همدان	۹
									چالش‌های مرگ‌ومیر استان	۱۰
									تحلیل پراکندگی و توزیع مراکز اصلی ارائه خدمات و سطح‌بندی آن‌ها	۱۱

منطقه آمایشی ۴- خوزستان و لرستان

خوزستان اطلاعات سلامت ندارد.

جدول ۱۶: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان لرستان در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان لرستان										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
		۱۳۸۵							بخش ۱ فصل ۳- جلد ۵- پیوندهای خدماتی- صفحه ۱۴۶	۱
		۱۳۸۵							بخش ۱- فصل ۳ جلد ۵- پیوندهای خدماتی- صفحه ۱۵۰	۲

تجارب داخلی استان لرستان											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
۳	تخصص‌های موجود در مراکز درمانی شهرستان ازنا و فاصله زمانی تا شهرستان سطح بعدی	بخش ۱- فصل ۳- جلد ۵- پیوندهای خدماتی- صفحه ۱۵۱							۱۳۸۵		
۴	تخصص‌های موجود در مراکز درمانی شهرستان پلدختر و فاصله زمانی تا شهرستان سطح بعدی	بخش ۱- فصل ۳- جلد ۵- پیوندهای خدماتی- صفحه ۱۵۲							۱۳۸۵		
۵	تخصص‌های موجود در مراکز درمانی شهرستان سلسله و فاصله زمانی تا شهرستان سطح بعدی	بخش ۱- فصل ۳- جلد ۵- پیوندهای خدماتی- صفحه ۱۵۲							۱۳۸۵		
۶	تخصص‌های موجود در مراکز درمانی شهرستان کوه دشت و فاصله زمانی تا شهرستان سطح بعدی	بخش ۱- فصل ۳- جلد ۵- پیوندهای خدماتی- صفحه ۱۵۳							۱۳۸۵		
۷	تخصص‌های موجود در مراکز درمانی شهرستان دلفان و فاصله زمانی تا شهرستان سطح بعدی	بخش ۱- فصل ۳- جلد ۵- پیوندهای خدماتی- صفحه ۱۵۴							۱۳۸۵		
۸	موارد تشخیص بیماری‌های واگیر در معاینات بالینی در سال ۱۳۸۵ در استان لرستان	بخش ۱- فصل ۳- جلد ۵- پیوندهای خدماتی- صفحه ۱۷۴							۱۳۸۵		
۹	موارد تشخیص بیماری‌های واگیر در آزمایشگاه	بخش ۱- فصل ۳- جلد ۵- پیوندهای خدماتی- صفحه ۱۷۶							۱۳۸۵		
۱۰	بیماری ایدز در استان لرستان	بخش ۱- فصل ۳- جلد ۵- پیوندهای خدماتی- صفحه ۱۷۸							۱۳۸۵		
۱۱	پهنه‌بندی مناطق در معرض خطرات انواع بیماری‌های انسانی و دامی و اثر آن‌ها	بخش ۱- فصل ۴- تهدیدات ناشی از مخاطرات محیطی و محیط‌زیستی- صفحه ۱۱۴							۱۳۹۰		
۱۲	روند تحولات میزان خام مولید در استان لرستان در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵	بخش ۲- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری- صفحه ۲۵							۱۳۶۵ - ۱۳۸۵		

تجارب داخلی استان لرستان											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
۱۳	برآورد میزان باروری ویژه سنی در استان لرستان در سال ۸۵	بخش ۲- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری- صفحه ۲۵							۱۳۸۵		
۱۴	روند تحولات میزان عمومی باروری در استان لرستان در سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵	بخش ۲- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری- صفحه ۲۵							۱۳۶۵ - ۱۳۸۵		
۱۵	برآورد میزان خام مولید و میزان عمومی باروری در شهرستان‌های استان لرستان در سال ۱۳۸۵	بخش ۲- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری- صفحه ۲۶							۱۳۸۵		
۱۶	میزان باروری کل در استان لرستان در سال ۱۳۸۵	بخش ۲- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری- صفحه ۲۶							۱۳۸۵		
۱۷	روند تحولات میزان خام مرگ‌ومیر در استان لرستان	بخش ۲- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری- صفحه ۲۸							۱۳۸۵		
۱۸	روند تحولات امید در بدو تولد در استان لرستان و کشور	بخش ۲- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری- صفحه ۲۸							۱۳۸۵		
۱۹	اهداف آمایش در بخش بهداشت و درمان	پیش‌نویس سند آمایش استان لرستان- صفحه ۳۵							۱۳۹۰		
۲۰	تحلیل توزیع شاخص‌های جمعیتی به تفکیک شهری و روستایی	۱۹- جلد ششم- تحلیل اجتماعی و فرهنگی									
۲۱	تحلیل پراکندگی جمعیت برحسب اندازه گروه‌های جمعیتی	۴۷- جلد ششم - تحلیل اجتماعی و فرهنگی									
۲۲	تحلیل تراکم جمعیت	۵۴- جلد ششم - تحلیل اجتماعی و فرهنگی									

تجارب داخلی استان لرستان											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									۶۱- جلد ششم- تحلیل اجتماعی و فرهنگی	۲۳	روند تحولات جمعیت استان ناشی از باروری، مرگ‌ومیر و مهاجرت به تفکیک شهرستان
									جدول ۲۴- جلد ششم - تحلیل اجتماعی و فرهنگی	۲۴	نرخ رشد سالانه جمعیت واقعی شهرستانی در سال‌های ۱۳۷۵-۸۵
									جدول ۲۴- جلد ششم- تحلیل اجتماعی و فرهنگی	۲۵	مقایسه نسبت جنسی کشور و استان در سال‌های ۸۵-۱۳۵۵
									جدول ۳۷- جلد ششم- تحلیل اجتماعی و فرهنگی	۲۶	میزان باروری عمومی به تفکیک نقاط شهری و روستایی در دوره ۸۵-۱۳۵۵
									جدول ۳۹- جلد ششم- تحلیل اجتماعی و فرهنگی	۲۷	میزان مولید واقعی به تفکیک نقاط شهری و روستایی در دوره ۸۵-۱۳۵۵
									جدول ۸۲- جلد ششم- تحلیل اجتماعی و فرهنگی	۲۸	شاخص امید به زندگی در بدو تولد در دوره ۸۱-۱۳۶۵
									۵۴- جلد سوم- تحلیل اقتصادی	۲۹	ترکیب کالاهای صادراتی نشان می‌دهد سهم دارویی و بهداشتی ۱۹/۱۲ است

منطقه آمایشی ۵- هرمزگان، بوشهر، فارس، کهگیلویه و بویراحمد

جدول ۱۷: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان هرمزگان در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان هرمزگان											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
۱	تحلیل انواع بیماری‌های انسانی و دامی و اثرهای آن	فصل ۱- تحلیل ملاحظات ایمنی- دفاعی و امنیتی- صفحه ۵۸							۱۳۹۶		
۲	نرخ مرگ‌ومیر کودکان در استان هرمزگان	فصل ۱- تحلیل ملاحظات ایمنی- دفاعی و امنیتی- صفحه ۶۴							۱۳۸۵ - ۱۳۹۴		
۳	ارزش افزوده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی	فصل ۱- تحلیل اقتصاد کلان- صفحه ۵۵							۱۳۹۰		
۴	تعداد بیمارستان‌های فعال و تخت‌های ثابت موجود برحسب نوع وابستگی در سال ۱۳۹۴	فصل ۱- تحلیل زمینه‌های فعالیت اقتصادی- صفحه ۲۳۲							۱۳۹۴		
۵	مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سال ۱۳۹۴	فصل ۱- تحلیل زمینه‌های فعالیت اقتصادی- صفحه ۲۳۵							۱۳۹۴		
۶	توزیع شهرستانی خدمات آزمایشگاه تشخیص طبی، داروخانه، مؤسسات تشخیصی - درمانی هسته‌ای و توان‌بخشی در سال ۱۳۹۴	فصل ۱- تحلیل زمینه‌های فعالیت اقتصادی- صفحه ۲۴۰							۱۳۹۴		

تجارب داخلی استان هرمزگان											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
۷	توزیع شهرستانی پایگاه‌های اورژانس در سال ۱۳۹۴	فصل ۱- تحلیل زمینه‌های فعالیت اقتصادی- صفحه ۲۴۳							۱۳۹۴		
۸	توزیع کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی برحسب گروه شغلی در سال ۱۳۹۴	فصل ۱- تحلیل زمینه‌های فعالیت اقتصادی- صفحه ۲۴۵							۱۳۹۴		
۹	ضریب جمعیت نسبت به کارکنان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی برحسب گروه شغلی در سال ۱۳۹۴	فصل ۱- تحلیل زمینه‌های فعالیت اقتصادی- صفحه ۲۴۶							۱۳۹۴		
۱۰	پزشکان شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی برحسب رشته و نوع تخصص	فصل ۱- تحلیل زمینه‌های فعالیت اقتصادی- صفحه ۲۵۳							۱۳۹۴		
۱۱	پیراپزشکان شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی برحسب رشته و نوع تخصص	فصل ۱- تحلیل زمینه‌های فعالیت اقتصادی- صفحه ۲۵۵							۱۳۹۴		
۱۲	شاخص‌های ملاک عمل برای سطح‌بندی آبدی‌های استان هرمزگان (بهداشتی و درمانی)	فصل ۲/ تحلیل نظام سکونتگاهی/ صفحه ۵۳							۱۳۹۵		
۱۳	روند تغییرات تعداد مولید و مرگ‌ومیر استان و مقایسه آن‌ها با کشور	فصل ۲- تحلیل جمعیت- صفحه ۶۱							۱۳۶۵ - ۱۳۹۵		
۱۴	روند تغییرات میزان باروری کل استان و کشور از سال ۱۳۶۵-۹۵	فصل ۲- تحلیل جمعیت- صفحه ۶۲							۱۳۶۵ -		

تجارب داخلی استان هرمزگان										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
		۱۳۹۵								
		۱۳۶۵ - ۱۳۹۵							فصل ۲- تحلیل جمعیت- صفحه ۶۲	۱۵ روند تغییرات میزان متولد، و مرگ‌ومیر استان هرمزگان و مقایسه آن با کشور (در هزار نفر)
		۱۳۸۵							فصل ۲- تحلیل جمعیت- صفحه ۸۱	۱۶ میزان خام و استاندارد درآمد سرانه، امید زندگی در بدو تولد، میزان باسوادی و شاخص توسعه انسانی ایران به تفکیک استان در سال ۱۳۸۵
		۱۳۹۶							فصل ۲- تحلیل نظام شهری و روستایی- صفحه ۹۱	۱۷ وزن‌دهی به شاخص‌های بهداشتی درمانی بر اساس روش فازی مثلثی
		۱۳۹۶							فصل ۳- تحلیل سیاسی - اداری و سازمانی- صفحه ۸۰	۱۸ تعداد کل کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان به تفکیک وضعیت تحصیلی در شهرستان‌ها
		۱۳۹۶							فصل ۳- تحلیل سیاسی - اداری و سازمانی- صفحه ۸۱	۱۹ تعداد کل کارکنان دانشگاه علوم پزشکی استان به تفکیک وضعیت استخدامی در شهرستان‌ها
		۱۳۹۷							فصل ۷- طراحی و برنامه‌ریزی صفحه ۴۶	۲۰ تبیین الگوی توزیع خدمات سلامت در سطح مناطق

جدول ۱۸: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان بوشهر در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان بوشهر												
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان				
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده	
۱	نحوه توزیع مراکز بهداشتی و درمانی	خلاصه آمایش سرزمین بوشهر، ص ۱۲۴	۲۵ درصد از مراکز بهداشتی و درمانی در بوشهر مستقر است. توزیع مراکز نامتوازن می‌باشد.							۱۳۹۲		
۲	سهم گروه‌های عمده رشته تحصیلی از شاغلان دارای تحصیلات عالی در سال ۱۳۹۱ - درصد	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از مطالعات وضع موجود ص ۱۲۴	از شاغلان دارای تحصیلات عالی در سال ۱۳۹۱، ۵،۲ درصدشان از رشته بهداشت و رفاه بوده‌اند							۱۳۹۱		
۳	جمعیت بیکار استان بوشهر به تفکیک گروه‌های عمده رشته تحصیلی و دوره‌های تحصیلی	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از مطالعات وضع موجود ص ۱۲۵	۲۸۱ نفر بیکار از رشته بهداشت و رفاه در استان بوشهر وجود دارد							۱۳۹۰		
۴	منابع آلاینده‌های محیط‌های دریایی در استان	تهدیدات ناشی از مخاطرات محیطی و محیط زیستی ص ۸۵									*	
۵	موارد مبتلایان به بیماری‌های واگیر در سال ۱۳۹۱	تهدیدات ناشی از مخاطرات محیطی و محیط زیستی ص ۱۳۲								۱۳۹۱		
۶	بیماری‌های دامی	تهدیدات ناشی از مخاطرات محیطی و محیط زیستی ص ۱۳۶								۱۳۹۱	-۱۳۷۵	
۷	ضریب انگل در نقاط شهری و روستایی استان بوشهر و کشور	تهدیدات اقتصادی، نظامی و دفاعی ص ۱۷۱								۱۳۹۴	-۱۳۸۱	

جدول ۱۹: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان فارس در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان فارس												
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان				
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده	
۱	باروری شهرستان‌های استان فارس	فصل ۴-۱ تحلیل اجتماعی و فرهنگی / پی‌دی‌اف ۹	سطح باروری پایین ص ۲۶۲							۱۳۸۵- ۱۳۹۰		
۲	مرگ‌ومیر	فصل ۴-۱ تحلیل اجتماعی و فرهنگی / پی‌دی‌اف ۹	امید به زندگی شیراز مشابه میانگین کشوری است ص ۲۶۵							۱۳۹۰		
۳	شاخص بعد امید زندگی استان	فصل ۴-۱ تحلیل اجتماعی و فرهنگی / پی‌دی‌اف ۹	شاخص امید زندگی کمتر از میانگین کشوری است ص ۳۳۷							۱۳۶۹- ۱۳۹۰		
۴	تصادفات درون شهری در سال‌های متوالی	فصل ۴-۱ تحلیل اجتماعی و فرهنگی / پی‌دی‌اف ۱۲	ص ۳۱							۱۳۹۱		
۵	تصادفات درون شهری در شهرستان‌های استان سال ۱۳۹۱	فصل ۴-۱ تحلیل اجتماعی و فرهنگی / پی‌دی‌اف ۱۲	ص ۳۲									
۶	سطوح بیمارستان‌های استان فارس بر اساس تعداد تخت سال ۱۳۹۱	فصل ۴-۱ تحلیل نظام سکونتگاهی و ساختار فضایی / پی‌دی‌اف ۳۰								۱۳۹۱		
۷	تعداد تخت بیمارستان به تفکیک شهرستان‌های استان سال ۱۳۹۱	فصل ۴-۱ تحلیل نظام سکونتگاهی و ساختار فضایی / پی‌دی‌اف ۳۰								۱۳۹۱		
۸	تعداد و نوع بیمارستان‌های استان سال ۱۳۹۱	فصل ۴-۱ تحلیل نظام سکونتگاهی و ساختار فضایی / پی‌دی‌اف ۳۰								۱۳۹۱		

تجارب داخلی استان فارس											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
۹	نحوه توزیع و نوع مالکیت بیمارستان‌های استان سال ۱۳۹۱	فصل ۱-۴ تحلیل نظام سکونتگاهی و ساختار فضایی/ پی‌دی‌اف ۳۰							۱۳۹۱		
۱۰	شاغلان بخش بهداشت و درمان استان فارس	فصل ۱-۴ تحلیل نظام سکونتگاهی و ساختار فضایی/ پی‌دی‌اف ۳۰							۱۳۹۱		
۱۱	ضریب مرکزیت مکانی بیمارستان‌های استان برحسب میزان تخت	فصل ۱-۴ تحلیل نظام سکونتگاهی و ساختار فضایی/ پی‌دی‌اف ۳۰									
۱۲	جایگاه استان فارس در بخش خدمات بهداشت و درمان کشور	فصل ۱-۴ تحلیل وضعیت اقتصادی کشور/ پی‌دی‌اف ۱۶							۱۳۷۹- ۱۳۹۰		
۱۳	تعداد تخت بیمارستان به تفکیک شهرستان‌های استان سال ۱۳۶۹	فصل ۱-۴ تحلیل وضعیت اقتصادی کشور/ پی‌دی‌اف ۱۶							۱۳۹۱		
۱۴	نوع و نحوه توزیع بیمارستان‌های استان سال ۱۳۹۱	فصل ۱-۴ تحلیل وضعیت اقتصادی کشور/ پی‌دی‌اف ۱۶							۱۳۹۱		
۱۵	نحوه توزیع و نوع مالکیت بیمارستان‌های استان سال ۱۳۹۱	فصل ۱-۴ تحلیل وضعیت اقتصادی کشور/ پی‌دی‌اف ۱۶							۱۳۹۱		
۱۶	مراکز بهداشتی و درمانی استان و شهرستان‌ها در سال ۱۳۹۱	فصل ۱-۴ تحلیل وضعیت اقتصادی کشور/ پی‌دی‌اف ۱۶							۱۳۹۱		

تجارب داخلی استان فارس											
زمان		اجزا اطلاعاتی						فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
		۱۳۹۱							فصل ۱-۴ تحلیل و وضعیت اقتصادی کشوری/ پی‌دی‌اف ۱۶	تعداد آزمایشگاه، داروخانه و مراکز پرتون‌گاری و توان‌بخشی استان و شهرستان‌ها در سال ۱۳۹۱	۱۷
		۱۳۹۱							فصل ۱-۴ تحلیل و وضعیت اقتصادی کشوری/ پی‌دی‌اف ۱۶	پزشکان شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان فارس در سال ۱۳۹۱	۱۸
		۱۳۹۱							فصل ۱-۴ تحلیل و وضعیت اقتصادی کشوری/ پی‌دی‌اف ۱۶	میزان برخورداری شهرستان‌های استان از پزشک برحسب جمعیت در سال ۱۳۹۱	۱۹
		۱۳۷۵، ۱۳۸۵ و ۱۳۹۰							فصل ۱-۴ تحلیل و وضعیت اقتصادی کشوری/ پی‌دی‌اف ۱۶	روند تحولات اشتغال در بخش خدمات استان فارس	۲۰
		۱۳۹۰							فصل ۱-۴ تحلیل و وضعیت اقتصادی کشور	سهم شهرستان‌های استان از اشتغال خدماتی - درصد	۲۱
		۱۳۷۹- ۱۳۹۰							فصل ۱-۴ تحلیل و وضعیت اقتصادی کشوری/ پی‌دی‌اف ۱۶	روند تحولات سهم استان فارس از ارزش افزوده بخش خدمات کل کشور- درصد	۲۲
		۱۳۹۰						ص ۱۶۵	فصل ۱-۴ تحلیل و وضعیت اقتصادی کشوری/ پی‌دی‌اف ۱۶	مقایسه سهم فعالیت‌های خدماتی از ارزش افزوده بخش خدمات در استان فارس و کل کشور- درصد	۲۳
		۱۳۹۱						ص ۹۱	فصل ۱-۴ تحلیل و وضعیت اقتصادی کشوری/ پی‌دی‌اف ۱۹	توزیع مراکز بهداشتی و درمانی در نقاط شهری استان و شهرستان‌ها در سال ۱۳۹۱	۲۴

تجارب داخلی استان فارس										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
۲۵	روند تحولات ارزش افزوده گروه فعالیتی بهداشت و مددکاری اجتماعی در استان فارس و کشور- میلیارد ریال	فصل ۱-۴ تحلیل وضعیت اقتصادی کشور/ پی دی اف ۲۱	ارزش افزوده استان ۲۹,۷ درصد رشد داشته است. ص ۱۱۱.							۱۳۸۰- ۱۳۸۹
۲۶	روند تحولات رشد ارزش افزوده گروه فعالیتی بهداشت و مددکاری اجتماعی در استان فارس و کشور- درصد	فصل ۱-۴ تحلیل وضعیت اقتصادی کشور/ پی دی اف ۲۱	ص ۱۱۳							۱۳۷۹- ۱۳۸۹
۲۷	روند تحولات مزیت نسبی آشکارشده استان فارس در گروه فعالیتی بهداشت و مددکاری اجتماعی در کشور	فصل ۱-۴ تحلیل وضعیت اقتصادی کشور/ پی دی اف ۲۱	بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی طی این سالها دارای مزیت نسبی بوده است ص ۱۱۴							۱۳۷۹- ۱۳۸۹
۲۸	روند تحولات سهم گروه فعالیتی بهداشت و مددکاری اجتماعی از کل ارزش افزوده استان فارس و کشور- درصد	فصل ۱-۴ تحلیل وضعیت اقتصادی کشور/ پی دی اف ۲۱	ص ۱۱۵							۱۳۷۹- ۱۳۸۹
۲۹	تعادل ها و عدم تعادل های خدمات بهداشتی در شهرستان های استان فارس در سال ۱۳۹۱	جمع بندی و نتیجه گیری از مطالعات وضع موجود / فصل ۵	ص ۱۱۳							۱۳۹۰
۳۰	جایگاه استان فارس در خدمات بهداشت و درمان کشور	فصل ۶ پی دی اف ۳۷	ص ۸۶							
۳۱	تعداد مؤسسات درمانی فعال	فصل ۶ پی دی اف ۳۸	روند افزایشی ص ۲۷							۱۳۸۷- ۱۳۹۲
۳۲	سطح بندی کانون های شهری استان بر اساس طرح سلامت و نظام ارجاع	فصل ۶ پی دی اف ۳۹	ص ۲۳۰							

جدول ۲۰: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان کهگیلویه و بویراحمد در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان کهگیلویه و بویراحمد										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
1	تعداد مؤسسات درمانی فعال استان کهگیلویه و بویراحمد و تخت‌های موجود در آن‌ها برحسب وضعیت حقوقی (شامل بیمارستان، بیمارستان و زایشگاه، زایشگاه)	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۲۷						۱۳۹۲		
2	شاخص‌های بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۲۸						۱۳۹۲		
□	تعداد مراکز بهداشتی- درمانی برحسب موقعیت جغرافیایی (کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۳۰						۱۳۹۲		
□	تعداد مراکز بهداشتی درمانی به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۳۱						۱۳۹۲		
□	روند تغییرات میزان برخورداری تعداد خانه‌های بهداشت روستایی در استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۳۲						۱۳۹۲		
□	روند تغییرات میزان برخورداری تعداد داروخانه در استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۳۳						۱۳۹۲		
□	تعداد آزمایشگاه، مراکز پرتونگاری و توان‌بخشی به تفکیک شهرستان	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۳۴						۱۳۹۲		
□	شاخص تعداد آزمایشگاه، مرکز پرتونگاری و مرکز توان‌بخشی به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر در استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۳۷						۱۳۹۲		
□	شاخص‌های نیروی انسانی عمومی و متخصص به تفکیک شهرستان در استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۴۰						۱۳۹۲		

تجارب داخلی استان کهگیلویه و بویراحمد											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	م منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
10	توزیع نیروی پزشکان متخصص و فوق تخصص شاغل در دانشگاه	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۴۱							۱۳۹۲		
11	شاخص بهداشتی در سال های ۹۲- ۱۳۹۸ به تفکیک مناطق شهری و روستایی استان	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۴۳							۱۳۹۲		
12	ولادت جاری ثبت شده در نقاط شهری و روستایی به تفکیک گروه سنی مادران	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۴۵							۱۳۹۲		
10	فوت های ثبت شده برحسب علت فوت در استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۴۵							۱۳۹۲		
10	فوت های ثبت شده برحسب علت فوت به تفکیک شهرستان در استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۵۰							۱۳۹۲		
10	واکسیناسیون های انجام شده در مؤسسات و مراکز وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به تفکیک شهرستان	فصل ۱- جلد ۴- تحلیل اقتصادی- صفحه ۳۵۱							۱۳۹۲		
10	نرخ رشد طبیعی جمعیت استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۳- تحلیل اجتماعی فرهنگی- صفحه ۷۱							۱۳۶۵ - ۱۳۹۰		
10	نرخ رشد طبیعی جمعیت شهری استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۳- تحلیل اجتماعی فرهنگی- صفحه ۷۲							۱۳۶۵ - ۱۳۹۰		

تجارب داخلی استان کهگیلویه و بویراحمد											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
10	نرخ رشد طبیعی جمعیت روستایی استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۳- تحلیل اجتماعی فرهنگی- صفحه ۷۳							۱۳۶۵ - ۱۳۹۰		
10	تحولات ناشی از باروری طی دهه ۹۰-۱۳۸۰	فصل ۱- جلد ۳- تحلیل اجتماعی فرهنگی- صفحه ۷۶							۱۳۸۰ - ۱۳۹۰		
20	نسبت جنسی موالید در دهه ۹۰-۱۳۸۰	فصل ۱- جلد ۳- تحلیل اجتماعی فرهنگی- صفحه ۷۷							۱۳۸۰ - ۱۳۹۰		
21	تحولات ناشی از مرگومیر طی دهه ۹۰-۱۳۸۰	فصل ۱- جلد ۳- تحلیل اجتماعی فرهنگی- صفحه ۸۰							۱۳۸۰ - ۱۳۹۰		
22	میزان رضایتمندی افراد از سلامت خود	فصل ۱- جلد ۳- تحلیل اجتماعی فرهنگی- صفحه ۲۶۵							۱۳۹۳		
20	وضعیت مؤسسات درمانی فعال بیمارستانی در استان کهگیلویه و بویراحمد به تفکیک شهرستان	فصل ۱- جلد ۶- تحلیل عرصه‌های فعالیت اقتصادی صفحه ۲۵۰							۱۳۹۲		

تجارب داخلی استان کهگیلویه و بویراحمد											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی						زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
20	تعداد آزمایشگاه، داروخانه، مراکز پرتونگاری و توان بخشی برحسب شهرستان در استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۱- جلد ۶- تحلیل عرصه‌های فعالیت اقتصا صفحه ۲۵۱							۱۳۹۲		
20	پهنه‌بندی مناطق در معرض خطرات انواع بیماری‌های انسانی و دامی و اثرهای آن	فصل ۴- ملاحظات ایمنی، دفاعی- امنیتی در آمایش استان- صفحه ۶۹							۱۳۹۰ - ۱۳۹۲		
20	تبیین الگو توزیع خدمات سلامت در سطح مناطق استان کهگیلویه و بویراحمد	فصل ۷- طراحی و برنامه‌ریزی- صفحه ۵۰							۱۳۹۴		
20	شاخص‌های بخش بهداشت و درمان ارزیابی برنامه آمایش	فصل ۸- نظام اجرایی و مدیریت آمایش استان صفحه ۲۱۳							۱۳۹۴		
20	شاخص‌های بخش بهداشت و درمان ارزیابی برنامه آمایش	فصل ۸- نظام اجرایی و مدیریت آمایش استان صفحه ۲۷۱							۱۳۹۴		

منطقه آمایشی ۶- مرکزی، زنجان، قزوین، قم، البرز

جدول ۲۱: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان مرکزی در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان مرکزی											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
1	خدمات بهداشت و مددکاری اجتماعی	۱۷۳- ساختار فضایی- ساختار خدمات									
2	بررسی وضعیت بیمه شدگان روستایی (اصلی و تبعی) خدمات درمانی تحت پوشش اداره کل خدمات درمانی شهرستان آشیان	۳۰۲- اقتصاد شهری و روستایی-روستا									
□	بررسی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان آشیان	۳۰۲- اقتصاد شهری و روستایی-روستا									
□	بررسی مددجویان استفاده‌کننده از خدمات ارائه‌شده توسط واحدهای خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان آشیان	۳۰۲- اقتصاد شهری و روستایی-روستا									
□	بررسی وضعیت خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آن‌ها در شهرستان آشیان	۳۰۳- اقتصاد شهری و روستایی-روستا									
□	بررسی وضعیت مراکز بهداشتی-درمانی روستا (شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در شهرستان آشیان	۳۰۳- اقتصاد شهری و روستایی-روستا									
□	تعداد آبادی‌های دارای هریک از امکانات بهداشتی و درمانی به تفکیک دهستان‌های شهرستان آشیان	۳۰۴- اقتصاد شهری و روستایی-روستا									
□	بررسی وضعیت بیمه شدگان روستایی (اصلی و تبعی) خدمات درمانی تحت پوشش اداره کل خدمات درمانی شهرستان اراک	۳۱۳- اقتصاد شهری و روستایی-روستا									
□	بررسی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان اراک	۳۱۴- اقتصاد شهری و روستایی-روستا									

تجارب داخلی استان مرکزی										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
10	بررسی مددجویان استفاده‌کننده از خدمات ارائه‌شده توسط واحدهای خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان اراک	۳۱۴- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
11	بررسی وضعیت خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آن‌ها در شهرستان اراک	۳۱۴- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
12	بررسی وضعیت مراکز بهداشتی-درمانی روستا (شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در شهرستان اراک	۳۱۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
10	بررسی وضعیت بیمه شدگان روستایی (اصلی و تبعی) خدمات درمانی تحت پوشش اداره کل خدمات درمانی شهرستان تفرش	۳۲۴- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
10	بررسی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان تفرش	۳۲۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
10	بررسی مددجویان استفاده‌کننده از خدمات ارائه‌شده توسط واحدهای خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان تفرش	۳۲۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
10	بررسی وضعیت خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آن‌ها در شهرستان تفرش	۳۲۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
10	بررسی وضعیت مراکز بهداشتی-درمانی روستا (شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در شهرستان تفرش	۳۲۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
10	بررسی وضعیت بیمه شدگان روستایی (اصلی و تبعی) خدمات درمانی تحت پوشش اداره کل خدمات درمانی شهرستان خمین	۳۳۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
10	بررسی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان خمین	۳۳۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
20	بررسی مددجویان استفاده‌کننده از خدمات ارائه‌شده توسط واحدهای خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان خمین	۳۳۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								

تجارب داخلی استان مرکزی											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									۳۳۷- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	21	بررسی وضعیت خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آن‌ها در شهرستان خمین
									۳۳۷- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	22	بررسی وضعیت مراکز بهداشتی-درمانی روستا (شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در شهرستان خمین
									۳۴۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	20	بررسی وضعیت بیمه شدگان روستایی (اصلی و تبعی) خدمات درمانی تحت پوشش اداره کل خدمات درمانی شهرستان دلیجان
									۳۴۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	20	بررسی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان دلیجان
									۳۴۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	20	بررسی مددجویان استفاده‌کننده از خدمات ارائه‌شده توسط واحدهای خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان دلیجان
									۳۴۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	20	بررسی وضعیت خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آن‌ها در شهرستان دلیجان
									۳۴۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	20	بررسی وضعیت مراکز بهداشتی-درمانی روستا (شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در شهرستان دلیجان
									۳۵۴- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	20	بررسی وضعیت بیمه شدگان روستایی (اصلی و تبعی) خدمات درمانی تحت پوشش اداره کل خدمات درمانی شهرستان زرنديه
									۳۵۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	20	بررسی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان زرنديه
									۳۵۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	00	بررسی مددجویان استفاده‌کننده از خدمات ارائه‌شده توسط واحدهای خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان زرنديه
									۳۵۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	01	بررسی وضعیت خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آن‌ها در شهرستان زرنديه

تجارب داخلی استان مرکزی										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
									۳۵۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	۰۲ بررسی وضعیت مراکز بهداشتی-درمانی روستا (شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در شهرستان زرنديه
									۳۶۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	۰۰ بررسی وضعیت بیمه شدگان روستایی (اصلي و تبعی) خدمات درمانی تحت پوشش اداره کل خدمات درمانی شهرستان ساوه
									۳۶۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	۰۰ بررسی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان ساوه
									۳۶۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	۰۰ بررسی مددجویان استفاده‌کننده از خدمات ارائه‌شده توسط واحدهای خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان ساوه
									۳۶۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	۰۰ بررسی وضعیت خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آن‌ها در شهرستان ساوه
									۳۶۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	۰۰ بررسی وضعیت مراکز بهداشتی-درمانی روستا (شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در شهرستان ساوه
									۳۷۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	۰۰ بررسی وضعیت بیمه شدگان روستایی (اصلي و تبعی) خدمات درمانی تحت پوشش اداره کل خدمات درمانی شهرستان شازند
									۳۷۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	۰۰ بررسی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان شازند
									۳۷۷- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	۰۰ بررسی مددجویان استفاده‌کننده از خدمات ارائه‌شده توسط واحدهای خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان شازند
									۳۷۷- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	۰۱ بررسی وضعیت خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آن‌ها در شهرستان شازند
									۳۷۷- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	۰۲ بررسی وضعیت مراکز بهداشتی-درمانی روستا (شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در شهرستان شازند

تجارب داخلی استان مرکزی										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
00	بررسی و وضعیت بیمه شدگان روستایی (اصلی و تبعی) خدمات درمانی تحت پوشش اداره کل خدمات درمانی شهرستان کمیجان	۳۸۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
00	بررسی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان کمیجان	۳۸۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
00	بررسی مددجویان استفاده‌کننده از خدمات ارائه‌شده توسط واحدهای خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان کمیجان	۳۸۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
00	بررسی وضعیت خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آن‌ها در شهرستان کمیجان	۳۸۷- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
00	بررسی وضعیت مراکز بهداشتی-درمانی روستا (شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در شهرستان کمیجان	۳۸۷- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
00	بررسی وضعیت بیمه شدگان روستایی (اصلی و تبعی) خدمات درمانی تحت پوشش اداره کل خدمات درمانی شهرستان محلات	۳۹۴- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
00	بررسی واحدهای ارائه‌دهنده خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان محلات	۳۹۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
00	بررسی مددجویان استفاده‌کننده از خدمات ارائه‌شده توسط واحدهای خدمات اجتماعی روستایی سازمان بهزیستی شهرستان محلات	۳۹۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
01	بررسی وضعیت خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آن‌ها در شهرستان محلات	۳۹۵- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								
02	بررسی وضعیت مراکز بهداشتی-درمانی روستا (شامل درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک و مرکز بهداشت) در شهرستان محلات	۳۹۶- اقتصاد شهری و روستایی-روستا								

تجارب داخلی استان مرکزی											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									۴۰۳- اقتصاد شهری و روستایی-روستا	کارگاه‌های دارای فعالیت بهداشت و مددکاری اجتماعی	□□
									۳۹۹- اقتصاد شهری و روستایی-شهر	بررسی وضعیت مراکز بهداشتی درمانی	□□
									۴۰۰- اقتصاد شهری و روستایی-شهر	بررسی وضعیت پزشکان برحسب تخصص	□□

جدول ۲۲: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان زنجان در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان زنجان											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									۱۱۷- جلد ۲	تحلیل شاخص توسعه انسانی	۱
									۲۳۰- جلد ۵	بیمارستان‌ها	۲
									۴۷۷- جلد ۸	شبکه‌های خدمات بهداشتی درمانی	۳
									۴۷۹- جلد ۸	تحلیل پیوند جریان‌های بهداشتی و درمانی با مراکز اصلی سکونتگاهی	۴
									۵۲۰- جلد ۸	تحلیل جریان بیماری‌های واگیردار	۵
									۱۵۹- جلد ۱۸	خدمات برتر در حوزه بهداشت و درمان	۶

جدول ۲۳: جمع بندی اطلاعات آمایشی استان قم در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان قم											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
۱	میزان مولید در استان	۶۳- جلد نهم									
۲	میزان باروری کل استان	۶۴- جلد نهم									
۳	میزان عمومی مرگومیر استان	۶۵- جلد نهم									
۴	میزان باروری ویژه سنی استان قم در سال ۱۳۸۵	۷۰- جلد نهم									
۵	شاخص توسعه انسانی در استان های کشور در سال ۱۳۸۵	۱۰۱- جلد نهم									
۶	تعداد و انواع خدمات و امکانات بهداشتی درمانی استان قم به تفکیک نقاط شهری	۳۰- جلد دهم									
۷	دسترسی به خانه بهداشت و پزشک	۳۸- جلد یازدهم									
۸	وضعیت خانه بهداشت و پزشک در نقاط روستایی استان به تفکیک بخش و دهستان ۱۳۷۵-۸۵	۴۱- جلد یازدهم									
۹	ساختار خدمات استان در بخش بهداشت و درمان	۹۵- فصل نوزدهم									
۱۰	تحلیل تخصص های بخش	۹۵- فصل نوزدهم									
۱۱	مؤسسات درمانی	۹۵- فصل نوزدهم									
۱۲	امکانات پاراکلینیک	۹۹- فصل نوزدهم									
۱۳	مراکز بهداشت شهری و روستایی	۱۰۰- فصل نوزدهم									
۱۴	نیروی انسانی شاغل در خدمات بهداشتی درمانی	۱۰۳- فصل نوزدهم									

تجارب داخلی استان قم											
زمان			اجزا اطلاعاتی						فصل و صفحه	عنوان	ردیف
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی	وضعیت سلامت			
									فصل ۱۰۶- نوزدهم	تحلیل قلمرو و حوزه نفوذ ارائه خدمات در استان	۱۵
									فصل ۱۰۶- نوزدهم	شاخص‌های اصلی بخش سلامت	۱۶
									فصل ۱۱۸- نوزدهم	تحلیل بهره‌وری عوامل تولید بخش سلامت	۱۷
									فصل ۱۲۴- نوزدهم	تحلیل سازمان فضایی بخش سلامت	۱۸
									فصل ۱۲۴- نوزدهم	شناسایی اجزای سازمان فضایی بخش	۱۹
									فصل ۱۲۸- نوزدهم	تحلیل روابط اجزای سازمان فضایی در بخش بهداشت و درمان با سایر بخش‌ها	۲۰
									فصل ۱۲۸- نوزدهم	سطح‌بندی اجزای سازمان فضایی بخش سلامت	۲۱
									فصل ۱۳۲- نوزدهم	شبکه‌های خدمات بهداشتی درمانی	۲۲
									فصل ۱۳۲- نوزدهم	تحلیل پیوند جریان‌های بهداشتی و درمانی با مراکز اصلی سکونتگاهی	۲۳
									فصل ۱۳۲- نوزدهم	تحلیل جریان بیماری‌های فراگیر و واگیر	۲۴
									فصل ۷۴- ۲۳	مساکن و زیرساخت‌های بهداشتی	۲۵
									فصل ۲۴- ۲۸	خدمات بهداشتی	۲۶
									فصل ۲۳- ۲۶	ارزش‌افزوده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی	۲۷

جدول ۲۴: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان البرز در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان البرز										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
1	مراکز بهداشتی در کل استان البرز و نقاط روستایی شامل درمانگاه، کلینیک، پلی‌کلینیک و مرکز بهداشت در سال ۱۳۹۰	۱۱۰- فصل اول- تحلیل عرصه‌های اقتصادی								
2	خانه‌های بهداشت فعال روستاها و جمعیت تحت پوشش آنها	۱۱۲- فصل اول- تحلیل عرصه‌های اقتصادی								
□	روند تحولات جمعیت استان ناشی از باروری، مرگومیر و مهاجرت به تفکیک شهرستان	۷۹- فصل اول- جمعیت								
□	تحلیل شاخص توسعه انسانی (تولید ناخالص داخلی سرانه، امید به زندگی در بدو تولد و آموزش)	۱۰۲- فصل اول- جمعیت								
□	تحلیل شاخص‌های توسعه انسانی برحسب جنسیت	۱۰۷- فصل اول- جمعیت								
□	شاخص‌های باروری کشور	۸۰- فصل اول- جمعیت								
□	موالید ثبت‌شده در کشور و استان البرز	۸۱- فصل اول- جمعیت								
□	موالید ثبت‌شده استان البرز برحسب گروه سنی مادران ۱۳۸۹	۸۷- فصل اول- جمعیت								
□	میزان خام مرگومیر در استان البرز به تفکیک شهرستان ۸۳- ۱۳۹۰	۸۸- فصل اول- جمعیت								
1□	تغییرات نرخ مولید، نرخ مرگومیر و نرخ رشد طبیعی استان البرز ۸۳-۱۳۹۰	۹۰- فصل اول- جمعیت								

تجارب داخلی استان البرز												
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی						زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده	
11	بررسی خدمات بهداشتی و درمانی استان البرز	۷۶- فصل اول- ساختار- خدمات										
12	آمار کل بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی استان البرز	۵۹- فصل اول- ساختار- خدمات										
10	دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بر اساس مقطع تحصیلی ۱۳۹۰-۸۹	۷۵- فصل اول- ساختار- خدمات										
10	جایگاه استان البرز در خدمات بهداشت و مددکاری اجتماعی کشور	۷۶- فصل اول- ساختار- خدمات										
10	تعداد کارگاه‌های خدمات بهداشت و مددکاری اجتماعی در استان البرز به تفکیک ابعاد کارگاه ۱۳۸۱	۷۶- فصل اول- ساختار- خدمات										
10	شاخص‌های بخش بهداشت و درمان استان البرز در سال‌های ۱۳۹۰-۸۹	۷۸- فصل اول- ساختار- خدمات										
10	تعداد پزشک به ازای هر ۱۳ هزار نفر جمعیت استان در سال ۱۳۸۹	۷۹- فصل اول- ساختار- خدمات										
10	اطلاعات بیمارستان‌های استان البرز	۲۰- فصل اول- محیطزیست- جلد ۲										
10	پراکندگی صنایع ابزار پزشکی و اپتیکی، دقیق و ساعت برحسب تعداد شاغلین	۱۵۱- فصل اول- گزارش اصلاحی صنعت و معدن										
20	بیمارستان‌های استان البرز به تفکیک شهرستان، تعداد تخت و نوع تخصص در سال ۱۳۹۲	۱۲۴- فصل دوم										
21	پهنه‌بندی مناطق در معرض خطرات انواع بیماری‌های انسانی و دامی و اثرهای آن	۱۰- فصل چهارم										
22	بیماری‌های انسان و دام	۱۱۵- فصل چهارم										

تجارب داخلی استان البرز										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
20	تعداد موارد بیماری‌های ثبت‌شده مشترک بین دام و انسان در استان البرز	۱۱۰- فصل چهارم								
20	تعداد مبتلایان ناشی از بیماری‌های تک‌گیر در طی چهار سال گذشته در استان البرز	۱۱۱- فصل چهارم								
20	موارد تشخیص بیماری‌های واگیر در معاینات بالینی	۱۱۶- فصل چهارم								
20	موارد تشخیص بیماری‌های واگیر در آزمایشگاه	۱۱۶- فصل چهارم								
20	سازمان فضایی بخش آموزش و درمان استان البرز در سطح کشور	۷۶- فصل ششم- جلد دوم								
20	تعداد پایگاه‌های اورژانس و امداد نجات جاده‌ای به ازاء هر ۱۰۰۰ کیلومتر راه برون‌شهری (بدون راه روستایی) تا پایان سال ۱۳۹۳	۱۳۴- فصل هفت								
20	تعداد متوفیان ناشی از تصادفات رانندگی برون شهری به ازاء هر ۱۰۰۰ کیلومتر راه برون‌شهری (بدون راه روستایی) تا پایان سال ۱۳۹۳	۱۳۵- فصل هفتم								

منطقه آمایشی ۷- اصفهان، چهارمحال بختیاری، یزد

جدول ۲۵: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان اصفهان در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان اصفهان										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
1	بررسی روند بودجه بخش سلامت	1								
2	بررسی روند GDP تخصیص‌یافته									

تجارب داخلی استان اصفهان											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									02	بررسی سهم بیمار از هزینه‌های درمان	0
									00	بررسی هزینه سرانه بخش سلامت	0
									00	بررسی مخارج سرانه بهداشتی	0
									00	امکانات کمی نیروی انسانی بخش سلامت	0
									00	امکانات کیفی نیروی انسانی بخش سلامت	0
									00	ظرفیت مراکز بهداشتی و درمانی	0
									00	اطلاعات کمی و کیفی مرکز فوریت‌ها و حوادث پزشکی	0
									00	بررسی توزیع فضایی فعالیت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی	10
									00	شناسایی تعداد بیمه‌شدگان اصلی و تبعی	11
									00	بررسی روند فعالیت‌های بهداشتی و درمانی	12
									00	شناسایی عدم تعادل‌ها در توزیع جغرافیایی امکانات و ارائه خدمات سلامت	10
									100	بررسی عدم تعادل‌ها در بین شاخص‌های بهداشتی	10
									100	بررسی عدم تعادل‌ها در بین شاخص‌های درمانی	10
									100	تقسیم‌بندی مناطق از نظر بار بیماری‌ها	10
									220	تصادفات	10
									200	بیماری‌های قلبی عروقی	10
									200	سرطان	10
									200	افسردگی	20
									200	بیماری‌ها و مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر	21
									200	دارو	22
									200	عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر	20

تجارب داخلی استان اصفهان											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									200	پرداخت از جیب مخارج سلامت کشور	20
									001	متوسط هزینه‌های خالص و ناخالص بهداشت و درمان	20
									000	اعتبارات سرانه بخش بهداشت و درمان از محل بودجه جاری و اختصاصی	20
									000	سهم بخش بهداشت و درمان از کل اعتبارات	20
									000	مخارج بخش سلامت در کشور	20
									020	اطلاعات کمی نیروی انسانی	20
									جدول - 22	تعداد اعضای هیئت علمی	00
									جدول - 42	تعداد نیروی انسانی تحت پوشش شبکه‌های بهداشت و درمان نیروی انسانی شاغل در مدیریت درمان تأمین اجتماعی	01
									جدول - 44/43	تعداد و وضعیت تحصیلی بهورزان شاغل	02
									جدول - 45	تعداد خانه‌های بهداشت - مرکز بهداشتی درمانی	00
									جدول - 46	تعداد پلی کلینیک‌ها و درمانگاه‌های تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی	00
									جدول - 48	کارخانه‌های داروسازی و شرکت‌های توزیع داروی استان	00
									جدول - 58	تعداد مؤسسات در مانی فعال و تخت‌های موجود و پیش‌بینی شده	00
									جدول - 63	تعداد مراکز درمانی ارائه‌دهنده خدمات	00
									جدول - 99	تعداد تخت موجود و پیش‌بینی شده	00

تجارب داخلی استان اصفهان											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									جدول-۶۷	تعداد تخت دیالیز و تعداد مراکز درمانی	۰۰
									جدول-۶۸	تعداد کل داروخانه‌ها آزمایشگاه‌ها توان‌بخشی و تصویرنگاری	۰۰
									جدول-۷۲	درصد زایمان‌ها در بیمارستان‌ها	۰۱

جدول ۲۶: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان چهارمحال بختیاری در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان چهارمحال و بختیاری											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
		۱۳۹۰							۳۶۶-۱	روند فزاینده آسیب‌های زیست‌محیطی مانند ورود ریزگردها (به علت هم‌جواری با استان خوزستان و نزدیکی به مرز عراق) و خشک شدن تالاب‌ها در کشور و استان و تأثیر نامطلوب آن بر سلامت ساکنان و زیست‌بوم.	1
		۱۳۹۰							۱۷۰-۵	روند بهبود شاخص‌های رفاهی استان به‌ویژه با اجرای طرح تحول نظام سلامت در کشور	2
									۱۰۱-۴	هرچند بیماری‌های مشترک انسان و حیوان از ابتدای زندگی بشر بر کره خاکی وجود داشته‌اند، اما در سال‌های اخیر اهمیت دوچندانی پیدا کرده و امروز از لحاظ بهداشت و سلامت اقتصادی و سیاست بین‌الملل نیز جایگاه خاصی دارد	۰
		۱۳۹۰							۱۴۷-۴	موضوعاتی از قبیل مصرف سیگار، قلیان و دارو بدون تجویز پزشک (تا جایی که جنبه اعتیاد نیافته باشد) بیشتر از لحاظ آسیب به سلامت عمومی جامعه و هزینه‌های درمان به‌عنوان تهدید ارزیابی می‌شود.	۰

تجارب داخلی استان چهارمحال و بختیاری										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	م منابع مالی	سایر	گذشته	حال
□	فراهم آوردن زمینه‌های مناسب برای رشد و پیشرفت و گسترش آموزش و پرورش، ورزش همگانی، بهداشت عمومی، آموزش عالی و تحقیقات.	۸-۷								
□	مجمع‌های درمانی خاص، قرنطینه‌های بهداشتی و موارد مشابه با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و	۷۲-۸								
□	ایجاد منابع مالی پایدار برای ارتقای سلامت روستاها و شهرهای با جمعیت ماده هزار نفر و کمتر از محل تخصیص یک درصد از مالیات بر ارزش افزوده به‌عنوان مالیات سلامت	۸۵-۷								
□	ایجاد منابع مالی پایدار برای ارتقای سلامت (پیشگیری و آموزش) و توسعه ۶۳ - ماده ورزش از محل اخذ عوارض از نوشیدنی‌های قندی داخلی و وارداتی و اخذ عوارض از خرده‌فروشی سیگار	۸۶-۷								

منطقه آمایشی ۸- سیستان و بلوچستان، کرمان

جدول ۲۷: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان سیستان و بلوچستان در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان سیستان و بلوچستان										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	م منابع مالی	سایر	گذشته	حال
۱	روند تحولات جمعیت استان ناشی از باروری، مرگ‌ومیر و مهاجرت به تفکیک شهرستان	۳۳								-۱۳۸۴ ۹۵
۲	تحلیل شاخص توسعه انسانی (تولید ناخالص داخلی سرانه، امید به زندگی در بدو تولد و آموزش) استان‌های کشور	۷۳								-۱۳۸۴ ۹۵

تجارب داخلی استان سیستان و بلوچستان													
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان					
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده		
۳	مقایسه زیرساخت‌های آموزشی استان سیستان و بلوچستان و کل کشور	۱۳۸									۱۳۷۵- ۹۴		
۴	وضعیت اشتغال گروه‌های عمده فعالیت استان به تفکیک مناطق شهری و روستایی	۲۷									۱۳۷۵- ۹۰		
۵	تعداد بیمارستان‌های فعال و تخت‌های ثابت موجود در آن در استان برحسب نوع وابستگی	۹۳									۱۳۹۴		
۶	تعداد مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه بهداشتی در استان	۹۳									۱۳۹۴		
۷	نظام خدمات‌رسانی روستایی (بخش بهداشت و درمان)	۱۲۴											
۸	تعداد مراکز خدمات بهداشتی- درمانی در دهستان‌های استان	۴۷									۱۳۹۰		
۹	دسترسی به خدمات بهداشتی- درمانی (پزشک و بهیار) در روستاها	۴۵									۱۳۹۰		
۱۰	استانداردها و آستانه‌های پیشنهادی برای خدمات‌رسانی به مراکز روستایی (خدمات بهداشتی، درمانی و بهزیستی)	۸۶											
۱۱	تعداد مراکز درمانی و پزشکان فعال در مراکز	۱۶۳									۱۳۹۵		
۲۱	سطح‌بندی دامنه ارائه خدمات درمانی در استان	۱۶۴									۱۳۹۵		
۱۳	کارکردهای خدماتی- تسهیلاتی و تعداد رو ستاهای دارای این کارکردها (بهداشتی- درمانی)	۱۷۸-۲											
۴۱	درصد جمعیت تحت پوشش خدمات جمع‌آوری و دفع بهداشتی فاضلاب شهری	۵۱-۴									۱۳۸۵- ۹۴		
۱۵	پهنه‌بندی مناطق در معرض خطرات انواع بیماری‌های انسانی و دامی و اثرهای آن	۵۷-۴											
۱۶	موارد تشخیص بیماری‌های واگیر در معاینات بالینی	۵۸-۴											
۱۷	موارد تشخیص بیماری‌های واگیر در معاینات بالینی در سال ۱۳۹۲ در شهرستان‌ها	۵۸-۴											

تجارب داخلی استان سیستان و بلوچستان										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
۱۸	شاغلان متخصص استان به تفکیک گروه‌های عمده فعالیت در سال ۱۳۹۰ (فعالیت‌های مربوط به سلامت انسان و مددکاری اجتماعی)	۱۸-۵								
۱۹	بررسی تعداد تخت‌های بیمارستانی طی دوره ده ساله و نحوه توزیع در سطح شهرستان‌های استان	۷۲-۵								
۲۰	بررسی سایر خدمات درمانی طی دوره ده ساله و نحوه توزیع در سطح شهرستان‌های استان (مراکز بهداشتی، پایگاه بهداشت، تسهیلات زایمان، خانه‌های بهداشت فعال، تعداد آزمایشگاه و ...)	۷۳-۵								

جدول ۲۸: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان کرمان در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان کرمان										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
۱	پراکندگی‌های بیمارستان‌ها	۴۵								
۲	مراکز بهداشتی درمانی شهری	۴۵								
۳	مراکز بهداشتی درمانی روستایی	۴۵								
۴	خانه بهداشت روستایی	۴۶								
۵	تعداد مؤسسات درمانی فعال و تخت‌های موجود در آنها برحسب وضعیت حقوقی در سطح شهرستان‌های استان کرمان	۴۹						۱۳۹۲		
۶	سرانه تعداد تخت به ازای هر ۱۰۰۰ نفر	۵۶						۱۳۹۲		
۷	سطح‌بندی بیمارستان‌های شهرستان‌های استان برحسب میزان تخت	۶۲								
۸	میزان پسماندهای بیمارستانی به تفکیک شهرها	۹۷								

تجارب داخلی استان کرمان											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
									۱۰۰	مقدار انواع کود توزیع شده به تفکیک شهرها	۹
		۱۳۸۹							۱۰۰	میزان نسبی انتشار آینده‌های جوی	۱۰
		۱۳۹۱							۴	موارد تشخیص بیماری‌های واگیردار	۱۱
		۱۳۹۱							۷	آمار بالاترین شیوع هر بیماری و شهرستان محل شیوع آن	۱۲
		۱۳۹۱							۱۱	سرانه بیماری‌های تشخیص داده شده در معاینات بالینی به تفکیک شهرستان به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر	۱۰
		۱۳۹۱							۱۱	سرانه بیماری‌های تشخیص داده شده در آزمایشگاه به تفکیک شهرستان به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر	۱۰
									۷	امید به زندگی در روز تولد در شهرستان‌های استان کرمان	۱۰
									۲۵	سهم ارزش افزوده رشته فعالیت بهداشت و مددکاری اجتماعی استان از کل ارزش افزوده خدمات استان طی سال‌های ۱۳۷۹-۹۳	۱۰
									۳۴	رشته فعالیت بهداشت و درمان و مددکاری اجتماعی طی سال‌های ۱۳۷۹-۹۳	۱۰
									۳۱	توسعه انسانی نامتوازن در استان	۱۰
									۴۳۹	تحولات جمعیت شهری و روستایی در استان و کشور (اطلاعات مربوط به باروری)	۱۰

منطقه آمایشی ۹- خراسان رضوی، خراسان شمالی، خراسان جنوبی

جدول ۲۹: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان خراسان رضوی در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان خراسان رضوی										
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان		
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال
1	تعداد کلینیک‌ها، آزمایشگاه‌ها، داروخانه‌ها و...	بخش ۱. تحلیل اقتصادی، ۵۰۰						۱۳۹۰		
2	تعداد تخت در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه، خصوصی و ...	بخش ۱. تحلیل اقتصادی، ۵۰۰						۱۳۹۰		
□	تعداد پزشکان، پیراپزشکان و...	بخش ۱. تحلیل اقتصادی، ۵۰۰						۱۳۹۰		
□	وضعیت پوشش صداوسیما در حوزه سلامت	بخش ۱. تحلیل اقتصادی، ۶۱۱						۱۳۸۷		
□	بحران بهداشت در زمان زلزله (فقط توضیح)	بخش ۱. ملاحظات ایمنی، ۴۳								
□	تعداد مراکز درمانی	بخش ۱، گزارش فصل پنجم، ۱۹۶						۱۳۸۹		
□	الگوی توزیع پیشنهادی سطح‌بندی خدمات درمانی	طراحی و برنامه‌ریزی، پهنه‌بندی مناطق، ۹۲								۱۴۰۵
□	مقایسه شاخص‌های باروری	بخش ۱. تحلیل اجتماعی فرهنگی، ۴۳						-۱۳۶۵ ۹۰		
□	مقایسه میزان باروری کل و عمومی	بخش ۱. تحلیل اجتماعی فرهنگی، ۴۴						-۱۳۶۵ ۹۰		
1□	میزان مرگ‌ومیر عمومی	بخش ۱. تحلیل اجتماعی فرهنگی، ۴۷						-۱۳۶۵ ۹۰		

تجارب داخلی استان خراسان رضوی												
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان				
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده	
11	درصد برخورداری از خدمات مراکز بهداشتی درمانی در بین عشایر	بخش ۱. تحلیل اجتماعی فرهنگی. ۲۴۰								۱۳۸۸		
12	دسترسی مستقیم سکونتگاه‌ها و جمعیت روستایی به امکانات و خدمات بهداشتی درمانی (خانه بهداشت، داروخانه، پزشک و دندان‌پزشک)	بخش ۱. تحلیل اجتماعی فرهنگی. ۱۴۲								۱۳۸۵		
10	توزیع فضایی روستاهای فاقد دسترسی مستقیم به هر نوع امکانات بهداشتی درمانی	بخش ۱. تحلیل اجتماعی فرهنگی. ۱۶۸								۱۳۸۵		
10	تمرکز فعالیت‌های بهداشت	بخش ۱. تحلیل اقتصادی. ۷۴								۱۳۸۸		
10	شناسایی فعالیت‌های پایه و تبعی بر اساس اشتغال	بخش ۱. تحلیل اقتصادی. ۶۸								۱۳۸۵		
10	مرکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت برحسب وضعیت جغرافیایی	بخش ۱. تحلیل اقتصادی. ۱۲۷۶								۱۳۹۰		
10	متوسط هزینه‌های خالص بهداشت و درمان سالانه یک خانوار روستایی	بخش ۱. تحلیل اقتصادی. ۱۲۹۸								۱۳۸۰-۹۰		
10	میانگین شاخص مزیت نسبی ارزش افزوده‌ای بهداشت و درمان	بخش ۱. تحلیل اقتصادی. ۱۳۹۰								۱۳۸۰-۸۸		
10	دسترسی مستقیم سکونتگاه‌ها و جمعیت روستایی به امکانات و خدمات بهداشتی درمانی	بخش ۱. تحلیل نظام سکونتگاهی. ۳۲۰								۱۳۸۵		
20	عدم دسترسی روستاها به خدمات بهداشتی درمانی	بخش ۱. تحلیل نظام سکونتگاهی. ۳۲۷								۱۳۸۵		
21	تعداد و ضریب مکانی تخت و بیمارستان‌ها	بخش ۱. تحلیل نظام سکونتگاهی. ۵۳۸								۱۳۸۹		
22	تعداد و ضریب مکانی مراکز بهداشتی درمانی و خانه‌های بهداشت	بخش ۱. تحلیل نظام سکونتگاهی. ۵۴۰								۱۳۸۹		

تجارب داخلی استان خراسان رضوی										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
		۱۳۸۹							بخش ۱. تحلیل نظام سکونتگاهی. ۵۷۱	۲۰ ضریب مرکزیت بیمه‌شدگان اصلی و تبعی تحت پوشش خدمات درمانی

جدول ۳۰: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان خراسان جنوبی در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان خراسان جنوبی										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
		۱۳۹۰							بخش ۱، فایل ۱۰، ۱۰۴	۱ میزان باروری عمومی
		۱۳۸۵ و ۹۰							بخش ۱، فایل ۱۰، ۸۴	۲ میزان خام مرگومیر
		۱۳۸۵-۹۰							بخش ۱، فایل ۱۰، ۱۳۲	۰ میزان مرگومیر اطفال
									بخش ۱، فایل ۱۰، ۱۳۳	۰ امید به زندگی در بدو تولد
		۱۳۹۰							بخش ۱، فایل ۱۰، ۱۳۴	۰ انتقال اپیدمیولوژیک
		۱۳۸۵							بخش ۱، فایل ۲۵، ۱۳	۰ میزان دسترسی روستاها به امکانات بهداشتی درمانی
		۱۳۸۵							بخش ۱، فایل ۲۹، ۱۳	۰ توزیع امکانات بهداشتی درمانی در روستاها
		۱۳۹۱							بخش ۱، فایل ۱۰۷، ۱۴	۰ آمار دانشگاه علوم پزشکی

تجارب داخلی استان خراسان جنوبی										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
			سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
آینده	حال	گذشته								
		۱۳۸۷-۹۰						بخش ۱، فایل ۶۰،۲۰	توزیع جمع مراکز خدمات درمانی و بهداشتی	۰
		۱۳۸۶-۹۰						بخش ۱، فایل ۲۴، ۱۲۰	مراکز بهداشتی درمانی برحسب وضعیت جغرافیایی	۱۰
		۱۳۸۶-۹۰						بخش ۱، فایل ۲۴، ۱۲۲	تعداد مؤسسات درمانی فعال و تخت‌های موجود در آن‌ها	۱۱
		۱۳۸۶-۹۰						بخش ۱، فایل ۲۴، ۱۲۷	پزشکان شاغل در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی	۱۲
		۱۳۸۶-۹۰						بخش ۱، فایل ۲۴، ۱۲۷	تعداد آزمایشگاه، داروخانه و مراکز پرتونگاری و توان‌بخشی	۱۰
		۱۳۹۱						بخش ۱، فایل ۲۴، ۱۷۴	متوسط انواع هزینه‌های بهداشت و درمان یک خانوار شهری و روستایی	۱۰
		۹۰-۸۳						بخش ۱، فایل ۵۰، ۲۵	تولید ارزش افزوده بخش بهداشت	۱۰
		ندارد						بخش ۱، فایل ۲۶، ۲۵۷	پراکندگی و توزیع مراکز اصلی ارائه خدمات (تعداد بیمارستان، مرکز بهداشت و تخت)	۱۰
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۲۵	مقایسه ده علت اول مرگ	۱۰
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۲۶	مقایسه علل مرگ در گروه‌های سنی در معرض خطر استخراج شده از زیج روستایی	۱۰
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۲۷	شاخص‌های سلامت و آموزش پزشکی در منطقه (دانشجویان علوم پزشکی)	۱۰
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	تعداد خانه‌های بهداشت	۲۰
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	میزان مرگ‌ومیر نوزادان	۲۱

تجارب داخلی استان خراسان جنوبی										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
			سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
آینده	حال	گذشته								
								۳۰		
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	تعداد مرگ مادران باردار به علل عوارض حاملگی و زایمان	22
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	نسبت استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری	20
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	نسبت نوزادان با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم هنگام تولد	20
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	نسبت پزشک و دندان پزشک به جمعیت	20
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	نسبت دهگردشی به تعداد پزشک	20
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	تعداد پزشک خانواده به ازای هر مرکز بهداشتی- درمانی	20
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	درصد مراکز بهداشتی- درمانی مجری برنامه پزشک خانواده	20
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	درصد جمعیت شهری تحت پوشش پزشک خانواده به کل جمعیت	20
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	درصد جمعیت دارای دفترچه بیمه روستایی تحت پوشش برنامه به کل جمعیت	00
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	ضریب اشغال تخت	01
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	نسبت تخت فعال به جمعیت (اندکس تخت فعال) در منطقه تحت پوشش	02

تجارب داخلی استان خراسان جنوبی										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
			سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
آینده	حال	گذشته								
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	نسبت تخت ثابت به جمعیت (اندکس تخت فعال) در منطقه تحت پوشش	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۰	سرانه نیروی انسانی به تخت فعال در بیمارستان‌های تابعه	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	سرانه نیروی انسانی پیراپزشک به تخت فعال در بیمارستان‌های تابعه	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	سرانه نیروی انسانی (شرکتی) به تخت فعال در بیمارستان‌های تابعه	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	متوسط اقامت در بیمارستان‌های تابعه (با احتساب بیماران بستری در اورژانس)	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	سرانه درآمد تخت فعال بیمارستانی	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	سرانه هزینه تخت فعال بیمارستانی	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	نسبت بیماران غیر ایرانی و غیر افغانی پذیرش شده	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	نسبت تخت روانی، سوختگی و ویژه به جمعیت	□1
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	تعداد پایگاه اورژانس شهری و جاده‌ای	□2
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	میانگین اقلام دارویی در نسخ	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	درصد نسخ حاوی داروی آنتی‌بیوتیک	□□

تجارب داخلی استان خراسان جنوبی										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
			سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
آینده	حال	گذشته								
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	درصد نسخ حاوی داروی تزریقی	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	نسبت داروخانه های بازرسی شده به کل داروخانه های تحت پوشش	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	نسبت داروخانه های فعال به کل داروخانه های مورد نیاز به ازای ده هزار نفر جمعیت	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۱	تعداد پرسنل شاغل هیئت علمی و غیر هیئت علمی در دانشگاه (پزشک و ...)	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۳۶	تعداد دانشکده های دانشگاه علوم پزشکی	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۴۰	شاخص مرگ (نوزادان، کودکان زیر یکسال، به علت بیماری قلبی عروقی و به علت سرطان)	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۴۱	زایمان به روش سزارین به کل زایمان ها	□1
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۴۱	شاخص DMFT ^۱	□2
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۴۱	میزان شیوع دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال روستایی	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۴۱	سرانه نیروهای پیراپزشکی به تخت فعال	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۴۲	آمار پایگاه های اورژانس شهری و جاده ای	□□

2. Decay, Missing, Filling Teeth شاخص پوسیدگی دندان

تجارب داخلی استان خراسان جنوبی										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
			سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
آینده	حال	گذشته								
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۴۲	درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف ۶ ساعت در اورژانس‌های بیمارستانی	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۴۲	نسبت تعداد تخت‌های روان‌پزشکی به جمعیت	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۴۳	سرانه کادر پرستاری به تخت موجود	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۴۳	نسبت پرستار به تخت موجود و بخش‌های جنرال	□□
		۹۳-۹۲						بخش ۲، فایل ۲، ۴۳	رشد هزینه مربوط به کارانه کارکنان بخش بهداشت و درمان نسبت به سال قبل	□□

جدول ۳۱: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان خراسان شمالی در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان خراسان شمالی										
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف
			سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی			
آینده	حال	گذشته								
		۱۳۸۵						فصل اول، ۷۲	امید به زندگی در بدو تولد	۱
		۱۳۸۵						فصل اول، ۵۰	جدول عمر زنان و مردان شهری و روستایی	۲
		۹۰-۱۳۷۰						فصل اول، ۴۶	روند تغییرات امید به زندگی	۳
		۱۳۸۵						فصل اول، ۴۴	میزان باروری کل در کل کشور	۴
		۹۰-۱۳۵۵						فصل اول، ۴۲	روند تغییرات باروری	۵
		۱۳۸۵						فصل اول، ۲۱۵	فراوانی تعداد آزمایشگاه، رادیولوژی، مراکز، پایگاه‌ها، خانه‌های بهداشتی و...	۶

تجارب داخلی استان خراسان شمالی											
زمان		اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف		
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات				نیروی انسانی	وضعیت سلامت
		۱۳۸۵							فصل اول، ۲۱۵	فراوانی پزشک، پزشک خانواده، ماما و ...	۷
		-۱۳۸۴ ۹۰							فصل اول، ۷۵۷	متوسط نرخ رشد عملکرد اعتبارات عمرانی	۸
		۱۳۹۰							فصل اول ۸۴۵، فصل دوم، ۷۴	تعداد بیمارستان ها تخصصی و عمومی، درمانگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری	۹
		۱۳۹۰							فصل دوم، ۱۵۸	شاخص های تعیین کارکرد خدماتی و تسهیلاتی روستایی (پزشک خانواده، خانه بهداشت و...)	۱۰
		۱۳۹۰							فصل دوم، ۱۶۶	نسبت روستاهای بهره مند از خانه بهداشت به تعداد کل	۱۱ شاخص های توسعه
									فصل دوم، ۱۶۶	نسبت مراکز بهداشتی درمانی به ازای ده هزار نفر	
									فصل دوم، ۱۶۶	نسبت پزشک به ازای ده هزار نفر	
		-۱۳۵۵ ۱۳۹۰							فصل ششم، ۲۰	میزان باروری کل (شهری و روستایی)	۱۲
		-۱۳۵۵ ۱۳۹۰							فصل ششم، ۲۱	امید به زندگی (شهری و روستایی)	۱۳
-۱۳۸۵ ۱۴۱۰									فصل ششم، ۱۵۵	پیش بینی میزان باروری کل	۱۴
-۱۳۸۵ ۱۴۱۰									فصل ششم، ۱۵۶	پیش بینی امید به زندگی در بدو تولد	۱۵
		۱۳۹۴							فصل هشتم، ۶۳	نرخ مرگ و میر نوزادان در بدو تولد	۱۶
		۱۳۹۴							فصل هشتم، ۶۴	نرخ مرگ و میر مادران در هر یک صد هزار تولد زنده	۱۷
		۱۳۹۴							فصل هشتم، ۶۸	نسبت تعداد تلفات جانی ناشی از مخاطرات طبیعی به کل مرگ و میر	۱۸

جدول ۳۲: جمع‌بندی اطلاعات آمایشی استان تهران در حوزه سلامت

تجارب داخلی استان تهران											
ردیف	عنوان	فصل و صفحه	اجزا اطلاعاتی					زمان			
			وضعیت سلامت	نیروی انسانی	تجهیزات	فیزیکی	منابع مالی	سایر	گذشته	حال	آینده
۱	سطح‌بندی خدماتی (مراکز مختلف از جمله مراکز آموزشی، مراکز درمانی، دفاتر بیمه) شهرهای استان تهران	فصل ۱۵ / بخش ۱ / صفحه ۸۰ و ۸۱							۹۷		
۲	تعداد پزشک متخصص به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	فصل ۱۵ / بخش ۱۳ / صفحه ۲۲							۹۷		
۳	تعداد پرستار به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	فصل ۱۵ / بخش ۱۳ / صفحه ۲۲							۹۷		
۴	تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	فصل ۱۵ / بخش ۱۳ / صفحه ۲۲							۹۷		
۵	تعداد مراکز بهداشتی-درمانی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت	فصل ۱۵ / بخش ۱۳ / صفحه ۲۲							۹۷		
۶	تعداد مراکز توان‌بخشی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت (خدمات بهداشتی-درمانی)	فصل ۱۵ / بخش ۱۳ / صفحه ۲۲							۹۷		
۷	درصد جمعیت برخوردار از حمایت‌های بیمه‌ای به کل جمعیت	فصل ۱۵ / بخش ۱۳ / صفحه ۲۲							۹۷		
۸	تعداد مراکز توان‌بخشی به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت (خدمات مراقبت اجتماعی)	فصل ۱۵ / بخش ۱۳ / صفحه ۲۲							۹۷		
۹	گسترش کمی و کیفی مؤسسات و مراکز درمانی استان	فصل ۱۶ / بخش ۱ / صفحه ۸							۹۷		
۱۰	تکمیل طرح‌های گسترش شبکه دانشگاه (مراکز خدمات جامع سلامت - خانه‌ها و پایگاه‌های بهداشتی)	فصل ۱۶ / بخش ۱ / صفحه ۸							۹۷		

تجارب داخلی استان تهران											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
		۹۷							فصل ۱۶ / بخش ۱ / صفحه ۸	مقاوم‌سازی و نوسازی ساختمان‌های مراکز درمانی و بیمارستان‌ها	۱۱
		۷۹-۹۳							فصل ۱۶ / بخش ۱ / صفحه ۲۷	روند سهم تولید ناخالص داخلی استان‌های تهران و البرز در مقایسه با تولید ناخالص داخلی کشور (بهداشت و مددکاری اجتماعی)	۱۲
		۷۹-۹۳							فصل ۱۶ / بخش ۱ / صفحه ۴۲	: تغییرات ارزش‌افزوده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی و سهم استان نسبت به سطح ملی در سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۹۳ به قیمت ثابت (میلیارد ریال)	۱۳
		۷۹ و ۸۹ و ۹۳							فصل ۱۶ / بخش ۱ / صفحه ۶۵	جایگاه استان تهران در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی به لحاظ ارزش‌افزوده در رتبه‌بندی استان‌ها به قیمت جاری (میلیون ریال)	۱۴
		۷۹-۹۳							فصل ۱۶ / بخش ۱ / صفحه ۸۷	روند ارزش‌افزوده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی و سهم استان نسبت به استان‌های فراگیر در سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۹۳ به قیمت ثابت (میلیارد ریال)	۱۵
		۷۹-۹۳							فصل ۱۶ / بخش ۱ / صفحه ۹۱	روند سهم ارزش‌افزوده استان نسبت به استان‌های بلافاصل در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی ۷۹-۹۳ (به درصد)	۱۶
		۷۹-۹۳							فصل ۱۶ / بخش ۱ / صفحه ۱۰۶	روند ارزش‌افزوده بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی و سهم استان نسبت به استان‌های بلافاصل در سال‌های ۷۹-۹۳ به قیمت ثابت (میلیارد ریال)	۱۷
		۸۵-۹۰							فصل ۱۶ / بخش ۱ / صفحه ۱۷۷	خلاصه نتیجه ترکیب- سهم ۱۰ شهرستان در اشتغال بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی	۱۸
		۸۵-۹۰							فصل ۱۶ / بخش ۱ / صفحه ۱۷۸-۱۸۰	تغییرات در اشتغال بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در اثر (سهم شهرستان و ترکیب بخش‌ها و رشد ملی)	۱۹

تجارب داخلی استان تهران											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
		۸۵-۹۰							فصل ۶ بخش ۱/ صفحه ۱۸۱	کل تغییرات در اشتغال منطقه‌ای بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی	۲۰
		۸۵-۹۰							فصل ۱۶ / بخش ۱/ صفحه ۱۸۲	جمع‌بندی اشتغال استان به تفکیک ۱۰ شهرستان در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی به روش ترکیب- سهم	۲۱
		۸۵-۹۰							فصل ۱۶ / بخش ۱/ صفحه ۱۸۳	ضریب مکانی ۱۰ شهرستان در اشتغال بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی	۲۲
		۸۵-۹۰							فصل ۱۶ / بخش ۱/ صفحه ۱۸۴	جمع‌بندی اشتغال استان به تفکیک ۱۰ شهرستان در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی به روش تغییرات ضریب مکانی	۲۳
		۹۵							فصل ۶ / بخش ۱/۲ / صفحه ۲۹	میزان‌های ولادت و فوت در شهرستان‌های استان تهران بر اساس آمار سازمان ثبت‌احوال کشور ۱۳۹۵	۲۴
		۹۵							فصل ۶ / بخش ۱/۲ / صفحه ۳۰	میزان‌های ولادت در استان تهران به تفکیک شهرستان بر اساس اطلاعات سرشماری سال ۱۳۹۵ و میزان رشد طبیعی بر اساس میزان ولادت و فوت قابل قبول	۲۵
		۸۵-۹۰							فصل ۶ / بخش ۱/۲ / صفحه ۱۹۸	خلاصه نتیجه ترکیب-سهم ۱۶ شهرستان در اشتغال بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی	۲۶
		۸۵-۹۰							فصل ۶ / بخش ۱/۲ / صفحه ۲۰۰	تغییرات در اشتغال بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در اثر سهم شهرستان	۲۷
		۸۵-۹۰							فصل ۶ / بخش ۱/۲ / صفحه ۲۰۱	تغییرات در اشتغال بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در اثر ترکیب بخش‌ها	۲۸
		۸۵-۹۰							فصل ۶ / بخش ۱/۲ / صفحه ۲۰۲	تغییرات در اشتغال بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی در اثر رشد ملی	۲۹
		۸۵-۹۰							فصل ۶ / بخش ۱/۲ / صفحه ۲۰۳	کل تغییرات در اشتغال منطقه‌ای بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی	۳۰
		۸۵-۹۰							فصل ۶ / بخش ۱/۲ / صفحه ۲۰۳	جمع‌بندی اشتغال استان به تفکیک ۱۶ شهرستان در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی به روش ترکیب- سهم	۳۱

تجارب داخلی استان تهران											
زمان		اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف		
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات				نیروی انسانی	وضعیت سلامت
		۸۵-۹۰							فصل ۶ / بخش ۲ / صفحه ۲۰۴	تغییرات ضریب مکانی ۱۶ شهرستان در اشتغال بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی	۳۲
		۸۵-۹۰							فصل ۶ / بخش ۲ / صفحه ۲۰۶	جمع‌بندی اشتغال استان به تفکیک ۱۶ شهرستان در بخش بهداشت و مددکاری اجتماعی به روش تغییرات ضریب مکانی	۳۳
		۹۵							فصل ۶ / بخش ۳ / صفحه ۸۱	ترکیب هزینه‌ها و درآمدهای خانوار شهری استان در سال ۱۳۹۵ (بهداشت و درمان)	۳۴
		۹۵							فصل ۶ / بخش ۳ / صفحه ۸۵	ترکیب هزینه‌ها و درآمدهای خانوار روستایی استان تهران در سال ۱۳۹۵	۳۵
		۹۵							فصل ۶ / بخش ۳ / صفحه ۸۵	نمودار اشتغال استان تهران در سال ۱۳۹۵ به تفکیک گروه‌های عمده فعالیت (فعالیت‌های مربوط به سلامت)	۳۶
		۹۰-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ / صفحه ۴۷	تعداد مؤسسات درمانی فعال به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۱۳۹۰-۱۳۹۵	۳۷
		۹۰-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ / صفحه ۴۷	نسبت تعداد مؤسسات درمانی فعال شهرستان به استان در بازه زمانی ۱۳۹۰-۱۳۹۵	۳۸
		۹۰-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ / صفحه ۴۹	نسبت تعداد مؤسسات درمانی فعال استان به کشور در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۳۹
		۹۰-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ / صفحه ۴۹	تعداد تخت موجود در مؤسسات درمانی فعال به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۴۰
		۹۰-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ / صفحه ۵۰	نسبت تعداد تخت مؤسسات درمانی در شهرستان به استان در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۴۱
		۹۰-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ / صفحه ۵۱	نسبت تعداد تخت مؤسسات درمانی فعال استان به کشور در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۴۲
		۹۳-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ / صفحه ۵۲	تعداد مراکز بهداشتی و درمانی و نسبت آن به استان (درصد) در بازه زمانی ۱۳۹۳-۹۵	۴۳

تجارب داخلی استان تهران											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
		۹۳-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ صفحه ۵۳	نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی استان به کشور در بازه زمانی ۱۳۹۳-۹۵	۴۴
		۹۳-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ صفحه ۵۴	تعداد پایگاه‌های بهداشت و نسبت آن به استان (در صد) در بازه زمانی ۱۳۹۳-۹۵	۴۵
		۹۳-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ صفحه ۵۵	نسبت تعداد پایگاه‌های بهداشت استان به کشور در بازه زمانی ۱۳۹۳-۹۵	۴۶
		۹۰-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ صفحه ۵۵	تعداد پزشکان به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۴۷
		۹۰-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ صفحه ۵۶	نسبت تعداد پزشک در شهرستان به استان در بازه زمانی ۹۵-۱۳۹۰	۴۸
		۹۰-۹۵							فصل ۶ / بخش ۴ صفحه ۵۷	نسبت تعداد پزشکان استان به کشور در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۴۹
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ / بخش ۴ صفحه ۵۸	تعداد پیراپزشکان به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۵۰
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ / بخش ۴ صفحه ۵۸	نسبت تعداد پیراپزشک در شهرستان به استان در بازه زمانی ۹۵-۱۳۹۰	۵۱
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ / بخش ۴ صفحه ۵۹	نسبت تعداد پیراپزشکان استان به کشور در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۵۲
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ / بخش ۴ صفحه ۶۰	تعداد آزمایشگاه به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۵۳
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ / بخش ۴ صفحه ۶۰	نسبت تعداد آزمایشگاه به استان به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۵۴
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ / بخش ۴ صفحه ۶۲	نسبت تعداد آزمایشگاه به کل کشور در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۵۵

تجارب داخلی استان تهران											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۶۳	تعداد داروخانه به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۵۶
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۶۳	نسبت تعداد داروخانه به استان به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۵۷
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۶۵	نسبت تعداد داروخانه به کل کشور در بازه زمانی ۱۳۹۰-۹۵	۵۸
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۶۵	تعداد مراکز پرتونگاری به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۹۵-۱۳۹۰	۵۹
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۶۶	نسبت تعداد مراکز پرتونگاری به استان به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۹۵-۱۳۹۰	۶۰
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۶۷	نسبت تعداد مرکز پرتونگاری به کل کشور در بازه زمانی ۹۵-۱۳۹۰	۶۱
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۶۸	تعداد مراکز توان‌بخشی به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۹۵-۱۳۹۰	۶۲
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۶۸	نسبت تعداد مراکز توان‌بخشی به استان به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۹۵-۱۳۹۰	۶۳
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۷۰	نسبت تعداد مرکز توان‌بخشی به کل کشور در بازه زمانی ۹۵-۱۳۹۰	۶۴
		۹۰-۹۵							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۷۱	تعداد بیمه‌شدگان اصلی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی به تفکیک شهرستان در بازه زمانی ۹۵-۱۳۹۰	۶۵
		۹۴-۹۵							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۷۲	تعداد دانشجویان کشور به تفکیک مقطع تحصیلی و نوع دانشگاه ۹۵-۱۳۹۴	۶۶
		۹۳-۹۴							فصل ۱۶ بخش ۱/۴ صفحه ۷۳	تعداد کادر آموزشی کشور به تفکیک مرتبه علمی	۶۷

تجارب داخلی استان تهران											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
		۹۵-۹۶							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۷۴	تعداد دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی کشور به تفکیک نوع وابستگی ۹۶-۱۳۹۵	۶۸
		۹۴-۹۵							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۷۴	تعداد دانشجویان استان تهران به تفکیک مقطع تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴	۶۹
		۹۴-۹۵							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۷۵	مقایسه نسبت دانشجویان به جمعیت سه استان دارای بیشترین دانشجویان ۹۵-۱۳۹۴	۷۰
		۹۴-۹۵							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۷۶	تعداد و درصد دانشجویان خانم و آقا در استان تهران ۹۵-۱۳۹۴	۷۱
		۹۴-۹۵							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۷۶	تعداد دانشجویان استان تهران و درصد توزیع نسبی آنها در کشور	۷۲
		۸۵-۹۵							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۷۶، ۷۷، ۷۸	روند تغییر تعداد دانشجویان استان تهران به تفکیک مقاطع تحصیلی بین سالهای ۹۵-۱۳۸۵	۷۳
		۹۳-۹۴							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۷۸	تعداد کادر آموزشی استان تهران به تفکیک عنوان دانشگاهی	۷۴
		۹۳-۹۴							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۷۹	مقایسه نسبت کادر آموزشی به جمعیت سه استان دارای بیشترین دانشجویان	۷۵
		۹۳-۹۴							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۸۰	تعداد کادر آموزشی استان تهران و درصد توزیع نسبی آنها در کشور	۷۶
		۹۳-۹۴							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۸۰	تعداد و درصد کادر آموزشی خانم و آقا در استان تهران	۷۷
		۹۳-۹۴							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۸۰	مقایسه نسبت استاد به دانشجو در کشور و استان تهران	۷۸
		۸۴-۹۴							فصل ۱۶ / بخش ۱۴ صفحه ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳	روند تغییر تعداد کادر آموزشی استان تهران به تفکیک عنوان دانشگاهی بین سالهای ۹۴-۱۳۸۴	۷۹

تجارب داخلی استان تهران											
زمان			اجزا اطلاعاتی					فصل و صفحه	عنوان	ردیف	
آینده	حال	گذشته	سایر	منابع مالی	فیزیکی	تجهیزات	نیروی انسانی				وضعیت سلامت
		۹۵-۹۶							فصل ۱۶ / بخش ۴ / صفحه ۸۳	تعداد واحدهای دانشگاهی استان تهران به تفکیک نوع وابستگی	۸۰
		۹۵-۹۶							فصل ۱۶ / بخش ۴ / صفحه ۸۴	مقایسه تعداد و درصد توزیع نسبی دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی استان تهران نسبت به کشور	۸۱
		۹۵-۹۶							فصل ۱۶ / بخش ۴ / صفحه ۸۴	مقایسه نسبت مرکز آموزشی به جمعیت سه استان دارای بیشترین دانشجو	۸۲

جمع‌بندی

نتایج نشان می‌دهد که اطلاعات مختلف و پراکنده‌ای در زمینه آمایش بخش سلامت در مستندات وجود دارد، به‌گونه‌ای که هیچ‌گونه استاندارد مشخصی در این زمینه یافت نشد. نتایج این مسئله به این صورت نمود پیدا می‌کند که برخی استان‌ها به مقوله سلامت در آمایش بیشتر پرداخته و برخی دیگر به‌صورت جزئی آن را در نظر گرفته‌اند. در دل مقوله سلامت نیز برخی استان‌ها تأکید زیاد بر شاخص‌های نشان‌دهنده وضعیت سلامت داشته‌اند و برخی به شاخص‌های مرتبط با نیروی انسانی، تجهیزات و مراکز و غیره. در کنار نبود استاندارد مشخص برای آمایش بخش سلامت، بررسی‌های بیشتر نشان داد که توجه به آینده و تغییرات آن در مستندات بسیار ضعیف است و مبنای بیشتر تصمیمات بر اساس داده‌ها و آمارهای گذشته و بدون توجه به آینده و تغییرات آن بود.

۳- بررسی تجارب سایر کشورها در زمینه بعد سلامت آمایش سرزمین

به منظور جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با تجارب سایر کشورها از روش مرور سریع استفاده شده است. برای این منظور کلیدواژه‌های مرتبط با آمایش شامل spatial planning, land use, land preparation, urban planning در پایگاه‌های اطلاعاتی science direct, Scopus, google scholar, google در پایگاه‌های اطلاعاتی «مطالعات مرتبط با بخش سلامت» در فاز اول ۵۱ مطالعه شامل کتاب، مقاله و گزارش شناسایی شدند و در فاز بعد، در نهایت یازده مطالعه برای استخراج داده‌های مرتبط با تجارب سایر کشورها در زمینه بعد سلامت آمایش سرزمین انتخاب شدند.

اطمینان از دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی از گذشته دور یکی از مهم‌ترین اهداف انجام انواع مطالعات آمایش سرزمین در بسیاری از کشورهای توسعه یافته به‌ویژه کانادا، کشورهای اروپایی و آمریکا بوده است (۱). پیش‌تر از آنکه مبحث آمایش به‌طور اختصاصی با عنوان انواع مطالعات آمایشی و یا برنامه‌ریزی شهری سلامت مطرح شوند، این مفاهیم به‌طور عمومی و با هدف مدیریت سرزمین و منابع و اراضی مطرح شدند. اینکه کشورها با چه رویکردی سعی کردند تا با عینک سلامت به مفاهیم آمایشی نگاه کنند، در کشورهای مختلف کمی متفاوت است. عمده فعالیت‌های آمایشی که در کشور آمریکا انجام شده است، با نگاه تقویت دسترسی به خدمات و ارائه‌دهندگان سلامت انجام شده است و یا کشورهای اروپایی عمدتاً فعالیت‌های آمایش سلامت خود را به انواع برنامه‌ریزی‌های شهری و منطقه‌ای سلامت ترجمه کرده‌اند و بعضاً چند حوزه مشخص مانند چاقی، افزایش تحرک، حمل و نقل عمومی و ... را به عنوان حیطه کار خود مشخص نموده‌اند. هدف از این قسمت از گزارش، بررسی تجارب کشورها در زمینه انجام مطالعات آمایشی سلامت، بررسی نکات قابل یادگیری و تجارب آنها است. به‌ویژه آنکه سابقه شروع این قبیل مطالعات در برخی از کشورها به بیش از ۳۰ سال گذشته برمی‌گردد.

۳-۱- مرور شواهد آمایشی سلامت در محیط شهری

در انگلستان در سال ۱۸۷۵، تصویب قانون سلامت عمومی (PHA) احتمالاً اولین پاسخ مؤثر دولت ملی به تقاضای روزافزون استانداردهای سلامت و بهداشت مناسب برای کارگران در مناطق تازه صنعتی شده در آن کشور بود. چند صنعتگر روشنفکر در انگلیس و آلمان یک برنامه متفاوت اما مکمل داشتند که کارگران آنها بتوانند از سلامتی خوب و شرایط معقول زندگی در نزدیکی محل کار برخوردار شوند. امروزه یک تعهد بین‌المللی وجود دارد مبنی بر اینکه ارائه مراقبت‌های سلامت اولیه، آب آشامیدنی، هوای تازه، ساختمان‌های ایمن و امکانات مناسب برای مدیریت پسماندها، حق ساکنان شهر است. اگر چنین تعهداتی نباشد، کسانی که رنج می‌برند، افراد جامعه هستند و همچنین

هزینه‌های بالایی برای عدم موفقیت در عرضه و ارائه خدمات درمانی و زیرساخت‌های شهری پرداخته می‌شود. شناخت این واقعیت باعث به وجود آمدن مفهوم سلامت محیط و سلامت شخصی، مطابق پروتکل‌های توافق شده قابل مشاهده، تشخیص و درمان می‌شود. نکته مهمی که در اینجا باید مورد توجه قرار گیرد این است که محیط به‌عنوان یک ویژگی است که می‌توان با مداخلات اجتماعی با هدف تقویت رفاه عمومی و سلامت کل سیستم، مدیریت شود. این عمدتاً در شهرهایی است که این روند مدیریت محیط‌زیست توسط دولت‌ها به تصویب رسیده است. در شهرهایی که معمولاً استانداردهای سلامت عمومی و محیط‌زیست با بالاترین سطح ممکن متناسب با منابع محلی تنظیم می‌شوند با عنوان «برنامه‌ریزی شهری» قرار می‌گیرد.

به هر حال، برنامه‌ریزی شهری فرایندی است که باید منعکس‌کننده شرایط محلی باشد. هیچ دو شهری، یکسان نیستند. سیستم‌های برنامه‌ریزی و حکومتی بسیار متفاوت است. در شهرهای اروپایی، تفاوت‌های قابل توجهی از نظر آب و هوا و جغرافیا (که هر دو دارای پیامدهای سلامت هستند)، همراه با پیچیدگی‌های آماری جمعیت‌شناسی و آرایش اجتماعی و اقتصادی مشهود است؛ بنابراین، بررسی شواهد با هدف ارائه مروری کلی بر عوامل محیطی در فرایند برنامه‌ریزی شهری نقش دارند. واضح است که اقدامات محلی ممکن است عوامل مختلف را تا حدودی تغییر دهد.

بدون شک اساسی‌ترین عوامل تعیین‌کننده سلامت مسئله فعالیت بدنی است. بیماری همه‌گیر چاقی، اگرچه مدیون تغییر شرایط اقتصادی و اجتماعی است، اما با پیشرفت تدریجی محیط شهری، متناسب با دسترسی به ماشین و کامیون نیز تشدید می‌شود. پراکندگی فعالیت‌ها در مکان‌های کم تراکم، تک‌کاربری و استفاده از وسایل نقلیه، امکان و فرصت پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری را کاهش داده است. همچنین مسافت و کیفیت مسیر از عوامل مهم است. در جاهایی که مناطق شهری می‌توانند مسیرهای ایمن و راحت ایجاد کنند و الگوهای استفاده از زمین مناسب باشد، در این صورت سفرهای درون‌شهری بیشتر خواهد بود. این برای خانواده‌های فقیر که بیشتر فعالیت‌های بدنی خود را از چنین مسافرت‌هایی دریافت می‌کنند، اهمیت ویژه‌ای دارد. همه جنبه‌های سیاست‌گذاری فضایی نقش اساسی در این امر دارد، از سرمایه‌گذاری‌های حمل‌ونقل استراتژیک گرفته تا طراحی خیابان‌ها. دسترسی به فضای سبز نیز حائز اهمیت است. مردم، به‌ویژه کودکان در صورت نزدیکی، خیلی بیشتر از جنبه تفریحی آن استفاده می‌کنند.

تأثیرات اجتماعی و روانی آمایش سرزمین با فعالیت بدنی بی‌ارتباط نیست. شواهد حاکی از آن است که وجود امکانات محلی، مکان‌های عمومی دوستانه و فضای سبز قابل دسترسی برای توسعه و تداوم روابط اجتماعی از اهمیت بالایی برخوردار است. این روابط اجتماعی به‌نوبه خود به تقویت احساس تعلق و از این‌رو، سلامت روانی

کمک می‌کنند - مخصوصاً برای کسانی که کم‌تحرکند و برای ارتباط اجتماعی به محله خود وابسته هستند. فضای سبز حتی به‌صورت درختان خیابان بر سلامت عاطفی تأثیر مثبت دارد.

آلودگی هوا، سروصدا و تصادفات به‌نوعی روی دیگر سکه است. این روندها در اکثر نقاط به کاهش سطح فعالیت بدنی و از بین رفتن روابط اجتماعی محلی منجر گشته و باعث آلودگی هوا، آلودگی صوتی (علی‌رغم تلاش زیاد مهندسی و طراحان) و سطح غیر قابل قبول میزان صدمات جاده‌ای شده است. تأثیرات زندگی، سلامت و رفاه ترافیک به اثبات رسیده است. علاوه بر ترافیک، علل دیگری نیز وجود دارد. آلودگی هوا مدت‌هاست که با صنعت مضر و سمی همراه است. سر و صدای اذیت‌کننده می‌تواند ناشی از صنعت تعبیه شده در مسکن و کاربری‌های چندمنظوره باشد، جایی که فعالیت‌های اجتماعی برخی باعث مختل شدن خواب دیگران می‌شود. در صورت توزیع مناسب، فضای سبز می‌تواند تأثیر آلودگی هوا و سروصدا را کاهش دهد.

فعالیت‌های بدنی

مزایای سلامت فعالیت بدنی منظم

- کاهش خطر مرگ زودرس از بیماری‌های قلبی عروقی (بیماری عروق کرونر قلب و سکته مغزی)؛
- کاهش خطر ابتلا به دیابت وابسته به انسولین؛
- کاهش خطر ابتلا به فشارخون بالا؛
- کاهش فشارخون را در افرادی که قبلاً فشارخون داشتند؛
- کاهش خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ؛
- کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان؛
- کاهش رشد پوکی استخوان؛
- کاهش صدمات ناشی از پیری در میان سالمندان؛
- کمک به حفظ وزن سالم و کاهش اضافه‌وزن و چاقی؛
- کمک به ساخت و نگهداری استخوان‌ها، ماهیچه‌ها و مفاصل سالم؛
- کاهش احساس افسردگی، اضطراب و تقویت سلامت فیزیولوژیکی و روانی.

اثرات روانی و اجتماعی

- اثرات منفی اجتماعی شامل: خرابکاری، جرم، سوءاستفاده، توهین، پرخاشگری، رفتارهای تبعیض آمیز، انزوا و تهمت.
- اثرات مثبت اجتماعی شامل: کاهش استرس.
- آلودگی هوا (حمل و نقل، منابع صنعتی، سوختن سوخت‌های جامد و مبتلا شدن به بیماری‌های تنفسی و قلبی).
- آلودگی صوتی (حمل و نقل جاده‌ای، ریلی، صنعتی و خانگی و مبتلا شدن به بیماری‌های رونی).
- صدمات غیرعمدی (جراحات و مرگ‌ومیرهای ناشی از تصادفات یا حوادث).

اصول برنامه‌ریزی شهری و تأثیر آن‌ها بر تعیین‌کننده‌های سلامت

اصول برنامه‌ریزی شهری مرتبط با سلامت در سه بخش الگوی آمایش، حمل و نقل و فضای سبز انجام می‌گیرد. در آمایش سرزمینی کشورهایی موفق بودند که رویکرد یکپارچه‌ای به هر چهار اصل برنامه‌ریزی فضایی داشتند، به‌گونه‌ای که استراتژیک آمایش و سیاست‌های حمل و نقل، چارچوب‌های سیاست محلی برای فضای سبز و شکل مسکن و طراحی دقیق همه تقویت‌کننده یکدیگر بودند.

تأثیر الگوی آمایش بر خطرات سلامت

- تأثیر الگوی آمایش بر فعالیت بدنی: به‌ویژه در بین گروه‌های کم‌درآمد است که بیشتر فعالیت‌های بدنی خود را از طریق سفرهای درون‌شهری به‌جای تفریح انجام می‌دهند. مسافت، نکته مهم سفرهای درون‌شهری است. علاوه بر مسافت، پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری و در دسترس بودن امکانات مورد نیاز، عوامل اصلی در فعالیت بدنی هستند.
- تأثیرات روانی و اجتماعی الگوی آمایش: سهولت رفت و آمد، وجود یا عدم وجود زیرساخت‌های فیزیکی از قبیل بیمارستان‌ها، مدارس و سایر خدمات پشتیبانی شهری و ایمنی خیابان‌ها و جاده‌ها.
- تأثیرات الگوی آمایش بر آلودگی هوا: الگوی آمایش با تعیین محل زندگی افراد در رابطه با فعالیت‌های روزانه، منابع آلودگی هوا، میزان قرار گرفتن در معرض آلودگی هوا تعیین می‌شود. حمل و نقل منبع اصلی بسیاری از مواد شیمیایی مؤثر در آلودگی هوا است و همچنین منابع دیگر مانند صنعت و تولید انرژی نیز مهم هستند.

- تأثیر الگوی آمایش بر آلودگی صوتی: در معرض سروصدا قرار گرفتن به‌عنوان تعیین‌کننده سلامت است. حمل‌ونقل، در مجاورت شهرک‌های صنعتی قرار گرفتن، مدارس و فضای باز تفریحی در آمایش بررسی می‌شود.
- تأثیر الگوی آمایش بر صدمات غیرعمدی: کنترل سیل، کنترل گرمای جزیره‌ای (گرمای زیاد منطقه نسبت با مناطق اطراف) و ارتباط تراکم بالای سکونت، پوشش گیاهی پراکنده و نداشتن فضای باز در محله با درجه حرارت‌های بالاتر، کنترل تغییرات آب و هوایی.

تأثیر حمل و نقل بر خطرات سلامت

- تأثیر حمل و نقل بر فعالیت‌های بدنی: پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری به‌جای استفاده از وسایل نقلیه شخصی و عمومی.
- تأثیر اثرات روانی و اجتماعی بر حمل‌ونقل: دسترسی به حمل‌ونقل برای معاشرت و سفرهای درون‌شهری و کاهش ترس از انزوای اجتماعی و سلامت روانی. برای کسانی که درآمد بالاتری دارند این کار با ماشین یا تاکسی است. با این حال، برای افرادی که درآمد کمتری دارند، دسترسی به وسایل نقلیه عمومی مهم است. استفاده از دوچرخه به‌عنوان حمل و نقل برای تفریح و اطمینان از امنیت مسیرهای رفت و آمد. تراکم حمل و نقل موتوری می‌تواند بر انسجام اجتماعی در جامعه تأثیر منفی بگذارد. افزایش خطر تصادفات جاده‌ای از تراکم زیاد ترافیک می‌تواند به پیشرفت مشکلات سلامت روان در درازمدت بر رانندگان، مسافران و قربانیان کمک کند.

- تأثیر حمل و نقل بر آلودگی هوا.
- تأثیر حمل و نقل بر آلودگی صوتی.
- تأثیر حمل و نقل بر خطر صدمات غیرعمدی.

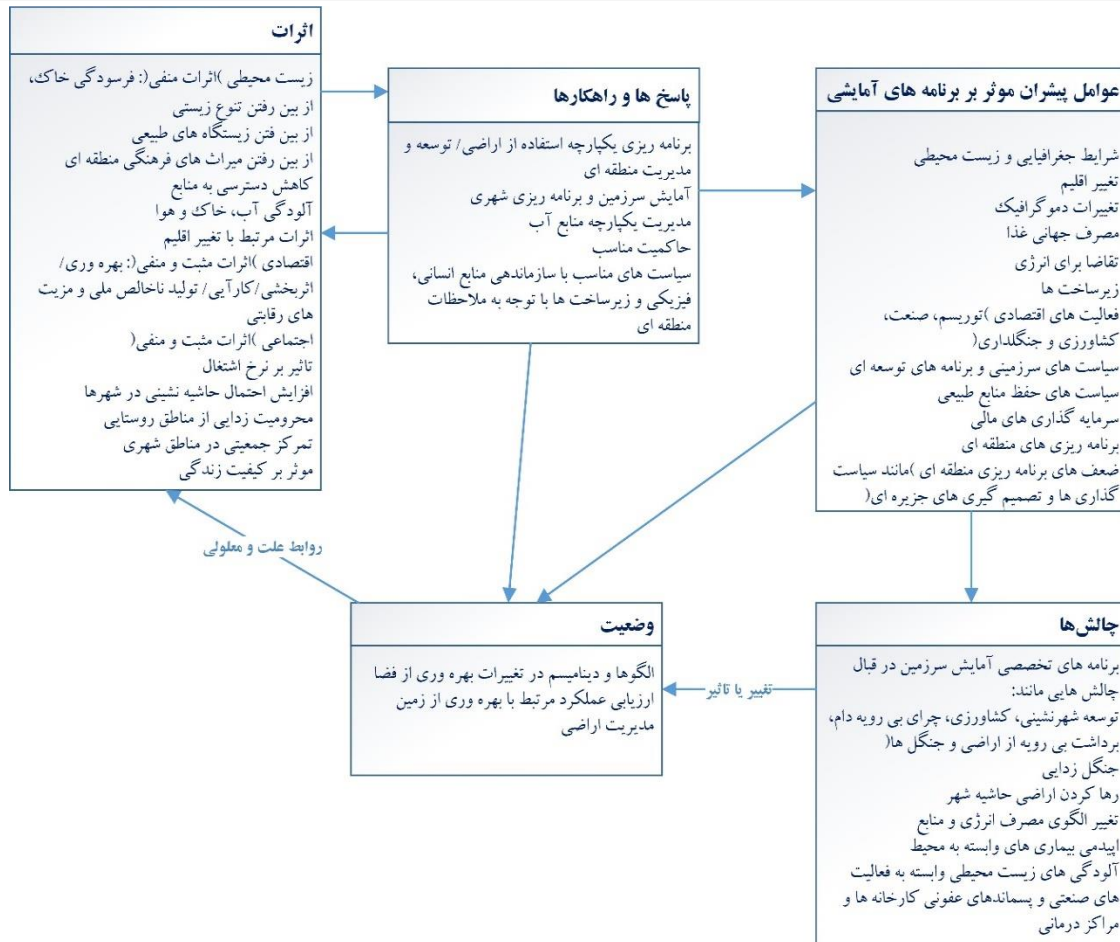
تأثیر فضای سبز بر خطرات سلامت

- تأثیر فضای سبز بر فعالیت‌های بدنی شامل:
- فاصله اقامت نسبت به فضای سبز
- سهولت دسترسی از نظر مسیرها و نقاط ورودی
- اندازه فضای سبز از نظر میزان استفاده از جمعیت

- اتصال به مناطق مسكونی و تجاری
- جذابیت، از جمله زیستگاه‌های بیولوژیکی و نبود طراحی‌های خرابکارانه و زباله
- دامنه امکانات و خدمات از جمله دانشکده‌های غیررسمی و رسمی و استفاده افراد از این فضاها
- تأثیر اجتماعی فضای سبز: دسترسی به فضای سبز و طبیعت و سلامت روان از طریق کاهش استرس و دوری از فعالیت‌های روزمره. علاوه بر این، فضاهای سبز تأثیر مثبتی در تقویت تعامل و انسجام اجتماعی دارد.
- تأثیر فضای سبز بر آلودگی هوا
- تأثیر فضای سبز بر آلودگی صوتی
- تأثیر فضای سبز بر خطر صدمات غیرعمدی

پیشران‌ها و عوامل تغییر در بهره‌بری از اراضی

افزایش شهرنشینی، گسترش کشاورزی و تخصصی شدن استفاده از اراضی، فرایندهای ناشی از اثرات متقابل نیروهای پیشران مرتبط با ساختاری‌های جغرافیایی، جمعیتی، رشد اقتصادی و محیط سیاسی و راهبردها و سیاست‌ها در سطوح مختلف است. همان‌طور که در شکل زیر نشان داده شده است، برنامه‌ریزی‌های آمایشی بر وضعیت محیط‌زیست تأثیر به‌سزایی دارند. اجرای این‌گونه برنامه‌ها اثر مثبت و هم‌زمان منفی می‌تواند بر محیط‌زیست داشته باشد. به‌طور مثال بخش اعظم تخریب محیط‌زیست در چین به نتایج اجرای برنامه‌های آمایشی مرتبط است.



شکل ۱: پیش‌ران‌ها و عوامل تغییر در بهره‌وری از اراضی (۳)

در ادامه به برخی از انواع مطالعات انجام شده مرتبط با آمایش سلامت اشاره می‌شود.

ادغام سلامت در آمایش فضایی شهری از طریق ارزیابی تأثیر ۲۰۱۰

هدف از ارزیابی اثرات در آمایش، ارزیابی تأثیر پروژه‌ها، برنامه‌ها یا سیاست‌گذاری‌ها بر روی طیف وسیعی از متغیرهای اجتماعی، محیطی و اقتصادی، باهدف به حداقل رساندن تأثیرات منفی و به حداکثر رساندن تأثیرات مثبت است. افزایش آگاهی از اهمیت محیط شهری برای سلامت باعث شده است تا رویکردهای مختلفی برای ادغام سلامت و رفاه در این فرایندها مورد استفاده قرار گیرد.

نمونه‌هایی از ارزیابی تأثیر که باید ملاحظات سلامت را شامل شود شامل ارزیابی تأثیر سلامت (HIA)، ارزیابی اثرات محیطی (EIA) و ارزیابی استراتژیک محیطی (SEA) است. شواهد حاصل از دو بررسی اولیه سیستماتیک

که توسط تیم تحقیقاتی انجام شده است، نشان می‌دهد که ارزیابی‌ها در ارتقاء سلامت در آمایش، اثربخشی محدودی دارند.

انواع ارزیابی‌های تأثیر در کشورهای مختلف:

- ارزیابی تأثیر سلامت (HIA) - انگلستان، هلند، آلمان، مجارستان، ایتالیا، سوئد، آمریکا، استرالیا، نیوزیلند، آسیای جنوب شرقی؛
- ارزیابی استراتژیک محیطی (SEA) - انگلستان، هلند، آلمان، دانمارک، هنگ کنگ؛
- ارزیابی اثرات زیست‌محیطی (EIA) - انگلستان، آمریکا، استرالیا، مالی، سنگال، موریتانی، تانزانیا، کانادا؛
- ارزیابی تأثیر اجتماعی (SIA) - انگلستان، نیوزیلند (۴).

ارزیابی تأثیر سلامت در آمایش سرزمین کشور استرالیا

شناخت نقش آمایش سرزمین در محافظت و ارتقاء سلامت افراد جامعه و کاهش نابرابری‌های سلامت بسیار حائز اهمیت است. استرالیا پیشرو در تطبیق متدولوژی ارزیابی تأثیر سلامت (HIA) به منظور بهبود ملاحظات نابرابری سلامت است.

مراحل ارزیابی تأثیر سلامت

مرحله ارزیابی و بررسی: شناسایی تعیین‌کننده‌های زیست‌محیطی سلامت از قبیل مطالعه پروژه‌های مسکونی و طرح‌های زیربنایی و شناسایی جنبه‌های مثبت و منفی این سناریو. در این مرحله سه تعیین‌کننده اجتماعی سلامت مورد توجه است.

- تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت:
- مناطق و محله‌های ایمن (ایمنی جاده‌ها، جرم و جنایت)
- فعالیت بدنی (زمان و روش‌های رفت‌وآمد، دسترسی به امکانات تفریحی)
- روابط اجتماعی (دسترسی به امکانات مناطق و محله‌ها، ارتباط و معاشرت بین محله‌ها)

شش ویژگی جمعیت مورد توجه قرار می‌گیرند:

۱- سن: کودکان، نوجوانان، بزرگسالان، سالمندان.

۲- جنسیت: مرد و زن.

۳- قومیت و فرهنگ: مردم مناطق جزیره بومی، مردم مناطق جزایر دریای جنوبی استرالیا و گروه‌های غیر انگلیسی زبان.

۴- موقعیت اقتصادی- اجتماعی: اقشار کم‌درآمد، با درآمد متوسط و درآمد بالا.

۵- محل زندگی: ساکنان فعلی در مقایسه با ساکنان جدیدتر.

۶- وضعیت اشتغال: بیکار، کارمندان یا کارگران مشاغل مختلف.

سطح موجود سلامت یا ناتوانی: افرادی که ضعیف و بیمار هستند، ناتوانی دارند یا از بیماری مزمن رنج می‌برند.

مرحله شناسایی: جمع‌آوری اطلاعات درباره ارتباط تأثیر سلامت و آمایش سرزمین به صورت منطقه‌ای از طریق مشورت با گروه‌های مرجع بخش اجتماعی که شامل سازمان‌های دولتی و ایالتی هستند.

مرحله ارزیابی کیفی: در این مرحله ارزیابی با توجه به هفت ویژگی جمعیت و مناطق (روستایی، ساحلی و صنعتی) و طبقه‌بندی تعیین‌کننده‌ها و طبقه‌بندی اثرات مثبت و منفی انجام می‌شود.

تصمیم‌گیری و پیشنهادها: در این مرحله تجزیه و تحلیل اطلاعات، ارائه پیشنهادها و استراتژی‌ها برای به حداقل رساندن پیامدهای منفی سلامت مرتبط با رشد جمعیت، انجام می‌شود.

نتیجه ارزیابی تأثیر سلامت در این گزارش

در نظر گرفتن عدالت و برابری در سلامت به دلیل اندازه جمعیت که احتمالاً روی آن‌ها تأثیر می‌پذیرد، برای پروژه‌های برنامه‌ریزی منطقه‌ای و آمایش سرزمینی ضروری است. HIA نشان داد که چگونه می‌توان از ارزیابی عدالت‌محور در سیاست‌گذاری سناریوهای آمایش سرزمین استفاده کرد. HIA از طریق همکاری بین بخشی حاصل می‌شود.

مدل‌سازی فضایی در تحقیقات سلامت محیط و سلامت عمومی ۲۰۱۰

هدف از انجام این مطالعه، بررسی روش‌های مختلف علوم اطلاعات جغرافیایی (۲) ارائه یک مرور کلی در زمینه رو به رشد اپیدمیولوژی فضایی است. با بررسی سیستم‌های اطلاعات جغرافیایی (GIS) و تجزیه و تحلیل مکانی در اپیدمیولوژی محیط‌زیست و تحقیقات سلامت عمومی مطالعه انجام شده است که دو دسته خطرات سلامت و

خطرات زیست‌محیطی در نظر گرفته شده‌اند. مخاطرات سلامت مانند آلاینده‌ها و آلودگی هوا و مخاطرات زیست‌محیطی مانند عوامل محلی و منطقه‌ای (قرار گرفتن در مجاورت یکدیگر) و عوامل اجتماعی (۵).

آمایش سرزمین و سلامت شهری

در دهه‌های اخیر توجه زیادی به رابطه بین آمایش سرزمینی و سلامت عمومی شده است. معرفی الگوی اجتماعی سلامت علاوه بر شرایط زندگی و کار، بر اهمیت عوامل سلامت مانند شرایط اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی و محیطی تأکید کرده است. سلامت شهری یک مسئله پیچیده و مقطعی است که با هدف ارتقاء کیفیت محیط فیزیکی و شرایط زندگی شهرها انجام می‌شود و نه تنها به سیاست‌های سلامت بستگی دارد، بلکه به تصمیمات آمایش شهری، برنامه‌های اجتماعی، رفاهی و آموزشی نیز مرتبط می‌شود. آمایش شهری عنوان نوعی از پیشگیری از خطر و ارتقاء سلامت، شیوه‌های زندگی سالم از طریق رواج سیستم حمل و نقل سلامت، پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری، طراحی مناطق سبز و باز با امکان پاسخگویی به تمام نیازهای شهروندان و حمایت از تفریح، رفاه و تعامل اجتماعی در نظر گرفته شده است.

با توجه به اهمیت محیط زندگی به عنوان یک عامل تعیین‌کننده سلامت، نیاز به در نظر گرفتن ملاحظات سلامت در هر دو پروژه عمرانی شهری و آمایش سرزمینی قابل توجه است. روندهای ارزیابی اثرات زیست‌محیطی (EIA) و ارزیابی استراتژیک زیست‌محیطی (SEA) مورد توجه‌اند. این روندها در ایالات متحده در آغاز دهه ۱۹۷۰ آغاز شد. آنها در سطح اروپا از طریق چندین بخشنامه اتحادیه اروپا از سال ۱۹۸۵ مورد توجه قرار گرفت که در قانون‌گذاری هر کشور عضو به سرعت منتشر شد.

ارزیابی سلامت در فرانسه

در فرانسه، روندهای ارزیابی اثرات زیست‌محیطی (EIA) و ارزیابی استراتژیک زیست‌محیطی (SEA) برای برنامه‌ها و پروژه‌هایی که به احتمال زیاد تأثیر بر محیط‌زیست و سلامت دارند، الزامی است. این مورد بیشتر آمایش سرزمینی و پروژه‌های توسعه شهری را شامل می‌شود.

ارزیابی سلامت در ایتالیا

در ایتالیا، بهداشت و الزامات سلامت پروژه‌های ساختمانی مطابق قوانین ملی و منطقه‌ای توسط مقامات محلی بهداشت و سلامت تحت معاینه اجباری قرار می‌گیرند.

ارزیابی اثرات زیست‌محیطی، یک روش مناسب برای کاهش تأثیرات منفی آمایش سرزمینی و پروژه‌های توسعه شهری بر سلامت انسان است. ادغام موضوعات سلامت در سیاست‌های آمایش سرزمینی از اهمیت برخوردار است. از جمله مزایای آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- تعریف تصویری کلی از سلامت و کیفیت زندگی در شهر
- تعیین اولویت‌های محلی و اهداف آمایش شهری بر اساس دیدگاه WHO
- نظارت بر پیشرفت‌ها با ارزیابی تغییرات در طول زمان
- افزایش آگاهی عمومی در مورد پیوند بین کیفیت محیط ساخته شده و سلامت عمومی
- فرصت‌های ایجاد زمینه کار و آموزش کارآمدتر در بین برنامه ریزان شهری و متخصصان سلامت عمومی (6).

پیشینه آمایش سرزمین در ایالات متحده آمریکا

در سال ۲۰۰۵، دولت فدرال بیش از ۲,۲۵ میلیارد دلار روی برنامه‌های افزایش دسترسی به ارائه‌دهندگان خدمات و خدمات بهداشتی درمانی در آمریکا هزینه کرد. با وجود مقدار زیادی که این کشور برای برنامه‌های نامبرده هزینه کرد همچنان ۳۰۳۲ نفر ارائه‌دهنده خدمت در مناطق مختلف این کشور وجود دارد. به‌طور کلی توزیع فضایی خدمات بهداشتی اولیه و تخصصی در آمریکا بسیار ناعادلانه است (۷).

معیارهای دسترسی به خدمات سلامت شامل استطاعت مالی،^۱ اقامت،^۲ پذیرش،^۳ موجود بودن^۴ و دسترسی^۵ است. سه معیار اول به عنوان معیارهای غیرفضایی (غیرمرتبط با توزیع فضایی خدمت) شناخته می‌شوند. این معیارها ماهیتاً بازتابی از مدیریت مالی، محدودیت‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در دسترسی به خدمات هستند. دو معیار آخر ماهیتاً وابسته به فضا و نشان‌دهنده میزان کفایت منابع ارائه‌دهنده خدمت در یک منطقه هستند و دربرگیرنده ابعادی مانند فاصله، مدت‌زمان سفر و میزان تقاضا برای خدمات هستند. در مطالعات آمایش سرزمین ایالات متحده عمدتاً تمرکز بر ابعاد فضایی دسترسی است. همچنین به نظر می‌رسد ساختار ارائه خدمت و میزان توجه و اولویت پیشگیری در ترکیب با میزان دسترسی جغرافیا باید مورد توجه قرار گیرد، حال آنکه توزیع عادلانه خدمت باید از نظر کیفیت خدمات در دسترس در نقاط مختلف جغرافیایی لحاظ شود (۷).

1. Affordability
2. Accommodation
3. Acceptability
4. Availability
5. Accessibility

در برخی از فعالیت‌های مرتبط با آمایش سلامت آمریکا، معیارهایی مانند دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی به تنهایی در نظر گرفته نمی‌شوند و بر روی رفتارهای اجتماعی نیز تمرکز می‌گردند؛ زیرا برخی مطالعات نشان می‌دهند که افزایش دسترسی به خدمات به تنهایی و بدون اصلاح الگوهای رفتاری مانند سبک زندگی، نمی‌تواند به ارتقا وضعیت سلامت کمک کند (۳).

از سوی دیگر آمایش سرزمین سلامت تنها به عوامل مستقیم سلامتی مانند تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات و یا ارائه‌دهندگان خدمت محدود نمی‌شود. بسیاری از سایر عوامل مانند بلایای طبیعی خود می‌توانند باعث مرگ و میر و یا بلایا شوند. افزایش یا کاهش بلایای طبیعی نیز می‌توانند متأثر از انجام یا عدم انجام برنامه‌های آمایشی طبیعی اتفاق بیفتند؛ بنابراین، در نظر گرفتن تمامی عوامل تأثیر در کنار یکدیگر برای تحلیل آمایشی حوزه (مانند حوزه سلامت) لازم است.

مدل بریتیش کلمبیا برای آمایش سرزمین سلامت

بریتیش کلمبیا مدلی را برای برنامه‌های سلامت و توصیه‌های آن برای برنامه‌های توسعه‌ای که از آن مشتق می‌شوند را برای دست‌اندرکاران سلامت ارائه کرده است که به دنبال آن مدل اختصاصی برای بازنگری نقش بخش سلامت و جایگاه آن در برنامه‌های آمایش سرزمین تدوین شده است. در این مدل با لنز حوزه سلامت به برنامه‌های آمایشی و بهره‌وری از اراضی نگاه شده است که هفت بعد اصلی دارد. این مدل شامل مشارکت ذی‌نفعان مختلف (شامل حاکمیت‌های محلی و استانی، سازمان‌ها و بخش عمومی) است تا در نهایت به تدوین برنامه‌های توسعه‌ای سالم بینجامد.

سازمان‌های مرتبط با بخش سلامت در کانادا با افزایش هزینه‌های مراقبت سلامت به دلیل افزایش شیوع بیماری‌های مزمن روبه‌رو هستند. هزینه‌کرد بیشتر در بخش سلامت، دیگر راهکار پایداری برای کاهش بیماری‌های مزمن نیست، بلکه یکی از راهکارهای کارآمد برقراری ارتباط بین بخش سلامت و برنامه‌ریزی‌های مدنی است. در حقیقت سلامت و برنامه‌ریزی شهری حوزه‌های مشترک زیادی دارند که با انواع عوامل پیچیده روبه‌رو هستند. شناسایی و اقدام بر اساس این حوزه‌های مشترک بدون تدوین فرایندهایی که بر منابع و ظرفیت‌های منطقه‌ای تمرکز دارند، کار بسیار سختی است که نیازمند همکاری مشترک بین برنامه‌ریزان و دولت‌های محلی است.

در سال‌های اخیر، تأکید زیادی بر همکاری مشترک بین بخش سلامت و برنامه‌ریزی شهری شده است، زیرا شواهد نشان می‌دهد که محیط تأثیرات زیادی بر سلامت افراد از طریق دسترسی به امکانات سلامت، کاهش چاقی مفرط، افزایش میزان فعالیت‌های بدنی دارد. وارد کردن دیدگاه سلامتی به تصمیمات آمایشی نیازمند ایجاد فضای مناسبی

است که به اثرات برنامه‌های آمایشی بر سلامت جمعیت توجه داشته باشد. دسترسی به این هدف نیازمند همکاری مشترک بین فعالیت‌های برنامه‌ریزی شهری و برنامه‌های حوزه سلامت است.

در بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۶ وزارت بهداشت استان تدوین برنامه‌های هسته‌ای اصلی در بهداشت عمومی را آغاز کرد و بخش سلامت اقدام به تهیه مدلی برای معرفی مجدد نقش خود در برنامه‌ریزی کاربری اراضی کرده است. بر اساس این مدل، اسناد مرتبط با برنامه‌های ملی از دیدگاه سلامت مورد بررسی قرار گرفتند. در این رویکرد حکومت محلی باید آموزش‌های مورد نیاز را در خصوص پیامدهای سلامت که از شرایط محیطی تأثیر می‌گیرند، دریافت می‌کرد. این آموزش‌ها شامل ارتباط بین محیط و تعیین‌کننده‌های سلامت است. این ارتباط برای توسعه و همچنین پرچم‌گذاری مناطق فعلی و آینده برای همکاری و مشارکت بین بخش سلامت و سایر بخش‌ها را مشخص می‌کند.

مدل هفت جزئی که برای برقراری ارتباط بین بخش سلامت و برنامه‌های آمایشی تدوین شده است شامل موارد زیر است:

- محیط‌زیست (شامل آب و هوا)
 - پیشگیری از آسیب
 - امنیت غذایی و تغذیه
 - پرورش کودکان سالم
- فعالیت‌های بدنی که متأثر از حمل و نقل عمومی و ایجاد گزینه‌های قابل انتخاب (برای افزایش فعالیت‌های بدنی) است:

- مسکن و سلامت اجتماعی
- ایجاد دسترسی برای افراد با بیماری‌های روانی و یا معلولیت

برنامه‌های آمایشی مرتبط با سلامت و پیشگیری از چاقی مفرط

در پاسخ به افزایش نرخ چاقی در کودکان و بزرگسالان، بسیاری از کشورها برنامه‌های اختصاصی را به منظور تقویت سلامت عمومی جامعه تدوین کرده‌اند. این فعالیت‌ها به‌ویژه زمانی با موفقیت روبه‌رو می‌شوند که بتوانند بازیگران کلیدی مرتبط با موضوع را با خود همراه کنند. مشارکت بازیگران شامل برنامه‌ریزان کلان‌کشوری، پیشروان آمایشی

به همراه سایر ارگان‌های دولتی مرتبط و ذی‌نفعان از مدارس گرفته تا سازمان‌های عمومی و بخش خصوصی باید در این امر مشارکت داشته باشند.

برنامه‌ریزان و مقامات کاربری اراضی و برنامه‌های آمایشی می‌توانند با طراحی محیط‌هایی سالم که امکان فعالیت بدنی منظم و دسترسی به غذاهای مغذی را فراهم می‌آورد، در ارتقاء سلامت و پیشگیری از چاقی مشارکت داشته باشند. برای این منظور لازم است تا کشورها چهار استراتژی کلی زیر را پیاده کنند:

- استفاده از برنامه‌های توسعه‌ای در محدوده همسایگی (منطقه آمایشی)؛

- منطقه‌بندی برای برنامه‌های ارتقا سلامت؛

- حفظ اراضی کشاورزی؛

- درگیر کردن رهبران سلامت در برنامه‌ریزی‌ها و بحث‌ها.

از جمله امکانات اجتماعی که فعالیت‌های بدنی را افزایش می‌دهد می‌توان به پارک‌ها و زمین‌های بازی که در دسترسی آسان مناطق مسکونی قرار دارند، فضاهای عمومی زیبا و لذت‌بخش، توسعه فضاهای اختصاصی برای پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری، تقویت برنامه‌های عمومی مانند برنامه‌های پیاده‌روی‌های دسته‌جمعی و تقویت مراکز تهیه غذای سالم اشاره کرد.

ابتکار سازمان جهانی بهداشت در برنامه‌ریزی شهری سلامت

ابتکار سازمان جهانی بهداشت در برنامه‌ریزی شهری سلامت بر این اساس شکل گرفت که آمایش شهری و برنامه‌ریزی‌های مرتبط با آن مانند حمل‌ونقل بر تعیین‌کننده‌های سلامت تأثیر دارد. مسیر تأثیر از طریق تغییر رفتارهای فردی بدون تغییر شرایط اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی پایه تعریف می‌شود. در همین راستا سومین فاز از برنامه شبکه شهرهای سلامت اروپا که زیر نظر سازمان جهانی بهداشت فعالیت داشت (بین سال‌های ۱۹۹۸-۲۰۰۲)، بر اهمیت ارتقا سلامت از طریق برنامه‌های آمایشی و برنامه‌ریزی شهری تأکید کرد.

رسیدن به استراتژی‌های یکپارچه و کارآمد تنها به فرایندهای سیاست‌گذاری و یا اجرا بستگی ندارد، بلکه دستیابی به یک اجماع نظر در مورد مفاهیم و ایجاد درک مشترک از آن‌ها بین تمامی ذی‌نفعان یکی از الزامات است. از همین رو برای پروژه «برنامه‌ریزی شهری سلامت»، سازمان بهداشت جهانی راهنمایی را برای افراد درگیر در مطالعه تهیه کرده و لیست اهداف سلامت از انجام مطالعات آمایش را در دسترس قرار داد. این اهداف در قالب پرسش‌هایی مطرح شدند که عبارتند از:

آیا سیاست‌گذاری‌ها و تدوین پروتکل‌های مختلف در نهایت به تقویت موارد زیر می‌انجامد؟

- ورزش سالم
- همبستگی اجتماعی
- کیفیت مسکن
- دسترسی به فرصت‌های شغلی
- دسترسی به تسهیلات اجتماعی و بازار
- تولید منطقه‌ای غذا و توزیع آن در منطقه
- اجتماع و امنیت جاده‌ها
- عدالت و کاهش فقر
- کیفیت خوب هوا و پیشگیری از آلودگی صوتی
- آب سالم و کیفیت مناسب بهداشت
- حفاظت از آلودگی زمین
- پایداری اقلیم

برای اینکه مطمئن باشیم هر یک از این معیارها در تدوین برنامه‌ها و استراتژی‌ها رعایت می‌شوند، لازم است تا تفسیر کامل هر یک از تصمیمات آمایشی با این معیارها انجام شود و از سوی دیگر، استراتژی‌های لازم برای رعایت و تقویت هر یک از آن‌ها در تدوین برنامه‌های آمایشی اتخاذ گردد.

تجربه کشور پرتغال

در گذشته به واسطه رشد سریع شهری در این کشور، فرصت مناسب برای سنجش میزان اثربخشی سیاست‌ها و تصمیم‌ها فراهم نمی‌شد. این در حالی است که اثربخشی فعالیت‌های آمایشی زمانی محقق می‌شود که انسجام و یکپارچگی در راهبردهای پیشنهادی در راستای تحقق اهداف آمایشی وجود داشته باشد. اینکه چقدر گزینه‌های آمایشی برای دستیابی به اهداف کمک کرده‌اند و یا اینکه چه تأثیری را بر محیط (اجتماعی، محیط‌زیست و سلامت) داشته‌اند، نیازمند بررسی‌های آتی است. هنگامی که به مفهوم «آمایش سلامت» اندیشیده شد، نتیجه بر آن بود

که زمانی می‌توانیم شرایط مناسب سلامت را در خلال اجرای برنامه‌های آمایشی و برنامه‌ریزی شهری به دست آوریم که بتوانیم همراهی تمامی بازیگران اصلی را داشته باشیم. به گونه‌ای که از تجارب و فعالیت‌ها و نتایج به دست آمده یکدیگر اطلاع داشته باشند و از همه مهم‌تر اینکه نظرات جامعه را نیز در تمام طول مطالعه لحاظ کنیم. از جمله ترس‌ها، نگرانی‌ها، محدودیت‌ها و مطلوبیت‌هایی که در انزوا به آن‌ها نخواهیم رسید. همچنین نکته دیگر این بود که گروه‌های پژوهشی را از دانشکده‌ها و واحدهای مختلف و رشته‌های مختلف در نظر گرفتیم. نکته آخر اینکه تمامی پروژه‌های مرتبط با سلامت که به نوعی با نتایج آمایشی نیز در ارتباط بودند در جریان مطالعه قرار می‌گرفتند و تبادل تجارب و اطلاعات صورت می‌گرفت.

یکی از محورهای اصلی در انجام این مطالعه، حمل و نقل است که این حوزه به‌عنوان یکی از حوزه‌های اصلی مؤثر بر سلامت مردم شناسایی شد. الگوی شهری بسیاری از شهرهای پرتغال بر پایه تردد ماشین‌های شخصی شکل گرفته و این در حالی است که زیرساخت‌های حمل و نقل عمومی کافی نیستند. حمل و نقل عمومی تنها در برخی مسیرهای بین‌شهری و مشخص فعال است و تمامی مسیرها به‌ویژه مسیرهای پرتدد داخل شهری را پوشش نمی‌دهد. از سوی دیگر، توزیع پراکنده نقاط قابل سکونت شهری باعث می‌شود که بهترین گزینه برای تردد بین خانه، محل کار، محل تحصیل و هر جای دیگر ماشین‌های شخصی باشند.

سیستم تردد شهری و جانمایی فضایی امکانات حمل و نقل با هدف افزایش تحرک و پیاده‌روی افراد برای رسیدن به اولین ایستگاه ریلی مورد بازنگری قرار گرفت. همچنین به منظور جلوگیری از ترافیک سنگین، شبکه جاده‌ای با ساخت راه‌ها و مسیرهای جدید در کنار موارد قبلی، تقویت شد. در کنار توجه به حمل و نقل احیا و تقویت مواردی مانند مددکاری اجتماعی، تقویت مراکز فرهنگی مرکزی در شهرها، حفاظت از فضای سبز و تقویت آن نیز در کانون توجه فعالیت‌های آمایشی پرتغال قرار گرفت.

پیام پرتغال در خصوص فعالیت‌های آمایش سلامت

ما معتقدیم که مفهوم برنامه‌ریزی شهری سلامت و یا فعالیت‌های آمایش سرزمین سلامت، مفهومی جدید است که راه‌های جدیدی را برای رویکردهای جامع در قبال انجام چنین مطالعاتی فراهم می‌آورد و مهم‌تر اینکه مشارکت بیشتری از بازیگران و آحاد جامعه را در کنار سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران فراهم می‌کند. در این پروژه هدف ما این بود تا مشارکت و همکاری مشترک سیاست‌گذاران و مسئولین اجرایی حوزه سلامت را به گونه‌ای کارآمد در کنار هم فراهم آوریم. ایجاد ادبیات مشترک از مفاهیم مختلف سلامت بین تمام ذی‌نفعان و تصمیم‌گیران نیز بسیار کمک‌کننده بود. هدف ما طراحی جدیدی از برنامه‌های آمایشی بود تا توجه به مفاهیم مرتبط با سلامت در دل

فعالیت‌های آمایشی در نظر گرفته شود و با عینک سلامت به راهبردهای آمایشی برای برنامه‌ریزی شهری و آمایش سرزمین نگاه شود.

تجربه کشور ایتالیا

ایتالیا در برنامه شبکه شهرهای سلامت اروپا که زیر نظر سازمان جهانی بهداشت تعریف شده بود، در سال ۱۹۸۹ شرکت کرد و این فعالیت حدود ۱۰ سال به طول انجامید. در طول این مدت مسئولین شهری ایتالیا مطالعات مختلفی را در خصوص ارتقا سلامت شهرها انجام دادند. در خلال این مطالعات بستر خوبی برای همکاری مشترک میان بخش دولتی و بخش خصوصی در حوزه سلامت فراهم شد. همچنین برنامه‌های بهداشتی با عناوین ایدز، کنترل مصرف الکل و سلامت روان تعریف و در خلال انجام مطالعات برنامه‌ریزی شهری در دستور کار قرار گرفتند. همچنین پروژه‌ای در ارتباط با سلامت کودکان به صورت پایلوت در برخی شهرها اجرا شد.

در سال ۱۹۹۰ ایتالیا با مشارکت در پروژه آمایش سلامت به رهبری سازمان بهداشت جهانی مشارکت کرد. این کار فرصت بیشتری را برای برخی از شهرهای ایتالیا، به ویژه میلان فراهم آورد تا فعالیت‌های آمایش سلامت خود را به صورت یکپارچه‌تر پیش برند. هدف اصلی وارد کردن مفاهیم مرتبط با سلامت در برنامه‌های آمایشی در این کشور بود. رویکرد این مطالعه یادگیری حین عمل به جای تحلیل و آنالیز پیش از انجام کار بود. به این صورت که چند نقطه شهری به عنوان پایلوت انتخاب شدند و در این مسیر ارتباط با رهبران آمایشی بین‌المللی بسیار کمک‌کننده بود.

برنامه برنامه‌ریزی شهری سلامت ایتالیا سه سال به طول انجامید. گام‌های اصلی این مطالعه به شرح زیر است:

- شناسایی سازمان‌های مرتبط و مفید و انواع مطالعات ملی که ماهیت آمایشی دارند.
- استفاده از رویکرد مشارکتی و فعالیت‌های بین بخشی در سه منطقه پایلوت.
- استفاده از تجارب برای تقویت رویکرد یکپارچه آمایش سلامت.

پیام ایتالیا در خصوص فعالیت‌های آمایش سلامت

ادغام بعد سلامت (به معنای بخش سلامت) در سیاست‌های آمایشی، به ویژه برنامه‌ریزی‌های مبتنی بر آن، نیازمند آن است تا همگرایی مفهومی و ساختاری در انجام مطالعه شکل گیرد. برخی از عناوینی که می‌توان در این گونه مطالعات در نظر گرفت شامل پایداری زیست‌محیطی، کیفیت آمایشی سکونت‌گاه‌های شهری و روستایی، کاهش آلودگی‌ها، تقویت فضای سبز، افزایش تحرک و فعالیت‌های ورزشی است. علی‌رغم فعالیت‌های انجام شده تاکنون،

به نظر می‌رسد که نیازمند آن هستیم تا مفاهیم مرتبط با برنامه‌ریزی شهری، سلامت و محیط‌زیست با رویکرد چندبعدی، چندبخشی و چندرشته‌ای متناسب با مفاهیم پذیرفته شده سلامت مورد نظر قرار گیرد. در مطالعات انجام شده، هدف بر تحقق این امر بوده است؛ اما هنوز جای کار زیادی برای افزایش اثربخشی و کارایی راهبردهای به دست آمده از این قبیل مطالعات وجود دارد. این مسئله به سادگی اتفاق نمی‌افتد و شاید یکی از اساسی‌ترین پیش‌نیازهای آن شکل‌گیری شبکه ارتباطی از دولتمردان و واحدهای اجرایی مختلف است، به‌گونه‌ای که مباحث مشترک بر سر میز مذاکره مطرح و مورد توافق قرار گیرند.

به طور کلی از نظر ما انجام مطالعه آمایش سلامت و برنامه‌ریزی شهری سلامت در این کشور موفقیت‌آمیز بوده است و تنها نکته این است که این کار به ظاهر جدید و عجیب را به یک امر پذیرفته شده و معمولی تبدیل کنیم.

تجربه سوئد

سوئد از سال ۱۹۸۸ عضو شبکه شهرهای سلامت اروپا است و تاکنون فعالیت‌های زیادی را برای تقویت وضعیت سلامت در این کشور انجام داده است. تمامی دپارتمان‌ها و سازمان‌ها در شهرهای مختلف این کشور به شکل‌های متفاوت در این فعالیت‌ها مشارکت داشته‌اند. در سومین فاز از پروژه شبکه شهرهای سلامت اروپا، سازمان بهداشت جهانی که سلامت شهری به عنوان یکی از موضوعات محوری مطرح شد، ساختار برنامه‌ریزی این کشور با بخش سلامت بیشتر از گذشته ادغام شد.

مسئله مهم و قابل توجه در این کشور این است که اتفاق نظر و اجماع قوی بین سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان این کشور نسبت به لزوم توجه به اهمیت سلامت در انواع چیدمان‌های فضایی وجود دارد. در نظر گرفتن ابعاد سلامت در انواع برنامه‌ریزی‌های ملی مسئله جدیدی نیست، اما توجه به سلامت و امنیت در اسناد برنامه‌ریزی این کشور بیش از گذشته مستقیماً با مفاهیمی مانند کیفیت آب آشامیدنی، شرایط بهداشتی، امنیت جاده‌ها و کاهش آلودگی‌های صوتی گره خورده است. همچنین این کشور سابقه طولانی در تمرکز روی مسائل اجتماعی و رفاه در برنامه‌ریزی‌های ملی خود دارد که در آن‌ها بسیاری از مفاهیم مرتبط با ابعاد وسیع‌تری از سلامت، مورد توجه قرار گرفته‌اند. از جمله می‌توان به تبعیض جنسیتی و امنیت اشاره کرد. همچنین توجه به مسائل زیست‌محیطی همواره در دستور کار بوده است. توجه به ابعاد اجتماعی همواره در تمامی برنامه‌ریزی مورد نظر بوده است و تلاش بر این بوده تا تمامی پروژه‌ها با رعایت اصل دموکراسی انجام شوند.

زمانی که سوئد به شبکه اروپا پیوست، یک گروه سلامت زیرمجموعه واحد برنامه‌ریزی‌های شهری این کشور شکل گرفت و شامل افرادی بود که در مراحل مختلف برنامه‌ریزی، قانون‌سازی و نظارت و کنترل فعالیت داشتند. وظیفه این گروه این بود تا تمامی فعالیت‌ها مانند وضع قوانین را از منظر سلامت مورد بررسی قرار دهند. در سال‌های

اخیر محور موضوعی بسیاری از فعالیتهای گروه، مسئله امنیت بوده است و کم‌کم این دیدگاه به سمت حقوق شهروندی پیش رفت.

تجربه کشور نروژ

نروژ در سال ۱۹۹۱ به برنامه شبکه شهرهای سلامت اروپا پیوست. در همین زمان وزارت محیط‌زیست این کشور پروژه ملی را برای ۱۰ منطقه از بزرگ‌ترین مناطق شهری شروع کرد. این پروژه مشخصاً در راستای انجام مطالعات آمایشی سلامت و با محوریت کاهش حمل و نقل با ماشین (شخصی) و تشویق مردم به دوچرخه‌سواری، پیاده‌روی و استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی است. استراتژی اصلی در تعریف این مطالعه، تقویت توسعه پایدار از طریق برنامه‌ریزی فرایندهایی بود که آمایش سرزمین، بهره‌وری از اراضی، سیستم حمل و نقل و حفاظت از محیط‌زیست در یک چشم‌انداز بلندمدت ادغام شوند.

نکته جالب توجه در این مطالعه این است که نمایندگان کودکان در ساختارهای سیاست‌گذاری حضور دارند. این مسئله در حال حاضر به‌خوبی در ساختار برنامه‌ریزی‌های شهری و ملی این کشور نهادینه شده است. شورای شهری کودکان در سال ۱۹۹۵ به منظور تشویق افراد جوان برای افزایش درک و مشارکت در فعالیتهای سیاسی و جهت‌دهی به علاقه‌مندی‌های سیاسی و برنامه‌ریزی آن‌ها تشکیل شد.

محور اصلی یکی از مطالعاتی که در زمینه برنامه‌ریزی شهری سلامت انجام شد، تمرکزگرایی در سیستم حمل و نقل بود. به این صورت که بر اساس این مطالعه پیشنهاد شده که تراکم ساختارهای شهری گسترش پیدا کند تا بتوان از یک سیستم حمل و نقل متمرکز برای مدیریت حمل و نقل استفاده کرد (به جای اینکه توسعه شهرها به صورت پراکنده و حرکت به سمت اتصال به نقاط روستایی اتفاق افتد). همچنین پروژه اختصاصی آمایش با هدف ارتقا سلامت کودکان به عنوان پروژه ریل شهری کودکان بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۱ انجام گرفت. در این پروژه به نیازهای تفریحی و ورزشی کودکان در کنار سیستم حمل و نقل مناسب توجه شده است؛ و بیان تمامی این ملاحظات و نتایج در فعالیتهای آمایش سرزمین این کشور وارد شده است.

در مفهوم شهر سالم سه بعد اصلی طبیعت، فرهنگ و سلامت در نظر گرفته شده است. استراتژی‌های اصلی مرتبط با این سه بعد عبارتند از:

– ادغام سلامت، رفاه و حفاظت محیط‌زیست به‌عنوان یک قاعده اصلی برای ارائه خدمات بین‌رشته‌ای و دستیابی به این مسئله از طریق پایش مداوم و توسعه ابزارها، روش‌ها و همکاری‌های مشترک.

- معرفی رویه‌های دائمی در برنامه‌ریزی‌های ملی و منطقه‌ای که از طریق آن‌ها مطمئن باشیم توجه لازم به سلامت در تمامی فعالیت‌های برنامه‌ریزی لحاظ می‌شود.
- تداوم تلاش‌های لازم برای ارتقا وضعیت سلامت، رفاه و حفاظت محیط‌زیست از طریق مشارکت و درگیر کردن تمامی ساختارهای شهری و منطقه‌ای.
- تعریف پروژه‌ها و همکاری‌های مشترک میان شهرها و مناطق مختلف در سطح ملی به‌منظور به اشتراک گذاری تجارب و جهت‌دهی مناسب تلاش‌ها برای ارتقا سلامت و حفاظت محیط‌زیست.
- تداوم همکاری با مراکز استانی و شهری و سایر کشورهای اروپایی برای تقویت هرچه بیشتر دموکراسی در برنامه‌ریزی‌ها.
- تقویت استان‌ها و مناطق شهری با تجارب موجود در زمینه ترویج دوچرخه‌سواری در شهرها.
- تلاش برای فراهم آوردن شرایط مناسب و دسترسی برای افراد دارای معلولیت.
- ارتقا امنیت، تثبیت شرایط زندگی به‌گونه‌ای که کودکان به بهترین شکل ممکن رشد کنند.
- فراهم آوردن شرایط محیطی اجتماعی امن و مناسب.
- تشویق فعالیت‌های بدنی و ورزشی و مواجهه بیشتر با محیط‌زیست مناسب.
- تقویت امنیت و پیشگیری از سوانح.

پیام نروز در خصوص فعالیت‌های آمایش سلامت

مهم‌ترین نتیجه‌ای که در تلاش‌های این کشور برای انجام انواع مطالعات آمایش سلامت انجام شده است، سلامت و محیط‌زیست دو جزء ادغام یافته و غیر قابل جداسازی در برنامه‌های آمایشی و برنامه‌ریزی شهری هستند. یکی از اهداف بلندمدت این کشور، دستیابی به شهرهای سالم است و برای تحقق این مهم، تمامی بخش‌هایی که به‌نوعی در تحقق استراتژی‌های نام برده شده می‌توانند مؤثر باشند، در تدوین اسناد آمایشی مشارکت دارند. برای این منظور چک لیستی برای اثرات سلامتی و محیط زیستی جهت تدوین انواع پروتکل‌ها و برنامه‌های منطقه‌ای تدوین شده است.

تاکنون ما مسیر طولانی را برای جا انداختن رویه‌های مناسب بهبود شرایط زندگی آماده‌ایم. همچنین تلاش‌های زیادی را برای کاهش آلودگی‌های صوتی و کاهش ترافیک انجام داده‌ایم و مهم‌تر از همه اینکه تمام تلاش خود را می‌کنیم تا تمام مردم به آب آشامیدنی سالم و قابل قبولی دسترسی داشته باشند.

تجربه کشور انگلیس

کشور انگلیس از سال ۱۹۸۸ یکی از اعضا شبکه شهرهای سلامت اروپا است. یکی از مهم‌ترین نیازمندی‌های انجام فاز سوم (بین سال‌های ۱۹۹۸-۲۰۰۲) پروژه برنامه‌ریزی شهری، ارتقا سلامت در برنامه‌ریزی‌ها و توجه به مفاهیم مرتبط با آن بود و انگلیس این مسئله را فرصت مناسبی دید تا سلامت و کیفیت زندگی را در ابعاد وسیع‌تری از برنامه‌ریزی‌های کلان خود بگنجانند.

دستاوردهای زیادی در سه دهه گذشته از توجه به مفاهیم سلامت در برنامه‌ریزی‌های شهری انگلیس در شهرهای مختلف آن به دست آمده است و در حال حاضر مسائل سلامت خیلی بیشتر از گذشته در دستور کار برنامه‌ریزی‌های شهری این کشور قرار گرفته است. به‌گونه‌ای که پیش‌نویس برنامه‌ها پیش از اینکه منتشر شوند، در مقایسه با یکسری از شاخص‌های مرتبط با سلامت مورد ارزیابی قرار می‌گیرند از جمله می‌توان به نیازهای اجتماعی جدید، ارزیابی تأثیر موارد بر کیفیت زندگی و محیط‌زیست از جمله این معیارها است (10).

جمع‌بندی

نکته ۱: حوزه‌های مورد توجه در انواع مطالعات آمایش سلامت شامل موارد زیر است:

کنترل

پرورش کودکان سالم	ترافیک
مسکن و سلامت اجتماعی	دسترسی کافی به نور خورشید و هوای سالم
ایجاد دسترسی برای افراد با بیماری‌های روانی و یا معلولیت	کنترل انواع آلودگی‌های آب، هوا و خاک
همبستگی اجتماعی	کنترل آلودگی صوتی به‌ویژه در شهرها
دسترسی به فرصت‌های شغلی	حفاظت از محیط‌زیست
دسترسی به تسهیلات اجتماعی و بازار	پیشگیری از بلایای طبیعی و شناسایی مناطق بحرانی و پرخطر

امنیت غذایی

عدالت و کاهش فقر

افزایش دسترسی به خدمات سلامت (شامل مراکز،

آب سالم و کیفیت مناسب بهداشت

ارائه‌دهندگان و ...)

فضای سبز

امنیت جاده‌ها

افزایش تحرک و کنترل چاقی

نکته ۲: علاوه بر مدیریت مناطق در محدوده مورد نظر (استانی، منطقه‌ای و ملی)، همسایگان نیز در نظر گرفته می‌شوند. به‌ویژه با تمرکز بر انتقال انواع بیماری‌های مشترک با همسایگان مرزی که نیاز به ملاحظاتی در کنترل موارد خطر مرتبط با سلامت وجود دارد.

نکته ۳: اینکه آیا افزایش دسترسی به پزشکان و خدمات بهداشتی درمانی تأثیر مفیدی بر وضعیت سلامتی جمعیت دارد یا خیر، همچنان مورد بحث است. از یک‌سو شواهد زیادی وجود دارد مبنی بر اینکه افزایش دسترسی به خدمات تأثیر مهمی بر وضعیت سلامتی جمعیت کشورهای در حال توسعه دارد، از سوی دیگر مطالعاتی نشان می‌دهند که تخصیص منابع بیشتر به بخش سلامت لزوماً موجب کاهش مرگ و میر در کشورهای مختلف نمی‌شود و الگوی آمایش را نباید از یاد برد. مطالعات اخیر در خصوص کشورهای توسعه یافته نیز نشان می‌دهد که تأمین پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت رابطه مثبت و مستقیمی با وضعیت سلامت افراد جامعه دارد. در هر صورت خدمات پزشکی و سلامت ممکن است که مستقیماً تأثیری بر مرگ و میر خالص نداشته باشند، اما قطعاً بر نرخ مرگ و میر در زیرگروه‌های مشخصی تأثیر داشته و رفتارهای پیشگیرانه سلامت و میزان ناخوشی در جامعه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به‌علاوه، تغییرات فضایی می‌تواند باعث شود تا توزیع یکسانی در کیفیت خدمات سلامت وجود نداشته باشد و امکان بررسی ارتباط بین دسترسی به خدمات سلامت و پیامدهای سلامت را با چالش مواجه کند.

نکته ۴: فعالیت‌های آموزشی می‌توانند از طریق یک یا چند معیار زیر طراحی و اجرا شوند:

ارتقا برخی شاخص‌های سلامت مانند افزایش دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، عدالت، نسبت تعداد اعضا هیئت‌علمی به دانشجو و تعداد مراکز پژوهشی

اثرگذاری بر شاخص‌های اجتماعی مانند افزایش نشاط اجتماعی از طریق پیاده‌سازی الگوی آمایش سلامت با اثرگذاری بر فعالیت‌های بدنی، افزایش نشاط اجتماعی و ...

تقویت برخی حوزه‌های مرتبط با بخش سلامت مانند امنیت غذایی، کنترل ترافیک و چاقی

نکته ۵: عموماً فعالیت‌های آمایشی، مقطعی و یک‌باره انجام نشده و نتایج آن‌ها در طول زمان بررسی و فرایندها اصلاح و مجدداً تکرار می‌شوند.

نکته ۶: در برخی کشورها حتی انجمن‌هایی برای مشارکت نمایندگان کودکان (تا ۱۷ سال) برای مشارکت در مطالعات آمایشی تشکیل شده‌اند (به‌ویژه در برنامه‌ریزی‌های شهری). به‌طور مثال شورای شهری کودکان نروژ در سال ۱۹۹۵ به‌منظور تشویق افراد جوان برای افزایش درک آن‌ها و مشارکت در فعالیت‌های سیاسی و جهت‌دهی به علاقه‌مندی‌های سیاسی و برنامه‌ریزی آن‌ها تشکیل شد.

نکته ۷: در عموم فعالیت‌های آمایشی به‌ویژه در کشورهای اروپایی، مشارکت تمامی بخش‌های مرتبط از نوع دولتی و خصوصی در انجام مطالعه وجود دارد. حتی پروژه‌هایی که به‌نوعی مرتبط هستند، در شروع کار شناسایی و از تجارب و یافته‌های آن‌ها استفاده می‌شود.

نکته ۸: شبکه ارتباطی از دولتمردان و واحدهای اجرایی در بسیاری از مطالعات آمایشی تشکیل می‌شود و در عمل از آن در تصمیمات و به‌ویژه مراحل که نیاز به اجماع وجود دارد، استفاده می‌شود.

نکته ۹: در بسیاری از مطالعات آمایشی بر مشارکت تمامی ذی‌نفعان و جامعه در فرایند انجام مطالعه تأکید می‌شود.

نکته ۱۰: قبل از شروع مطالعات آمایش از رسیدن به اجماع در خصوص تمامی مفاهیم مرتبط با آمایش سلامت اطمینان حاصل می‌شود.

نکته ۱۱: پیش‌نویس برنامه‌های ملی آمایشی در بسیاری از کشورها پیش از اینکه منتشر شوند، با عینک سلامت مورد ارزیابی و بررسی قرار می‌گیرند.

۴- جایگاه، آثار و پیامدهای بخش سلامت از لحاظ اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و محیط زیستی

سلامت مفهومی چندبعدی از قبیل جنبه‌های فیزیولوژیکی و غیرفیزیولوژیکی (اعم از شرایط روحی و روان‌شناختی) است که در کنش و واکنش با یکدیگر وضعیت سلامتی یک فرد را تعیین می‌کنند. مطالعات نشان می‌دهد شرایط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، زیست‌محیطی نیز بر وضعیت سلامت جامعه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم اثر دارند. برای مثال درآمد کم باعث کاهش وضعیت سلامت خواهد شد. فشارهای سیاسی موجود در جامعه و اولویت‌های مدنظر سیاست‌مداران نیز در این میان بی‌تأثیر نیستند. بخش سلامت نیز بر دیگر بخش‌ها تأثیر متقابل دارد. جمله معروف که انسان سالم محور توسعه پایدار است، نشانگر این مفهوم است. زیربنای جامعه با نشاط، مولد از نظر اقتصادی و پویا از نظر سیاسی؛ انسان و جامعه سالم است. جامعه‌ای که نیروی کار سالم نداشته باشد از رشد اقتصادی عقب خواهد ماند یا جامعه‌ای که اعضای آن از نظر روحی و روان‌شناختی سالم نباشند در مقوله‌های اعم از نشاط اجتماعی دچار مشکل خواهد شد.

به علت اثرگذاری و اثربخشی بخش سلامت است که مفاهیمی از قبیل سیاست در همه سلامت‌ها^۱ و سلامت واحد^۲ ظهور پیدا کرده است. رادولف،^۳ یکی از صاحب‌نظران علم سیاست‌گذاری سلامت معتقد است سلامت در همه سیاست‌ها رویکردی است که با مشارکت کلیه ارکان جامعه می‌تواند سلامت مردم جامعه را بهبود بخشد (۱۱). سلامت واحد نیز اشاره به تعادل انسان و محیط‌زیست دارد. در این رویکرد، هر کدام از بخش‌های سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و دیگر بخش‌ها هنگام تصمیم‌گیری در زمینه فعالیت‌های خود باید پیوست سلامتی را در تصمیمات خود مد نظر قرار دهند. در بخش حاضر سعی شده به برخی جنبه‌های تأثیرپذیری و تأثیرگذاری بخش سلامت نسبت به سایر بخش‌ها اشاره شود.

۴-۱- تأثیرگذاری و تأثیرپذیری بخش سلامت بر / از اقتصاد

اهمیت سلامتی از جنبه فردی، اجتماعی و اقتصادی واضح بوده و نیاز به دلیل‌آوری ندارد. در واقع سلامت یکی از شاخص‌های ملی است که بر متغیرهای کلان اقتصادی تأثیرگذار است و هر یک از متغیرهای اقتصاد کلان نیز به نوعی بر آن تأثیر می‌گذارند. نظام‌های اقتصادی بر اساس دیدگاه انسان‌شناسانه و توانمندی‌های خود درصد هستند تا بستری مناسب برای زندگی انسان فراهم نمایند و فعالیت‌های علمی و خدماتی را در راستای رفاه آنان به کار گرفته و بار اقتصادی بیماری‌ها را کاهش دهند.

1. Health in all policy
2. One Health
3. Rudolph

همچنین بخش سلامت نیز به عنوان یکی از زیربنایی‌ترین بخش‌های اقتصادی هر جامعه‌ای به حساب می‌آید و پیوسته در رویارویی با سایر بخش‌های اقتصاد، نه تنها باعث تغییرات کمی و کیفی آن‌ها شده بلکه خود نیز تحت تأثیر مستقیم این تحولات قرار می‌گیرد. سلامت، از طریق کانال‌های مختلفی می‌تواند اقتصاد یک کشور را تحت تأثیر قرار دهد. به این ترتیب که کارگران سالم بیشتر و بهتر از دیگران کار می‌کنند و کارایی اقتصاد کشور نیز افزایش پیدا می‌کند. از طرفی، در بخش سلامت با راه‌اندازی خدماتی از جمله توریسم درمانی می‌توان به‌طور مستقیم بر اقتصاد کشور تأثیر گذاشت. در کنار این اثرات مستقیم، سلامتی اثرات غیرمستقیمی نیز بر روی اقتصاد دارد. برای نمونه، بهبود سلامت در نیروی انسانی، انگیزه ادامه تحصیل و کسب مهارت‌های بهتر را به دنبال خواهد داشت، زیرا بهبود شرایط بهداشتی، از یک سو جذابیت سرمایه‌گذاری در آموزش و فرصت‌های آموزشی را افزایش خواهد داد و از سوی دیگر، با افزایش توانایی یادگیری، افراد را برای ادامه تحصیل و کسب مهارت‌های بیشتر، مستعدتر خواهد کرد. همچنین افزایش بهداشت و شاخص‌های بهداشتی در جامعه با کاهش مرگ‌ومیر و افزایش امید به زندگی، افراد را به پس‌انداز بیشتر تشویق خواهد کرد. به دنبال افزایش پس‌انداز در جامعه، سرمایه‌فیزیکی افزایش یافته و این موضوع نیز به صورت غیرمستقیم بر بهره‌وری نیروی کار و رشد اقتصادی مؤثر خواهد بود. لذا در صورتی که این ارتباطات نادیده گرفته شود، به صرف تخصیص بودجه‌های کلان و رشد سالانه آن و نیز ایجاد ظرفیت‌های فیزیکی، کشور به اهداف مورد نظر نمی‌رسد.

۴-۱-۱- تأثیر گذاری بخش سلامت بر اقتصاد

با توجه به جدول ۳۳، بخش سلامت نقش مهم و قابل توجهی در اقتصاد دارد، به طوری که سهم آن از تولید ناخالص داخلی در طی سال‌های اخیر رو به افزایش بوده است.

جدول ۳۳: جایگاه بخش سلامت در اقتصاد

تولید ناخالص داخلی	سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، به معنای میزان توجه به بخش سلامت است که یکی از شاخص‌های توسعه یافتگی کشورها محسوب می‌شود. سهم هزینه‌های سلامت از GDP در ایران طی دوره ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۰ تقریباً روند ثابتی را طی کرده که رقم آن برابر با ۵/۸ درصد بوده است. از سال ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵ این شاخص، رشد صعودی داشته که رقم آن برابر با ۸/۱ درصد است (۱۲، ۱۳).
نسبت هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بخش سلامت	هزینه‌های مستقیم سلامت مواردی می‌باشند که به صورت مستقیم مرتبط با روند درمان یا پیشگیری هستند که از جمله از آن‌ها می‌توان به هزینه‌های ویزیت، دارو، خدمات بستری و تشخیصی اشاره کرد. هزینه‌های غیرمستقیم مواردی هستند که به صورت غیرمستقیم در کنار و در ارتباط با هزینه‌های مستقیم سلامت می‌باشند که شامل دستمزد از دست رفته و کاهش بهره‌وری و ... می‌باشند (۱۲). حدود ۹۵ درصد از هزینه‌های حوزه سلامت را هزینه‌های مستقیم تشکیل می‌دهد (۱۳).
سهم بهداشت و درمان	به‌طور کلی نظام سلامت به دو بخش بهداشت و درمان تقسیم می‌شود که در واقع بخش بهداشت، بیشتر متوجه جنبه‌های پیشگیری و جلوگیری از بیماری می‌باشد، در صورتی که بخش درمان مربوط به زمان تحقق بیماری و مشکلات پس از آن است. تنها ۵ درصد از هزینه‌های کل نظام سلامت طی دوره ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۰ به بخش بهداشت اختصاص یافته بود (۱۳).

<p>مفهوم ارزش افزوده بدین معنی است که یک بخش به عنوان مثال بخش سلامت علاوه بر اینکه به خودی خود تولید خدمت می‌کند و به‌طور مستقیم در رشد اقتصادی نقش اساسی دارد، بر توسعه دیگر بخش‌های اقتصادی هم تأثیر می‌گذارد. لذا ارزش افزوده ایجاد شده در بخش سلامت به عنوان یک بخش زیربنایی، از معیارهای رشد و توسعه اقتصادی کشورها دانسته می‌شود (۱۴).</p>	<p>ستانده بخش سلامت</p>
<p>بازارهای سلامت در اقتصاد کشور تأثیر بسزایی دارند. این بازارها شامل بیمارستان‌ها، مراکز درمانی و داروخانه‌ها می‌باشند. به گفته رئیس اداره همکاری‌های اقتصادی بین‌الملل وزارت بهداشت، بازار سلامت ایران سالانه ۲۵ تا ۲۸ میلیارد دلار گردش مالی دارد. لذا این آمار نشان می‌دهد که بخش سلامت تأثیر زیادی بر اقتصاد دارد.</p>	<p>بازارهای هدف سلامت</p>
<p>سرجم اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل ردیف‌های: ستاد، دانشگاه‌های علوم پزشکی، دستگاه‌های وابسته (انتقال خون، اورژانس، غذا و دارو، بیمه سلامت، انستیتو پاستور، هیئت‌امانی ارزی و صندوق رفاه) و متفرقه و در نظر گرفتن منابع حال از بند «ب» تبصره ۱۳ معادل با ۸۸۴،۹۰۷ میلیارد ریال بود که حدود ۵ درصد از کل بودجه کشور را به خود اختصاص داده است.</p>	<p>بودجه بخش سلامت در سال ۹۸</p>



شکل ۲: تأثیرگذاری بخش سلامت بر اقتصاد

شکل ۲ تأثیرگذاری بخش سلامت بر اقتصاد را نشان می‌دهد. این تأثیرگذاری شامل موارد زیر می‌شود:

۴-۱-۲- ارزش افزوده بخش سلامت

مفهوم ارزش افزوده به این معنی است که یک بخش به عنوان مثال بخش سلامت علاوه بر اینکه به خودی خود تولید خدمت می‌کند و به طور مستقیم در رشد اقتصادی نقش اساسی دارد و بر توسعه دیگر بخش‌های اقتصادی هم تأثیر می‌گذارد. لذا ارزش افزوده ایجاد شده در بخش سلامت به عنوان یک بخش زیربنایی، از معیارهای رشد و توسعه اقتصادی کشورها دانسته می‌شود (۱۴).

۴-۱-۳- واردات و صادرات بخش سلامت

واردات و صادرات بخش سلامت شامل: دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی، مکمل‌های غذایی، ملزومات دارویی، فراورده‌ها و مواد خوردنی و آشامیدنی، فراورده‌های آرایشی و بهداشتی و مواد اولیه و بسته‌بندی آن‌ها است.

۴-۱-۴- تأثیر توریسم درمانی بر اقتصاد

توریسم درمانی نقش مهمی در اقتصاد کشورها ایفا می‌کند، به‌گونه‌ای که این خدمت سالانه میلیاردها دلار به اقتصاد برخی کشورها می‌افزاید (۱۵). این صنعت در کشورهای مختلف آن‌چنان موجب رشد اقتصادی شده است که به آن صادرات نامرئی می‌گویند (۱۶). در کشور ایران که دارای اقتصادی وابسته به نفت است، مشکلات زیادی را برای کشور به وجود آورده است. صنعت توریسم درمانی این توان را دارد که حداقل ۵ درصد از منابع نظام سلامت را تأمین کند (۱۷). لذا می‌توان گفت که این صنعت تأثیر مثبت زیادی بر اقتصاد کشور دارد.

۴-۱-۵- تأثیر امید به زندگی بر اقتصاد

امید به زندگی یکی از شاخص‌های آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است یا به عبارت دیگر، هر عضوی از آن جامعه چند سال می‌تواند توقع حیات داشته باشد. هرچه شاخص‌های بهداشتی و همچنین درمانی بهبود یابد، امید به زندگی افزایش خواهد یافت و از این‌رو این شاخص یکی از شاخص‌های سنجش پیشرفت یا عقب‌ماندگی کشورهاست (۱۸). به‌طور کلی سنجش سلامت در کل جامعه به صورت مستقیم با مشکلات زیادی روبه‌رو است، در اکثر مطالعات شاخص امید به زندگی به‌عنوان نشانگر و نماگری برای آن پیشنهاد شده است. در واقع این شاخص چکیده مرگ و میر جمعیت را در قالب یک عدد بیان می‌کند. امید به زندگی^۱ در بدو تولد معرف متوسط سال‌هایی است که یک نوزاد به دنیا آمده عمر خواهد کرد. در کنار میزان‌های مرگ و میر، امید به زندگی از شاخص‌های مهمی بوده که بیانگر وضعیت اقتصادی هر جامعه است. شاخص امید به زندگی به یکی از

1. Life Expectancy

نشانگرهای نوسانات نابرابری‌های سلامت^۱ در جوامع گوناگون تبدیل شده است (۱۹، ۲۰). افزایش امید به زندگی، می‌تواند تأثیر منفی بر اقتصاد نیز بگذارد، به گونه‌ای که در اثر افزایش جمعیت کهن‌سال، بیماری‌های غیرواگیر و مزمن و درنهایت تحمیل هزینه‌ها افزایش یابد (۲۱).

۴-۱-۶- تأثیر مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال بر اقتصاد

مرگ و میر تنها موضوعی است که دولت‌ها مستقیماً نمی‌توانند روی آن اقدام زیادی انجام دهند؛ بلکه این شاخص متأثر از بسیاری عوامل بوده و تلاش‌ها و سیاست‌گذاری‌های اقتصادی-اجتماعی و بهداشتی کشورها منجر به کاهش مرگ‌ومیر کودکان می‌شود (۲۲). همچنین علاوه بر تأثیرات روانی منفی که مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال بر خانواده و جامعه می‌گذارد، تأثیر زیادی بر اقتصاد کشورها نیز دارد، به گونه‌ای که کاهش مرگ‌ومیر کودکان، یکی از اهداف توسعه هزاره در سطح دنیا است و دولت‌ها موظفند تعهدات لازم خود را در مورد کاهش موارد مرگ‌ومیر کودکان به انجام رسانند (۲۳).

۴-۱-۷- تأثیر کیفیت زندگی بر اقتصاد

کیفیت زندگی، مفهومی چندبعدی است که سازمان بهداشت جهانی آن را درک فرد از وضعیت زندگی‌اش با توجه به فرهنگ و نظام‌های ارزشی و ارتباط آن با اهداف، انتظارات، علایق، استانداردها و تجربیات زندگی تعریف کرد (۲۴). کیفیت زندگی به‌عنوان یک مفهوم سلامت، دارای ویژگی‌های متعدد از جمله چندبعدی بودن، پویا بودن و ذهنی بودن تعریف می‌شود که دربرگیرنده ابعاد گوناگونی مانند ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است (۲۵). هرچه کیفیت زندگی افراد یک کشور بیشتر باشد، می‌تواند تأثیر مثبتی بر اقتصاد گذاشته و از هزینه‌های گزاف ناشی از درمان بیماری‌ها جلوگیری کند و همچنین باعث خواهد شد که نیروی‌های انسانی، کار مفید و اثربخشی را در جامعه انجام دهند.

۴-۱-۸- تأثیر سلامت روان بر اقتصاد

سلامت جامعه دارای ابعاد متنوع و گوناگونی است که سلامت روانی یکی از ابعاد مهم آن به شمار می‌آید. این بعد از سلامت در صورتی که آسیب ببیند عواقب اقتصادی-اجتماعی سنگینی برای جامعه دارد. افراد دارای اختلالات روحی و روانی در صورتی که شاغل باشند، ممکن است در محیط کاری خود با مشکلات زیادی روبه‌رو شده و کارایی آن‌ها کاهش یافته و در برخی موارد کارشان را از دست بدهند و اگر این افراد شاغل نباشند ممکن است به

اعتیاد، خودکشی و دگرکشی و سایر آسیب‌های اجتماعی روی بیاورند که در هر صورت هزینه‌های زیادی به اقتصاد کشور تحمیل می‌شود (۲۶، ۲۷).

۴-۱-۹- تأثیر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر بر اقتصاد

بیماری مزمن، بیماری طولانی‌مدتی است که تغییرات جسمانی در بدن ایجاد می‌کند و کارکردهای بیمار را محدود می‌کند. بیماری مزمن معمولاً صعب‌العلاج است و دوره درمان آن طولانی و مراحل بهبود آن دشوار می‌باشد و در برخی موارد این بیماری لاعلاج است و درمان قطعی و مشخصی برای آن وجود ندارد. بیمار ناچار است برای یک دوره طولانی مدت از عمرش و یا تا پایان عمر این بیماری را تحمل کند و با عوارض ناشی از آن کنار بیاید و خود را با شرایط دشوار و ناگوار آن‌ها سازگار نماید. بیماری‌های مزمن بار اقتصادی (منفی) فراوانی به همراه دارند و با توجه به شیوع زیاد آن‌ها و پیری جمعیت، نظام‌های سلامت دنیا را با چالش‌های مالی زیادی روبه‌رو خواهند کرد (۲۱، ۲۸).

مطابق با جدول ۳۴، رابطه بین سلامت با اقتصاد در بسیاری از مطالعات نشان داده شده است. در حقیقت با بهبود شاخص‌های سلامتی، شادابی و نشاط در جامعه گسترش می‌یابد و نیروی کار سالم می‌تواند با انجام کار مفید خود موجب کارایی و بهره‌وری اقتصادی شود.

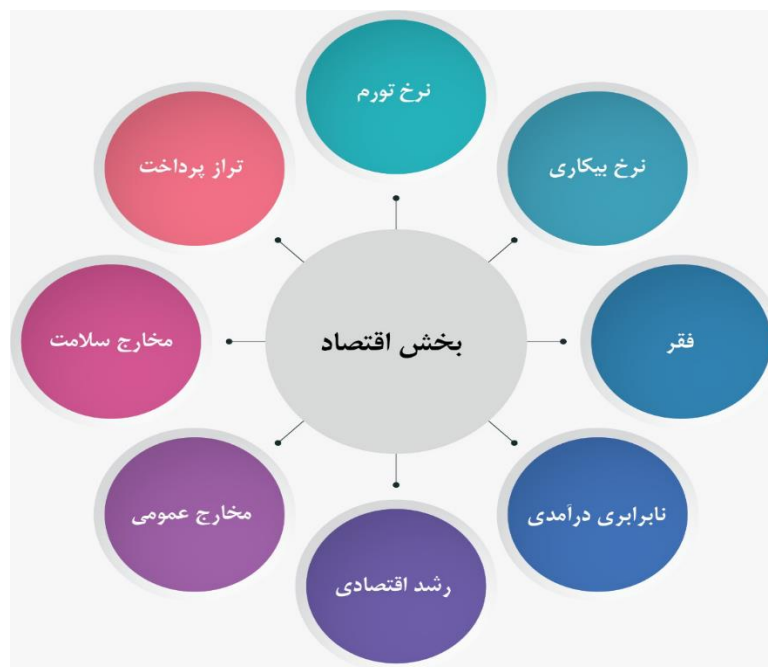
جدول ۳۴: مطالعات انجام‌شده در زمینه ارتباط بخش سلامت با اقتصاد

ردیف	مطالعات
۱	پژوهان در مطالعه‌ای نشان داد سرمایه‌گذاری‌های بهداشتی دولت در مجموع ۶/۳ درصد از کل رشد اقتصادی ناشی شده از بهبود بهره‌وری عوامل در دوره ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۹ را تبیین کرده بود (۲۹).
۲	خانزادی در مطالعه‌ای نشان داد که رابطه مثبت و معنادار بین مخارج بهداشتی عمومی و رشد اقتصادی در استان‌ها وجود دارد (۳۰).
۳	عمادزاده و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که بین رشد مخارج سلامت خانوار و رشد اقتصادی استان‌های ایران ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۳۱).
۴	سرلک در مطالعه‌ای نشان داد که افزایش سطح سلامت می‌تواند منجر به بهبود رشد اقتصادی کشور و استان‌ها شود (۳۲).
۵	لطفی پور نشان داد موجودی سلامت سرمایه انسانی (امید به زندگی) و سرمایه‌گذاری در سلامت سرمایه انسانی (مخارج بهداشتی) به ترتیب ۹۹ و ۹۰ درصد به‌صورت مثبت بر نرخ رشد درآمد سرانه تأثیرگذار می‌باشند. هر یک درصد افزایش در موجودی و سرمایه‌گذاری در سلامت به ترتیب منجر به افزایش ۰/۱۶ و ۰/۲۲ درصد نرخ رشد درآمد سرانه می‌شود (۳۳).
۶	پناهی نشان داد افزایش در هر یک از متغیرهای مخارج بهداشتی دولت باعث افزایش در رشد اقتصادی می‌شود (۳۴).

این تأثیرگذاری شامل موارد زیر می‌شود:

۴-۱-۱۰- تأثیرپذیری بخش سلامت از حوزه اقتصاد

سلامت یکی از مهم‌ترین سرمایه‌های یک انسان است که به وی اجازه توسعه کامل توانایی‌هایش را می‌دهد. اگر این سرمایه فرسوده شود یا به‌طور کامل توسعه پیدا نکند، می‌تواند موجب ضعف فیزیکی و روحی انسان شود. با بررسی مطالعات انجام شده، مشخص شد که متغیرهای کلان اقتصادی نظیر نرخ تورم، نرخ بیکاری، فقر، نابرابری درآمدی، رشد اقتصادی، مخارج عمومی، مخارج سلامت و تراز پرداخت بر مؤلفه‌های سلامت تأثیر می‌گذارند. شکل ۳ تأثیرگذاری بخش سلامت بر اقتصاد را نشان می‌دهد.



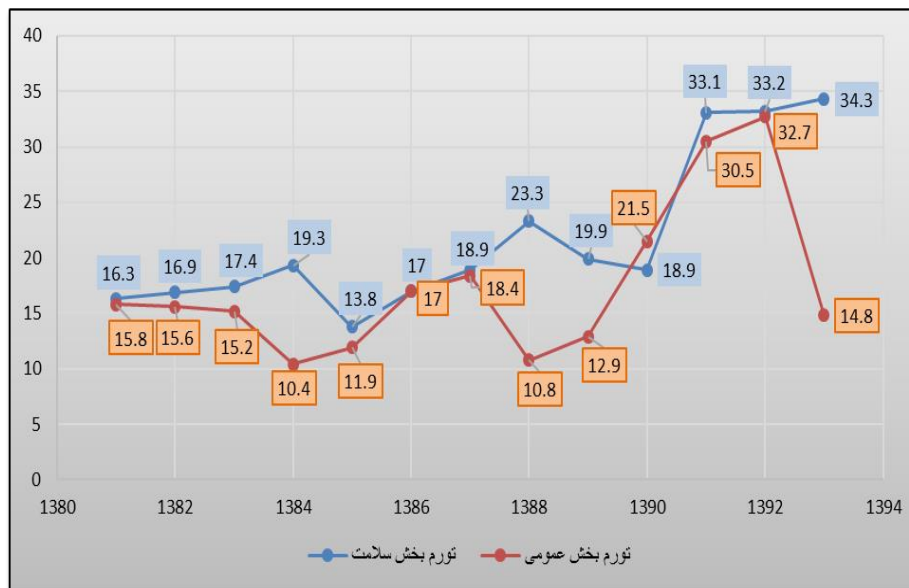
شکل ۳: تأثیرپذیری بخش سلامت از اقتصاد

این تأثیرپذیری شامل موارد زیر می‌شود:

۴-۱-۱۱- تورم و تأثیر آن بر سلامت

جامعه‌ای که با تورم شدید روبه‌رو است، هزینه‌های روانی زیادی را متقبل می‌شود. در واقع تورم با ایجاد یک حالت نااطمینانی و بلا تکلیفی در جامعه، از طرفی موجب ایجاد بیماری‌های روانی و کاهش سطح سلامت افراد جامعه شده (۳۵) و از طرف دیگر با تأثیر بر بودجه دولت‌ها، باعث کاهش منابع مالی در بخش بهداشت و درمان و رکود فعالیت‌ها می‌شود (۳۶). به این ترتیب تورم هم در بخش تقاضا و هم عرضه خدمات بهداشتی درمانی اختلال ایجاد می‌کند.

بر اساس شکل ۴، تورم بخش سلامت در طی سال‌های مختلف با شیب کم افزایش یافته و در بعضی از سال‌ها با تورم عمومی برابر بوده یا گاهی از آن کمتر شده است؛ اما به‌طور کلی تورم بخش سلامت بالاتر از تورم عمومی است (۳۷). دو عامل مهم که ممکن است در افزایش شاخص قیمت مصرف‌کننده در بخش سلامت نقش داشته باشند شامل؛ ۱- عوامل طرف تقاضا: سالمند شدن، گسترش پوشش بیمه‌ای، افزایش درآمد مردم؛ ۲- عوامل طرف عرضه: افزایش تقاضای القایی عرضه‌کننده، رشد کم بهره‌وری، سوء مدیریت شرکت‌های بیمه، تغییرات فناورانه در عرضه خدمات سلامت می‌باشند.



شکل ۴: مقایسه درصد تورم بخش سلامت با درصد تورم بخش عمومی در طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۳

۴-۱-۱۲- بیکاری و تأثیر آن بر سلامت

پدیده بیکاری، معضلی اجتماعی و اقتصادی است که آثار و پیامدهای منفی متعددی به دنبال داشته و زندگی شخصی، خانوادگی و اجتماعی افراد را به شدت تحت تأثیر خود قرار داده و از نظر روحی نیز زیان‌های مخرب و ویران‌کننده‌ای برجا می‌گذارد (۳۸). در مورد ارتباط بیکاری و سلامتی می‌توان گفت که با افزایش بیکاری نیروی کار، درآمد آن‌ها کاهش یافته و از این‌رو سهمی از مخارجی که نیروی کار به تأمین بهداشت و سلامت خود اختصاص می‌دهد؛ کاهش یافته و پیامد آن کاهش بهداشت و سلامت افراد خواهد بود (۳۵).

بهداشت و سلامت یک دارایی سرمایه‌ای و مولد محسوب می‌شود به‌گونه‌ای که کارگران سالم‌تر؛ کمتر در کسب‌وکار خود به علت بیماری غیبت می‌کنند و همچنین مولدتر و خلاق‌تر هستند، از این‌رو بهره‌وری آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. بنابراین تقاضا برای نیروی کار افزایش یافته و به دنبال آن سطح تولید و اشتغال افزایش و بیکاری کاهش

می‌یابد. در ارتباط با تأثیر منفی بیکاری بر سلامت نیز می‌توان بیان کرد که با افزایش بیکاری از طرفی به خاطر مسائل روحی، روانی، مسائل مالی و اضطراب ناشی از نداشتن شغل و افسردگی، میزان سلامتی نیروی کار کاهش می‌یابد و از طرف دیگر با کاهش درآمد، هزینه اختصاص یافته به بهداشت و سلامت نیروی کار کاهش یافته؛ از این‌رو با افزایش بیکاری میزان سلامت کاهش می‌یابد (۳۸، ۳۹).

۴-۱-۱۳- فقر و تأثیر آن بر سلامت

فقر به معنای ناتوانی در تأمین نیازهای اساسی زندگی از قبیل خوراک، پوشاک، مسکن، معیشت خانواده و... است. مفهوم نیازهای اساسی برحسب زمان و مکان متفاوت است و از حداقل نیازها برای زنده ماندن تا متوسط سطح زندگی را در برمی‌گیرد. فقر موجب محدود شدن توسعه انسانی شده و صدمات گسترده و طولانی‌مدتی بر جای می‌گذارد (۴۰).

اگر فردی دارای توان اقتصادی کافی نباشد، امکان تغذیه مناسب، کسب آموزش کافی در زمینه بهداشت و نهایتاً تأمین سلامت خود و خانواده خود را نخواهد داشت. شکی نیست که ثروت، سلامت را افزایش می‌دهد، زیرا افراد ثروتمند دسترسی بیشتری به کالاهای افزایش‌دهنده سلامتی دارند (۴۱). درواقع با بهبود وضعیت اقتصادی خانوارها، بهبود سلامت و تغذیه و کاهش مرگ‌ومیر نیز به دنبال خواهد داشت (۴۲).

۴-۱-۱۴- نابرابری درآمدی و تأثیر آن بر سلامت

در اینجا منظور از نابرابری درآمدی اختلاف درآمد بین ثروتمندترین و فقیرترین دهک‌های جامعه است (۴۳). درآمد باعث سلامتی می‌شود و به همین دلیل در کشورهای ثروتمند در مقایسه با کشورهای فقیر، افراد عمر و سلامتی بیشتری خواهند داشت. زمانی که بین گروه‌های درآمدی در جامعه تفاوت وجود داشته باشد، رفاه عمومی آسیب می‌بیند و بهینه پارتو ناپایدار می‌شود که این موضوع می‌تواند برای سلامتی فرد مخاطره‌آمیز باشد. به بیان دیگر نابرابری‌های اقتصادی در بخش سلامت، فقر و نابرابری کل جامعه را تعمیق می‌بخشد (۴۴).

در مدل گراسمن نشان داده شده است که تغذیه مطلوب و داشتن درآمد مناسب، بیش از مراقبت‌های سلامتی در تأمین سلامت افراد مؤثر است (۴۵). همچنین شاخص نابرابری درآمدی با میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال رابطه مثبت دارد. به این معنی که هر اندازه نابرابری درآمدی کاهش یابد، مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال کاهش می‌یابد (۴۶). همچنین نشان داده شده است که رشد تولید ناخالص داخلی با شاخص‌های سلامت رابطه مثبت و معناداری دارد (۴۷).

۴-۱-۱۵- رشد اقتصادی و تأثیر آن بر سلامت

رشد اقتصادی بالا ظرفیت و توانایی مردم برای مشارکت در طرح تأمین مالی سلامت را افزایش می‌دهد. درآمد سرانه بالاتر، سلامت بهتر را از طریق بهبود وضعیت زندگی موجب می‌شود. در واقع درآمد سرانه بالاتر قدرت خرید بیشتری را نیز ایجاد می‌کند که می‌تواند مستقیماً کیفیت و کمیت مراقبت‌های بهداشتی را بهبود بخشد (۴۸).

۴-۱-۱۶- مخارج عمومی و تأثیر آن بر سلامت

برنامه‌های بهداشت و درمان یکی از اجزای مخارج عمومی است و منابع دولت در بخش بهداشت و درمان و میزان منابعی که به این بخش اختصاص پیدا می‌کند، تأثیر مثبت و مستقیمی در خروجی بخش سلامت دارد (۳۷). هر چه مخارج عمومی سلامت افزایش یابد، مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال کاهش می‌یابد و هرچه مخارج عمومی دولت افزایش یابد، امید به زندگی افزایش می‌یابد (۴۹).

۴-۱-۱۷- مخارج بخش سلامت و تأثیر آن بر سلامت

در صورتی که سهم مخارج سلامت از کل مخارج افزایش یابد، شاخص‌های بهداشتی بهبود می‌یابند. به این معنی که با افزایش مخارج سلامت، شاخص امید به زندگی افزایش پیدا می‌کند (زیرا با صرف بودجه کافی به بخش بهداشت و درمان، توجه بیشتری به پیشگیری و درمان بیماری‌ها صورت می‌گیرد) و همچنین شاخص مرگ و میر کمتر از ۵ سال کاهش می‌یابد (۴۹).

۴-۱-۱۸- تراز پرداخت و تأثیر آن بر سلامت

بی‌ثباتی سیاست‌های کلان اقتصادی در اقتصاد یک کشور موازنه پرداخت‌های آن کشور را دست‌خوش تغییر قرار می‌دهد؛ به عبارت دیگر، تراز پرداخت‌ها به دلیل رابطه مستقیمی که با رونق و رکود اقتصادی دارند، رابطه مستقیمی با شاخص‌های سلامت برقرار می‌کنند (۵۰).

۴-۱-۱۹- نوسانات اقتصادی و تأثیر آن بر سلامت

گاهی در اقتصاد، نوسانات و بحران‌هایی بروز می‌کند که تمامی بخش‌های اقتصادی از جمله بخش سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بودجه دولت به دلیل وابستگی به درآمدهای نفتی به هنگام بروز نوسانات شدید در قیمت نفت موجب مشکلاتی می‌شود. به همین ترتیب مخارج بخش بهداشت و درمان نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۵۱).

جمع بندی

بخش سلامت به دلیل ماهیت و ارزشی که دارد می تواند مسیر رشد و توسعه اقتصادی را هموارتر سازد. یافته ها نشان داد که بخش سلامت از طریق برخی مؤلفه ها (امید به زندگی، کیفیت زندگی، مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، سلامت روان، بیماری های مزمن، تورسیسم درمانی، صادرات، واردات و ارزش افزوده) بر اقتصاد تأثیر می گذارد. بخش اقتصاد نیز از مهم ترین واحدهای هر کشور و سرزمینی است که بر سایر واحدها تأثیر می گذارد. یافته ها نشان داد که بخش اقتصاد از طریق برخی مؤلفه ها (تورم، بیکاری، فقر، نابرابری اقتصادی، رشد اقتصادی، مخارج عمومی، مخارج سلامت، تراز پرداخت و نوسانات اقتصادی) بر بخش سلامت تأثیر می گذارد.

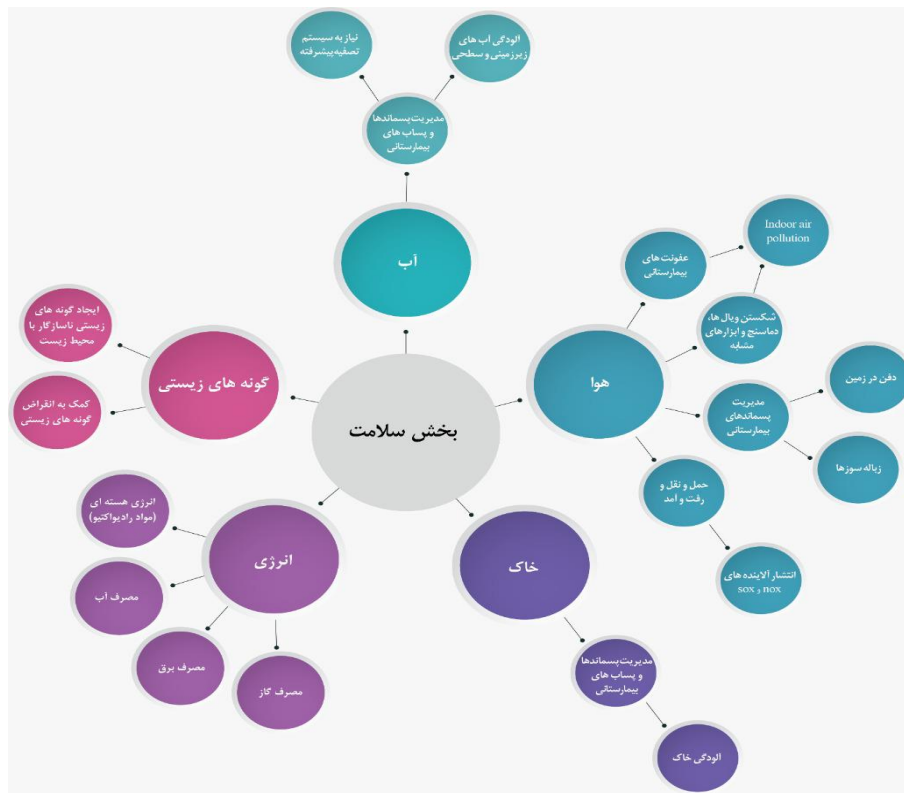
۴-۲- تأثیر گذاری و تأثیر پذیری بخش سلامت بر / از حوزه محیط زیست

۴-۲-۱- تأثیر گذاری بخش سلامت بر محیط زیست

هدف کلی علوم بهداشت محیط کنترل عوامل محیطی (هوا، آب و خاک) جهت پیشگیری از بروز بیماری ها و حمایت از محیط های سالم است. این علم در مورد تمام مسائل مربوط به سلامت انسان از هر دو جنبه محیط طبیعی و محیط انسان ساخت صحبت می کند. امروزه یکی از نگرانی های عمده در حوزه بهداشت محیط مشکلات ناشی از بخش سلامت بوده که آسیب های جدی بر محیط زیست و گونه های زیستی وارد کرده است (شکل ۵)؛ بنابراین، زمان اینکه چگونه ما به عنوان بخشی از نظام سلامت، آسیب های وارد شده به محیط زیست و گونه های زیستی را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهیم، فرارسیده است (۵۲).

یکی از آسیب های وارده در این زمینه که بسیار چالش برانگیز بوده، مبحث تأثیر پسماندها و پساب های بیمارستانی بر محیط زیست است. از آنجایی که این پسماندها و پسابها به طور صحیحی مدیریت نمی شوند باعث بروز آلودگی های جدی در محیط های آبی، خاکی و هوا خواهند شد. با وجود روش های نوین برای دفع پسماند و پساب های بیمارستانی در بسیاری از مناطق کشور دفع این پسماندها و پساب های خطرناک همچنان به روش سنتی صورت می گیرد که علاوه بر آلودگی های زیست محیطی، خطر گسترش برخی از بیماری ها را در پی دارد.

کارشناسان بهداشت محیط و محیط زیست معتقدند مدیریت پسماندها و پسابها با توجه به مشکلات خاص خود بیانگر وضعیت فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی یک کشور است و نیاز به طراحی دقیق و آینده نگر دارد (۵۳ و ۵۴).



شکل ۵: تأثیرگذاری بخش سلامت بر محیط‌زیست

این تأثیرگذاری شامل موارد زیر می‌شود:

۱- تأثیرات بخش سلامت بر گونه‌های زیستی

علوم بیولوژی به‌ویژه علم مهندسی ژنتیک توانسته میکروارگانیسم‌های زنده‌ای با ماهیت‌های متفاوت ایجاد نماید که تهدید جدی برای محیط‌زیست محسوب می‌شود. در ادامه به مواردی از آن خطرات اشاره می‌شود:

- ایجاد میکروارگانیسم‌هایی که هرگز در طبیعت وجود نداشته‌اند.
 - ایجاد میکروارگانیسم‌هایی با شدت بیماری‌زایی بالا
 - تبدیل میکروارگانیسم‌های غیر بیماری‌زا به میکروارگانیسم‌های بیماری‌زا
 - ایجاد میکروارگانیسم‌هایی که دوام و پایداری مناسب در شرایط محیطی دارند.
- بدیهی است تهدیدات ذکرشده در بالا باعث ایجاد تغییرات منفی در محیط‌زیست شده که خود باعث کمک به انقراض گونه‌های زیستی - جانوری خواهد شد (۵۵).

۲- تأثیرات بخش سلامت بر آب

بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی بیش از ۴۰ درصد پسماندهای بیمارستانی عفونی هستند. شیرابه حاصل از دفن پسماندهای بیمارستانی به دلیل آلودگی زیاد ناشی از ترکیبات عفونی و مواد سمی که در آن وجود دارد اثرات نامطلوب فراوانی بر منابع آب‌های زیرزمینی می‌گذارد. نفوذ شیرابه ناشی از زباله‌های دفن شده به آب‌های زیرزمینی سبب آلودگی آب چشمه‌ها، چاه‌ها و ذخایر آبی مجاور محل دفن زباله می‌شود. همچنین شیرابه‌های ناشی از دفن‌گاه زباله‌ها از عوامل آلوده‌سازی تالاب‌ها، دریاچه‌ها و دریاها به شمار می‌روند که از طریق رودخانه‌های سطحی و زیرزمینی به این آب‌ها راه پیدا می‌کنند.

حضور این آلاینده‌ها در منابع آبی موجب عدم کارایی این منابع، از بین رفتن جانوران آبی، اختلال در کار اکوسیستم آبی و انتشار انواع بیماری‌ها می‌شود. ورود شیرابه زباله‌ها به منابع آب زیرزمینی، بزرگ‌ترین خطری است که انسان و سایر موجودات زنده را تهدید می‌کند. آب‌های آلوده‌ای که برای مصارفی از قبیل شرب، کشاورزی، دامداری و غیره استفاده می‌شوند، نمی‌تواند منتج به تولید محصولات سالم شود و مصرف همین محصولات به مرور، انواع بیماری‌ها از جمله اختلالات گوارشی، خونی، پوستی و انواع سرطان را به همراه می‌آورد.

فاضلاب بیمارستان‌ها نسبت به فاضلاب شهری دارای اهمیت ویژه‌ای است. بیمارستان‌ها، حجم قابل توجهی از آب هر اجتماع را به مصرف می‌رسانند، میزان سرانه مصرف آب در بیمارستان‌ها در گستره ۳۵۰ تا ۱۴۰۰ لیتر در روز به ازای هر تخت است. البته مقدار تولید فاضلاب بیمارستانی در اجتماعات مختلف متفاوت است. این مقدار در کشور ایران به طور متوسط ۷۴۵ لیتر در روز به ازای هر تخت است. فاضلاب خروجی بیمارستان‌ها دارای انواع میکروارگانیسم‌های بیماری‌زا و مواد دارویی، سایر مواد سمی خطرناک، مواد زائد جامد، مواد شیمیایی پرتوزا و ایزوتوپ‌های رادیواکتیو است. تخلیه و راه‌یابی این مواد به محیط‌زیست، به خصوص آب‌های سطحی و زیرزمینی مخاطرات و معضلات عمده‌ای را برای حیات آبیان ایجاد می‌نماید (۵۶ و ۵۷).

۳- تأثیرات بخش سلامت بر انرژی

با آگاهی عمومی از هزینه‌های انرژی، احساس نیاز به حفظ منابع بیش از پیش فزونی گرفته است، به علاوه افزایش بهای منابع انرژی و کمبود آن‌ها موجب نظارت بیشتر در مصرف را فراهم آورده است. با توجه به نقش انرژی در پایداری محیط‌زیست، لازم است عملکرد بخش سلامت در مصرف انرژی مورد ارزیابی قرار گیرد.

بیمارستان‌ها مصرف‌کنندگان بزرگی در زمینه انرژی (آب، برق و گاز) هستند. آمار و ارقام ارائه‌شده در ارتباط با مراقبت‌های بهداشتی نشان می‌دهد که مصرف انرژی به ازای هر مترمربع در بیمارستان‌ها، بسیار بیشتر از سایر مراکز خدماتی است. استاندارد مصرف آب در یک بیمارستان به‌طور متوسط حدود ۵۰۰ لیتر به ازای هر تخت روز

فعال است. همچنین به ازای هر تخت روز فعال حدود ۵ کیلووات برق مورد نیاز فعالیت‌های بیمارستان است. مصرف انرژی در بیمارستان‌ها یکی از عوامل مؤثر در روند کاهش منابع تولیدکننده انرژی است. شایان ذکر است مصرف انرژی آب در بخش سلامت باعث تولید فاضلاب بیمارستانی می‌شود که خطرات جدی برای محیط‌زیست در پی خواهد داشت (۵۸).

۴- تأثیرات بخش سلامت بر هوا

یکی از روش‌های مرسوم برای از بین بردن پسماندهای جامد و مایع در بیمارستان‌ها استفاده از زباله‌سوز است، زیرا دفع سریع پسماندهای بیمارستانی به علت وجود عوامل بیماری‌زا و دیگر مواد خطرناک دارای اهمیت بهداشتی خاصی است. آلودگی هوا به عنوان یکی از مشکلات و پیامدهای منفی تأسیسات زباله‌سوز فضاهای درمانی محسوب می‌شود. معمولاً این دستگاه‌ها همراه با انتشار بوی نامطبوع، دود و دارای آلودگی هوا هستند.

آلاینده‌های منتشره از دودکش زباله‌سوز بیمارستان‌ها شامل آلودگی‌های بیولوژیک (شامل انواع باکتری‌ها، انگل‌ها و ویروس‌ها، قارچ‌های بیماری‌زا، نسوج و ضایعات پاتولوژیک)، مواد شیمیایی توکسیک و یا کارمینوژن (مانند انیدیدوم بروماید، فنل و...) و آلودگی‌های رادیواکتیو (رادیو ایزوتوپ‌هایی که جهت تشخیص و یا درمان به کار گرفته می‌شوند) است.

دو عامل نقص فنی در وسایل کنترل آلودگی هوا و طراحی نامناسب زباله‌سوز، از مهم‌ترین مشکلات ناشی از زباله‌سوزهای بیمارستانی هستند. خاکستر باقی‌مانده حاصل از سوخت، علیرغم اینکه عاری از مواد آلی و عوامل مزاحم دیگر است، وجود فلزات سنگین در آن محتمل است، لذا استفاده‌های بعدی از آن، به‌خصوص در خاک و کشاورزی را با مشکل روبه‌رو می‌سازد. از دیگر معضلات زیست‌محیطی مربوط به زباله‌سوزها، می‌توان آلودگی صوتی، تأثیر بر جنبه‌های زیباشناختی محل و کاربری زمین را نام برد. همچنین یکی دیگر از دلایل اصلی آلودگی هوا، ایجاد ترافیک و حمل و نقل ناشی از مراجعه بیماران به مراکز بهداشتی درمانی است (۵۹).

۵- تأثیرات بخش سلامت بر خاک

شیرابه‌ها، زباله‌های عفونی و فاضلاب‌های بیمارستانی عامل انتقال هزاران باکتری است که مدیریت صحیح در این راستا برای سلامت مردم و حفظ محیط‌زیست اهمیت بسزایی دارد.

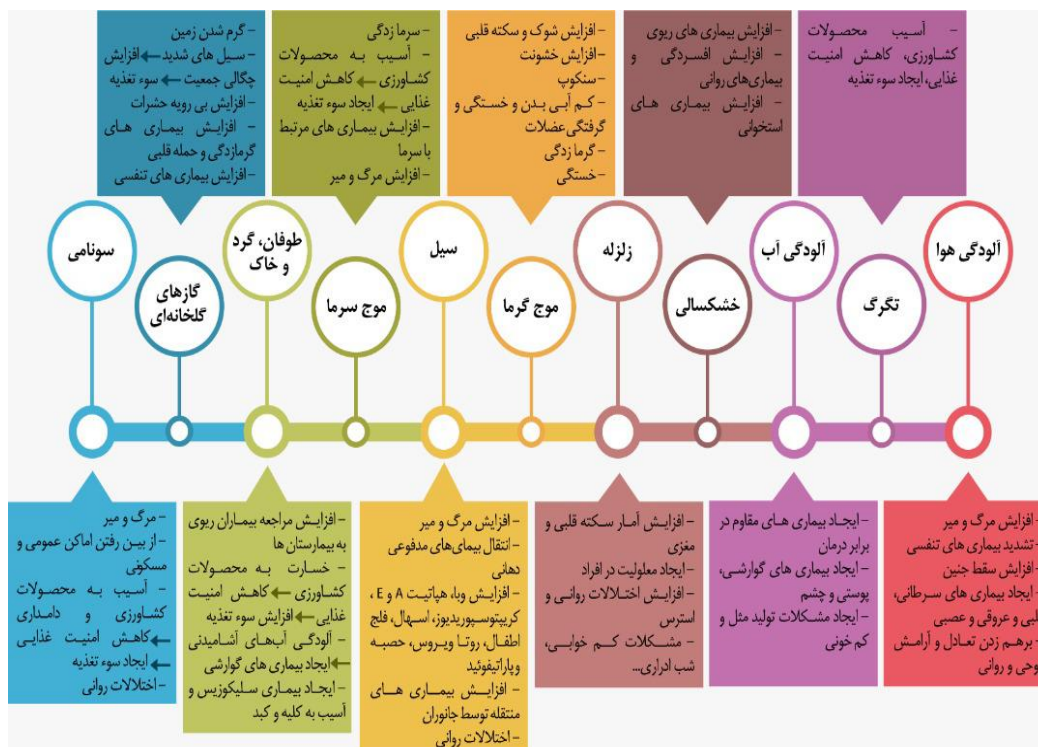
ازجمله مشکلات فاضلاب‌ها و پسماندهای بیمارستانی که وارد خاک می‌شود، فلزات سنگین است. این فلزات سنگین نفوذپذیری خاک را افزایش داده، میکروارگانیسم‌ها و مولکول‌هایی که به‌طور معمول نمی‌توانند از صافی‌های خاک عبور کنند را از خلل و فرج و لایه‌های متوالی و مختلف خاک عبور داده و موجب آلودگی میکروبی آب‌های زیرزمینی می‌شود (۶۰).

۴-۲-۲- تأثیرپذیری سلامت از حوزه محیط زیست

امروزه مبحث تغییرات اقلیمی و آلاینده‌های زیست‌محیطی، اساسی‌ترین چالش پیش روی تمام کشورهای جهان است. کشور ایران در منطقه‌ای از خاورمیانه قرار گرفته که همواره از آن به عنوان اقلیمی خشک یاد شده است. تغییرات اقلیمی و زیست‌محیطی طی دهه اخیر تأثیرات چشمگیری بر نظام سلامت این کشور داشته است.

افزایش تولید گازهای گلخانه‌ای، آلودگی آب و هوا، خشکسالی، سیل، زلزله، طوفان گرد و غبار، موج گرما و سرما و سونامی، بیانگر اهمیت تغییرات اقلیمی و تأثیرات آن بر نظام سلامت است که آثار نامطلوبی بر سلامت و حیات انسان‌ها و موجودات زنده می‌گذارد (شکل ۲).

اثرات محیط‌زیست بر سلامت انسان قابل تأمل است و سیاست‌های آگاهانه توسط بخش بهداشت و درمان باید در مورد خطرات زیست‌محیطی بر سلامت انسان صورت گیرد. دو عامل مرگ و میر و افزایش تعداد پذیرش در بیمارستان‌ها، شواهد دائمی اثر منفی آلاینده‌های محیط‌زیست بر سلامت است. پیوند جسم و روان انسان و تأثیر متقابل آن‌ها بر کسی پوشیده نیست، لذا بررسی تأثیر آلودگی‌های زیست‌محیطی هم بر سلامت روح و هم جسم انسان، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۶۱).



شکل ۶: تأثیرپذیری بخش سلامت از محیط‌زیست

در ادامه به این تأثیرات اشاره شده است:

۱- تأثیرات آلودگی هوا بر سلامت

به هرگونه تغییر در ترکیب شیمیایی، فیزیکی و حتی بیولوژیکی جو که باعث به خطر افتادن حیات موجودات زنده شود، آلودگی هوا گفته می‌شود. آلودگی هوا یک مشکل بزرگ سلامت زیست‌محیطی است. به‌طور کلی منابع آلوده‌کننده هوا را می‌توان به دو قسمت طبیعی و مصنوعی تقسیم‌بندی کرد:

منابع طبیعی

- فعالیت‌های آتش‌فشان‌ها و آتش‌سوزی جنگل‌ها
- گردوغبار طبیعی
- دود و مونواکسید کربن ناشی از آتش‌سوزی‌ها
- گاز رادون ناشی از کانی‌های زمین
- درختان کاج که ترکیبات آلی را از خود متصاعد می‌کنند.

منابع مصنوعی

- وسایل نقلیه موتوری
- سوخت‌های فسیلی و زغال‌سنگ سوزها
- صنایع مختلف
- سموم کشاورزی

آلودگی هوا چهارمین عامل مرگ و میر در جهان است. سالانه ۳ میلیون نفر در دنیا به دلیل عوارض مستقیم یا غیرمستقیم آلودگی هوا جان خود را از دست می‌دهند. این مرگ و میر به‌طور خاص مربوط به آسم، برونشیت، تنگی نفس و حملات قلبی و آلرژی‌های مختلف تنفسی است. وسایل نقلیه یکی از علل عمده آلودگی هوا هستند. ازن، دی‌اکسید کربن، اکسیدهای گوگرد و نیتروژن، سرب، ذرات معلق و ترکیبات سمی مانند بنزن و فرمالدئید ترکیباتی هستند که در اثر سوخت خودرو ایجاد شده و هوا را آلوده می‌کنند.

آثار کوتاه مدت آلودگی هوا شامل حساسیت چشم‌ها، بینی و حلق، عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی مانند برونشیت و ذات‌الریه، سردرد، تهوع و واکنش آلرژیک است. آلودگی هوا برای کوتاه مدت می‌تواند بیماری مبتلایان به آسم و آمفیزم را تشدید کند. این پدیده در درازمدت نیز می‌تواند بیماری مزمن تنفسی، سرطان ریه، بیماری قلبی و حتی آسیب به مغز، اعصاب، کبد و کلیه‌ها را ایجاد کند. عقیم شدن مردان نیز از عوارض آلودگی هوا شناخته شده است، آلودگی هوا نه تنها باعث ازدیاد سقط جنین می‌شود بلکه حتی در زیبایی کودکان نیز تأثیرگذار است.

پزشکان از جمله عوامل مؤثر در بروز جوش صورت را آلودگی هوا می‌دانند. این معضل برای بیماران دیابتی نیز مرگبار است، زیرا در فرایند کنترل جریان خون در دیابتی‌ها اختلال ایجاد می‌کند. همچنین انسان تحت تأثیر آلودگی هوا تعادل و آرامش روحی و روانی خود را از دست داده و دچار مسائلی چون استرس و اضطراب، خشونت و پرخاشگری، افسردگی و ناکامی و... می‌گردد. آثار آلودگی هوا به حدی گسترده است که تحقیقات در این حوزه همچنان ادامه دارد. لازم به ذکر است که بیماری‌های ناشی از آلودگی هوا می‌تواند بسیار پرهزینه باشد (۶۲ و ۶۳).

۲- تأثیرات آلودگی آب بر سلامت

آب اصلی‌ترین عامل زندگی است و در بیشتر فرایندهای متابولیسمی بدن، نقش حیاتی دارد. تقریباً ۷۰ درصد وزن بدن را آب تشکیل می‌دهد و بدن انسان برای عملکرد درست روزانه به ۱ تا ۷ لیتر آب نیاز دارد. با این همه بدن ما به آبی نیاز دارد که فاقد ناخالصی‌هایی مثل باکتری یا دیگر عوامل بیماری‌زا و همچنین آلاینده‌های شیمیایی و آلودگی‌های صنعتی باشد.

یکی از معضلات زندگی امروز بشر علی‌رغم پیشرفت روزافزون علم، آلودگی آب است. منظور از آلودگی آب، آلودگی شیمیایی، بیولوژیکی، میکروبی و آلودگی با مواد زائد آب دریاچه‌ها، رودخانه‌ها، اقیانوس‌ها و آب‌های زیرزمینی است. آلاینده‌های خاصی که سبب آلودگی آب می‌شوند شامل طیف وسیعی از مواد شیمیایی، بیماری‌زاها و تغییرات حسی و فیزیکی از قبیل افزایش دما و تغییر رنگ هستند. آلودگی آب چه به صورت بیولوژیکی، یعنی وجود میکروب‌های بیماری‌زا و چه به صورت آلودگی شیمیایی؛ یعنی وجود مواد شیمیایی آلاینده سبب بیماری‌ها و اختلالات متعددی در سلامتی فرد و جامعه می‌شود.

علل اصلی آلودگی آب شامل موارد زیر است:

- فاضلاب شهری
- زباله‌های دریایی
- زباله‌های رادیواکتیو

- مواد نفتی
- آلودگی جوی
- اتورافیک (افزایش مواد مغذی در دریا که باعث رویش انبوه گیاهان می‌شود)

آلودگی آب‌های آشامیدنی می‌تواند اثرات مختلفی بر سلامت انسان بگذارد و تأثیرات این مسئله در درازمدت به شکل بیماری‌های مقاوم در برابر درمان بروز کند. آب آلوده باعث عواقب زیادی از جمله تشدید بیماری‌ها در گروه‌های حساس، بیماری‌های دستگاه گوارش، انواع بیماری‌ها پوستی، بیماری‌های چشم، افزایش خطر ابتلا به سرطان آسیب‌های کبد و کلیه، مشکلات سیستم عصبی مرکزی، مشکلات تولیدمثل و کم‌خونی می‌شود (۶۴ و ۶۵).

۳- تأثیرات سیل بر سلامت

سیلاب‌ها شایع‌ترین خطر برای ایجاد بلایای طبیعی هستند و موجب مرگ‌ومیر فراوان در سراسر جهان شده‌اند. در ایران به دلیل بارش‌های شدید فصلی در برخی از نواحی کشور به‌ویژه نوارهای شمالی، شمال غربی، جنوب غربی و جنوب شرقی احتمال وقوع سیلاب در این مناطق بالا است.

تأثیر سیل بر جامعه انسانی به‌طور مستقیم به محل و توپوگرافی منطقه و همچنین جمعیت‌شناسی بشر و ویژگی‌های محیط ساخته‌شده مرتبط است. بلایای طبیعی مانند سیلاب‌ها پیامدهای قابل توجهی در سلامت حتی در بلندمدت دارند. این فقط خطر فوری غرق شدن، آسیب و یا هیپوترمی نیست که سبب نگرانی است. سیلاب خطر بیماری‌های مختلف را در یک منطقه آسیب‌دیده افزایش می‌دهد و یک مشکل عمده سلامت است.

بر اساس تغییرات آب و هوایی آینده، الگوهای تغییر یافته بارش و افزایش سطح دریاها، انتظار می‌رود که فراوانی و شدت سیلاب‌ها در بسیاری از نقاط جهان از جمله ایران افزایش یابد. صدمات و آسیب‌های ناشی از سیل عبارتند از:

- مرگ‌ومیر ناشی از غرق‌شدگی و ضربه به بدن افراد
- افزایش انتقال بیماری‌های مدفوعی دهانی
- افزایش وبا، هپاتیت A و E، کریپتوسپورییدیوز، اسهال، فلج اطفال، روتا ویروس، حصبه و پاراتیفوئید
- افزایش بیماری‌های منتقله توسط جانوران
- اختلالات روانی (سندرم استرس پس از سانحه و خودکشی، اضطراب و افسردگی)

علاوه بر موارد فوق، سایر اثرات احتمالی مربوط به سیل، از جمله کراتیت آکانتاموبایی، صرع، لوسمی، لنفوم، سقط خود به خود، میلوئیدوز، اثرات آلودگی‌های شیمیایی، عفونت ناشی از کرم‌های خاکی و شیستوزومیازیس است (۶۶).

۴- تأثیرات سونامی بر سلامت

امواج کشندی یا آب تاز، آبلرزه یا سونامی (Tsunami) یکی از بلایای طبیعی است. سونامی به لرزش شدید آب دریا گفته می‌شود که در پی زمین‌لرزه‌های زیردریا پدید می‌آید. با توجه به موقعیت ایران در منطقه خاورمیانه، تاکنون پدیده سونامی رخ نداده است؛ اما به دلیل افزایش درجه حرارت زمین که باعث ذوب شدن یخچال‌ها و بالا آمدن سطح آب دریاها و اقیانوس‌ها می‌شود و همچنین بر اساس اطلاعات موجود در این زمینه می‌توان گفت که در آینده، با وقوع سونامی‌هایی در نوار جنوبی و نوار شمالی کشور مواجه خواهیم شد.

از جمله آسیب‌های ناشی از سونامی عبارتند از:

- مرگومیر
- از بین رفتن اماکن عمومی و مسکونی
- آسیب به محصولات کشاورزی و دامداری که منجر به کاهش امنیت غذایی و در نتیجه ایجاد سوء تغذیه می‌گردد.
- اختلالات روانی (۶۷).

۵- تأثیرات زمین‌لرزه بر سلامت

زلزله یکی از شایع‌ترین و مخرب‌ترین بلایای طبیعی است که همراه با هزاران مورد مرگومیر و جراحات جسمی و روحی همراه است. با توجه به گسل‌های زیادی که در ایران وجود دارد، زلزله‌هایی زیادی در این منطقه به وقوع می‌پیوندد؛ برای مثال زلزله بم و کرمانشاه که باعث ایجاد خسارت‌هایی جانی و مالی زیادی شده است.

از جمله مهم‌ترین آسیب‌های زلزله می‌توان به آسیب‌های وارده به ستون فقرات در ناحیه کمر، آسیب به نسج نرم و عصب نخاع، قطع عضو، انواع شکستگی‌ها، دررفتگی، بریدگی، کوفتگی و غیره اشاره کرد که یکی از مهم‌ترین آن‌ها ضایعات نخاعی و قطع عضو است که در موارد بسیاری موجب معلولیت افراد شده و اثرات روحی-روانی مخربی بر روی آن‌ها می‌گذارد.

خسارات روحی زلزله به مراتب بیشتر از خسارات جانی و مالی آن است. وحشت از ادامه زندگی بدون وجود منابع عاطفی و مالی باعث ایجاد فشار روانی در افراد شده و سلامت روحی و روانی آن‌ها را به خطر می‌اندازد و باعث

ظهور مشکلات رفتاری و روانی مثل اختلال در تمرکز و تصمیم‌گیری، عدم کنترل احساسات، احساس گناه و ناامیدی، اختلال در خواب و کابوس‌های شبانه، بی‌تفاوتی و گوشه‌گیری نسبت به همه‌چیز و همه‌کس، شبادراری و خواب‌های وحشتناک در کودکان، اضطراب و افسردگی می‌شود (۶۸).

۶- تأثیرات طوفان گرد و غبار بر سلامت

گرد و غبار یکی از پدیده‌های جوی است که آثار و پیامدهای زیست‌محیطی نامطلوبی بر سلامت جامعه دارد. کشور ایران به علت همسایگی با کشورهایمانند عراق، افغانستان و پاکستان در طول دوره‌های مختلف دچار طوفان‌های گرد و غبار شده است که تأثیر منفی بر روی سلامت شهروندان به‌ویژه سالمندان، کودکان و زنان باردار گذاشته و هزینه‌های جبران‌ناپذیری را بر سلامت وارد کرده است.

غلظت بالای ذرات در طوفان‌های گرد و غباری باعث سینوزیت، برونشیت، آسم و آلرژی و صدمه به عملکرد دفاعی ماکروفاژها که منجر به افزایش عفونت‌های بیمارستانی می‌گردد، همچنین تنفس غلظت بالای کلسیت (کربنات کلسیم) در ذرات گرد و غبار منجر به عطسه و سرفه می‌شود.

یکی دیگر از اجزای ذرات گرد و غبار کوارتز بوده که تنفس آن باعث بیماری سیلیکوزیس و آسیب به کلیه و کبد می‌شود. از جمله ترکیبات دیگر موجود در ذرات گرد و غبار کلسیم، آهن، آلومینیم و منیزیم است. در صورت استفاده بیش از ۲/۵ گرم کلسیم منجر به سنگ کلیه و تصلب مجاری کلیه و رگ‌های خون می‌شود. آهن منجر به ورم ملتحمه و آماس شبکیه چشم می‌گردد. همچنین تنفس طولانی‌مدت آهن باعث سیدروزیس و تنفس طولانی‌مدت ذرات گرد و غبار حاوی منیزیم منجر به افسردگی و گیجی و ضعیف شدن بدن می‌گردد.

تنفس کوتاه‌مدت ذرات حاوی آلومینیم منجر به سرفه و تحریک شش‌ها و تنفس طولانی‌مدت آن باعث صدمه به شش‌ها می‌شود. سازمان بهداشت جهانی برآورد کرده است که سالانه ۵۰۰۰۰۰ نفر در اثر مواجهه با ذرات معلق موجود در هوای آزاد، دچار مرگ زودرس می‌شوند (۶۹).

در زمان ایجاد طوفان‌های گرد و غباری، مواد مغذی و مواد آلی خاک از بین رفته که باعث پایین آمدن بهره‌وری کشاورزی و به دنبال آن کاهش امنیت غذایی و نهایتاً افزایش سوءتغذیه می‌گردد. همچنین گرد و غبار باعث آلودگی آب آشامیدنی و در نتیجه بیماری‌های گوارشی می‌شود (۶۹).

۷- تأثیرات خشکسالی بر سلامت

خشکسالی به یک دوره طولانی هوای خشک غیرمعمول و بدون بارندگی گفته می‌شود. برخلاف بسیاری از پدیده‌های طبیعی مانند زلزله، گردباد و طوفان که ناگهانی رخ می‌دهد و پیامدهای سنگینی هم دارد، شروع پدیده خشکسالی تدریجی و آرام است. خشکسالی در ایران ریشه‌ای به قدمت شکل‌گیری زمین دارد. ایران با توجه به موقعیت جغرافیایی که در منطقه خاورمیانه دارد، مستعد خشکسالی است. بر اساس اطلاعات آماری موجود، استان‌های نوار جنوب کشور بیشتر در معرض خطر خشکسالی قرار دارند و هم‌اکنون نیز این اتفاق در استان‌هایی مانند کرمان، یزد، اصفهان، بوشهر و خوزستان افتاده است و تأثیر جبران‌ناپذیری بر کشاورزی، سلامت و اقتصاد کشور دارد.

کمبود بارش می‌تواند برای انسان مشکلاتی مانند خسارت به محصولات کشاورزی و کمبود آب آشامیدنی را در پی داشته باشد. مشکلات زیست‌محیطی و تغییرات اقلیمی ناشی از خشکسالی باعث تغییر شیوه و سبک زندگی افراد خصوصاً کشاورزان می‌شود که این تغییرات منجر به بروز برخی اختلالات روحی، روانی و جسمی در وضعیت سلامتی آن‌ها می‌شود. همچنین خشکسالی باعث افزایش بیماری‌های تنفسی، ریوی، پوستی و سرطانی نیز می‌گردد (۷۰).

با افزایش خشکسالی، سلامت انسان به خطر می‌افتد؛ میزان ریزگردها در فضا افزایش پیدا می‌کند؛ ذرات کوچک‌تر از ۱۰ میکرون یا کوچک‌تر از ۲/۵ میکرون که با ماسک هم نمی‌شود جلوی ورود آن را به بدن گرفت، وارد ریه انسان می‌شود و به سلامت جسمی افراد آسیب می‌زند. به جز این، با خشک شدن رودخانه‌ها، دریاچه‌ها و تالاب‌ها، انسان از موهبت‌های طبیعی محروم و باعث افسردگی و بیماری‌های روانی نیز می‌شود (۷۰).

۸- تأثیرات گازهای گلخانه‌ای بر سلامت

اثر گلخانه‌ای، گرم شدن زمین به دلیل حضور گازهای گلخانه‌ای است. گازهای گلخانه‌ای موجود در جو زمین که به‌طور طبیعی در آن وجود دارند شامل بخار آب، کربن دی‌اکسید، متان، دی‌نیتروژن مونوکسید و ازن است، اما فعالیت‌های بشری، بر میزان بسیاری از این گازها در جو می‌افزاید.

تغییرات آب و هوایی احتمالاً تأثیرات وسیعی بر روی سلامتی بشر و کاهش طول عمر انسان دارد. با گرم شدن دمای اطراف قطب و گسترش زمین‌های زراعی به آن سمت، حشرات و سایر آفت‌ها نیز به سمت قطب‌ها مهاجرت می‌کنند. برخی حشرات ناقل بیماری‌هایی همچون مالاریا و تب دانگی هستند.

با افزایش موج گرما، افراد بیشتری گرم‌زده شده و یا دچار حمله قلبی می‌شوند. هوای گرم همچنین می‌تواند ذرات دود را در هوا معلق نگه داشته و واکنش‌های شیمیایی را که سایر آلاینده‌ها را تولید می‌کند، تسریع نماید. این امر منجر به افزایش بیماری‌های تنفسی مثل برونشیت و آسم می‌گردد. گرم شدن کره زمین منجر به گسترش و گرم شدن اقیانوس‌ها نیز می‌شود. به تدریج بالا آمدن آب‌ها می‌تواند سرزمین‌های مسکونی را از بین برده و مردم را ناچار به مهاجرت کند که سبب افزایش چگالی جمعیت و بیماری و گرسنگی می‌شود (۷۱).

۹- تأثیرات موج گرما بر سلامت

موج گرما یک پدیده جوی است که توسط گرمی هوا یا استیلای هوای گرم در یک ناحیه بزرگ مشخص می‌شود. افزایش درجه حرارت و گرمای شدید باعث تغییر در کیفیت هوا شده و این مسئله، بر نحوه تنفس افراد تأثیر می‌گذارد. موج گرما می‌تواند با تأثیرات توأمان جسمی و روانی همراه باشد. رابطه مستقیمی بین گرما و خشونت وجود دارد. همچنین افزایش خطر خودکشی و افزایش میزان بستری شدن در بیمارستان‌های روانی در زمان موج گرما بیشتر است. از جمله پیامدهای موج‌های گرمایی می‌توان به مواردی چون: دردهای قلب، کمبود شدید آب بدن، گرم‌زدگی، خستگی و گرفتگی عضلات، سنکوپ، افزایش قیمت مواد غذایی، قطع برق، افزایش بلایای طبیعی، شیوع برخی حشرات مانند پشه، آتش‌سوزی و از دست رفتن جان موجودات زنده اشاره کرد. تأثیر گرمای شدید هوا بر روی افراد دچار بیماری‌های مزمن ریوی از جمله آسم و آمفیزم بیشتر است؛ حتی برای افراد با ریه سالم، انجام فعالیت‌های خارج از منزل در زمان سطوح بالای آزن توصیه نمی‌شود (۷۲).

۱۰- تأثیرات موج سرما بر سلامت

موج سرما یک پدیده جوی است که توسط سردی هوا یا استیلای هوای سرد در یک ناحیه بزرگ مشخص می‌شود. بدن انسان، دمای زیر صفر درجه را به‌عنوان یک تهدید جدی می‌پندارد و به منظور حفظ حیات انسان، فوراً واکنش نشان می‌دهد. نخستین واکنش بدن در مقابل سرما، کاهش سرعت جریان خونی است که به سرانگشتان دست و پا می‌رسد. در واقع اندام‌هایی همانند دست و پاها قربانی می‌شوند تا دمای داخلی بدن حفظ شده و در نتیجه انسان زنده بماند.

این اندام‌ها یخ‌زده و دچار سرمازدگی می‌شوند. سرمازدگی تقریباً شبیه سوختگی است. به این ترتیب که موجب آسیب دیدن و از بین رفتن لایه‌های مختلفی از بافت اندام مذکور می‌شود. ماهیچه‌هایی که در اثر سرما نمی‌لرزند، سریعاً منقبض شده و می‌توانند برای انسان مشکل ایجاد کنند. یکی از خطرات اصلی موج سرما بر سلامت انسان کم‌گرمایی (هیپوترمی) است. وقتی دمای بدن خیلی کاهش پیدا می‌کند، لرزیدن به یک فعالیت غیر قابل کنترل

تبدیل می‌شود و انسان گیج شده و قدرت تصمیم‌گیری درست را از دست می‌دهد. این واکنش باعث می‌شود تا انسان تصمیمات اشتباه بگیرد و در نتیجه نتواند از سرما رها شود (۷۳).

هوای سرد می‌تواند سبب بروز سردردهای شدید شود. تغییرات فشار هوا ممکن است موجب تشدید سردردهای میگرنی شود. یخ زدن مغز، یکی از بارزترین اثرات هوای سرد روی بدن انسان است (۷۴). هوای بسیار سرد همچنین موجب خشکی هوا نیز می‌شود. خشکی هوا موجب تحریک و آزردهی چشم و بینی می‌شود (۷۳).

هوای سرد و خشک به ریه‌ها هم آسیب می‌رساند. به‌ویژه افرادی که به آسم، برونشیت و دیگر مشکلات ریوی مبتلا هستند بیشتر از بقیه در معرض خطر هوای سرد و خشک قرار دارند. تنفس هوای سرد منجر به ایجاد سرفه، خس‌خس گلو و نفس‌های کوتاه و سطحی می‌شود. از آنجایی که سرمازدگی باعث از بین رفتن گیاهان و محصولات کشاورزی و زراعی می‌شود، می‌توان آن را تهدیدی برای امنیت غذایی دانست (۷۴).

جمع بندی

رابطه بین محیط‌زیست و بشریت یکی از وابستگی‌های متقابل است که هرکدام بر دیگری اثر می‌گذارد. بخش بهداشت و درمان (سلامت) میزان قابل توجهی از منابع طبیعی انرژی را مورد استفاده قرار داده و با تولید پسماندها و پساب‌های خطرناک باعث آلودگی آب، هوا، خاک شده و تأثیرات مخرب و زیان باری بر محیط‌زیست می‌گذارد. همچنین محیط‌زیست از طریق تغییرات اقلیمی و آلاینده‌های زیست‌محیطی سلامت انسان را به طرق مختلفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. تعامل بین سلامت انسان و محیط‌زیست، نشان‌دهنده این موضوع است که خطرات زیست‌محیطی به‌طور قابل توجهی بر سلامت انسان تأثیر گذاشته و به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم، در از بین بردن اکوسیستم‌های پایدار زندگی نقش دارد. با توجه به اینکه تأمین انرژی، آب و هوای پاک و سالم و سلامت عمومی از نیازهای ضروری عصر حاضر است، بنابراین مدیریت صحیح این اقدامات در گرو آینده‌نگری دقیق و برنامه‌ریزی اصولی برای نسل‌های آینده، منوط به توجه به تأثیرات متقابل نظام سلامت و محیط‌زیست بر یکدیگر است.

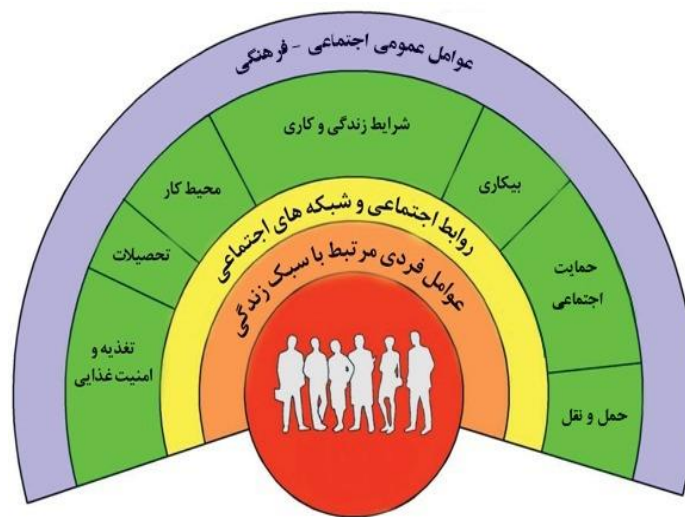
۴-۳- تأثیر گذاری و تأثیر پذیری بخش سلامت بر / از حوزه اجتماعی - فرهنگی

در ادبیات مربوط به نظام سلامت، پایداری سلامت جامعه، نیازمند برآوردی شاخص‌ساز از حوزه‌های مؤثر فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی و محیط‌زیستی است (۷۵). عوامل اجتماعی در کنار و در رابطه با سایر عوامل ژنتیک، زیستی، محیطی و ... نقش مهمی در ایجاد، حفظ و یا از میان رفتن سلامت انسان دارد. شرایط و موقعیت‌های اجتماعی نه‌تنها امکان ایجاد بیماری و یا معلولیت را افزایش می‌دهد، بلکه می‌تواند افق خاصی را از نظر پیشگیری از بیماری و نیز حفظ سلامت ترسیم نماید. در بستر فرهنگی - اجتماعی سلامت، عمده تهدیدهایی که برای جامعه وجود دارد

از شیوه زندگی، آداب و عادت‌های نابجا، اصول نامناسب تغذیه‌ای و مواردی از این دست نشئت می‌گیرد. بر اساس شواهد علمی بسیاری از مشکلات زیستی و بیماری‌ها با تغییراتی که در عادت‌ها و باورهای جامعه شکل گرفته است، تقارن و همخوانی دارد. چاقی‌های مفرط، عادت غذایی بد، تغییر نگاه به سبک تغذیه و جایگزین‌های صنعتی غذاهای سنتی، شیوع بی‌رویه بیماری‌های قلبی-عروقی، گسترش سرطان‌ها و ... بخش بزرگی از مشکلات زیستی جامعه را به خود اختصاص داده است (۷۶). این بخش اشاره به عوامل اجتماعی-فرهنگی مثل عوامل فردی مرتبط با سبک زندگی، روابط اجتماعی و عوامل عمومی تأثیرگذار و تأثیرپذیر از بخش سلامت را دارد.

۴-۳-۱- تأثیرپذیری بخش سلامت از حوزه اجتماعی-فرهنگی

مداخلات در حیطه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت نیاز به مواجهه با طیف وسیعی از تعیین‌کننده‌های سلامت، از شرایط ساختاری اجتماعی گرفته تا اقداماتی با تأثیر آنی در تمام سطوح و از طریق دولت‌ها دارد. این اقدام یک فرایند چندبخشی است و دربرگیرنده عاملین و فعالان دولتی و غیردولتی، تشکل‌های مدنی، سازمان‌های خصوصی و بین‌المللی و نیز خود پزشکان و کارکنان بخش سلامت است. شکل زیر تأثیرپذیری بخش سلامت از حوزه اجتماعی-فرهنگی را نشان می‌دهد.



شکل ۷: تأثیرپذیری بخش سلامت از حوزه اجتماعی-فرهنگی

در ادامه به موارد تأثیرپذیری بخش سلامت اشاره شده است.

۱- شرایط دوران ابتدایی زندگی و تأثیر آن بر سلامت

اثرات یک شروع خوب در زندگی، یعنی حمایت مناسب از مادران و فرزندان، برای یک عمر باقی خواهد ماند. پایه سلامت دوران بزرگسالی، ریشه در دوران کودکی و قبل از تولد دارد. کندی رشد و ضعف حمایتی می‌تواند باعث افزایش خطرات جسمانی در طول زندگی و کاهش قدرت ادراکات احساسی- عملکردی در دوران بزرگسالی شود (۷۷).

شرایط نامناسب در دوران بارداری از قبیل سوءتغذیه، سیگارکشیدن، استفاده نادرست از دارو، ورزش ناکافی و عدم مراقبت‌های قبل از زایمان همگی می‌توانند منجر به رشد نامطلوب جنین گردند و این رشد نامطلوب جنین خطری برای سلامت آتی فرد محسوب خواهد شد. تجارب دوران کودکی به دلیل انعطاف‌پذیری مستمر سیستم‌های بیولوژیکی، در سلامت آینده فرد حائز اهمیت است. به همان نسبت که ورودی‌های حسی- ادراکی، واکنش‌های مغزی را برنامه‌ریزی می‌نمایند، ناامنی احساسی و تحریک‌پذیری ضعیف نیز می‌توانند منجر به کاهش آمادگی رفتن به مدرسه، قدرت فراگیری پایین‌تر، مشکلات رفتاری و انزوای اجتماعی در طی دوران بزرگسالی شوند. عادات خوب سلامتی از قبیل مصرف غذای مناسب، سیگار نکشیدن، ورزش کردن و... مستلزم تربیت والدین و آموزش‌های صحیح مربیان است. رشد کند و عقب‌ماندگی جسمی در کودکی منجر به کاهش رشد و عملکرد سیستم‌های قلبی- عروقی، تنفسی و کلیوی گشته و احتمال خطر بیماری در بزرگسالی را افزایش می‌دهد (۷۸).

۲- انزوای اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت

فقر، محرومیت نسبی و انزوای اجتماعی تأثیر مهمی بر سلامتی و نیز مرگ زودرس دارند. فقر مطلق، یعنی کمبود مایحتاج ضروری اولیه زندگی که هنوز در برخی از غنی‌ترین کشورهای اروپایی نیز وجود دارد. در این میان به‌طور خاص، افراد بیکار، گروه‌های اقلیت قومی، کارگران خارجی، افراد ناتوان، پناهندگان و افراد بی‌خانمان در معرض خطر قرار دارند. کسانی که در خیابان‌ها زندگی می‌کنند میزان مرگ زودرس بالاتری دارند (۷۹).

فقر نسبی، یعنی زندگی در وضعیتی فقیرانه‌تر از دیگر مردم اجتماع و این اصطلاح اغلب به کسانی اطلاق می‌شود که با درآمدی کمتر از ۶۰ درصد درآمد متوسط در سطح ملی، زندگی می‌کنند. انزوای اجتماعی منجر به کاهش سلامتی و مهم‌تر از آن خطر مرگ زودرس می‌شود. اضطراب ناشی از فقر خصوصاً برای زنان باردار، نوزادان، کودکان و سالمندان مضر است. انزوای اجتماعی همچنین ممکن است به دلیل نژادپرستی، تبعیض، بدنامی، خصومت و بیکاری نیز به وجود آید. این شرایط مردم را از یادگیری، حضور در جلسات آموزشی، دسترسی به خدمات و

فعالیت‌های شهروندی بازمی‌دارد؛ که این‌ها خود همگی از لحاظ روانی و اجتماعی زیان‌آور بوده و به لحاظ مادی برای سلامتی مضر هستند. هرچه افراد برای مدت طولانی‌تری در این قبیل وضعیت‌ها زندگی نمایند، بیشتر در معرض ابتلا به بیماری‌ها به‌ویژه بیماری قلبی-عروقی خواهند بود. فقر و انزوای اجتماعی خطر طلاق، ناتوانی، بیماری، اعتیاد و طرد از اجتماع را افزایش می‌دهند (۷۸).

۳- خطرات محیط کار و تأثیر آن بر سلامت

استرس در هنگام کار، خطر بیماری را افزایش می‌دهد. افرادی که کنترل بیشتری بر کارهایشان دارند از سلامت بهتری برخوردارند. درکل، شغل داشتن برای سلامتی فرد بهتر است تا اینکه فرد هیچ شغلی نداشته باشد؛ اما روش‌های مدیریت و روابط اجتماعی حاکم در محیط کار نیز در سلامتی نقش به‌سزایی دارند. شواهد نشان می‌دهد که استرس در کار نقش مهمی در بیماری و مرگ زودرس بازی می‌کند. مطالعاتی در محل‌های کاری اروپا نشان داده‌اند که وقتی مردم فرصت استفاده از مهارت‌هایشان را ندارند و از اختیارات کمی در تصمیم‌گیری برخوردارند، سلامتی‌شان خدشه‌دار می‌شود. قدرت کنترل پایین در حیطه کاری ارتباط قوی با افزایش خطر کمردرد، درد در ناحیه پشت و بیماری قلبی-عروقی دارد. شغل‌هایی که دارای تقاضای زیاد و کنترل کم هستند از خطر ویژه‌ای برخوردارند. برخی شواهد مبین این مطلب است که حمایت‌های اجتماعی در محیط‌های کاری می‌تواند مفید واقع شود.

به‌علاوه مشخص شده که دریافت پاداش‌های ناکافی در قبال تلاش‌های کاری با خطر افزایش بیماری قلبی-عروقی همراه است؛ بنابراین، نتایج بیانگر این است که وضعیت روانی اجتماعی محیط کار یکی از تعیین‌کننده‌های بسیار مهم سلامت محسوب شده و یکی از محرک‌های اجتماعی در تضعیف سلامتی به شمار می‌رود (۸۰).

۴- اثرات بیکاری و تأثیر آن بر سلامت

امنیت شغلی باعث افزایش سلامتی، رفاه و رضایت شغلی می‌گردد. میزان بیکاری بالا موجب بیماری و مرگ زودرس می‌شود. بیکاری سلامت را به مخاطره انداخته و میزان این خطر در مناطقی که بیکاری گسترش دارد، بیشتر است. شواهد نشان می‌دهند که افراد بیکار و خانواده‌هایشان به‌طور قابل توجهی در معرض خطر مرگ زودرس هستند.

اثرات بیکاری بر روی سلامتی، در نتیجه مسائل روحی روانی و مسائل مالی به وجود می‌آید. این اثرات از زمانی آغاز می‌شود که فرد احساس کند شغلش در معرض تهدید است حتی قبل از اینکه واقعاً بیکار شود. این امر گویای این مطلب است که اضطراب در مورد ناامنی شغلی نیز یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت است. ناامنی شغلی بر سلامت روان (خصوصاً ابتلا به بیماری اضطراب و افسردگی و...) و عوامل خطر آن‌ها اثر زیادی دارد. بسیاری از ناراضی‌ها

و یا ناامنی شغلی می‌تواند به اندازه بیکاری برای سلامتی مضر باشد و صرف داشتن یک شغل، همیشه ضامن سلامتی جسم و روان نیست و در این خصوص کیفیت شغلی نیز از اهمیت زیادی برخوردار است (۸۱).

۵- حمایت و روابط اجتماعی و تأثیر آن بر سلامت

حمایت و روابط خوب اجتماعی، سهم چشم‌گیری در سلامت دارند. حمایت اجتماعی در جهت تحقق نیازهای واقعی و عاطفی افراد کمک‌کننده است. تعلق به یک شبکه اجتماعی از جامعه و الزامات متقابل موجب می‌شود تا افراد احساس محبت، دوستی، احترام و ارزش نمایند.

این امر تأثیر حفاظتی قوی بر سلامتی دارد. همچنین روابط حمایتی می‌توانند سبب برانگیختن رفتارهای سالم‌تری شوند. جدایی و انزوای اجتماعی با افزایش میزان مرگ زودرس و شانس زنده ماندن کمتر پس از یک حمله قلبی ارتباط دارد. افرادی که حمایت‌های اجتماعی و عاطفی کمتری دارند بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی، مشکلات بارداری و ناتوانی به دنبال بیماری‌های حاد قرار می‌گیرند. از طرفی دیگر روابط نزدیک ولی نامناسب می‌تواند منجر به تضعیف سلامت روانی و جسمی شود. میزان حمایت‌های اجتماعی که فرد از نظر عملی و عاطفی دریافت می‌کند بسته به موقعیت‌های اجتماعی و اقتصادی متفاوت است. فقر می‌تواند منجر به جدایی و انزوای اجتماعی شود. در مقابل همبستگی اجتماعی که به‌عنوان کیفیت روابط اجتماعی و وجود اعتماد، الزامات متقابل و احترام در جوامع تعریف می‌گردد، می‌تواند از سلامت مردم محافظت کند (۸۲).

جوامعی که دارای سطح بالایی از نابرابری‌های درآمدی هستند تمایل کمتری به انسجام اجتماعی داشته و در نتیجه میزان خشونت در آن‌ها بالاتر است. مطالعه به عمل آمده از یک جامعه با همبستگی اجتماعی زیاد حاکی از میزان پایین ابتلا به بیماری‌های قلبی- عروقی بوده است (۷۹).

۶- وابستگی افراد به الکل، مواد مخدر و دخانیات و تأثیر آن بر سلامت

وابستگی افراد به الکل، مواد مخدر و دخانیات متأثر از محیط اجتماعی آنان است. مصرف مواد مخدر واکنشی است به شکست اجتماعی و برای استفاده‌کنندگان از آن سرابی است به‌منظور فرار از فلاکت و استرس که در واقع فقط مشکلات آن‌ها را بدتر می‌کند. وابستگی به الکل، مصرف مواد مخدر و سیگار ارتباط نزدیکی با علائم معیوب اجتماعی اقتصادی دارد. به‌عنوان مثال دهه گذشته که زمان تحول اجتماعی اقتصادی بزرگی در اروپای مرکزی و شرقی بود، مرگ‌های ناشی از استفاده از الکل از قبیل تصادفات، خشونت، مسمومیت، خودکشی و صدمات به‌طور قابل توجهی افزایش یافت.

این مسیر علیتی احتمالاً یک راه دوطرفه است، به این معنا که افراد به الکل روی می‌آورند تا درد شرایط سخت اقتصادی اجتماعی را التیام دهند، اما از این نکته غافل‌اند که وابستگی به الکل منجر به سیر نزولی فعالیت‌های اجتماعی می‌شود. محرومیت‌های اجتماعی مانند زندگی فقیرانه، درآمد کم، تک والدینی، بیکاری و بی‌خانمانی همگی با میزان بالای سیگار کشیدن و میزان پایین ترک آن در ارتباطند. یکی از هزینه‌های اصلی افراد فقیر، خرید سیگار است که خود یک علت عمده در بروز بیماری و مرگ زودرس است (۷۶).

۷- تغذیه و امنیت غذایی و تأثیر آن بر سلامت

رژیم غذایی خوب و مناسب برای ارتقاء سلامتی و رفاه از ضروریات محسوب می‌شود. کمبود مواد غذایی و نیز کمبود تنوع آن موجب بروز بیماری‌های ناشی از سوءتغذیه می‌شود. سوءتغذیه در بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، سرطان، بیماری‌های چشمی، چاقی و مراقبت‌های دندان نقش دارد. موضوع مهم بهداشتی مسئله دسترسی و تأمین هزینه غذای سالم و مغذی است. رشد اقتصادی و بهبود وضعیت مسکن و بهداشت یک گذر اپیدمیولوژیک از بیماری‌های عفونی به بیماری‌های مزمن را همراه داشته است (۸۳).

تحول دیگری که به وجود آمده تحول تغذیه‌ای بوده است. خصوصاً زمانی که رژیم غذایی به مصرف زیاد چربی‌های انرژی‌زا و شکر تغییر یافت و سبب چاقی گردید، در همین زمان چاقی در میان فقرا شایع‌تر از اغنیا شد؛ اما متأسفانه کمیته‌های بین‌المللی مانند کمیته قوانین مواد غذایی که تعیین‌کننده کیفیت غذایی و استانداردهای سلامت غذایی است و دارای سرمایه‌گذاری قوی در صنعت غذا است، هیچ نماینده‌ای از بخش بهداشت عمومی ندارد. شرایط اقتصادی اجتماعی منجر به ایجاد طبقات اجتماعی در کیفیت رژیم غذایی شده که خود نابرابری‌های سلامتی را به همراه خواهد داشت.

تفاوت اصلی در وضعیت تغذیه‌ای طبقات مختلف اجتماعی به فرآورده‌های تغذیه‌ای مرتبط است. در اکثر کشورها، مستمندان غذاهای ارزان را جایگزین غذاهای تازه می‌کنند. گروه‌های کم‌درآمد مانند افراد مسن، خانواده‌های جوان و بیکاران حداقل توانایی برای خوب خوردن را دارند. در صورتی که می‌دانیم هدف رژیم غذایی به منظور پیشگیری از بیماری‌های مزمن بر استفاده از سبزی‌های تازه، میوه‌ها و غذاهای کم‌چربی، شکر و نمک تصفیه شده تأکید دارد (۷۸).

۸- حمل و نقل و ترافیک و تأثیر آن بر سلامت

منظور از حمل و نقل سالم، رانندگی کمتر و پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری بیشتر است. دوچرخه‌سواری، پیاده‌روی و استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی به چهار دلیل سبب ارتقاء سلامتی می‌شوند:

- این‌ها خود نوعی ورزش‌اند.

- تصادفات منجر به مرگ را کاهش می‌دهند.

- ارتباط اجتماعی را افزایش می‌دهد.

- آلودگی هوا را کم می‌نمایند.

ماشینی شدن زندگی باعث کم‌حرکی در امور شغلی و خانه‌داری شده و به‌طور اپیدمیکی چاقی را افزایش می‌دهد؛ بنابراین، مردم نیازمند یافتن راه‌حلهایی جهت افزایش تحرک و وارد کردن ورزش در برنامه زندگی خود هستند. سیاست‌های حمل و نقل می‌توانند نقش کلیدی در مبارزه با سبک زندگی بی‌تحرک داشته باشند. این‌ها خود از طریق سیاست‌هایی که منجر به استفاده کمتر از وسیله نقلیه شخصی و افزایش پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری و گسترش حمل و نقل عمومی می‌شوند، قابل اعمال خواهند بود. ورزش منظم از بیماری‌های قلبی-عروقی پیشگیری کرده و با محدود کردن چاقی موجب کاهش بروز بیماری دیابت می‌گردد. همچنین ورزش احساس سلامتی را ارتقاء داده و موجب پیشگیری از افسردگی در سالمندان می‌شود (۷۵).

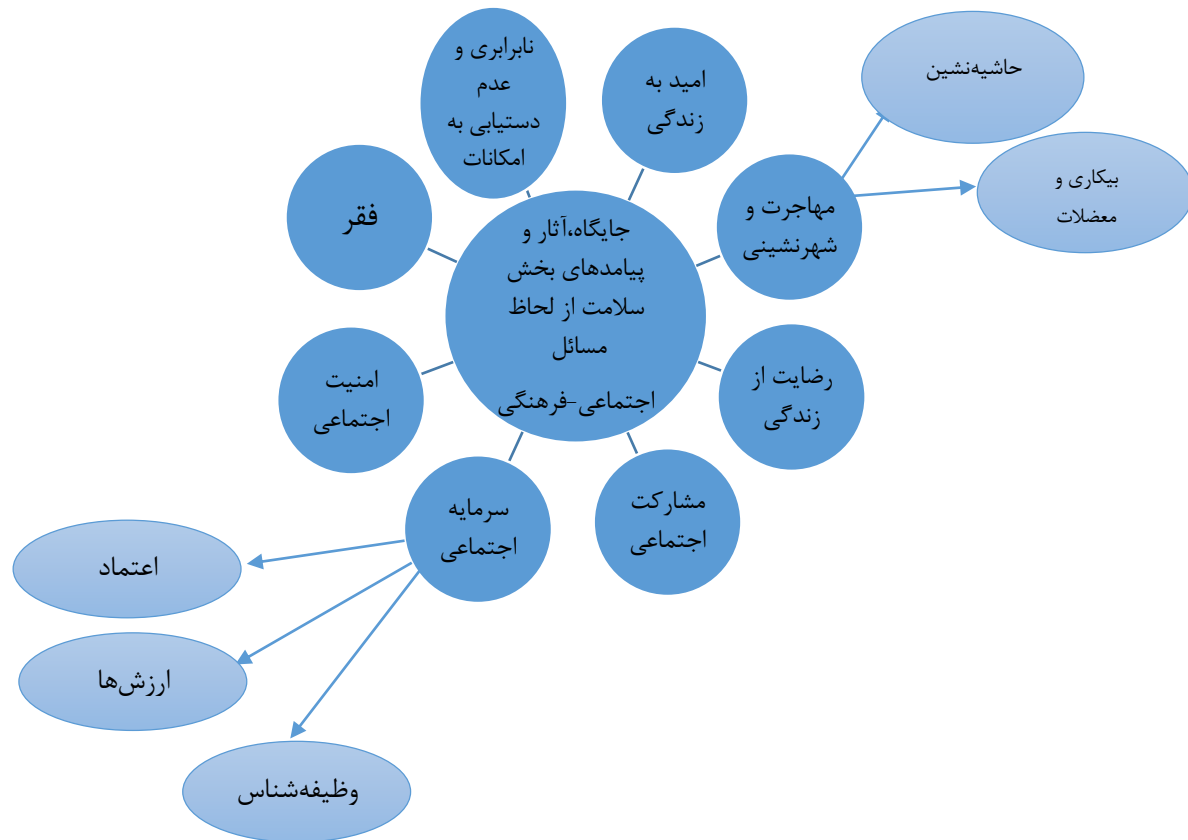
با کاهش ترافیک، تلفات و تصادفات جدی ناشی از آن نیز کاهش خواهند یافت. هرچند که تصادفات وسایل نقلیه باعث آسیب دوچرخه‌سواران و افراد پیاده نیز می‌شود، اما معمولاً آسیب‌های آن‌ها کم‌خطرتر است. طراحی خوب محیط شهری به‌طوری که محل عبور دوچرخه‌سواران و عابرین را از محل تردد ماشین‌ها جدا نماید می‌تواند سبب افزایش ایمنی دوچرخه‌سواران و عابرین پیاده نیز شود. همچنین کاهش ترافیک جاده‌ای موجب کاهش آلودگی هوا می‌گردد.

پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری سبب حداقل مصرف سوخت می‌شوند و همچنین از گرم شدن کره زمین نیز جلوگیری می‌نمایند. ضمناً کاهش بیماری‌های ناشی از آلودگی هوا و سر و صدا را در پی داشته و به لحاظ آینده اکولوژیک شهری نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. از سوی دیگر دوچرخه‌سواری و پیاده‌روی و استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی خود باعث افزایش تعامل اجتماعی می‌شود. انزوای اجتماعی و کمبود تعامل اجتماعی قویاً با تضعیف سلامتی در ارتباط است (۸۴).

۴-۳-۲- تأثیر گذاری بخش سلامت بر حوزه اجتماعی- فرهنگی

برنامه‌های سلامت با هدف افزایش شاخص‌های سلامت در یک جامعه اجرا می‌شوند. سلامت در سطوح مختلف و با اهداف متفاوتی اجرا می‌شود. این اهداف در زمینه‌های متفاوتی از جمله فقر، نابرابری، امید به زندگی، مهاجرت و

شهرنشینی، بیکاری، امنیت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، سرمایه اجتماعی، رضایت از زندگی و بسیاری دیگر از شاخص‌های اجتماعی و با برنامه‌ریزی دولتی پیگیری می‌شود. شکل ۸ تأثیرگذاری بخش سلامت بر حوزه اجتماعی-فرهنگی را نشان می‌دهد.



شکل ۸: تأثیرگذاری بخش سلامت بر حوزه اجتماعی-فرهنگی

در ادامه این تأثیرات توضیح داده شده است.

۱- تأثیر سلامت بر فقر

همواره یکی از دغدغه‌های اساسی کارشناسان مدیریت و اقتصاد بهداشت در جهان اثرات متقابل سلامت بر فقر و فقر بر سلامت بوده است. ولی آنچه از اهمیت بیشتری برخوردار است، همانا اثر سلامت بر کاهش فقر و رشد اقتصادی هر کشور است؛ زیرا سرمایه فرد نیازمند همان بدن وی بوده و از دست دادن سلامت فرد، منجر به فقر وی و در نتیجه افزایش فقر در جامعه و کاهش رشد اقتصادی کشور می‌شود. این امر در گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت این‌گونه منعکس گردیده است: کشورهایی که افرادی آموزش‌دیده و سالم دارند و دارای وضعیت

سیاسی با ثباتی هستند، از رشد اقتصادی مناسب‌تری برخوردار بوده‌اند؛ همچنین در بیشتر خانوارهایی که با هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت مواجه بوده‌اند، این مسئله به‌صورت سیکل معیوبی باعث عدم مراجعه در زمان ضرورت برای دریافت خدمات سلامت، کاهش سطح سلامت کودکان و افراد آسیب‌پذیر می‌شود (۸۵).

۲- تأثیر سلامت بر نابرابری و عدم دست‌یابی به امکانات

توجه به بخش سلامت به‌عنوان یکی از اصول اساسی توسعه و از ضرورت‌های اجتناب‌ناپذیر است و نیازمند برنامه‌ریزی متناسب با شرایط هر منطقه بوده که باید بر مبنای شناخت و آگاهی از وضعیت موجود نواحی نسبت به یکدیگر و درجه‌بندی آن‌ها از لحاظ برخورداری از مواهب توسعه، صورت گیرد. این امر نیازمند بررسی شاخص‌های بهداشت و درمان (شاخص‌های نهادی، نیروی انسانی متخصص، نیروی انسانی غیرمتخصص، بهداشت روستایی) و نحوهٔ پراکنش آن‌ها در فضاهای مختلف جغرافیایی است که باعث می‌شود، عدم تعادل در توزیع امکانات بهداشتی بهتر مشخص شود و برنامه‌ریزی جهت توزیع عادلانهٔ آن‌ها و دسترسی تمام افراد جامعه به خدمات مورد نظر، به نحو مطلوبی تحقق یابد. عدم توازن در بین مناطق و جریان توسعه، موجب ایجاد شکاف و تشدید نابرابری منطقه‌ای می‌شود که خود مانعی در مسیر توسعه است (۸۶).

۳- تأثیر سلامت بر امید به زندگی

امید به زندگی به‌عنوان یکی از شاخص‌های سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۸۷). امروزه شاخص امید به زندگی به یکی از نشانگرهای نوسانات نابرابری‌های اجتماعی سلامت در جوامع گوناگون تبدیل شده است. مخارج درمانی به‌عنوان یکی از نهادهای تابع تولید سلامت بوده که نمایانگر وجوه مورد نیاز برای درمان، پیشگیری، برنامه‌ریزی آتی خانوارها برای دریافت خدمات، تغذیه و کمک‌های اضطراری پیش‌بینی شده است. ادبیات اجتماعی و اقتصادی دلالت بر این دارد که امید به زندگی فرد با طبقه اجتماعی و هزینه‌های درمانی صورت گرفته، رابطه مستقیم دارد و هرچه افراد جامعه به لحاظ اجتماعی و اقتصادی در سطح قابل قبولی از دهک‌های طبقه‌بندی شده جوامع قرار گیرند، مراقبت‌های درمانی و به‌تبع آن امید به زندگی افزایش می‌یابد (۸۸).

۴- تأثیر سلامت بر مهاجرت و شهرنشینی

عوامل گوناگونی همچون سلامت بر پدیده مهاجرت و شهرنشینی تأثیر می‌گذارد که دارای درجات اهمیت متفاوتی است و بعضی از آن‌ها بیشتر در مراحل ایجاد شهر نقش دارد و بعضی دیگر با گذشت زمان منجر به تغییرات در شهر و روابط آن با پیرامون می‌شود. با نگاهی به سطح‌بندی توسعه‌یافتگی فضاهای روستایی و عواملی چون نابرابری سطح خدمات بهداشتی و درمانی امکان مهاجرت تعیین می‌شود، در حالی که ارائه مراقبت‌های پزشکی می‌تواند موجبات بهبود شرایط سلامت افراد را فراهم آورد و منجر به مهاجرت آن‌ها نشود؛ اما به‌تنهایی برای ایجاد عدم

مهاجرت از شهر و روستا کافی نیست. عوامل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی می‌تواند انگیزه‌های لازم برای شکل‌گیری و جمعیت‌پذیری شهر ایجاد کنند. این عوامل در طول زمان نقش قابل توجهی در زوال روستاها خواهد داشت که خالی از سکنه شدن روستاها، توزیع جمعیت نامناسب و افزایش سالمندان و زنان در روستا را شاهد خواهیم بود (۸۶).

جمعیت موجود در حاشیه شهرها خدمات مورد نیاز را از محیط شهری دریافت می‌کند. فضاهای مستقر در حاشیه شهرها به سبب دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در شهر استعداد جذب جمعیت دارند. نگاهی به جمعیت حاشیه شهرها در دو دهه اخیر مؤید این مطلب است. حاشیه شهرها برخلاف بسیاری از روستاها که با نرخ رشد منفی مواجه بوده‌اند، ظرفیت پذیرش و افزایش جمعیت دارند.

در نگاه اول به نظر می‌رسد حاشیه شهرها دسترسی بیشتری به مراقبت‌های بهداشتی نسبت به روستاها دارند؛ در صورتی که در روستاها مراقبت سلامت وجود دارد و حاشیه شهر از آن بی‌بهره است. مناطق حاشیه‌نشین به دلیل عدم برخورداری از بهداشت و امکانات درمانی، فقدان امکانات شهری، اثرات منفی و وخیمی بر جامعه و شرایط کالبدی شهر برجای می‌گذارند (۸۹).

۵- بیکاری و معضلات اجتماعی

بیکاری ناشی از حاشیه‌نشینی نتایج منفی اجتماعی به دنبال دارد. این مشکل می‌تواند عامل بسیاری از معضلات اجتماعی همچون اعتیاد، فقر، طلاق، تکدی‌گری، افزایش بیماری‌های واگیردار اجتماعی (ایدز و هیپاتیت)، سرقت و انواع بزه اجتماعی باشد. تأثیر بیکاری به صورت غیرمستقیم باعث فرسایش سرمایه اجتماعی می‌شود.

طبعاً نداشتن درآمد در جامعه امروز انسان را از بسیاری از قابلیت‌ها و امکانات گوناگون باز می‌دارد. در باب چگونگی این ارتباط باید گفت که در واقع افراد بیکار، تحت تأثیر واقعیت زندگی خودشان از قبیل درآمد کم، احساس شکست و سرخوردگی قرار می‌گیرند که این امر متعاقباً آنان را به نوعی بی‌اعتمادی، عدم مشارکت، کاهش روابط و تضعیف پیوندهای اجتماعی که همه از مؤلفه‌های اساسی سرمایه اجتماعی هستند، دچار می‌کند. همچنین، تن دادن به مشاغل غیررسمی و پرخطر و وجود کودکان کار در حاشیه شهر به شدت قابل مشاهده است که به‌عنوان پیامد نامطلوب افزایش حاشیه‌نشینی در شهرهای بزرگ است (۸۹).

۶- سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی روند شکل‌گیری روابط بین افراد را نشان می‌دهد که منجر به تشکیل گروه‌ها، شبکه‌های اجتماعی، شکل‌گیری هنجارها، مقررات، ارزش‌ها، اعتماد عمومی و گسترش همکاری‌های بین افراد به منظور دستیابی به منافع مشترک می‌شود و دارای ابعاد گوناگونی است، حال هرچه افراد یک جامعه از سلامت اجتماعی و روانی بیشتری برخوردار باشند، آن جامعه از سرمایه اجتماعی قابل قبولی بهره‌مند بوده و آمادگی بیشتری برای قبول نقش‌های اجتماعی دارند (۹۰).

اعتماد اجتماعی

اعتماد اجتماعی لازمه جوامع مدرن است و هرچه روابط پیچیده‌تر باشد ضرورت اعتماد بیشتر احساس می‌شود و با رویکردی اقتصادی، اعتماد اجتماعی به عنوان عاملی برای حفظ سرمایه اجتماعی ضروری تلقی می‌گردد. اعتماد تعمیم یافته که مقوله‌های اجتماعی انتزاعی‌تر چون اصناف و گروه‌های شغلی را بررسی می‌کند در کنار نهادهای غیردولتی و سازمان‌های مردمی مستقل یا وابسته به احزاب سیاسی، از جمله مهم‌ترین بازیگران جامعه مدنی به شمار می‌روند.

عدم اعتماد به متخصصان حوزه سلامت در حال حاضر (مثلاً تغییر و تعویض پزشک معالج شده)، در عین تأخیر در درمان قطعی، منجر به صرف هزینه‌های بیشتر از طرف بیمار خواهد شد. همچنین با کاهش اعتماد به پزشک برخی بیماران راه‌های جایگزین را برای درمان برمی‌گزینند که در بسیاری از موارد منجر به وخیم‌تر شدن شرایط بیماری شده و در مراحل سخت‌تری به لحاظ درمانی به دست طبیبان می‌رسند. این موضوع قطعاً هزینه‌های جانی و مالی بیماران را افزایش می‌دهد و در موارد زیادی منجر به از دست رفتن عضو، اندام و حتی خود بیمار می‌شود. به این ترتیب در کنار این بی‌اعتمادی پدیده فقیر شدن بیمار هم که بسیار نگران‌کننده است، در شرف تکوین است.

ارزش‌ها

ارزش‌ها تلقی‌های مثبت یا منفی هستند که افراد از پدیده‌ها و موضوعات مختلف دارند. این تلقی‌ها علاوه بر این که بر رفتار فرد تأثیر می‌گذارد، معیاری است برای قضاوت در خصوص رفتار و عملکرد دیگران. هرچقدر که هنجار یا قاعده‌ای عمومیت بیشتری یابد و به صورت یک ارزش والا در جامعه بروز پیدا کند، قضاوت جامعه در صورت شکستن آن هنجار شدیدتر و ضمانت اجرای آن سخت‌تر خواهد بود. یکی دیگر از بُعدهای سرمایه اجتماعی در سطح کلان، پنداشت شهروندان از نکویی جامعه است که خود شامل ارزیابی از مطلوبیت جامعه و وجود عدالت و برابری است.

وظیفه‌شناسی

بعدي ديگر در سرمايه اجتماعي مياني، ديده‌گاه افراد جامعه در رابطه با وظيفه‌شناسي گروه‌هاي اجتماعي است که قضاوت اخلاقي شهروندان در رابطه با اين بازيگران جامعه مدني را نشان مي‌دهد (۹۰).

۷- امنيت اجتماعي

سلامت داراي ابعاد جسمي، رواني و اجتماعي است و سلامت اجتماعي يکي از ابعاد آن است که نقش مهمي در چگونگي عملکرد انسان در روابط اجتماعي و چگونگي برداشت وي از اجتماع است. يکي از عواملی که به‌طور گسترده با ميزان سلامت اجتماعي افراد در ارتباط است، امنيت اجتماعي است. با توجه به ساختار سني جوان کشور و آسيب‌پذيري اين قشر آینده‌ساز، هرگونه ضايعه و نارسايي در بهداشت جسم و روان آن‌ها در درازمدت بر روی سلامت و امنيت ديگر افراد جامعه تأثيرگذار خواهد بود (۹۱).

۸- مشارکت اجتماعي

بر طبق گزارش سازمان جهاني بهداشت، مشارکت اجتماعي رابطه تنگاتنگي با وضعيت سلامت دارد که در طول آن مردم به‌صورت داوطلبانه در امور اجتماعي، مي‌توانند مشارکت داشته باشند که اين مشارکت به‌صورت مستقيم از سلامت اجتماعي آن‌ها نشئت مي‌گيرد (۹۲).

مشارکت اجتماعي يک ابزار توانمندسازي محسوب مي‌شود که از طريق آن افراد مسئوليت حل مشکلات بهداشتي و سلامتي خود را مي‌آموزند و براي توسعه جوامع خود تلاش مي‌کنند. رويکرد مشارکت اجتماعي اصولاً از رويکرد مردم‌محوري در اقدامات توسعه‌اي منشأ گرفته است و اصولاً در شعار «با مردم و نه براي مردم» سازمان بهداشت جهاني متبلور مي‌شود که براي ارتقاي سطح سلامت بايد اين اصل را در نظر گرفت (۹۳).

سلامت اجتماعي را ارزيابي رفتارهاي معنادار مثبت و منفي فرد در ارتباط با ديگران تعريف مي‌نمايد و آن را يکي از اساسي‌ترين شاخص‌هاي سلامت هر کشوري معرفي مي‌کند؛ که به کارا بودن فرد در جامعه منجر مي‌شود. زماني فرد داراي سلامت اجتماعي است که بتواند فعاليتها و نقش‌هاي اجتماعي خود را در حد متعارف بروز دهد و با جامعه و هنجارهاي اجتماعي ارتباط برقرار کند. اهميت سلامت اجتماعي به حدي است که اشخاص برخوردار از سلامت اجتماعي با موفقيت بيشتري مي‌توانند با مشکلات ناشي از ايفاي نقش‌هاي اصلي اجتماعي کنار بيايند (۹۴).

۹- رضایت از زندگی

سلامت عمومی نوعی ادراک از نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی است که سلامت اجتماعی و روان‌شناختی قوی‌ترین پیش‌بین رضایت از زندگی هستند. رضایتمندی از زندگی را می‌توان به معنای ارزیابی فرد از شرایط زیست خود در جامعه و کیفیت زندگی دانست و کاهش میزان رضایت از زندگی در افراد اجتماع سبب تشدید و گسترش بحران‌ها و معضلات روانی شده و به روحیه یاس، ترس، احساس ناامنی و افسردگی در جامعه دامن خواهد زد (۹۵).

جمع‌بندی

نقش قطعی عوامل اجتماعی و محیطی بر سلامت و برعکس از زمان‌های بسیار قدیم شناسایی شده است. به‌خوبی پذیرفته شده است که تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در بخش‌های مختلفی پراکنده هستند؛ بنابراین لازم است که در سیاست‌گذاری‌ها به همه بخش‌های مرتبط توجه شود و تأثیرات احتمالی سیاست‌ها بر سلامت، خصوصاً بر سلامت آسیب‌پذیرترین گروه‌ها در اجتماع، ارزیابی گردیده و سپس بر اساس آن سیاست‌ها هماهنگ شوند. البته این یک فرایند دوسویه است، زیرا بخش سلامت نیز نیاز دارد که از تأثیرات مثبت و منفی که بر سایر بخش‌ها بر جای می‌گذارد نیز، مطلع گردد.

در زمان برنامه‌ریزی این رابطه دوسویه تأثیرات بخش سلامت بر جامعه و برعکس همواره باید مدنظر قرار گیرد. حداقل مزیت این اقدام این است که هنگامی که اهداف سلامت با اهداف سایر بخش‌ها و برعکس در تضاد است، باید تلاش‌هایی در زمینه پیدا کردن راه‌حلی‌هایی که تأثیر معکوس بر سلامت و جامعه نداشته باشند، صورت پذیرد.

۵- چالش‌های اصلی و توزیع فضایی زیرساخت‌ها و فعالیت‌های بخش

۵-۱- چالش اصلی بخش

چالش‌های عمده‌ای که بخش سلامت در حال و آینده با آن‌ها روبه‌رو است در قسمت سوم گزارش با عنوان تعارضات بخش ذکر شده‌اند، منتهی در این بخش، بر اساس درجه اهمیت، پوشش حوزه‌های مختلف سلامت و دسترسی به اطلاعات، چالش‌های «مواجهه با پدیده سالمندی»، «تفاوت امید به زندگی»، «مصرف سیگار»، «ابتلا به دیابت»، «اضافه‌وزن و چاقی»، «فعالیت فیزیکی»، «سهم پرداخت از جیب» و «هزینه‌های فاجعه‌آور سلامت» انتخاب و به‌صورت توصیفی بر روی نقشه ارائه شده‌اند.

۵-۱-۱- مواجهه با پدیده سالمندی

آمار مربوط به جمعیت در سال ۱۳۹۴ و ۱۴۰۴ در جدول ۳۵ درج گردیده است.

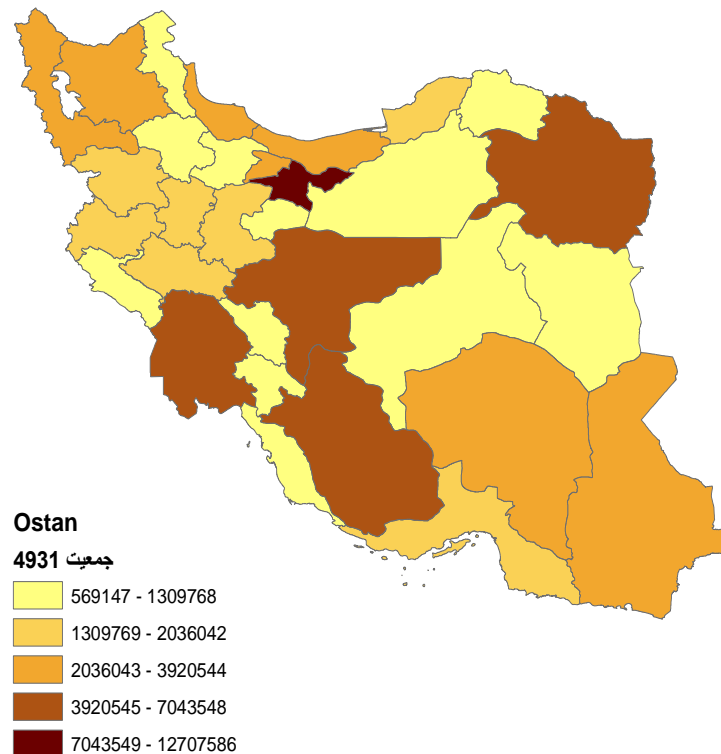
جدول ۳۵: جمعیت استان‌های کشور در سال ۱۳۹۴ و ۱۴۰۴

ردیف	استان	جمعیت ۱۳۹۴	جمعیت ۱۴۰۴
1	اردبیل	1000000	1000000
2	اصفهان	0002200	0000000
0	البرز	2000021	2000002
0	ایلام	000100	000120
0	آذربایجان شرقی	0020000	0010002
0	آذربایجان غربی	0200100	0000000
0	بوشهر	1100002	1200000
0	تهران	12000000	10001200
0	چهارمحال بختیاری	020000	1020000
10	خراسان جنوبی	000000	000000
11	خراسان رضوی	0000000	0000002
12	خراسان شمالی	020000	1002000
10	خوزستان	0000020	0022001
10	زنجان	1001001	1100000
10	سمنان	000120	020020
10	سیستان و بلوچستان	2000000	2000000
10	فارس	0020000	0000000
10	قزوین	1200000	1000000
10	قم	1220000	1000100
20	کردستان	1000000	1000001
21	کرمان	0100000	0000001
22	کرمانشاه	2000002	2200010

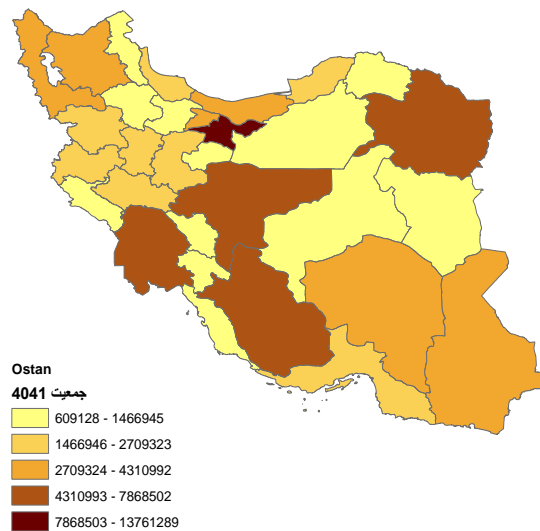
ردبف	استان	آمعبآ ۱۳۹۴	آمعبآ ۱۴۰۴
20	آهآبلوبه و بوبراآمد	001100	000000
20	آلسآان	1000200	2100001
20	آببآن	2000000	2000020
20	لرستان	1001200	1010200
20	مازندران	0101000	0001022
20	مرآزب	1000201	1000000
20	هرمزآان	1010000	1000200
00	همدان	1000000	2000000
01	بزد	1000000	1200000

شآل ۹ از آمار آمعبآ سال ۱۳۹۴، آرسبم شده اسآ. همان آونه كه مشآص اسآ در سال ۱۳۹۴ ببشآربن آمعبآ مربوط به استان آهران با آمعبآ ۱۲۷۰۷۵۸۶ و كمآربن آمعبآ ابلام ۵۶۹۱۴۷ نفر اسآ.

همان آونه كه در شآل ۱۰ مشآص اسآ در سال ۱۴۰۴ ببشآربن آمعبآ آهران ۱۳۷۶۱۲۸۹ نفر و كمآربن آعداد ابلام ۶۰۹۱۲۸ نفر آواهد بود.

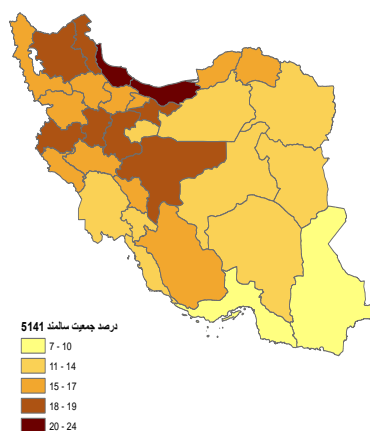


شآل ۹: براكندآب در سال ۱۳۹۴

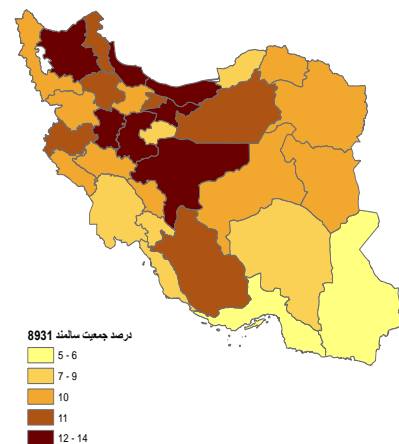


شکل ۱۰: پراکندگی جمعیت در سال ۱۴۰۴

یکی از گروه‌های سنی پرمخاطره، گروه سالمندان است. کشور ما در آینده نزدیک با پدیده سالمندی مواجه خواهد شد. پیش‌بینی می‌شود شمار سالخوردگان ایران در سال ۲۰۵۰ به ۳۱٫۲ درصد برسد که از میانگین جهان و آسیا بیشتر خواهد بود و این یعنی از هر سه نفر در کشور، یک نفر سالمند خواهد بود. فراگیر شدن پدیده سالمندی در سراسر جهان سبب بروز نگرانی‌هایی در سیستم‌های سلامت کشورهای جهان و دست‌اندرکاران نظام سلامت دنیا شده است و مقابله با این پدیده نیازمند سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های دقیق و صحیح است (۹۸-۹۶). شکل ۱۱ و ۱۲، درصد سالمندی را در استان‌های مختلف کشور در سال ۱۳۹۸ و برآورد آن برای سال ۱۴۱۵ را نشان می‌دهد.



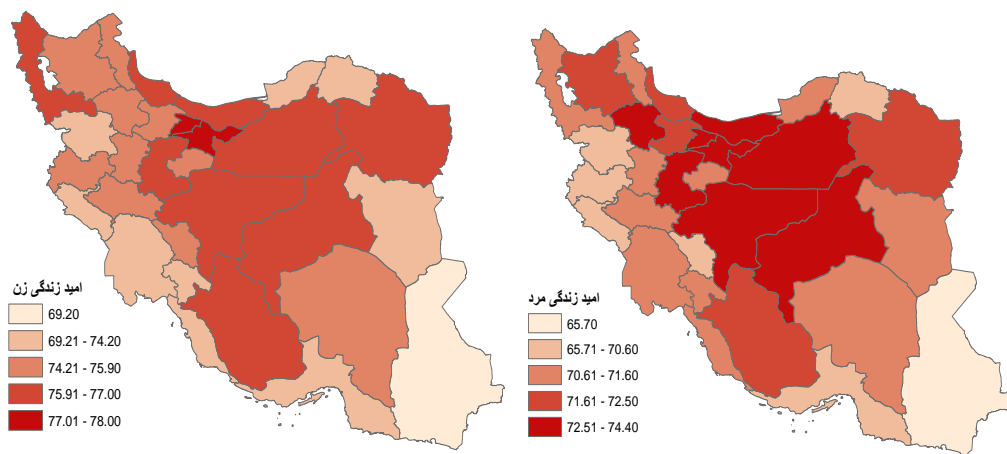
شکل ۱۲: درصد جمعیت سالمند کشور در سال ۱۴۱۵



شکل ۱۱: درصد جمعیت سالمند کشور در سال ۱۳۹۸

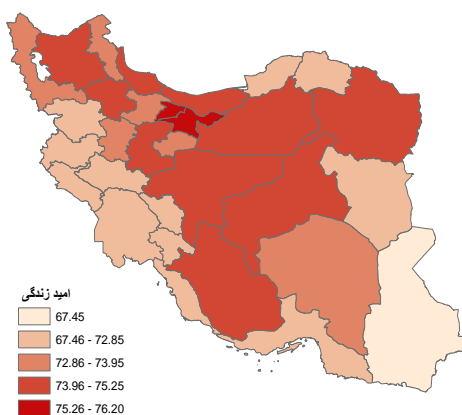
امید به زندگی^۱

امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان می‌دهد متوسط طول عمر در یک جامعه چقدر است یا به عبارت دیگر هر عضوی از آن جامعه چند سال می‌تواند توقع حیات داشته باشد. هرچه شاخص‌های بهداشتی و همچنین درمانی بهبود یابد امید به زندگی افزایش خواهد یافت و از این رو این شاخص یکی از شاخص‌های سنجش پیشرفت و یا عقب‌ماندگی کشورهاست و تفاوت آن در بین استان‌ها نشان‌دهنده بی‌عدالتی در عوامل مختلف مؤثر بر امید به زندگی و چیدمان نامناسب آمایشی منابع و امکانات در کشور است (۹۹). شکل‌های زیر امید به زندگی زنان، مردان و کل جمعیت را به تفکیک استان‌های مختلف نشان می‌دهند.



شکل ۱۴: امید به زندگی مردان کشور

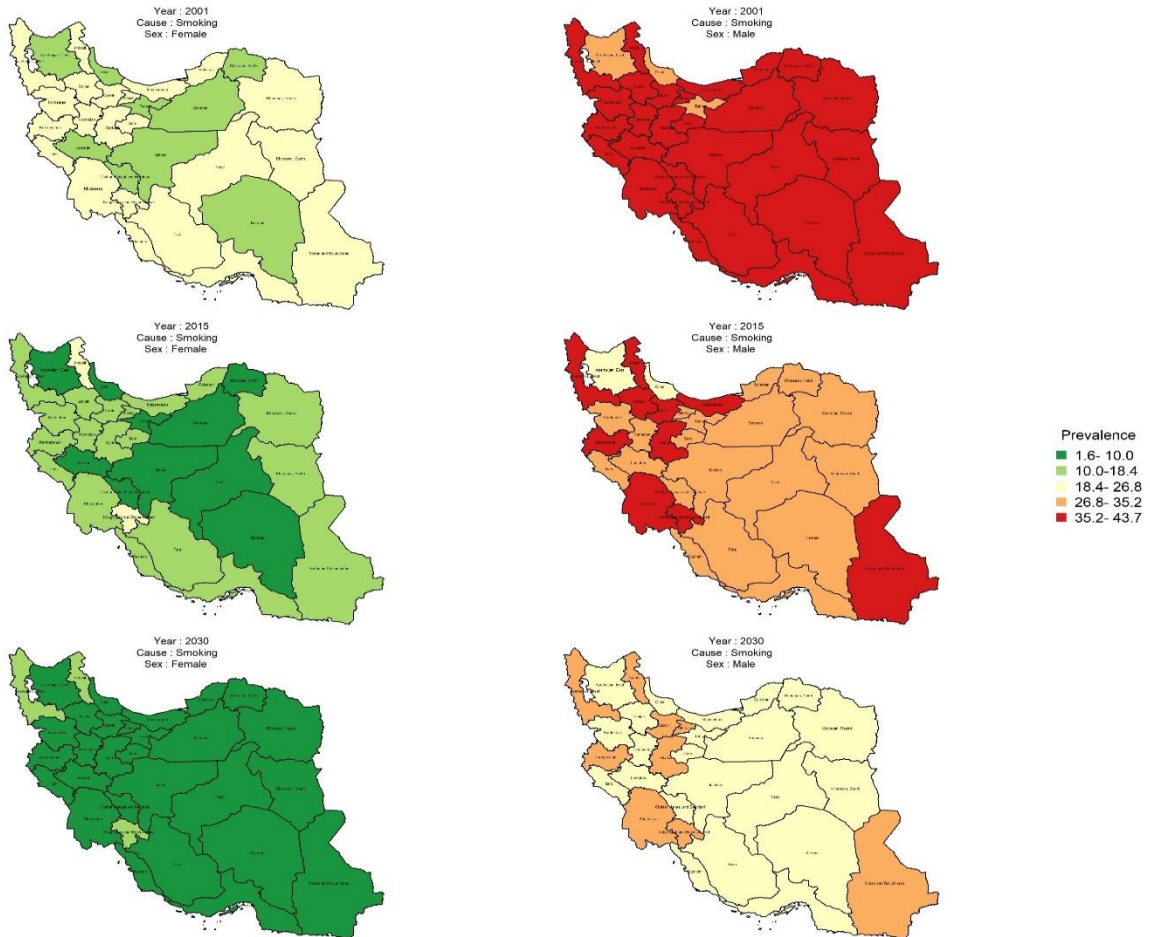
شکل ۱۳: امید به زندگی زنان کشور



شکل ۱۵: امید به زندگی جمعیت کشور

مصرف سیگار

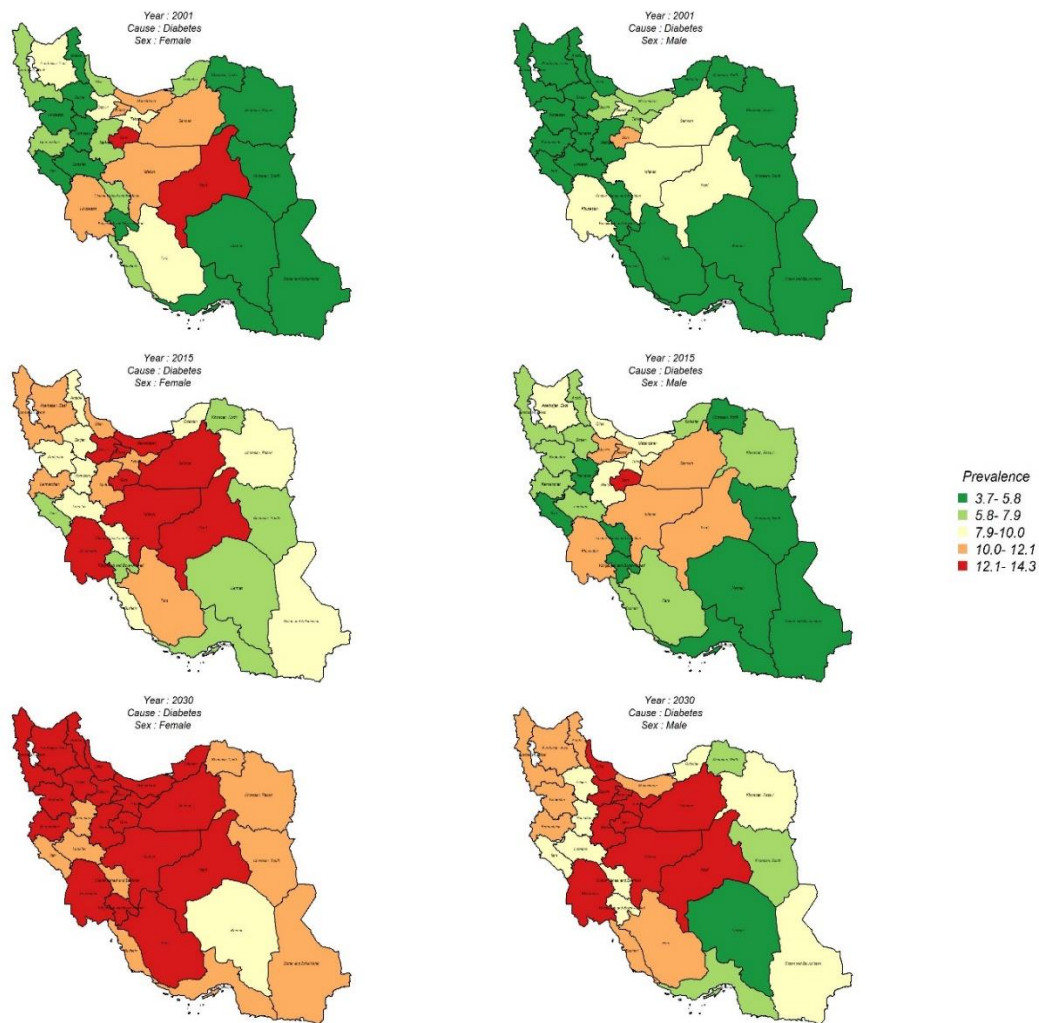
استعمال دخانیات و از جمله سیگار اصلی‌ترین علت مرگ قابل پیشگیری در دنیا است، به طوری که تقریباً هر ۶ ثانیه ۱ نفر به علت مصرف دخانیات جان خود را از دست می‌دهد. در ایران نیز در سال‌های اخیر روند مرگ و میر بیماری‌های غیرواگیر از جمله بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان‌ها سیر صعودی داشته و مصرف سیگار یکی از مهم‌ترین علل مرگ و میر ناشی از این بیماری‌ها است (۱۰۱، ۱۰۰). شکل ۱۶ میزان مصرف سیگار را در سال‌های ۲۰۰۱، ۲۰۱۵ و برآورد ۲۰۳۰ در استان‌های مختلف کشور نشان می‌دهد (۱۰۲).



شکل ۱۶: شیوع مصرف سیگار در کشور در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۱۵ و ۲۰۳۰

ابتلا به دیابت

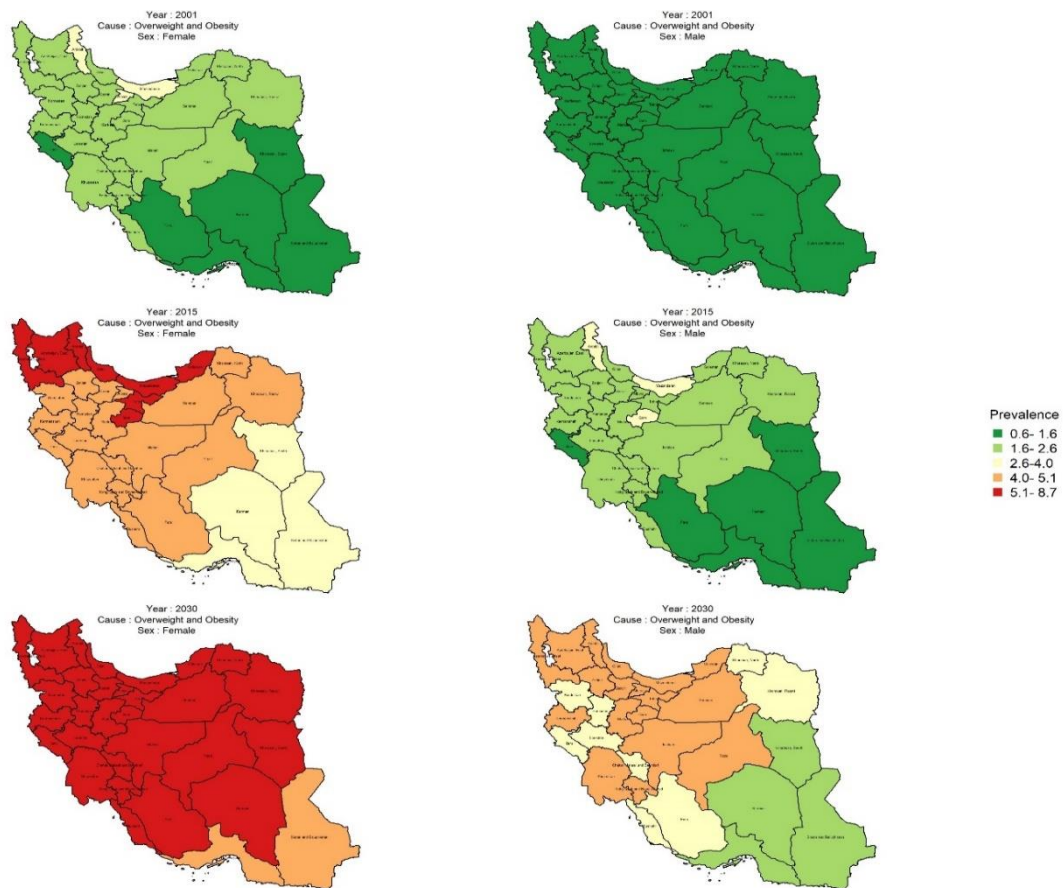
افزایش بیماران دیابتی و مبتلایان به عوارض ناشی از آن، منجر به اهمیت بخشیدن بیشتر به برنامه‌ریزی منطقی و تخصیص منابع برای مهار آن شده است (۱۰۳). مزمن بودن بیماری دیابت، هزینه سنگینی بر نظام بهداشت و درمان تحمیل می‌کند؛ آگاهی از شیوع بیماری برای تخمین بروز بیماری در آینده، در جوامع مختلف ضروری است و امکان برنامه‌ریزی برای اقدامات پیشگیرانه و درمانی را ممکن می‌سازد (۱۰۴). با افزایش مبتلایان به دیابت و عوارض آن، توجه جدی به برنامه‌ریزی و تخصیص منابع برای مهار آن الزامی است. شکل ۱۷ میزان ابتلا به دیابت را در سال‌های ۲۰۰۱، ۲۰۱۵ و برآورد ۲۰۳۰ در استان‌های مختلف کشور نشان می‌دهد (۱۰۲).



شکل ۱۷: شیوع ابتلا به دیابت در کشور در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۱۵ و ۲۰۳۰

اضافه‌وزن و چاقی

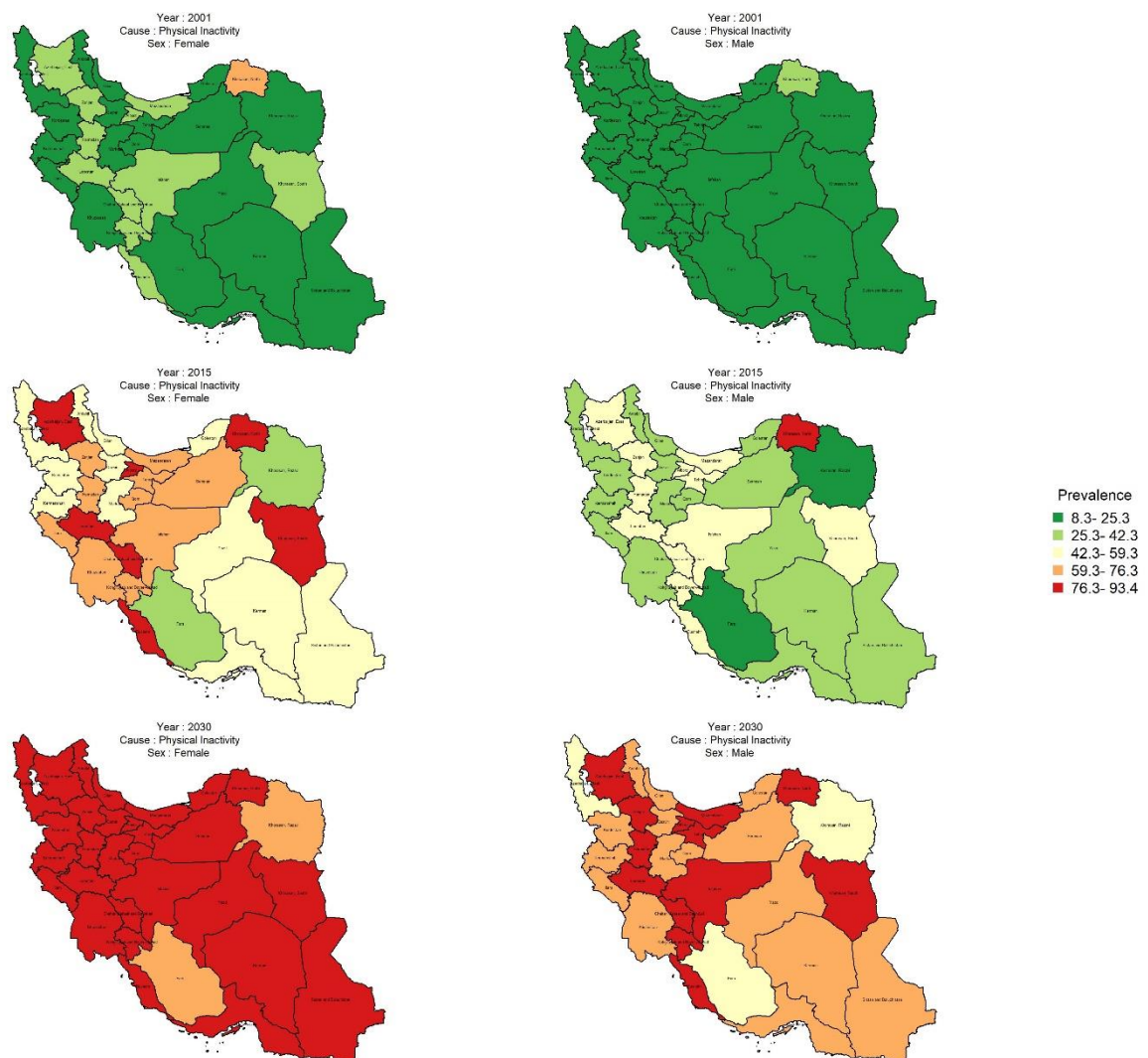
چاقی و اضافه‌وزن به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل خطر در بروز بیماری‌های غیرواگیر و به دلیل پیامدهای فراوانی از جمله بیماری انسدادی ریه، بیماری قلبی، سکته قلبی و مغزی، اختلالات چربی خون، دیابت، فشارخون، فیبروم رحم، برخی سرطان‌های خاص (آندومتر، روده بزرگ، پستان)، هیپاتیت غیرالکلی، کبد چرب، بیماری کیسه صفرا، اختلالات مزمن کلیوی، اختلالات عضلانی اسکلتی مخصوصاً آرتروز و اختلالات روانی، از مسائل عمده‌ای است که توجه سیاست‌گذاران حوزه سلامت را به خود معطوف ساخته است. شیوع رو به افزایش این معضل بهداشتی در بین جوامع از جمله کشور ما ایران، نیازمند پایش وضعیت آن و سیاست‌گذاری‌های جامعه‌محور، جهت کنترل است (۱۰۹-۱۰۵). شکل ۱۸ وضعیت اضافه‌وزن و چاقی را در سال‌های ۲۰۰۱، ۲۰۱۵ و برآورد ۲۰۳۰ در استان‌های مختلف کشور نشان می‌دهد (۱۰۲).



شکل ۱۸: شیوع اضافه‌وزن و چاقی در کشور در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۱۵ و ۲۰۳۰

کم تحرکی

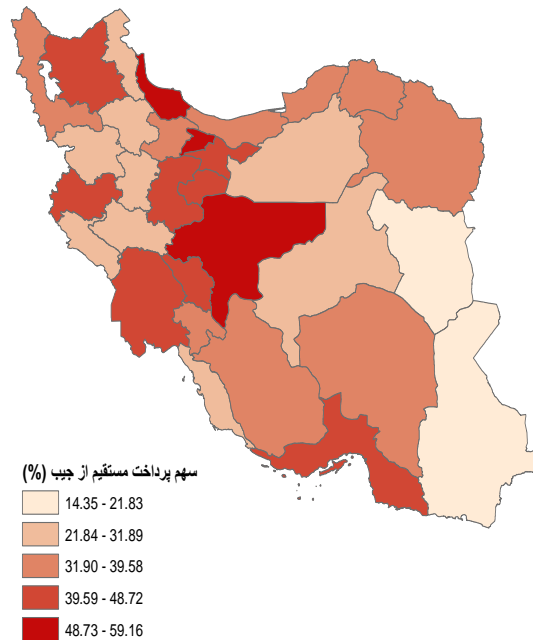
ماشینی شدن دنیای امروز، افزایش ساعات کار بدون تحرک و استرس‌های ناشی از آن موجب کمبود وقت و حوصله برای پرداختن به فعالیت‌های بدنی شده است. فعالیت بدنی مؤثر و مستمر بدون شک رمز سلامتی و کاهش بیماری‌هایی مانند سکته قلبی، سکته مغزی، بعضی سرطان‌ها و بیماری‌های روانی است. کاهش فعالیت بدنی یکی از عوامل مؤثر در ایجاد بیماری‌ها، ناتوانی‌ها و مرگومیر است. فعالیت فیزیکی ناکافی باعث بروز بسیاری از بیماری‌های غیرواگیر و مزمن در کشور است (۱۱۰). شکل‌های زیر وضعیت کم‌تحرکی را در سال‌های ۲۰۰۱، ۲۰۱۵ و برآورد ۲۰۳۰ در استان‌های مختلف کشور نشان می‌دهند (۱۰۲).



شکل ۱۹: شیوع کم‌تحرکی در کشور در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۱۵ و ۲۰۳۰

سه‌م پرداخت از جیب

یکی از شاخص‌های کلیدی در تأمین منابع که میزان توزیع خطر و انباشت ریسک را به‌عنوان کارکرد مناسب تأمین مالی در بخش سلامت نشان می‌دهد، شاخص سه‌م پرداخت مستقیم از جیب است. پرداخت مستقیم از جیب بیماران، یکی از ساده‌ترین و ناکارآمدترین شیوه‌های تأمین منابع بخش سلامت است که در این روش در زمان ارائه خدمات، فرد پول را مستقیم به ارائه‌کننده خدمت می‌پردازد. این شیوه پرداخت با تأمین عادلانه منابع مالی در نظام‌های سلامت همخوانی ندارد؛ چراکه در این روش برخی خانوارها به‌واسطه خرید مراقبت مورد نیاز خود به‌سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند (۱۱۱). طبق برنامه ششم این میزان باید به ۲۵ درصد برسد. شکل زیر میزان پرداخت از جیب را در استان‌های مختلف کشور نشان می‌دهد.



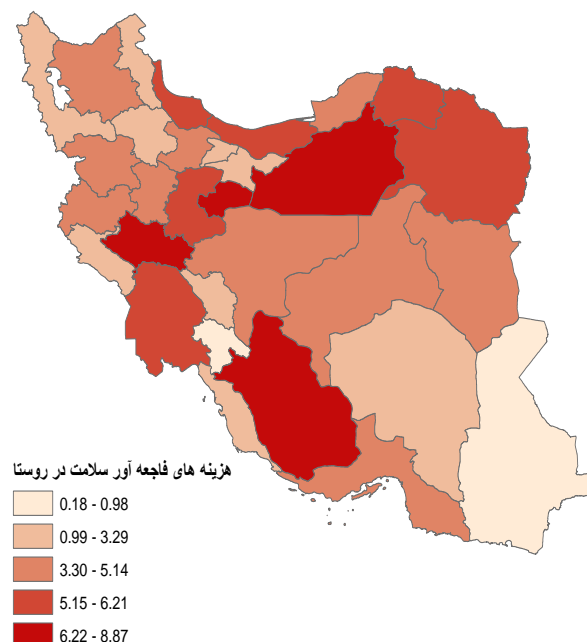
شکل ۲۰: سه‌م پرداخت از جیب در کشور

هزینه‌های فاجعه آور سلامت

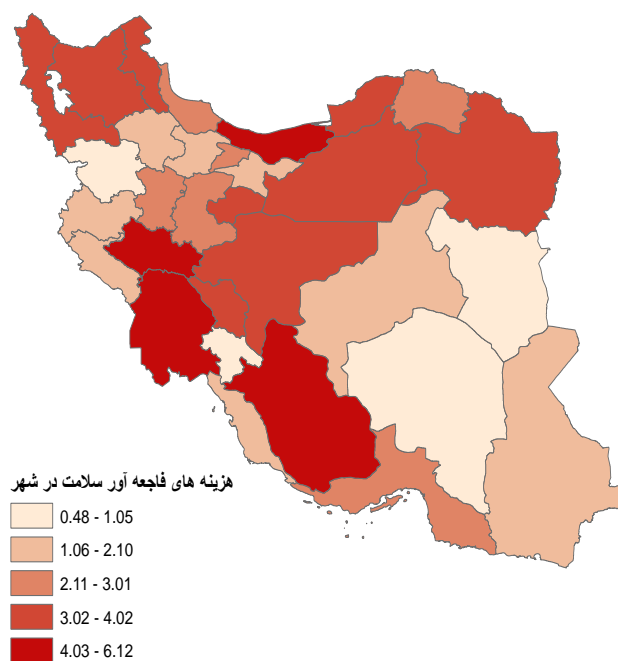
مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت،^۱ از سنجه‌های پایش و ارزشیابی حفاظت مالی خانوارها در نظام سلامت هر کشور محسوب می‌شود. این سنجه به این معنی است که خانوارها تا چه اندازه فراتر از یک حد آستانه تعریف شده برای سلامت هزینه می‌کنند. به‌طور کلی اگر سه‌م مخارج پرداخت از جیب هر خانوار، حداقل ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت آن خانوار باشد، با مخارج کمرشکن سلامت مواجهه بوده است (۱۱۲). در برنامه‌های توسعه ملی،

1. Catastrophic Health Expenditures (CHE)

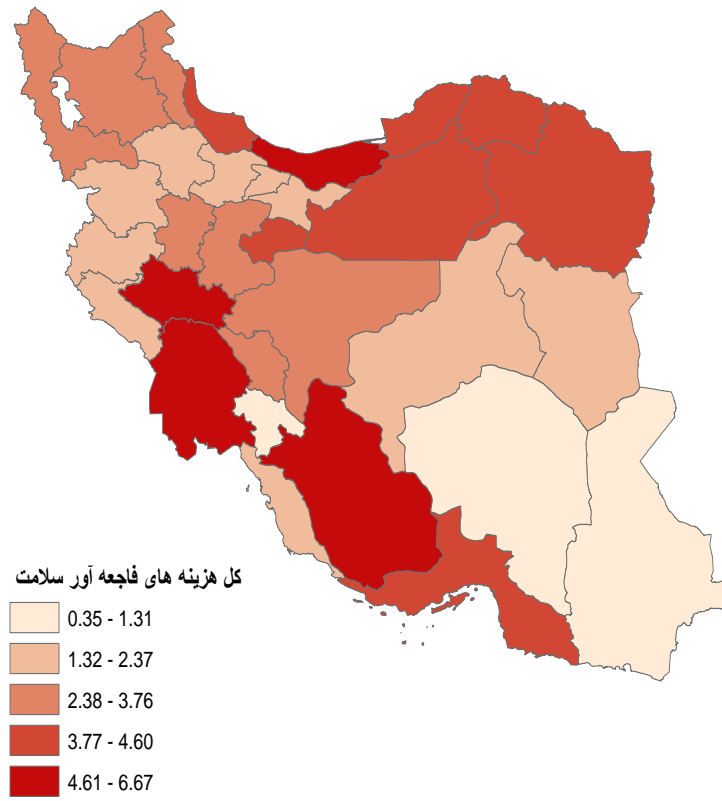
به کاهش میزان این شاخص تا یک درصد تأکید شده است. شکل زیر درصد این شاخص را به تفکیک مناطق شهری و روستایی در استان‌های کشور نشان می‌دهد.



شکل ۲۱: سهم هزینه‌های فاجعه آور سلامت در روستا



شکل ۲۲: سهم هزینه‌های فاجعه آور سلامت در شهر



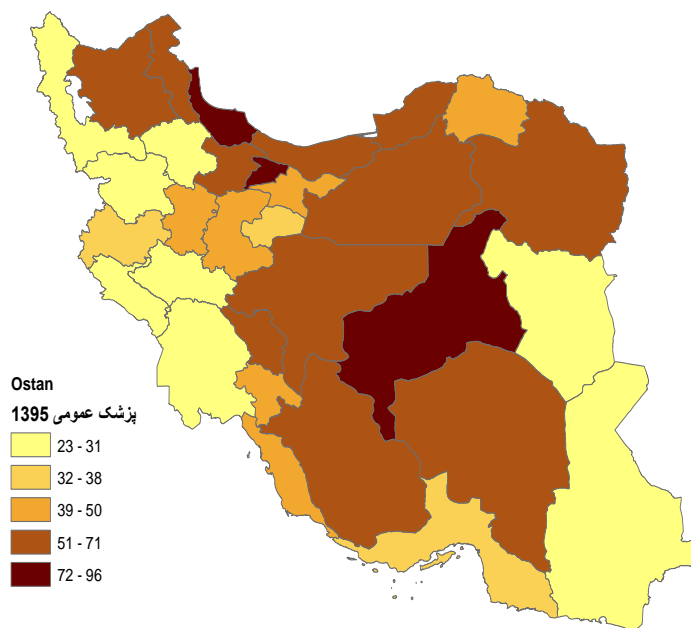
شکل ۲۳: سهم هزینه‌های فاجعه آور سلامت در کشور

۶- توزیع فضایی زیرساخت‌ها و فعالیت‌های بخش سلامت

گزارش‌های مختلف حاکی از وجود برخی عدم تعادل‌ها در توزیع منابع نظام سلامت در مناطق مختلف کشور است. این عدم توازن در حوزه نیروی انسانی متخصص سلامت، تخت‌های بیمارستانی و تجهیزات سرمایه‌ای تشخیصی و درمانی شدت بیشتری دارد. در ادامه به پنج حوزه اصلی عدم توازن و تعادل‌های منطقه‌ای و تعارضات بین بخشی نظام سلامت کشور اشاره شده است. لازم به ذکر است، نسبت‌های نیروی انسانی مورد نیاز به ازای هر صد هزار نفر جمعیت، نسبت تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت و نسبت تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت گزارش شده‌اند.

۶-۱- پزشک عمومی

پزشک عمومی به شخصی اطلاق می‌شود که دوره دکتری پزشکی عمومی را در یکی از دانشگاه‌های معتبر داخل یا خارج از کشور به پایان رسانده و موفق به اخذ مدرک دکترای عمومی پزشکی شده باشد. پزشک عمومی وظیفه خدمات‌رسانی به مردم از لحاظ سلامت فردی و رسیدگی به وضعیت بهداشتی مردم (علاوه بر درمان) و معاینه و غربالگری و ارجاع بیماران از سطح یک به سطوح بالاتر را دارا است. شکل زیر پراکندگی پزشک عمومی در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵ را نشان می‌دهد.

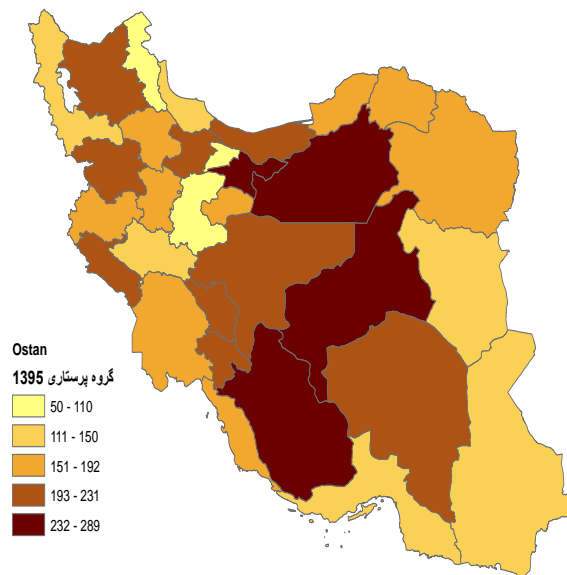


شکل ۲۴: پراکندگی پزشک عمومی در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵

۶-۲- پرستار و گروه پرستاری

پرستار یکی از اعضای کلیدی در گروه مراقبت‌های بهداشتی درمانی است. وظیفه حرفه پرستاری ارائه خدمات تخصصی سلامتی است که همگام با سایر حرف پزشکی در سه حیطه پیشگیری، درمان و بازتوانی فرد، خانواده و جامعه مسئولیت دارد.

جهت محاسبه تعداد پرستار کارشناس و کارشناس ارشد، علاوه بر در نظر گرفتن پرستاران شاغل در بخش درمانی (بیمارستان‌ها)، پرستاران فعال در سایر بخش‌ها مانند بخش بهداشت، بازتوانی، آموزش و پرورش، کادر اداری، پیشگیری، خدمات سالمندی و خدمات در منزل نیز مدنظر قرار گرفته‌اند؛ به عبارت دیگر، ملاک برآورد تعداد نیروی پرستار کارشناس و کارشناس ارشد مورد نیاز دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، تعداد افراد دارای مدرک دانشگاهی پرستاری مشغول به خدمت در سال مقصد است و محل خدمت فرد مدنظر نیست. نیروهای گروه پرستاری شامل نیروهای پرستار، بهیار، کمک بهیار، کاردان و کارشناس اتاق عمل و کاردان و کارشناس بیهوشی در مقاطع کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد هستند. توزیع پرستاران و کادر پرستاری در کشور تابع مستقیم توزیع تخت‌های بستری و بیمارستان‌ها است. به دلیل توزیع نامتوازن تخت‌های بستری در کشور، توزیع کادر پرستاری نیز نامتوازن است.

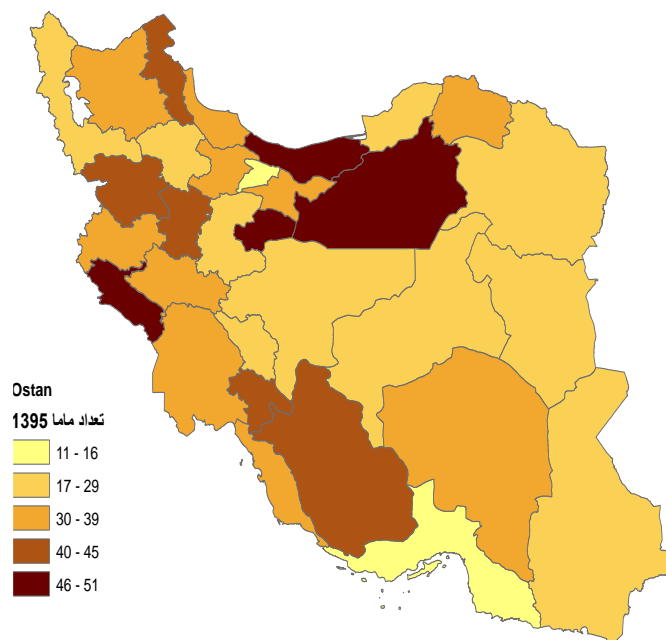


شکل ۲۵: پراکندگی پرستاران و گروه پرستاری در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵

* با توجه به اینکه این نقشه‌ها با استفاده از داده‌های تجمیع شده کل شهرستان‌های یک استان ترسیم شده‌اند، شاخص کل استان تحت تأثیر مقدار شاخص در شهر یا شهرهای دانشگاهی و سایر شهرهای استان است.

۶-۳- ماما

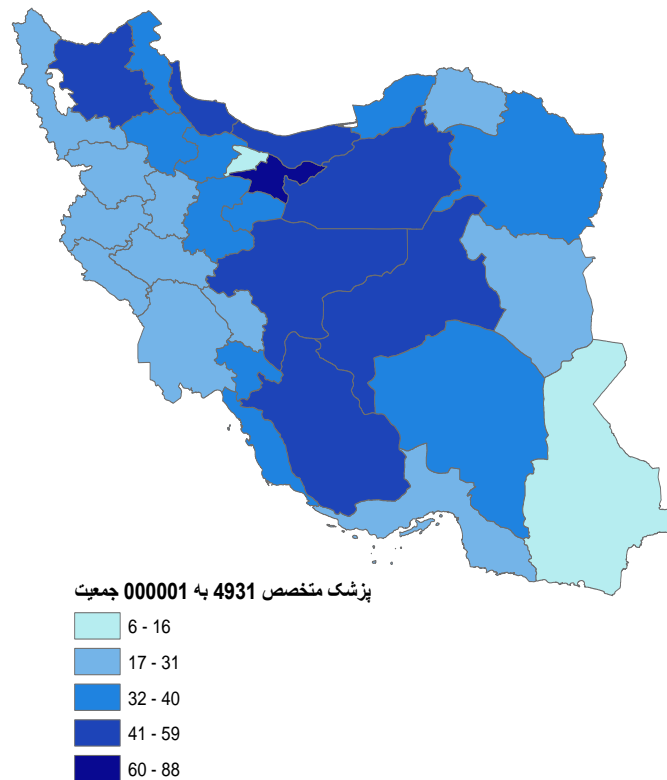
ماما به شخصی اطلاق می‌شود که تحصیلات مامائی را در حد کارشناسی و کارشناسی ارشد و دکترا برابر مقررات در مراکز آموزشی داخلی و خارجی به پایان رسانیده و موفق به اخذ مدرک تحصیلی از مراکز معتبر مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شده باشد. ماما قادر است خدمات بهداشت باروری را (از تولد تا سالمندی) به زنان، خانواده و جامعه ارائه نماید و موجب ارتقای سلامت مادر، نوزاد و درنهایت جامعه گردد. وی می‌تواند با ارائه اقدامات اورژانس در نبود پزشک و ارجاع به‌موقع، به نجات جان مادر و نوزاد کمک کند.



شکل ۲۶: پراکندگی ماما در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵

۶-۴- پزشک متخصص

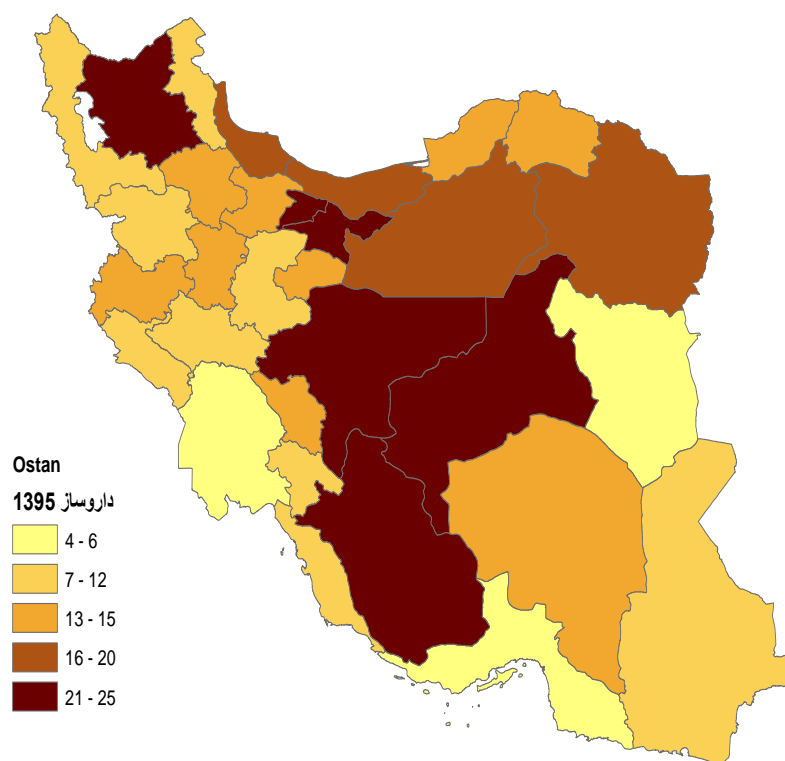
پزشک متخصص به شخصی اطلاق می‌شود که دوره تخصصی را پس از طی دوره دکتری پزشکی عمومی در یکی از دانشگاه‌های معتبر داخل و یا خارج از کشور به پایان رسانده و موفق به اخذ مدرک پایان دوره تخصصی پزشکی طبق مقررات مربوطه شده باشد. وظایف پزشک متخصص شامل تشخیص بیماری‌ها، توصیه‌های درمانی، تجویز دارو، انجام جراحی‌ها و ارجاع بیمار به متخصصان دیگر در بخش‌های سرپایی، بستری و پارک کلینیک است و در صورتی که این پزشکان، اعضای هیئت علمی دانشگاه نیز باشند و وظایف آموزش، پژوهش و مدیریت بخش‌های اجرایی دانشگاه نیز به ایشان محول می‌شود.



شکل ۲۷: پراکندگی پزشک متخصص کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۴

۶-۵- داروساز

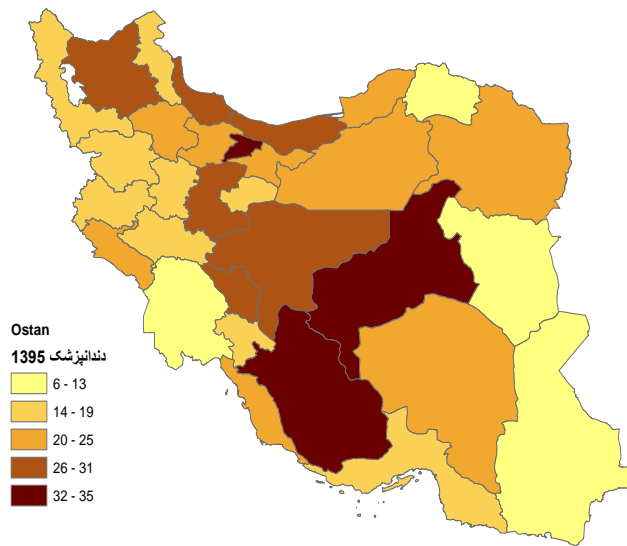
دکتر داروساز به فردی اطلاق می‌شود که بعد از اتمام دوره ۶ ساله داروسازی، موفق به اخذ مدرک دکترای داروسازی می‌شود و در صورت ادامه تحصیل در دوره تخصص در یکی از تخصص‌های داروسازی صنعتی، فارماکولوژی، فارماسوتیکس، فارماکوگنوزی نائل به کسب مدرک تخصص داروسازی می‌گردد. داروساز مکمل حلقه درمانی است، زیرا می‌تواند مرجع مناسبی برای کنترل شیوع، بروز، شدت، عوارض و عود بیماری‌ها محسوب شود.



شکل ۲۸: پراکندگی داروسازان در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵

۶-۶- دندان پزشکی

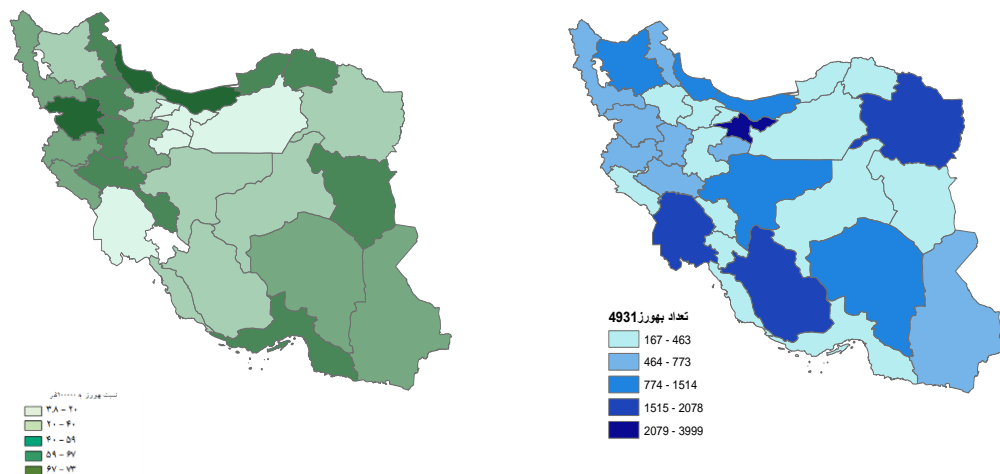
دندان پزشکی عمومی به شخصی اطلاق می شود که دوره دکتری دندان پزشکی عمومی را در یکی از دانشگاه های معتبر داخل یا خارج از کشور به پایان رسانده و موفق به اخذ مدرک دکترای عمومی دندان پزشکی شده باشد. مدارک فارغ التحصیلان خارج از کشور باید به تأیید وزارت متبوع و یا وزارت علوم و آموزش عالی رسیده باشد.



شکل ۲۹: پراکندگی دندان‌پزشکان در کشور نسبت به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵

۶-۷- بهورز

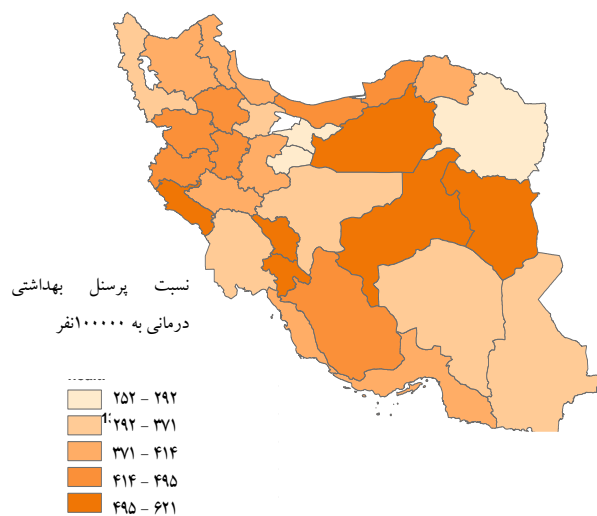
بهورز نیروی مراقب سلامت در روستاها است که اولین سطح تماس را با روستائیان برقرار می‌کند. همان‌گونه که در شکل‌های زیر نشان داده شده است، بیشترین تعداد بهورز در استان تهران ۳۹۹۹ نفر و کمترین در استان کهگیلویه و بویراحمد ۱۶۷ نفر است.



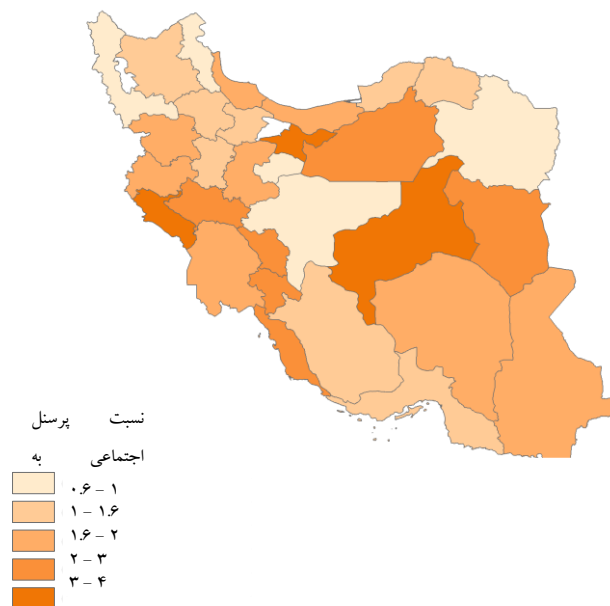
شکل ۳۱: پراکندگی تعداد بهورز نسبت به جمعیت در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۴

شکل ۳۰: توزیع تعداد بهورز در سال ۱۳۹۴

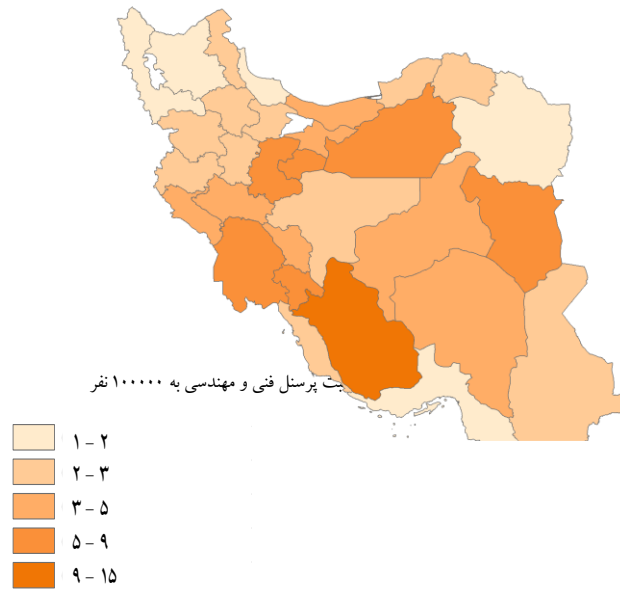
شکل‌های زیر، نسبت سایر پرسنل مختلف فعال در بخش سلامت به صد هزار نفر جمعیت را به تفکیک استان‌های مختلف کشور نشان می‌دهند.



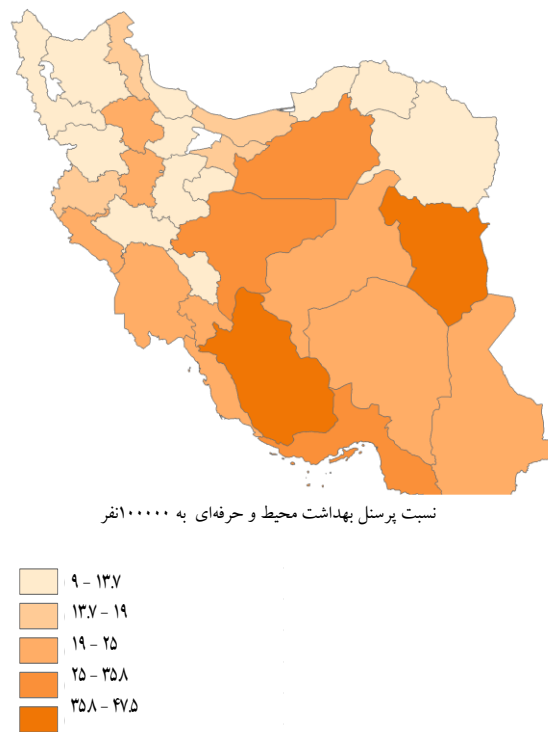
شکل ۳۲: نسبت پرسنل بهداشتی درمانی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



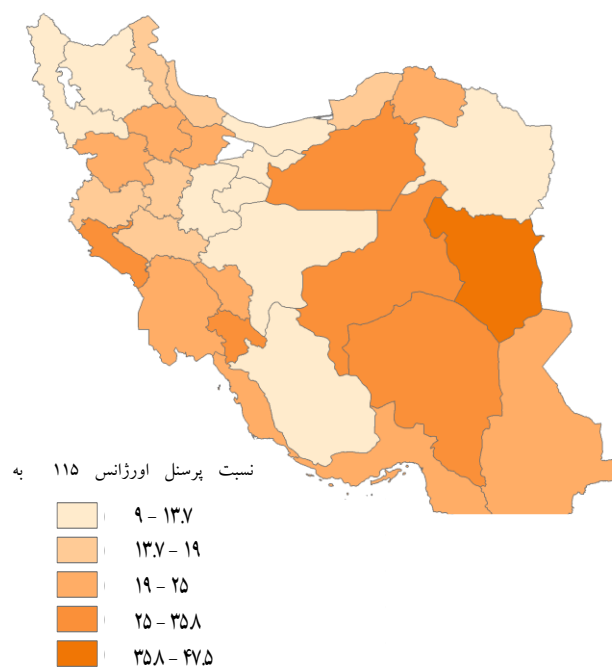
شکل ۳۳: نسبت پرسنل اجتماعی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



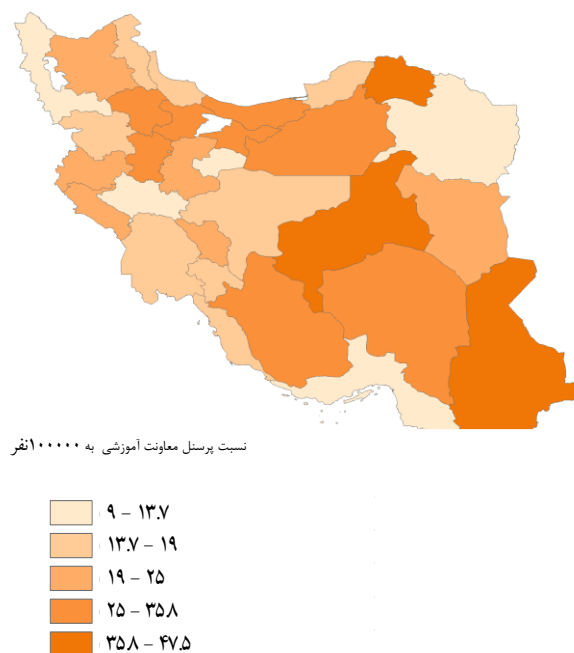
شکل ۳۴: نسبت پرسنل فنی و مهندسی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



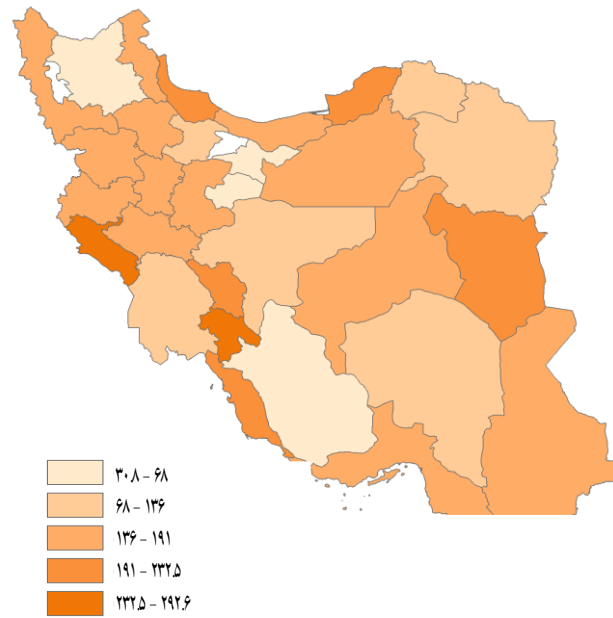
شکل ۳۵: نسبت پرسنل بهداشت محیط و حرفه‌ای به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



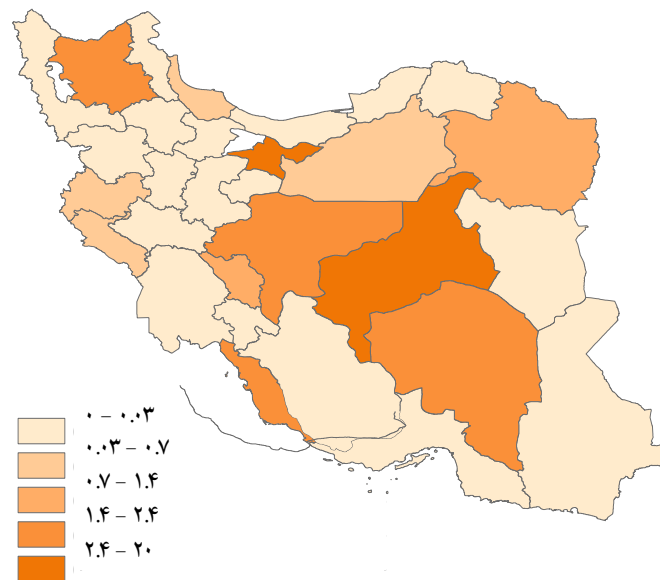
شکل ۳۶: نسبت پرسنل اورژانس ۱۱۵ به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



شکل ۳۷: نسبت پرسنل معاونت آموزشی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵

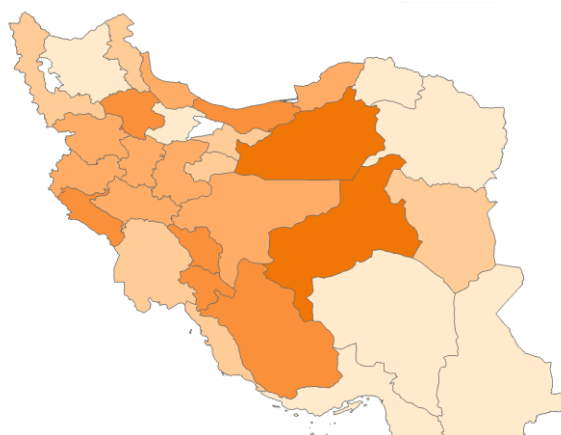


شکل ۳۸: نسبت پرسنل معاونت بهداشتی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



نسبت پرسنل معاونت پژوهشی به ۱۰۰۰۰۰ نفر

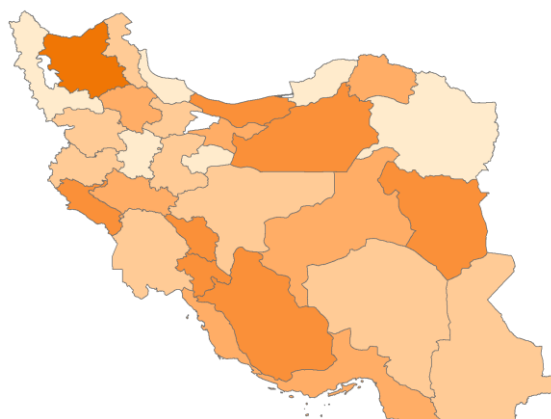
شکل ۳۹: نسبت معاونت پژوهشی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



نسبت پرسنل معاونت درمان به ۱۰۰۰۰۰ نفر



شکل ۴۰: نسبت پرسنل معاونت درمان به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



نسبت پرسنل معاونت ستادی به

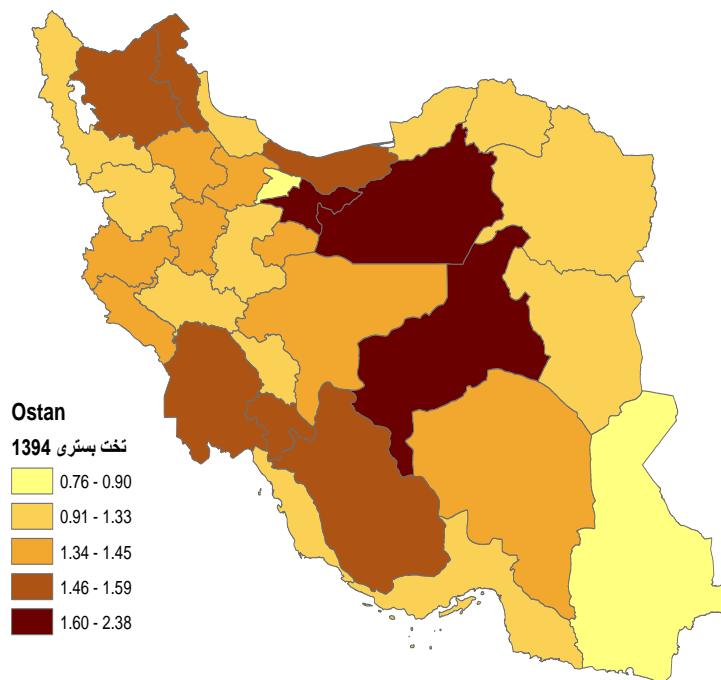


شکل ۴۱: نسبت پرسنل معاونت ستادی به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵

نقشه‌های پراکندگی تخت‌های بیمارستانی در کشور

تخت‌های بیمارستانی واحد اولیه محاسبه ظرفیت خدمت‌رسانی درمانی در هر منطقه است؛ به طوری که با محاسبه تعداد تخت مورد نیاز یک منطقه، سایر منابع مورد نیاز از قبیل گروه‌های مختلف نیروی انسانی درمانی و پشتیبانی، تجهیزات تشخیصی درمانی و تسهیلات پشتیبانی نیز محاسبه شده و تخصیص داده می‌شوند. بر همین اساس، کمبود یا توزیع نامناسب تخت باعث کاهش فرصت خدمت‌رسانی به بیماران و نیز توزیع نامناسب کلیه امکانات درمانی از قبیل پرستاران و پزشکان و تجهیزات پزشکی می‌گردد. زمان انتظار طولانی برای دریافت خدمات، بی‌نظمی در روند ارائه خدمت و جابجایی اجباری بیماران از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر، همگی از عواقب عدم تناسب تعداد و توزیع تخت‌های بیمارستانی در مناطق مختلف بوده و در نهایت منجر به کاهش اعتماد عمومی جامعه نسبت به نظام سلامت می‌شود.

در ادامه نقشه پراکندگی تخت‌های بیمارستانی در کشور در سال ۱۳۹۵ ارائه شده است. با توجه به اینکه این نقشه‌ها با استفاده از داده‌های تجمیع شده کل شهرستان‌های یک استان ترسیم شده‌اند، شاخص کل استان تحت تأثیر مقدار شاخص در شهر یا شهرهای دانشگاهی و سایر شهرهای استان می‌باشد. لازم به ذکر است، نسبت تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده‌اند.

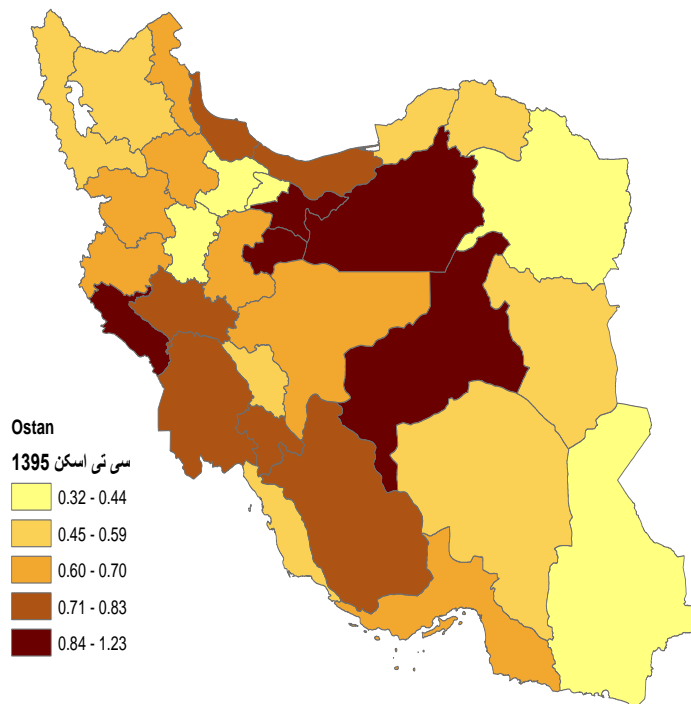


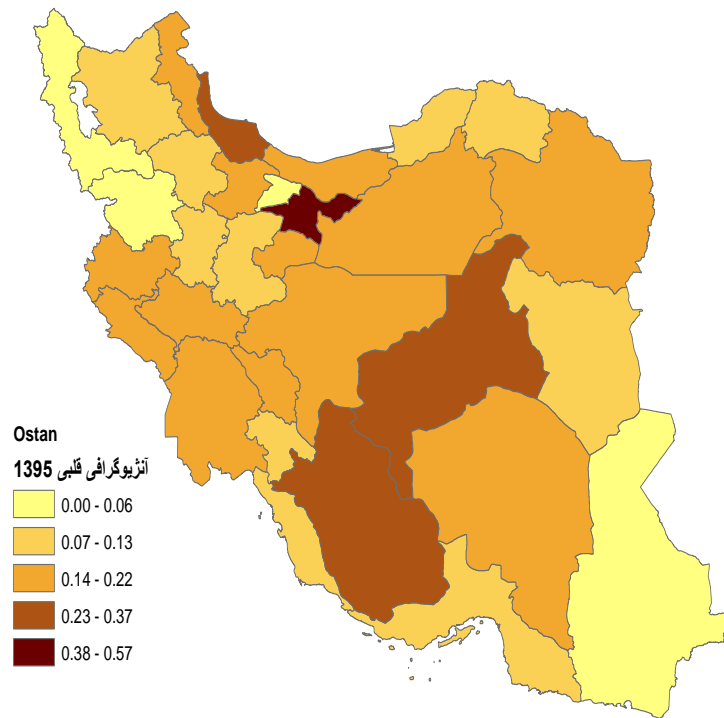
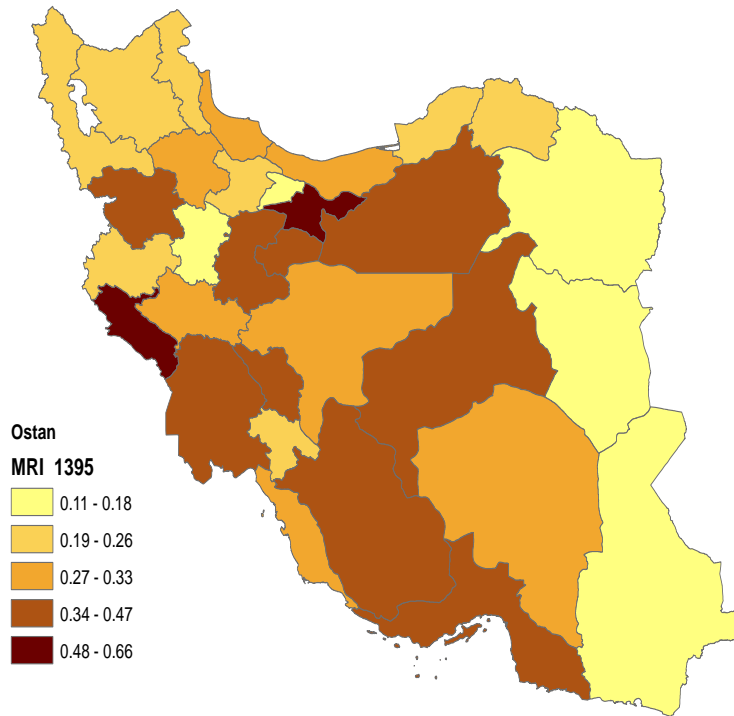
شکل ۴۲: پراکندگی تخت‌های بیمارستانی در کشور نسبت به هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵

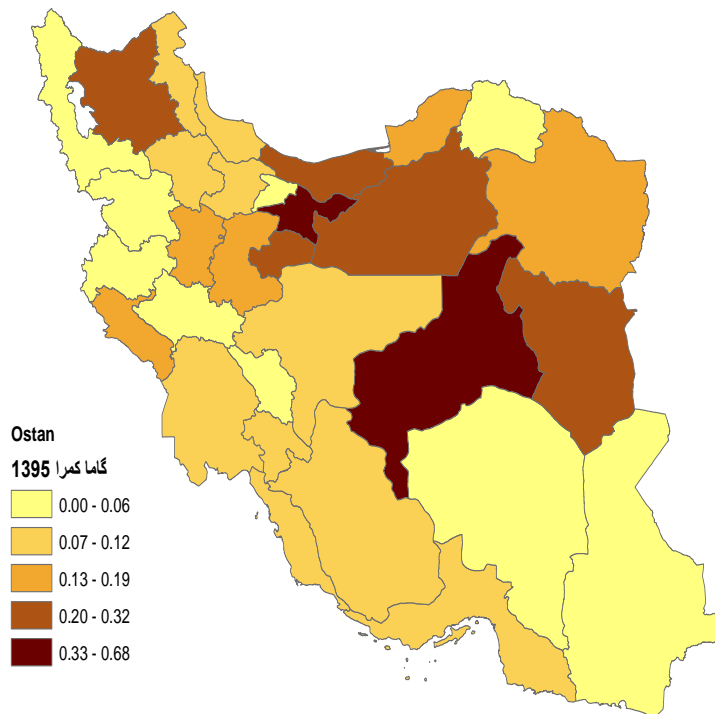
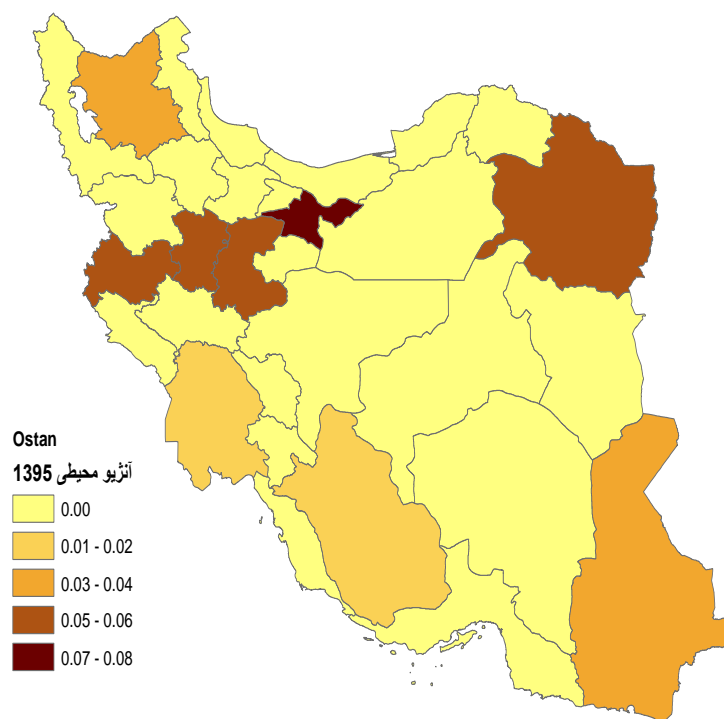
۷- نقشه‌های پراکندگی تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای در کشور

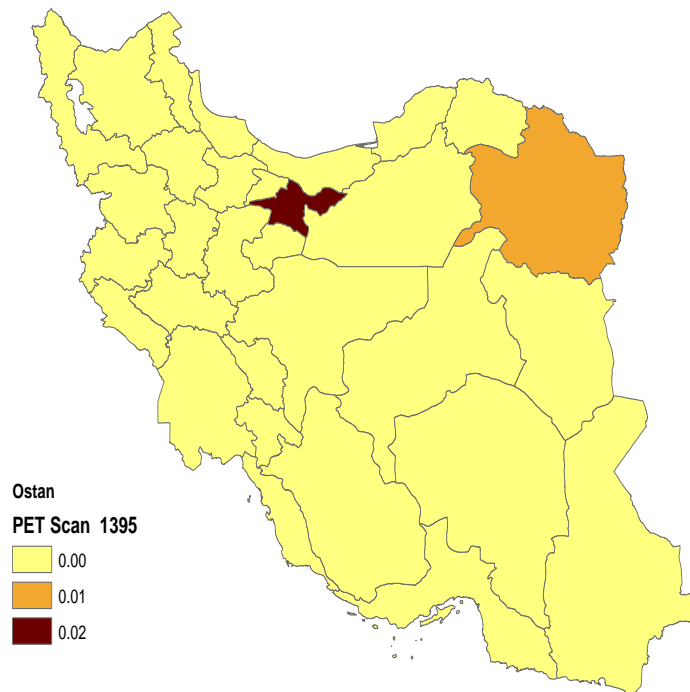
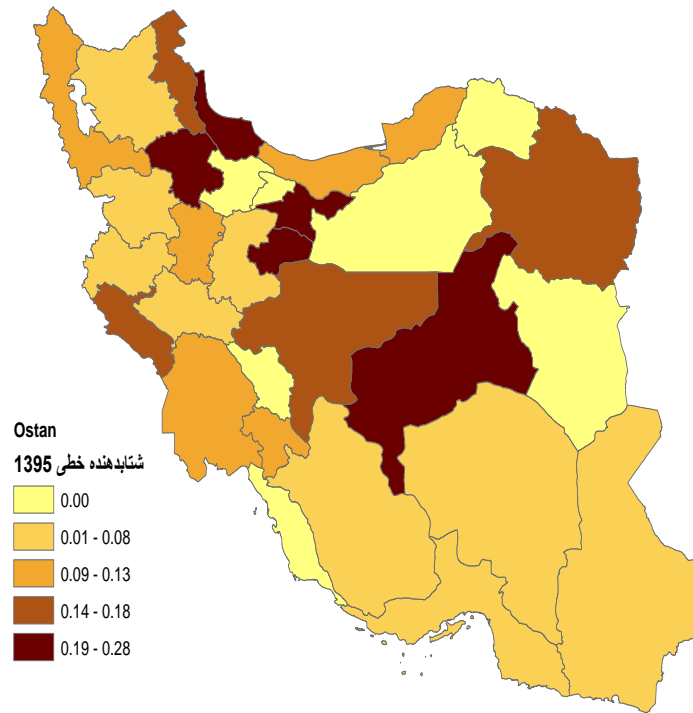
تجهیزات پزشکی از ملزومات اساسی در امر تشخیص و درمان بیماری‌ها است که بدون بهره‌مندی از آن‌ها جان انسان‌های بی‌شماری به خطر خواهد افتاد (۱۱۳). نقش تعیین‌کننده تجهیزات پزشکی در تشخیص و درمان بیماری‌ها باعث تمایل روزافزون ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت به بهره‌برداری از این تجهیزات شده است (۱۱۴). در ایران نیز طی سال‌های اخیر با معرفی نسل‌های جدید تجهیزات پزشکی تشخیصی و درمانی، ورود این دستگاه‌ها به کشور رشد چشمگیری داشته و پیگیری برای ورود تعداد بیشتری دستگاه به کشور در حال انجام است (۱۱۵).

در ادامه نقشه پراکندگی تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای در کشور در سال ۱۳۹۵ ارائه شده است. با توجه به اینکه این نقشه‌ها با استفاده از داده‌های تجمیع شده کل شهرستان‌های یک استان ترسیم شده‌اند، شاخص کل استان تحت تأثیر مقدار شاخص در شهر یا شهرهای دانشگاهی و سایر شهرهای استان است. لازم به ذکر است، نسبت تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت گزارش شده‌اند.



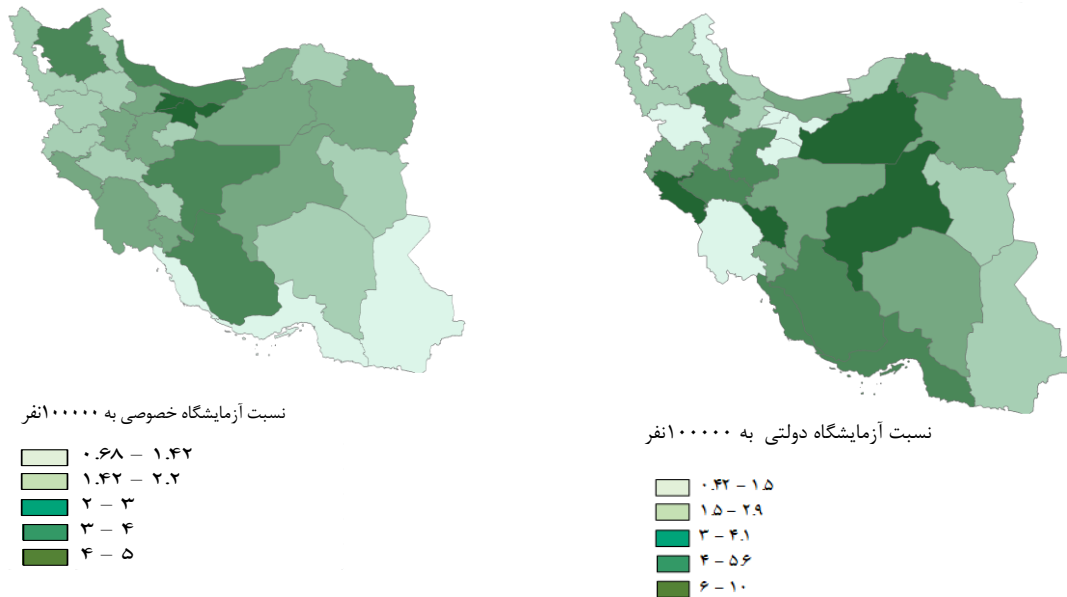




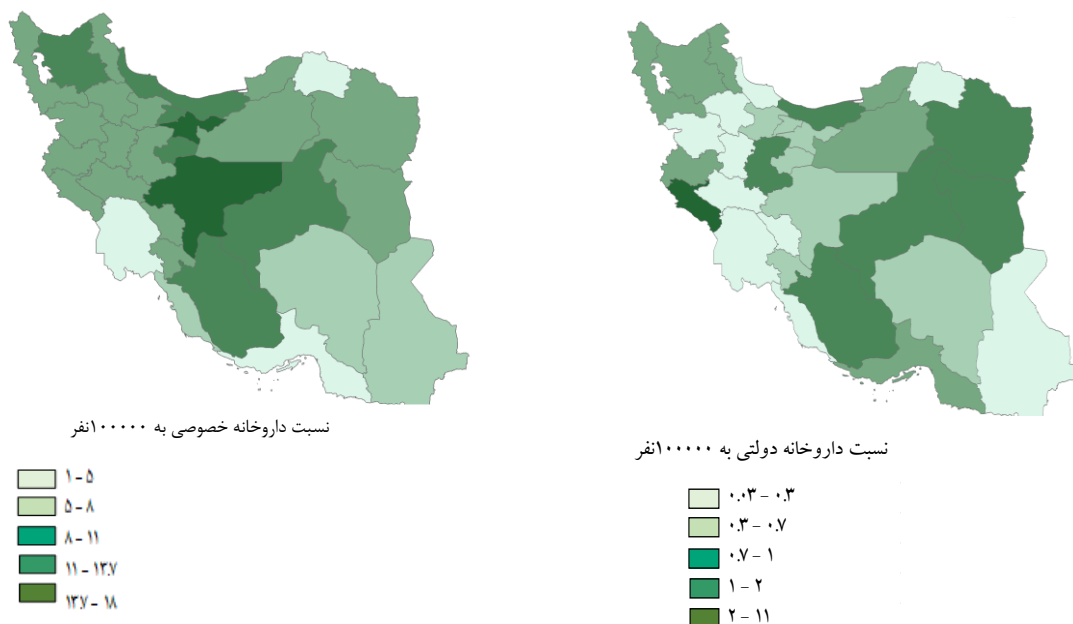


شکل ۴۳: پراکندگی تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای در کشور نسبت به یک میلیون نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵

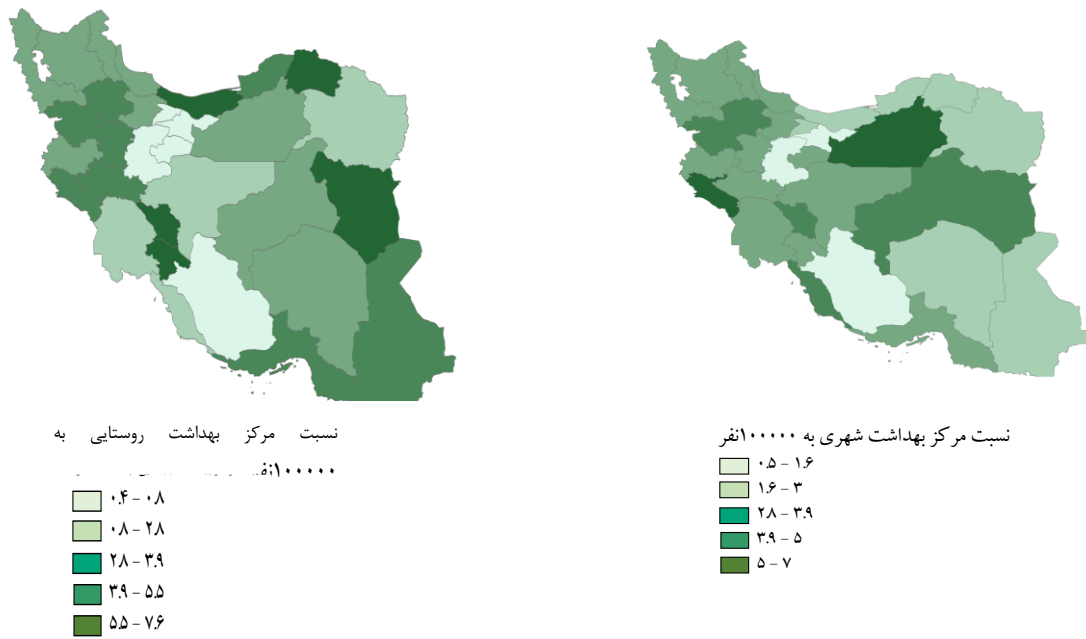
شکل‌های زیر پراکندگی آزمایشگاه‌ها، رادیولوژی‌ها، داروخانه‌ها، مراکز بهداشت شهری و روستایی و مراکز توان‌بخشی در کشور را نشان می‌دهند.



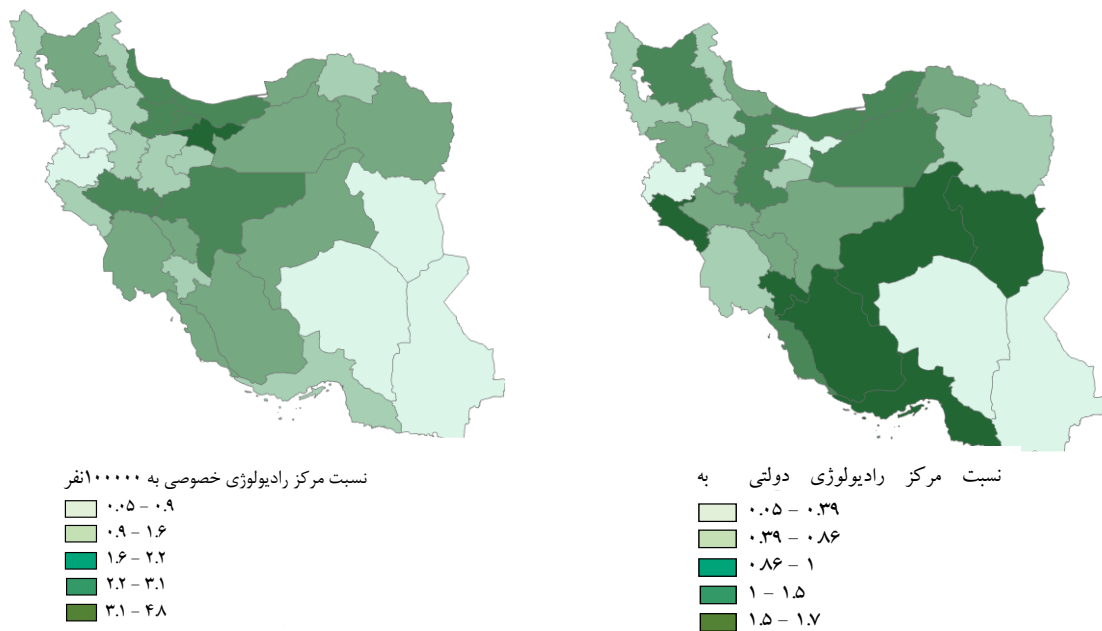
شکل ۴۴: پراکندگی آزمایشگاه‌های دولتی و خصوصی در کشور نسبت به هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



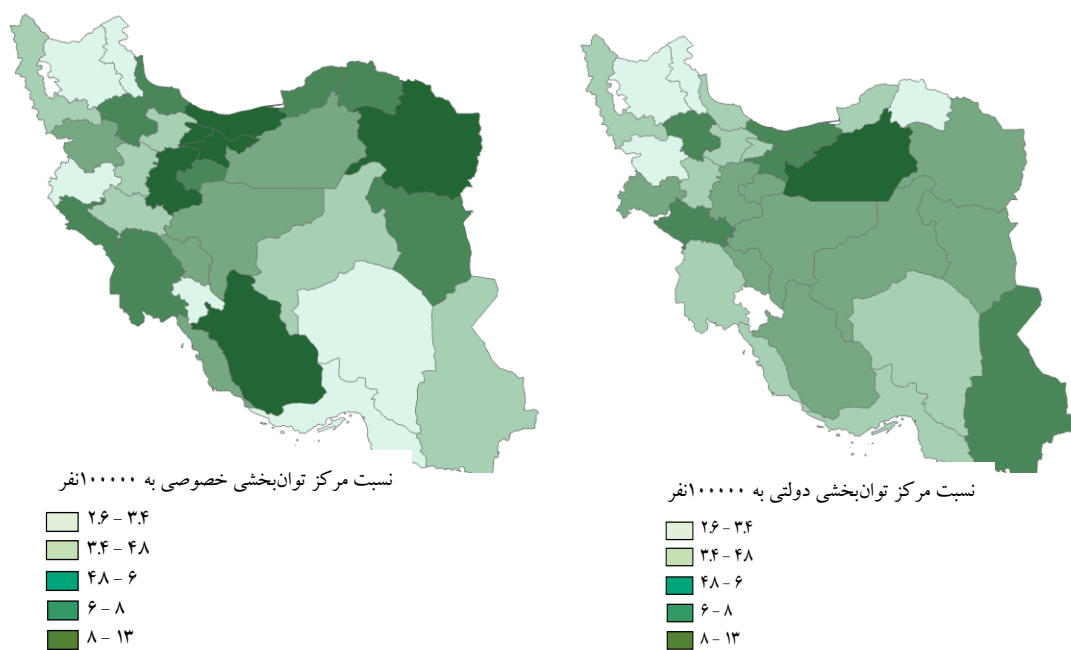
شکل ۴۵: پراکندگی داروخانه‌های دولتی و خصوصی در کشور نسبت به هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



شکل ۴۶: پراکندگی مراکز بهداشت شهری و روستایی در کشور نسبت به هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



شکل ۴۷: پراکندگی مراکز رادیولوژی دولتی و خصوصی در کشور نسبت به هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵



شکل ۴۸: پراکندگی مراکز توانبخشی دولتی و خصوصی در کشور نسبت به هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵

۸- توزیع زیرساخت‌ها و منابع آموزش عالی سلامت در استان‌های مختلف کشور

در این بخش توزیع زیرساخت‌ها و منابع آموزش عالی سلامت در استان‌های مختلف کشور شامل تعداد دانشجویان و اعضای هیئت علمی علوم پزشکی ارائه شده است. در اطلاعات مربوط به تحصیلات پرسنل شاغل به تفکیک دکترای تخصصی، دکترای حرفه‌ای، دیپلم، زیر دیپلم، فوق‌دیپلم، فوق‌لیسانس، لیسانس در جدول ۳۶، اطلاعات تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های علوم پزشکی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۳ به تفکیک دانشجویان دختر، پسر و کل دانشجویان ارائه شده است.

جدول ۳۶: تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل و اعضای هیئت علمی در دانشگاه‌های علوم پزشکی در استان‌های کشور ۱۳۹۳

ردیف	استان	تعداد کل دانشجویان	دانشجویان پسر	دانشجویان دختر	اعضای هیئت علمی
1	اردبیل	0,100	1,100	2,002	100
2	اصفهان	11,002	0,000	0,000	000
0	البرز	1,200	020	000	0
0	ایلام	2,101	000	1,000	110
0	آذربایجان شرقی	0,011	0,000	0,200	000
0	آذربایجان غربی	0,000	1,000	2,020	021
0	بوشهر	2,100	000	1,010	100
0	تهران	00,000	10,100	21,000	0,010
0	چهارمحال و بختیاری	2,200	000	1,000	102
10	خراسان جنوبی	2,000	1,010	1,000	102
11	خراسان رضوی	12,100	0,002	0,000	1,022
12	خراسان شمالی	1,000	000	000	120
10	خوزستان	0,000	0,200	0,020	010
10	زنجان	0,220	1,220	1,000	200
10	سمنان	0,010	1,000	2,000	200
10	سیستان و بلوچستان	0,220	2,020	0,001	000
10	فارس	10,000	0,000	0,000	000
10	قزوین	2,000	000	1,000	201
10	قم	1,020	000	1,000	100
20	کردستان	2,000	1,000	1,001	210
21	کرمان	0,000	0,000	0,000	000
22	کرمانشاه	0,100	1,000	2,000	000
20	کهگیلویه و بویراحمد	1,000	000	1,200	101
20	گلستان	2,000	000	1,000	202
20	گیلان	0,000	1,000	2,000	000
20	لرستان	2,000	010	1,010	100
20	مازندران	0,110	0,200	0,000	000

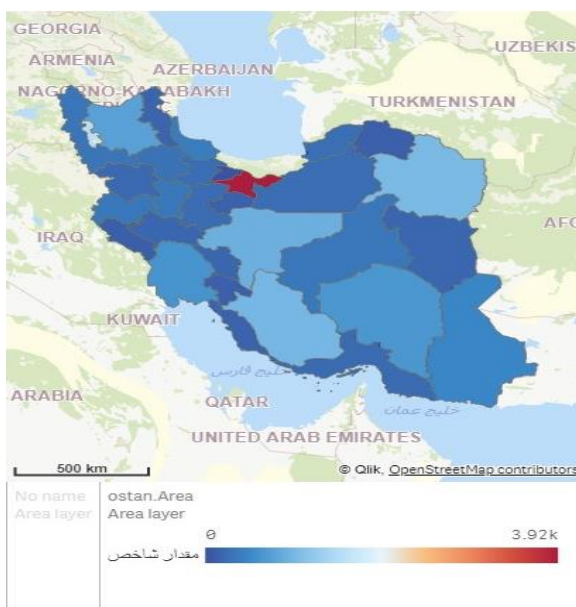
ردیف	استان	تعداد کل دانشجویان	دانشجویان پسر	دانشجویان دختر	اعضای هیئت علمی
20	مرکزی	0,000	1,010	2,020	200
20	هرمزگان	2,001	1,010	1,001	220
00	همدان	0,020	1,010	0,012	001
01	یزد	0,000	1,000	0,000	000

الف- تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های علوم پزشکی در استان‌های کشور

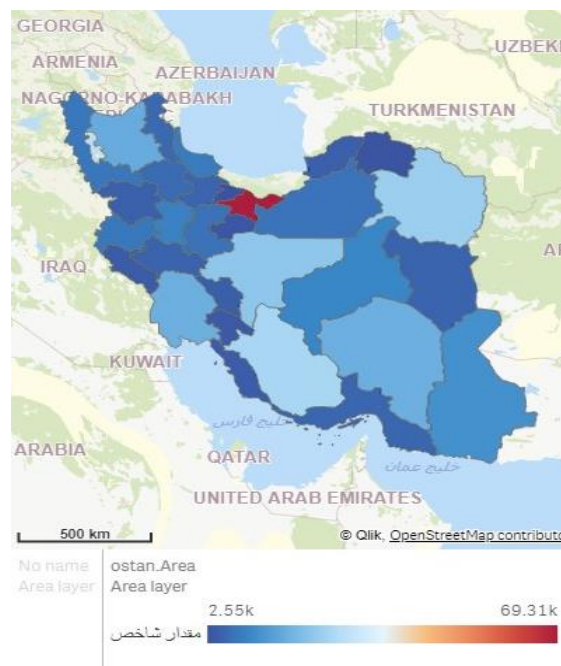
همان‌گونه که در شکل 49، نمایش داده شده است، استان تهران با 000000 دانشجویان بیشترین تعداد دانشجویان را در کشور به خود اختصاص داده و استان البرز با 1273 نفر، کمترین سهم را از دانشجویان علوم پزشکی دارد.

ب- تعداد اعضای هیئت علمی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال 1394

همان‌گونه که در شکل 50 مشاهده می‌شود، بیشترین تعداد اعضای هیئت علمی در تهران با 3917 نفر و کمترین در البرز و ایلام 119 نفر است. علت پایین بودن آمار تعداد اعضای هیئت علمی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی در استان البرز این بوده که دانشگاه علوم پزشکی البرز جدیدالتأسیس هستند و در سال مورد بررسی آمار اعضای هیئت علمی ثبت نشده است.



شکل 50: تعداد اعضای هیئت علمی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال 1394



شکل 49: پراکندگی تعداد دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه‌های علوم پزشکی در استان‌های کشور در سال 1393

۹- توزیع پرسنل سلامت در استان‌های مختلف کشور

الف- وضعیت تحصیلات پرسنل شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی هر استان در سال ۱۳۹۴

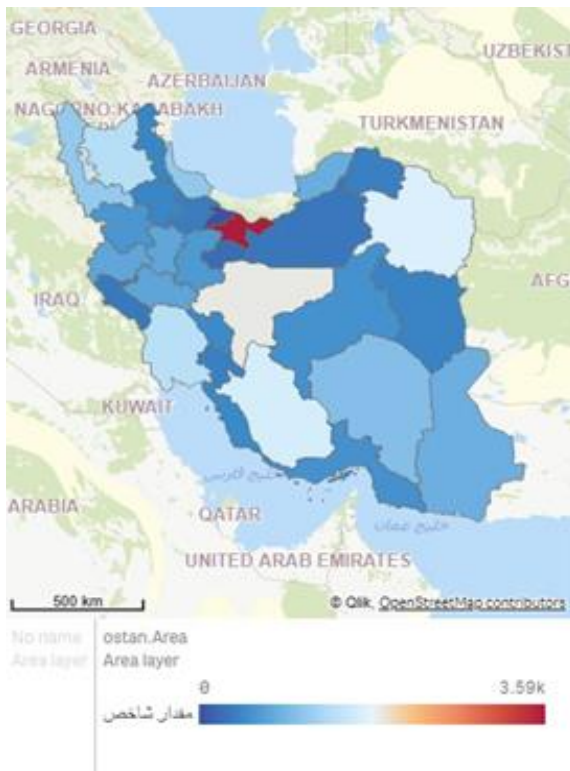
اطلاعات مربوط به تحصیلات پرسنل شاغل به تفکیک دکترای تخصصی، دکترای حرفه‌ای، دیپلم، زیر دیپلم، فوق‌دیپلم، فوق‌لیسانس، لیسانس در جدول ۳۷ درج شده است.

جدول ۳۷: وضعیت تحصیلات پرسنل شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۹۴

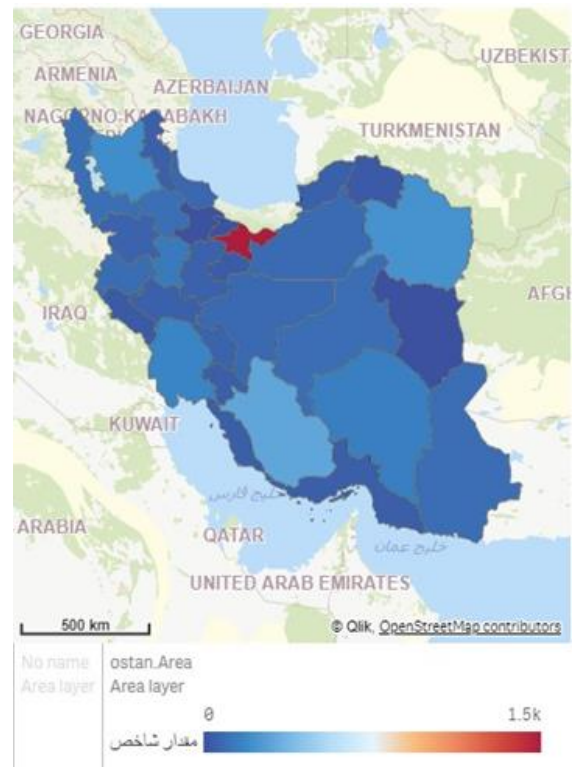
ردیف	استان	دکترای تخصصی	دکترای حرفه‌ای	فوق‌لیسانس	لیسانس و فوق‌دیپلم	دیپلم و زیر دیپلم
1	اردبیل	00	000	220	0,000	2,000
2	اصفهان	00	1,000	002	10,000	0,000
0	البرز	0	0	0	0	0
0	ایلام	02	020	200	2,002	1,002
0	آذربایجان شرقی	200	1,000	000	10,000	0,000
0	آذربایجان غربی	100	1,120	000	0,000	0,020
0	بوشهر	00	001	100	0,200	2,000
0	تهران	1,000	0,000	2,000	20,010	10,000
0	چهارمحال و بختیاری	00	002	210	0,002	2,000
10	خراسان جنوبی	2	010	100	2,000	1,000
11	خراسان رضوی	200	1,000	000	10,000	0,000
12	خراسان شمالی	00	000	120	2,000	1,000
10	خوزستان	100	1,001	001	11,000	0,000
10	زنجان	100	001	200	0,200	2,000
10	سمنان	00	000	200	2,010	1,000
10	سیستان و بلوچستان	00	020	000	0,000	0,000
10	فارس	000	1,000	1,000	10,200	0,000
10	قزوین	0	002	210	0,100	2,200
10	قم	00	201	100	2,000	1,000
20	کردستان	00	002	202	0,020	0,101
21	کرمان	100	1,002	000	0,000	0,010
22	کرمانشاه	00	000	000	0,011	0,001
20	کهگیلویه و بویراحمد	00	000	100	0,002	2,000
20	گلستان	00	000	200	0,202	0,001
20	گیلان	00	1,100	000	0,100	0,000
20	لرستان	00	020	200	0,020	0,002
20	مازندران	200	1,000	000	11,200	0,000
20	مرکزی	00	010	202	0,000	0,020
20	هرمزگان	00	000	100	0,000	0,120
00	همدان	100	001	000	0,020	0,200
01	یزد	00	000	200	0,200	2,012

دپلم و زبر دپلم	لسانس و فوق دپلم	فوق لسانس	دکترای حرفه‌ای	دکترای تخصصی	استان	نفر
100020	200010	10020	20010	0221	جمع	02

همان طور که در شکل مشخص است، بیشترین دکترای تخصصی در استان تهران با ۱۴۹۸ نفر و کمترین شامل استان قزوین فاقد دکترای تخصصی و خراسان جنوبی ۲ نفر است. بیشترین دکترای حرفه‌ای در استان تهران ۳۵۸۶ نفر و کمترین دکترای حرفه‌ای در قم ۲۳۱ نفر است.



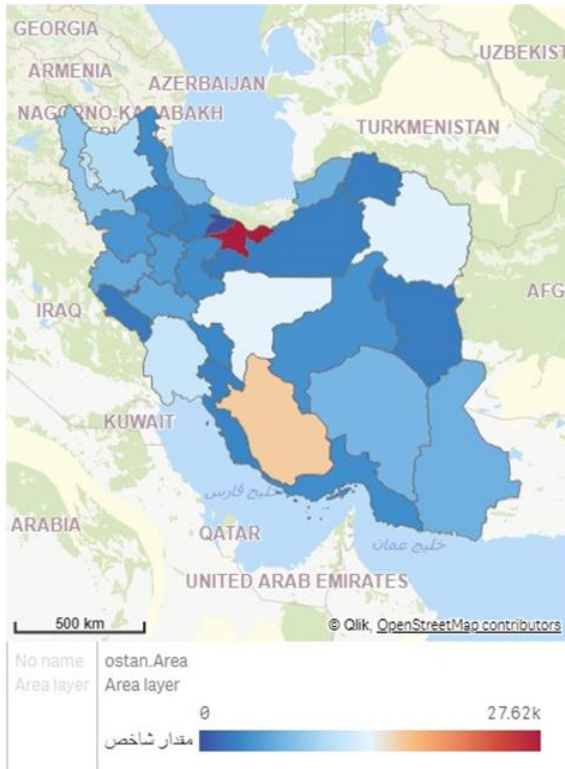
شکل ۵۲: پراکندگی شاغلین با تحصیلات دکترای حرفه‌ای در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور



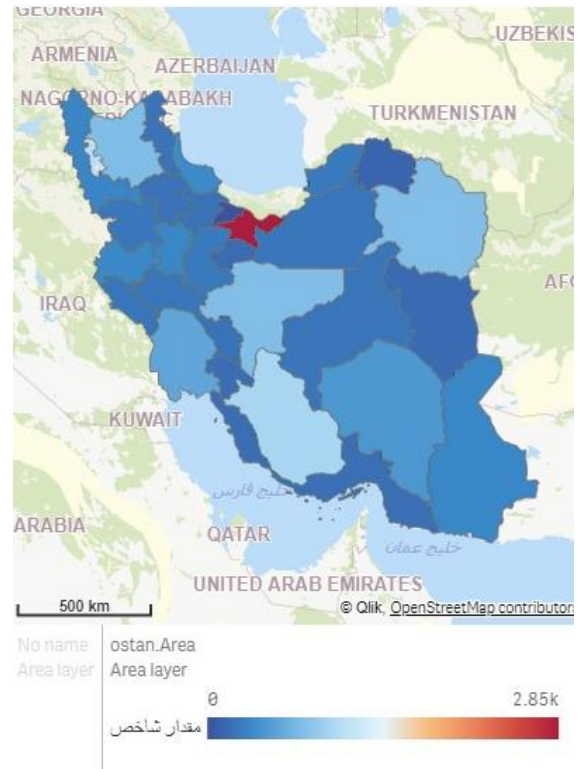
شکل ۵۱: پراکندگی شاغلین با تحصیلات دکترای تخصصی در دانشگاه‌های علوم پزشکی

همان طور که در این شکل مشخص است استان تهران با ۲۸۴۶ نفر دارای بیشترین تعداد پرسنل شاغل فوق‌لیسانس و خراسان شمالی با ۱۲۹ نفر دارای کمترین شاغل فوق‌لیسانس است.

همچنین، استان تهران با ۲۷۶۱۷ نفر بیشترین شاغل لیسانس و فوق‌دپلم و ایلام با تعداد ۲۵۳۲ نفر دارای کمترین شاغل لیسانس و فوق‌دپلم است.



شکل ۵۴: پراکندگی شاغلین با تحصیلات لیسانس و فوق‌دیپلم دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور



شکل ۵۳: پراکندگی شاغلین با تحصیلات فوق لیسانس

ب- وضعیت توزیع جنسیتی پرسنل شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴

در جدول ۳۸، اطلاعات مربوط به توزیع جنسیتی پرسنل شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴ ذکر شده است.

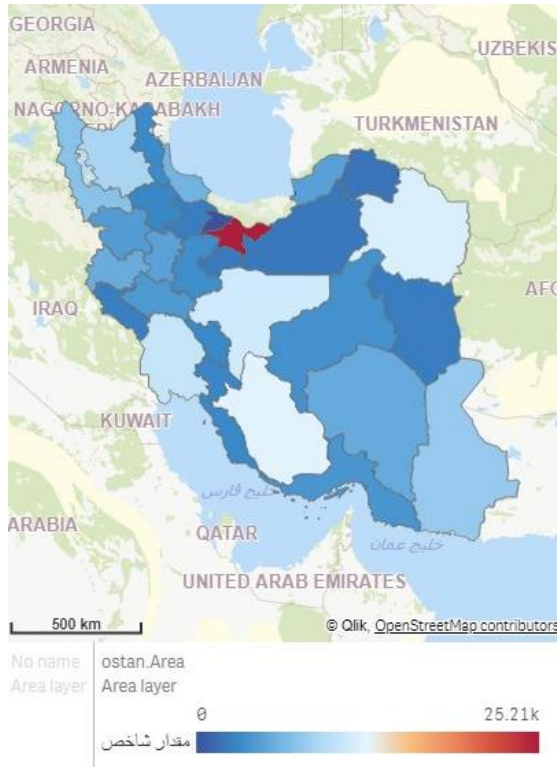
جدول ۳۸: وضعیت توزیع جنسیتی پرسنل شاغل دانشگاه علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴

ردیف	استان	کل پرسنل	پرسنل زن	پرسنل مرد
1	اردبیل	0100	0,000	0,200
2	اصفهان	20010	10,010	11,100
0	البرز	0	0	0
0	ایلام	0002	2,200	2,000
0	آذربایجان شرقی	20000	11,000	0,000
0	آذربایجان غربی	10200	0,000	0,000
0	بوشهر	0002	0,000	0,100
0	تهران	00000	00,100	20,212
10	چهارمحال و بختیاری	0120	0,020	0,100
11	خراسان جنوبی	0002	2,000	2,020
12	خراسان رضوی	20100	10,200	11,000

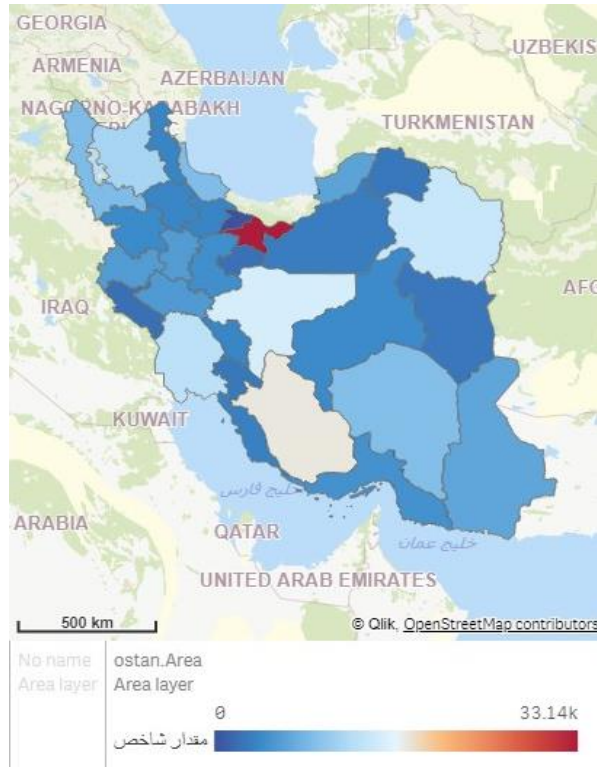
مطالعات سندی آمایش سرزمین، نقش بهداشت و درمان

ردیف	استان	کل پرسنل	پرسنل زن	پرسنل مرد
10	خراسان شمالی	0000	2,020	1,000
10	خوزستان	20000	10,200	10,000
10	زنجان	0010	0,001	0,000
10	سمنان	0000	0,200	2,200
10	سیستان و بلوچستان	10002	0,001	0,001
10	فارس	00000	10,000	12,001
10	قزوین	0000	0,000	2,000
20	قم	0000	2,002	2,000
21	کردستان	0002	0,000	0,000
22	کرمان	10000	0,202	0,020
20	کرمانشاه	11000	0,000	0,000
20	کهگیلویه و بویراحمد	0000	2,001	0,020
20	گلستان	11200	0,000	0,000
20	گیلان	10110	0,010	0,100
20	لرستان	10001	0,010	0,020
20	مازندران	21000	12,200	0,200
20	مرکزی	0201	0,000	0,020
00	هرمزگان	0001	0,000	0,002
01	همدان	10011	0,000	0,020
01	یزد	0202	0,000	0,000
02	جمع کل	011001	220002	101000

همان گونه که در شکل مشخص است استان تهران دارای بیشترین پرسنل زن ۳۳۱۴۴ نفر است و کمترین پرسنل زن در ایلام ۲۲۵۴ نفر است. همچنین استان تهران دارای بیشترین پرسنل مرد ۲۵۲۱۲ نفر و کمترین پرسنل مرد در خراسان شمالی ۱۹۵۶ نفر است.



شکل ۵۶: پراکندگی شاغلین مرد در دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۹۴



شکل ۵۵: پراکندگی شاغلین زن در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴

۵- وضعیت استخدامی پرسنل شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴

در جدول ۳۹ اطلاعات استخدام پرسنل به تفکیک رسمی، طرحی و قراردادی گزارش شده است. تعداد ۱۹۸۵۴۶ نفر پرسنل رسمی، تعداد ۴۸۴۶۱ نفر پرسنل طرحی و تعداد ۴۸۱۷۲ نفر پرسنل قراردادی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان در حال کار هستند.

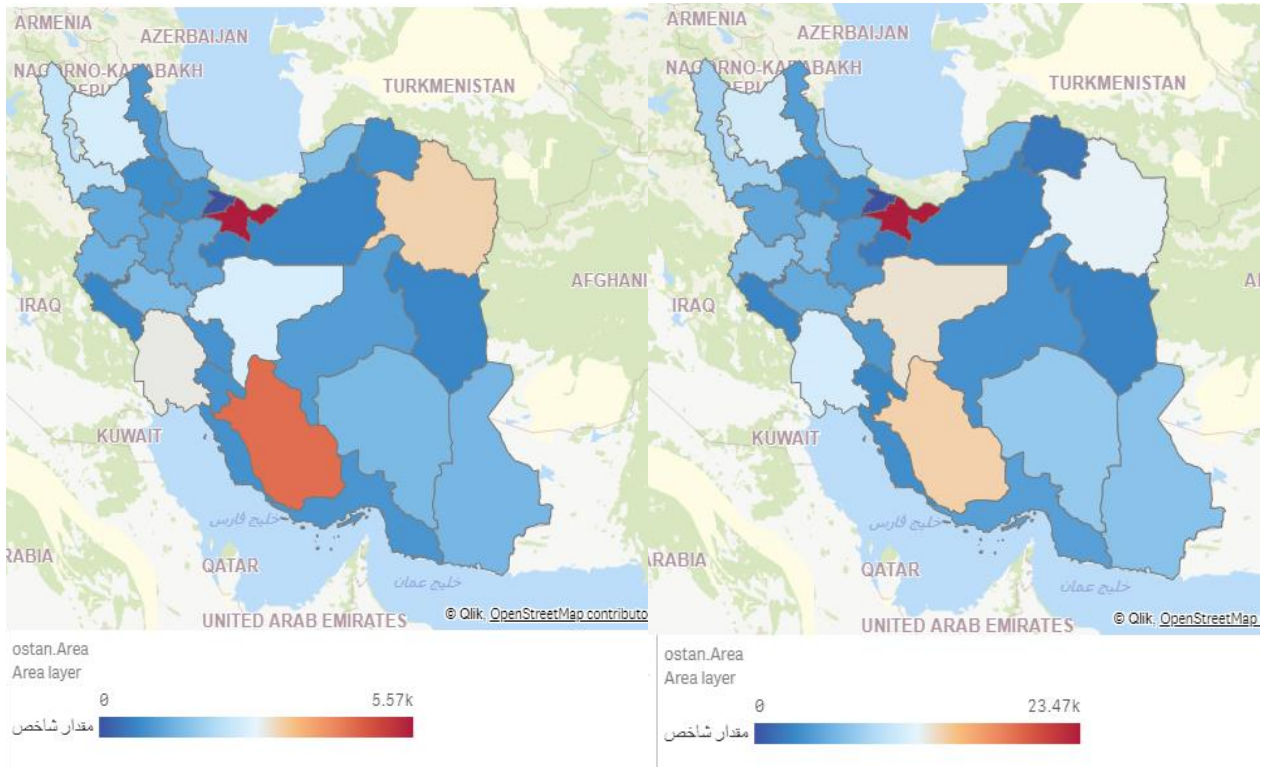
جدول ۳۹: وضعیت استخدامی پرسنل شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴

ردیف	استان	رسمی	طرحی	قراردادی
1	اردبیل	0,200	000	000
2	اصفهان	12,001	2,000	0,100
0	البرز	0	0	0
0	ایلام	2,000	001	000
0	آذربایجان شرقی	10,000	2,000	2,020
0	آذربایجان غربی	0,000	2,000	1,000
0	بوشهر	0,000	001	011
0	تهران	20,000	0,000	0,200

مطالعات سندی آمایش سرزمین، نقش بهداشت و درمان

ردیف	استان	رسمی	طرحی	قراردادی
۰	چهارمحال و بختیاری	۰,۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰
۱۰	خراسان جنوبی	۲,۰۲۰	۰۰۰	۰۰۰
۱۱	خراسان رضوی	۱۱,۰۰۱	۰,۲۲۲	۰,۰۰۲
۱۲	خراسان شمالی	۲,۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰
۱۰	خوزستان	۱۰,۰۰۰	۲,۰۲۰	۲,۰۰۲
۱۰	زنجان	۰,۰۰۰	۰۰۰	۱,۰۲۱
۱۰	سمنان	۲,۰۰۲	۰۰۰	۰۰۰
۱۰	سیستان و بلوچستان	۰,۰۰۰	۱,۰۰۰	۱,۰۰۰
۱۰	فارس	۱۰,۰۰۰	۰,۰۰۰	۰,۰۰۰
۱۰	قزوین	۰,۱۰۰	۰۰۰	۰۲۰
۱۰	قم	۲,۰۱۰	۰۰۲	۰۲۰
۲۰	کردستان	۰,۰۱۱	۱,۱۰۰	۰۰۰
۲۱	کرمان	۰,۰۰۰	۱,۰۰۰	۱,۰۰۲
۲۲	کرمانشاه	۰,۰۰۱	۱,۰۱۰	۰۰۰
۲۰	کهگیلویه و بویراحمد	۲,۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰
۲۰	گلستان	۰,۰۰۰	۱,۰۰۰	۱,۰۰۰
۲۰	گیلان	۰,۱۰۰	۱,۰۰۰	۲,۰۰۰
۲۰	لرستان	۰,۱۰۰	۱,۰۰۰	۰۰۰
۲۰	مازندران	۱۱,۰۰۲	۲,۰۰۰	۱,۰۰۱
۲۰	مرکزی	۰,۰۰۲	۱,۱۰۰	۱,۱۰۰
۲۰	هرمزگان	۰,۰۲۰	۰۰۰	۰
۰۰	همدان	۰,۲۱۲	۱,۰۰۰	۰۰۰
۰۱	یزد	۰,۰۲۰	۱,۰۰۲	۱,۰۰۱
۰۲	جمع	۱۰۰,۰۰۰	۰۰,۰۰۱	۰۰,۱۰۲

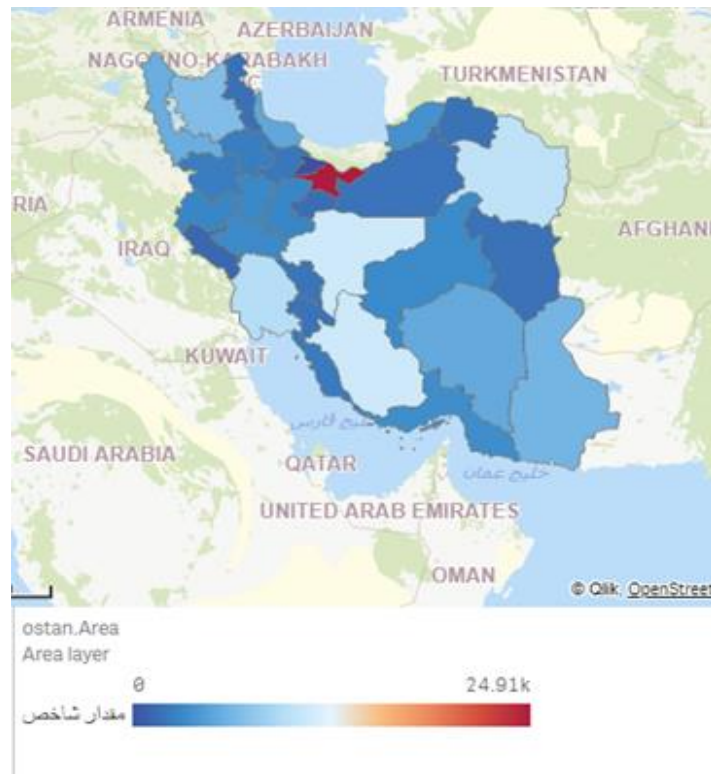
همان طور که در شکل نشان داده شده است، بیشترین نیروی رسمی در تهران ۲۳۴۷۳ نفر و کمترین در خراسان شمالی با ۲۰۴۰ نفر است. اطلاعات استان البرز برای سال ۱۳۹۴ در دسترس نبوده و اطلاعات استان هرمزگان برای این سال مخدوش است. همچنین بیشترین نیروی طرحی در تهران با ۵۵۷۴ نفر و کمترین در البرز ۰ و قم ۶۴۲ نفر است.



شکل ۵۸: پراکندگی پرسنل طرحی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی سال ۱۳۹۴

شکل ۵۷: پراکندگی پرسنل رسمی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴

همان‌گونه که در شکل مشخص شده است بیشترین نیروی قراردادی در تهران با ۸۲۵۵ نفر و خراسان شمالی با ۴۷۶ نیروی قراردادی هستند.



شکل ۵۹: پراکندگی پرسنل قراردادی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۹۴

نمره کارایی استان‌های کشور در تولید خدمات سلامت در سال ۱۳۹۵

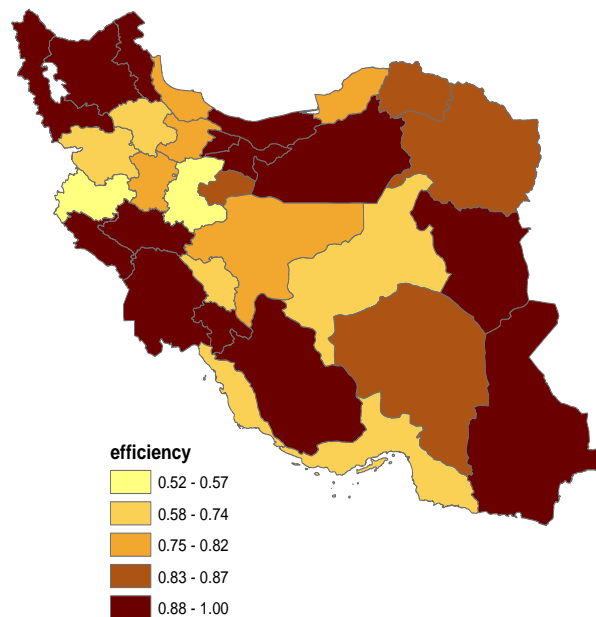
در جدول ۴۰، امید زندگی به تفکیک زن و مرد و میانگین امید به زندگی در سال ۱۳۹۵ در هر یک از استان‌های کشور، نمره کارایی استان‌های مختلف در تولید خدمات سلامت و درصد جمعیت سالمند در سال ۱۳۹۸ و ۱۴۱۵ ارائه شده است.

جدول ۴۰: امید زندگی، نمره کارایی و درصد جمعیت سالمند استان‌های کشور در سال ۱۳۹۴

ردیف	استان	امید زندگی مردان	امید زندگی زنان	امید زندگی	نمره کارایی	درصد جمعیت سالمند ۱۳۹۸	درصد جمعیت سالمند ۱۴۱۵
1	اردبیل	01.0	00.0	00.00	1	0.00	10.01
2	اصفهان	00	00	00	0.01	11.02	10.00
0	البرز	00.0	00	00.2	1	0.00	10.00
0	ایلام	00.0	02	01.20	1	0.00	10.0
0	آذربایجان شرقی	02.0	00.0	00.2	1	11.00	10.00
0	آذربایجان غربی	01.0	00.0	00.00	0.00	0.10	10.00
0	بوشهر	01	00.0	02.20	0.00	0.20	12.00
0	تهران	00.0	00.0	00.00	1	11.00	10.01

10.10	0.00	0.00	02.0	00	00.2	چهارمحال بختیاری	0
12.02	0.00	1	02.00	00.0	00.0	خراسان جنوبی	10
10.00	0.02	0.00	00.10	00.2	02.1	خراسان رضوی	11
10.00	0.2	0.00	01.2	02.0	00.0	خراسان شمالی	12
10.0	0.00	0.00	02.0	00.0	01.0	خوزستان	10
10.02	10.20	0.00	00.0	00.0	00.2	زنجان	10
10.00	10.0	0.00	00.00	00.1	00.2	سمنان	10
0.01	0.01	1	00.00	00.2	00.0	سیستان و بلوچستان	10
10.10	10.10	0.00	00.2	00.0	02.1	فارس	10
10.00	0.00	0.0	00.00	00.0	01.0	قزوین	10
10.01	0.10	0.00	00.00	00.0	01.0	قم	10
10.00	0.02	0.01	02.00	00.1	00.0	کردستان	20
10.00	0.01	0.00	00.00	00.0	01.0	کرمان	21
10.02	10.01	0.02	02.00	00.0	00.0	کرمانشاه	22
10.10	0.00	1	02.10	00.1	01.2	کهگیلویه و بویراحمد	20
10	0.01	0.01	02.0	00.2	00.0	گلستان	20
20.00	10.20	0.02	00.0	00.0	02.1	گیلان	20
10.00	0.00	1	02.0	00.0	01.1	لرستان	20
20.00	12.00	0.00	00.20	00	00.0	مازندران	20
10.01	11.02	0.00	00.0	00.0	02.0	مرکزی	20
10.00	0.20	0.00	01.0	00.0	00.0	هرمزگان	20
10.00	11.01	0.0	00.0	00.0	01.2	همدان	00
10.00	0.10	0.00	00.00	00.0	00.2	یزد	01

همان‌طور که در شکل ۶۰ مشخص شده است، استان‌های خراسان جنوبی، آذربایجان شرقی، سیستان و بلوچستان، ایلام، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان، اردبیل، البرز و تهران دارای نمره کارایی ۱ هستند که بیانگر کارایی این استان‌ها می‌باشد و ناکاراترین استان کرمانشاه با نمره کارایی ۰,۵۲ است.



شکل ۶۰: توزیع کارایی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۵

آمار استانی موارد بیماری‌های زئونوز در سال ۱۳۹۷

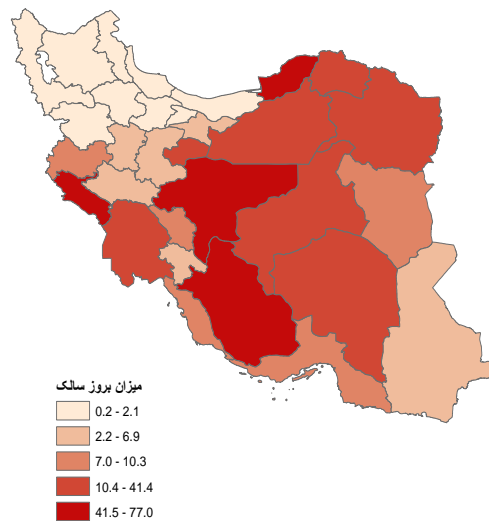
آمار استانی موارد بیماری‌های زئونوز (بیماری‌های مشترک بین انسان و حیوانات مهره‌دار) در جدول ۴۱ درج شده است. در کل کشور میزان بروز سالک ۱۹,۱ نفر در صد هزار نفر جمعیت، میزان بروز کالا آزار ۳ نفر در یک میلیون نفر جمعیت، میزان بروز تب مالت ۲۰,۳ نفر در صد هزار جمعیت، میزان بروز سیاه‌زخم ۳ نفر در یک میلیون نفر جمعیت، میزان بروز لپتوسپیروز ۵ نفر در یک میلیون نفر جمعیت، میزان بروز کیست هیداتید ۹ نفر در یک میلیون نفر جمعیت و میزان بروز حیوان‌گزیدگی ۲۵۲,۲ نفر در صد هزار نفر جمعیت است.

جدول ۴۱: آمار استانی موارد بیماری‌های زئونوز به صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۷

ردیف	نام استان	میزان بروز سالک	میزان بروز کالا آزار	میزان بروز تب مالت	میزان بروز سیاه‌زخم	میزان بروز لپتوسپیروز	میزان بروز کیست هیداتید	میزان بروز حیوان‌گزیدگی
۱	آذربایجان شرقی	۱.۲	۰.۰	۱۰.۰	۰.۰	۰	۱	۲۰۱.۲
۲	آذربایجان غربی	۰.۰	۰	۰۰	۱.۰	۰	۱	۲۰۰.۰
۳	اردبیل	۱.۰	۰.۰	۰۱.۰	۰	۰	۰.۱	۰۰۰.۲
۴	اصفهان	۰۰.۰	۰	۱۲.۲	۰.۱	۰	۰.۰	۲۰۰.۱
۵	البرز	۲	۰.۱	۰.۰	۰	۰	۰.۰	۲۲۰
۶	ایلام	۰۰	۰	۱۰.۰	۰	۰	۰.۰	۱۰۰
۷	بوشهر	۰.۰	۰.۲	۲.۰	۰	۰	۰.۲	۱۲۱.۰
۸	تهران	۰.۰	۰.۱	۲.۱	۰.۱	۰	۰.۰	۱۰۰.۰

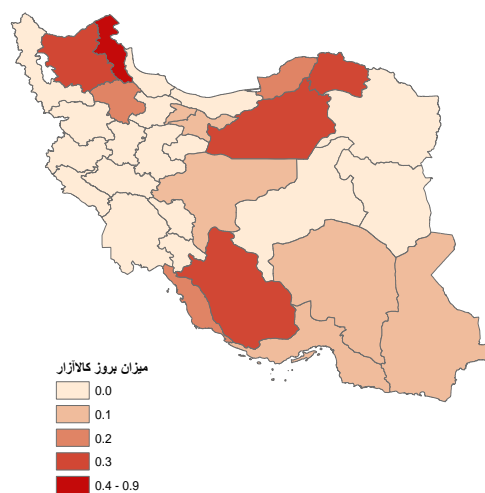
ردیف	نام استان	میزان بروز سالک	میزان بروز کالاآزار	میزان بروز تب مالت	میزان بروز سیاه‌زخم	میزان بروز لپتوسپیروز	میزان بروز کیست هیداتید	میزان بروز حیوان‌گزیدگی
0	چهارمحال و	0.0	0	10.0	2.0	0	2.1	000.0
10	خراسان جنوبی	0	0	10.2	0.1	0	0.0	100
11	خراسان رضوی	20.0	0	00.0	0.1	0	1.2	200.0
12	خراسان شمالی	00.0	0.2	00.0	0.0	0	2.0	000.0
10	خوزستان	20.0	0	10.2	0	0	1	101.0
10	زنجان	1.2	0.1	00.0	0.0	0	0.0	000.0
10	سمنان	01.0	0.0	12.0	0.0	0	1.2	200.1
10	سیستان	0.0	0	10	0.1	0	0	0102.0
10	فارس	00.0	0.0	10.2	0.1	0	0.0	010.1
10	قزوین	2.1	0	20	0.2	0	1.0	202.2
10	قم	20.0	0	0.0	0.1	0	0.0	100.2
20	کردستان	0.0	0	00.0	0	0	1.1	121.0
21	کرمان	22.2	0.1	10.2	0	0.1	0.0	010.0
22	کرمانشاه	10.0	0	00.0	0.0	0	0.0	202.0
20	کهگیلویه و	0.1	0	10.0	0.1	0	0	100.0
20	گلستان	00.0	0.1	10.0	0	0.0	0.2	020.0
20	گیلان	0.2	0	0.0	0.1	0	0.0	201.0
20	لرستان	0.0	0	00.0	0.1	0	1.0	012.0
20	مازندران	1.0	0	10.0	0.1	0.0	0.0	000
20	مرکزی	0.1	0	00.0	0.2	0	0.0	010.0
20	هرمزگان	0.0	0.1	1.2	0	0	0.1	100.2
00	همدان	0.0	0	00.0	0	0	1.0	000
01	یزد	00.0	0	20.0	0.0	0	1.0	202
02	جمع کل	10.1	0.1	20.0	0.0	0.0	0.0	202.0

همان‌طور که در شکل مشخص شده است، بیشترین میزان بروز سالک در استان ایلام، ۷۷ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت و کمترین میزان بروز در استان گیلان ۲ نفر در یک میلیون نفر است.



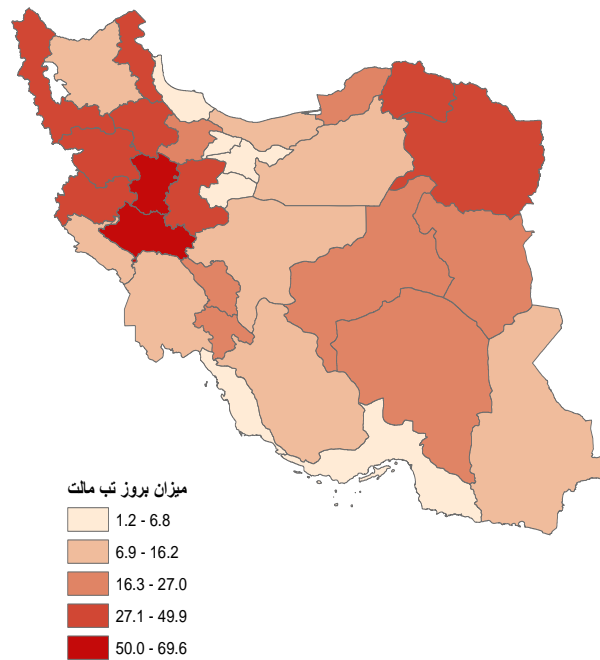
شکل ۶۱: توزیع میزان بروز سالک در هر یک از استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷

همان‌طور که در شکل ۶۲ نشان داده شده است، میزان بروز کالا آزار در استان اردبیل ۹ نفر در یک میلیون جمعیت، فارس ۳ نفر در یک میلیون جمعیت، آذربایجان شرقی ۳ نفر در یک میلیون جمعیت، سمنان ۳ نفر در یک میلیون جمعیت، بوشهر ۲ نفر در یک میلیون جمعیت، خراسان شمالی ۲ نفر در یک میلیون جمعیت، البرز ۱ نفر در یک میلیون جمعیت، تهران ۱ نفر، زنجان ۱ نفر در یک میلیون جمعیت، کرمان ۱ نفر در یک میلیون جمعیت، گلستان ۱ نفر در یک میلیون جمعیت، هرمزگان ۱ نفر در یک میلیون جمعیت می‌باشد و در بقیه استان‌ها میزان بروز صفر است.



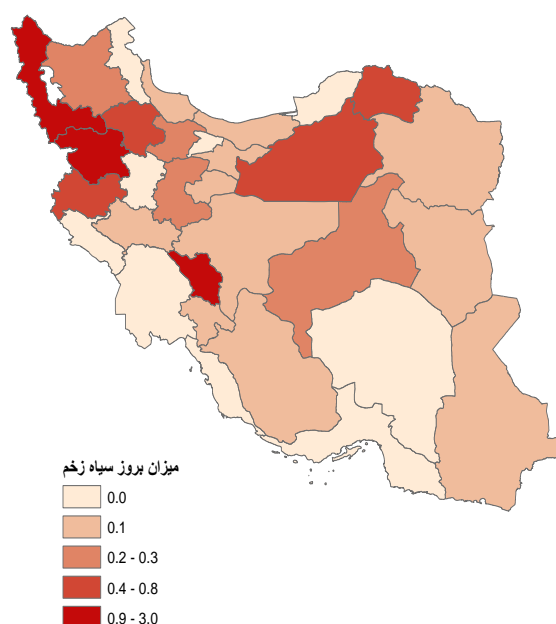
شکل ۶۲: توزیع میزان بروز کالا آزار در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷

همان‌طور که در شکل ۶۳ مشاهده می‌شود میزان بروز تب مالت در لرستان ۶۹,۶۰ نفر نسبت به صد هزار جمعیت بیشترین میزان بروز و استان هرمزگان ۱,۲ نفر نسبت به صد هزار نفر جمعیت کمترین میزان بروز تب مالت را دارند.



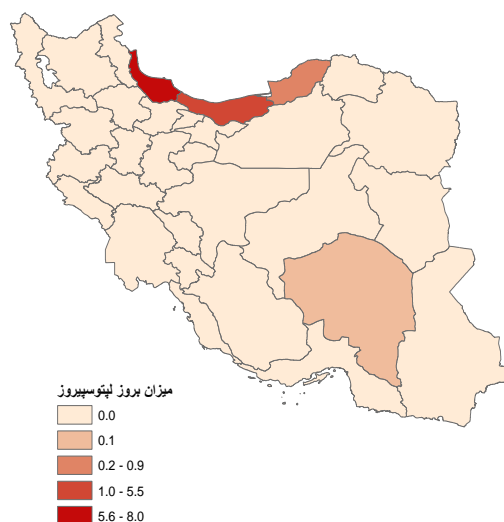
شکل ۶۳: توزیع میزان بروز تب مالت در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷

در شکل ۶۴ مشخص است که بیشترین میزان بروز سیاه‌زخم در استان کردستان ۳ نفر در صد هزار نفر جمعیت و در استان‌های هرمزگان، بوشهر، البرز، خوزستان، ایلام، کرمان، گلستان، اردبیل و همدان میزان بروز صفر است.



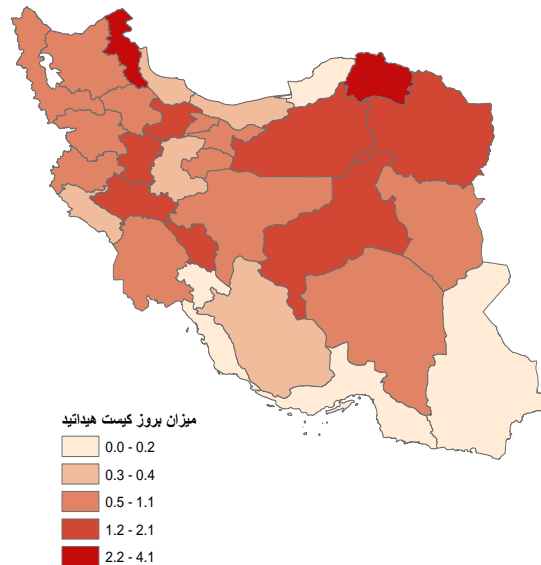
شکل ۶۴: توزیع میزان بروز سیاه زخم در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷

همان گونه که در شکل ۶۵ مشخص است، استان‌های گیلان ۸ نفر در صد هزار نفر جمعیت، مازندران ۵,۵ نفر در صد هزار نفر جمعیت، گلستان ۹ نفر در یک میلیون نفر جمعیت و کرمان ۱ نفر در یک میلیون جمعیت، بروز لپتوسپیروز دارند و در بقیه استان‌ها لپتوسپیروز شیوع ندارد.



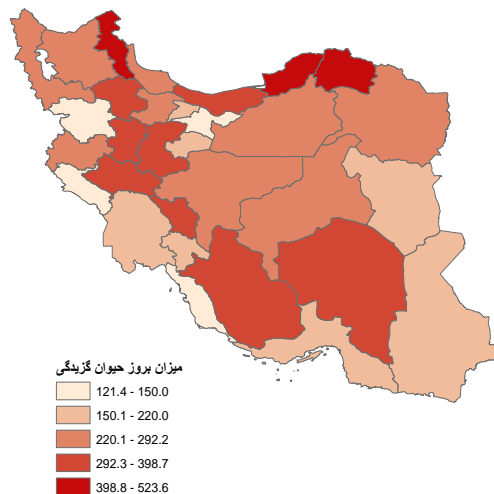
شکل ۶۵: توزیع میزان بروز لپتوسپیروز در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷

شکل ۶۶ نشان می‌دهد، استان اردبیل با ۴,۱۰ نفر در صد هزار نفر جمعیت بیشترین میزان بروز کیست هیداتید را دارا است. در استان‌های سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویراحمد بیماری کیست هیداتید شیوع ندارد.



شکل ۶۶: توزیع میزان بروز کیست هیداتید در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷

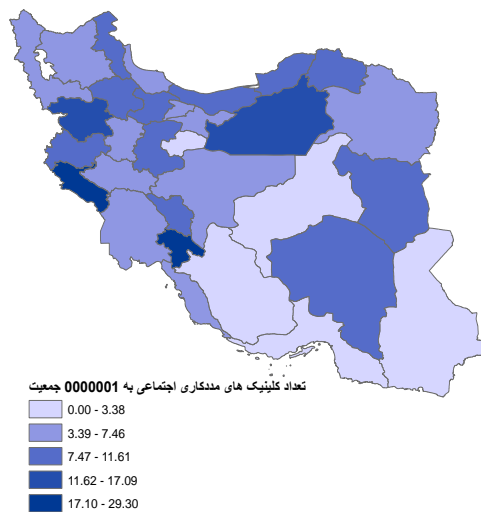
همان‌طور که در شکل ۶۷ نشان داده شده است، میزان بروز حیوان‌گزیدگی در استان گلستان ۵۲۳,۶۰ نفر در صد هزار نفر جمعیت و کمترین میزان در استان‌های کردستان ۱۲۱,۴۰ نفر در صد هزار جمعیت و استان بوشهر ۱۲۱,۸۰ نفر در صد هزار جمعیت است.



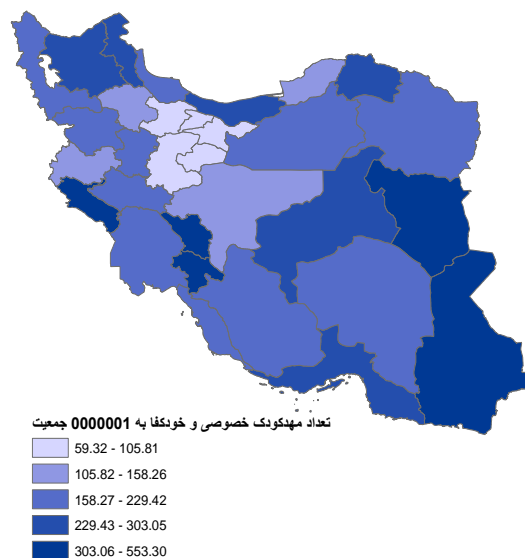
شکل ۶۷: توزیع میزان بروز حیوان‌گزیدگی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷

زیرساخت‌های خدمات رفاهی و اجتماعی استان‌های کشور

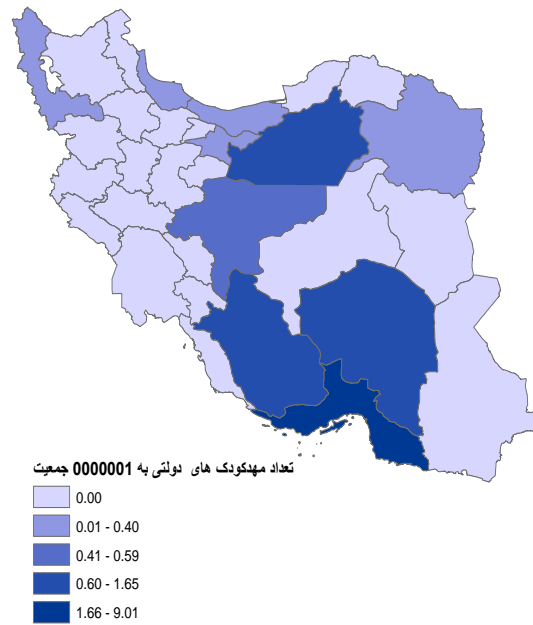
در ادامه این قسمت نقشه فضایی تعداد کلینیک‌های مددکاری اجتماعی، تعداد مهدکودک‌های خصوصی و دولتی، تعداد خانه‌های شبه خانواده، تعداد مراکز آسیب‌های اجتماعی، تعداد مراکز صدای مشاور، تعداد مراکز مشاوره ژنتیک، تعداد مراکز و دفاتر مشاوره، تعداد مراکز درمان اختلال مواد مخدر و روان‌گرد، تعداد خدمت‌گیرنده، تعداد پایگاه، تعداد گروه‌های همیاران به تفکیک استان‌های مختلف کشور برای مقایسه ارائه شده است.



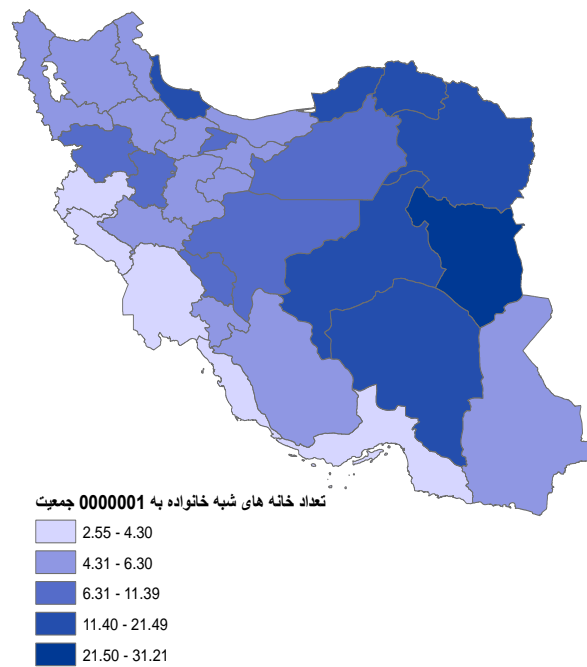
شکل ۶۸: توزیع کلینیک‌های مددکاری اجتماعی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷



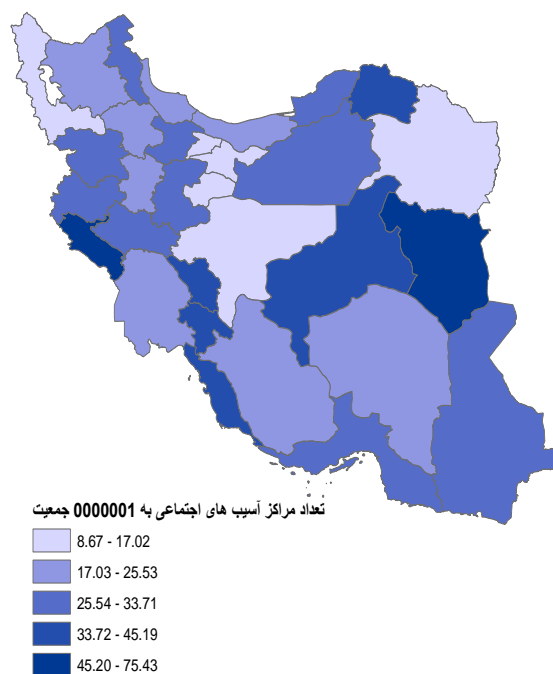
شکل ۶۹: توزیع مهدکودک‌های خصوصی و خودکفا در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷



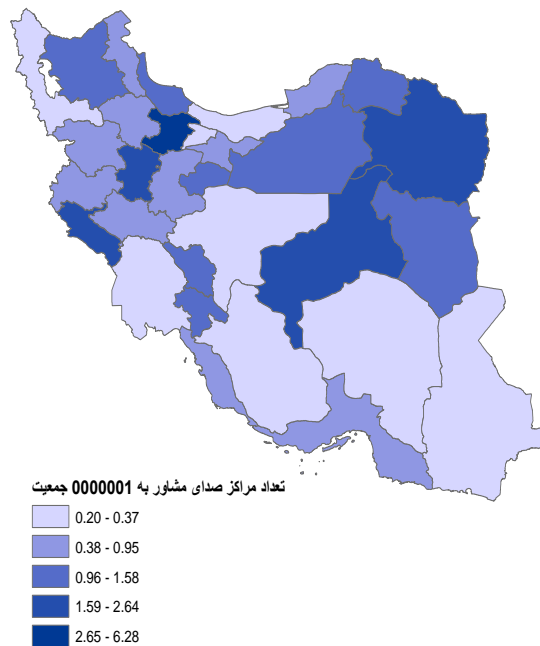
شکل ۷۰: توزیع مهدکودک‌های دولتی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷



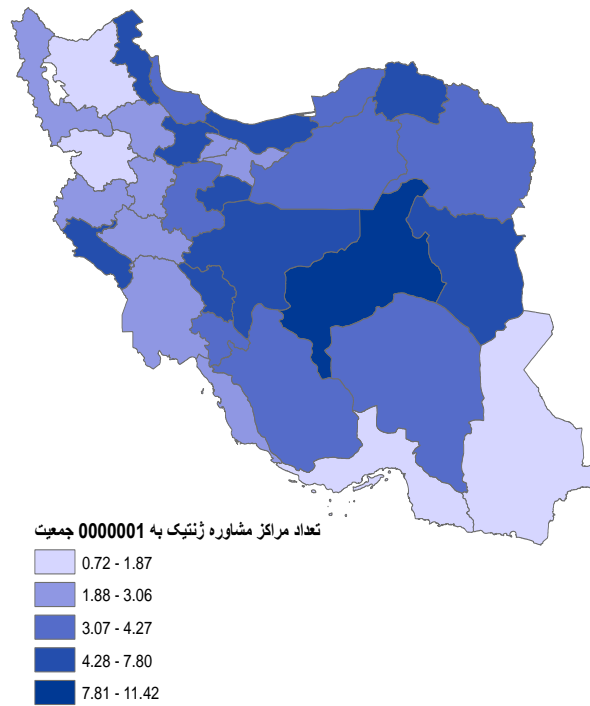
شکل ۷۱: توزیع خانه‌های شبه خانوادگی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷



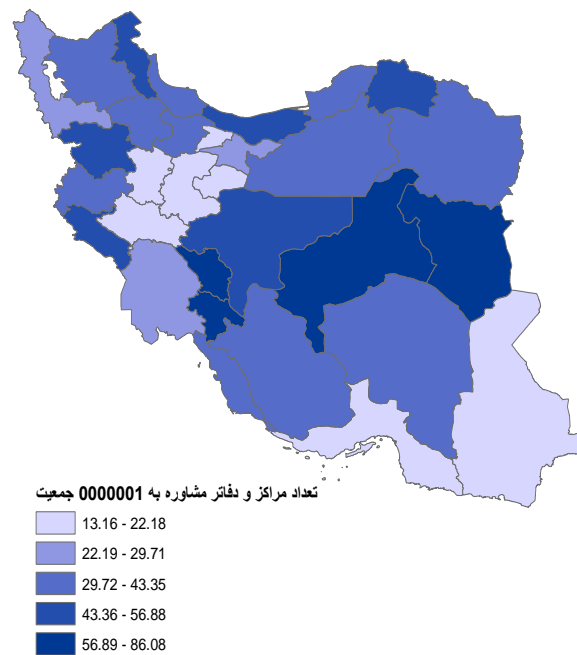
شکل ۷۲: توزیع مراکز آسیب‌های اجتماعی در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷



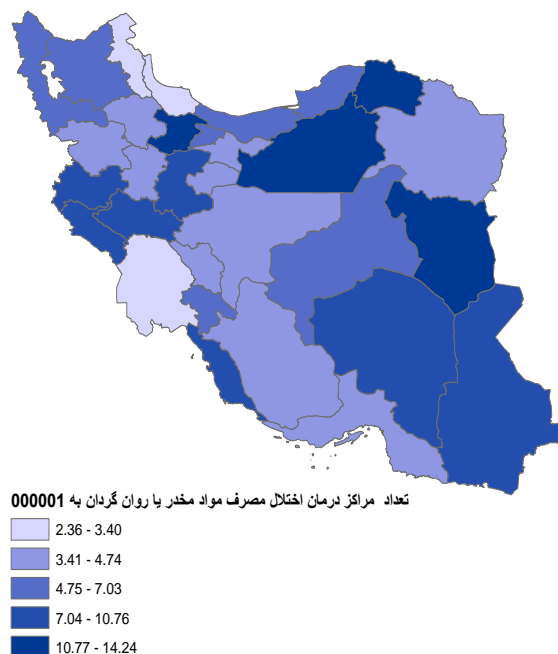
شکل ۷۳: مراکز صدای مشاور در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷



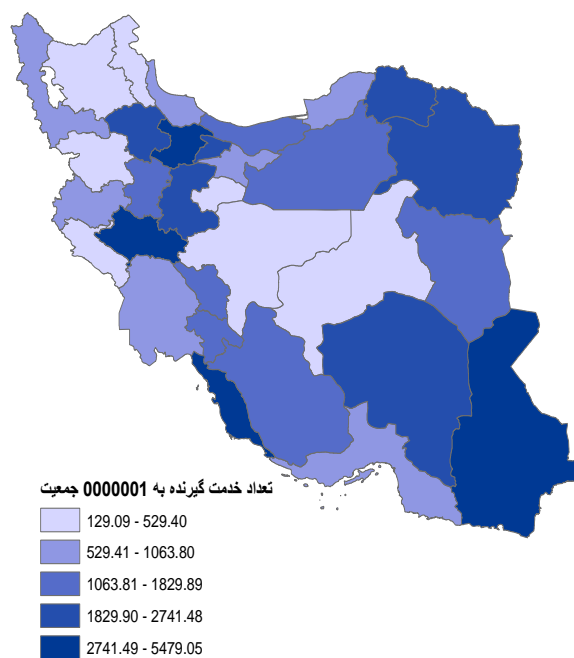
شکل ۷۴: توزیع مراکز مشاوره ژنتیک در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷



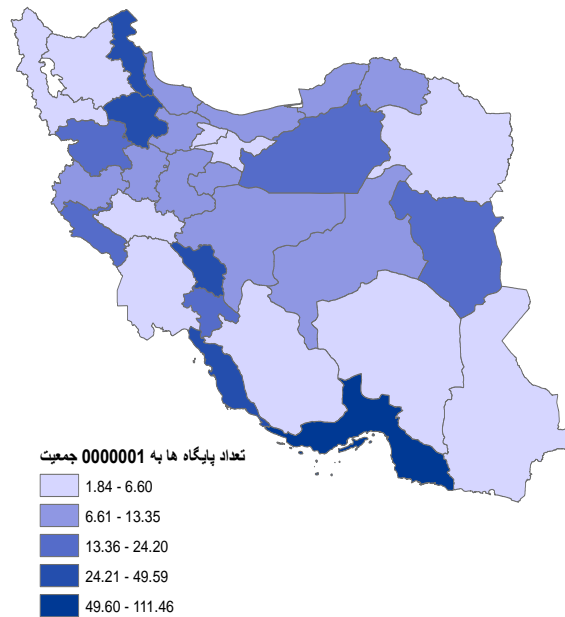
شکل ۷۵: توزیع مراکز و دفاتر مشاوره در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷



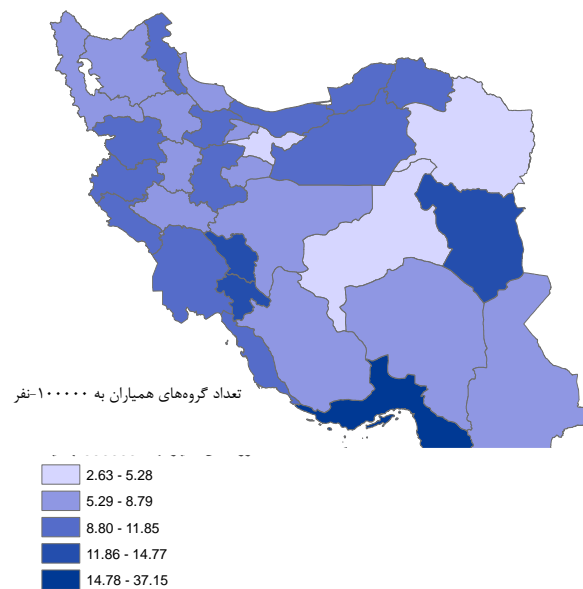
شکل ۷۶: توزیع مراکز درمان اختلال مصرف مواد مخدر یا روان گردان در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷



شکل ۷۷: توزیع تعداد خدمت گیرندگان آموزش زندگی خانواده در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷



شکل ۷۸: توزیع پایگاه‌های غربالگری تنبلی چشم در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷



نقشه ۷۹: توزیع تعداد گروه‌های همیار زنان در استان‌های کشور در سال ۱۳۹۷

۱۰- بررسی و تحلیل تعارض‌ها، عدم توازن‌ها و عدم تعادل‌های بین بخشی، بین منطقه‌ای

در این مستند تعارض‌ها، عدم توازن‌ها و عدم تعادل‌های بین بخشی / بین منطقه‌ای بخش سلامت بررسی و تحلیل شده است. به‌طور کلی عدم تعادل منطقه‌ای بیانگر تفاوت در توسعه اقتصادی و اجتماعی بین مناطق مختلف است. در واقع عدم تعادل منطقه‌ای به معنای اختلاف‌های گسترش‌یابنده در شاخص‌های بین توسعه مناطق است. منظور از تعارض؛ ناسازگاری، ناهماهنگی و وجود اختلاف بین توسعه بخش‌های مختلف در یک موقعیت جغرافیایی مشخص است. تعارض می‌تواند در سطوح مختلف اهداف، راهبردها، سیاست‌های سرزمینی و اولویت‌های موضوعی یا موضعی (فضایی) رخ دهد.

سلامت موضعی متأثر از عملکرد بخش‌های مختلف بوده و دستیابی به سطح مناسب از آن، نیازمند همکاری کلیه سازمان‌های تأثیرگذار بر آن است. بنابراین ریشه بسیاری از مسائل سلامت را باید در عملکرد سایر بخش‌های مؤثر بر سلامت جستجو کرد و با توجه به تأثیرگذاری سایر بخش‌ها، قابل انتظار است که این بخش با سایر بخش‌ها دارای تعارضات مهمی بوده که باید عمیق تحلیل شود. همچنین ساختار نظام سلامت پیچیده و منحصر به فرد و دارای کارکردهای مختلفی بوده و طی سال‌های گذشته نیز دستخوش تغییرات مختلفی بوده و این عوامل ایجاد تعادل داخل این نظام را نیز دشوار می‌سازد.

نظام سلامت با توجه به جایگاه خاص و ویژه‌ای که دارد همواره در معرض بروز مشکلات و مسائل پیچیده‌ای است و برای عملکرد مناسب، نیازمند افزایش تعادل داخلی (بین واحدهای مختلف خود) و خارجی (سایر بخش‌های تأثیرگذار بر سلامت) است (۱۱۶).

۱۰-۱- سطوح تعارض و عدم تعادل بخش سلامت

۱- تعارضات بین بیمه‌های سلامت

الف) تعارضات، عدم تعادل‌ها و چالش‌های آمایشی صندوق‌های بیمه پایه (و بازنشستگی)

وابستگی شدید بیمه‌ها به بودجه عمومی (افزایش وابستگی صندوق‌ها به کمک از محل بودجه عمومی دولت)

نرخ بالای تورم (این عامل ورودی و خروجی صندوق‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد)

نرخ بالای بیکاری (دلیل آن کاهش حق بیمه ناشی از کاهش شاغلین است)

تضعیف منابع صندوق‌های بیمه (به دلایل مختلف مانند نرخ بالای بیکاری، تعهد و پوشش غیر منطبق خدمات)

افزایش مداوم بدهی‌های معوقه دولت به صندوق‌های بیمه پایه (۱۱۷)

تکثر صندوق‌های بیمه‌ای بدون مقررات کافی

کمبود قدرت بیمه‌ها در خرید راهبردی

فقدان نظام اطلاعات مناسب (و در نتیجه ایجاد مشکلاتی نظیر همپوشانی بیمه‌شده‌ها و عدم پوشش برخی خدمات ضروری) (۱۱۸)

ارائه خدمات از طرف برخی صندوق‌های بیمه (هماهنگی در ارائه خدمت را دشوار می‌کند)

نظارت صندوق‌های بیمه بر خودشان

وجود ابهام در عملکرد اقتصادی و سودآوری سرمایه‌گذاری‌های صندوق‌های بیمه‌ای پایه

ایراد در انباشت منابع (اشکال مختلف انباشت از جمله سرمایه‌گذاری برخی صندوق‌های بیمه در شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی)

اجباری بودن بعضی از بیمه‌ها مانند بیمه تأمین اجتماعی بدون انتخاب اختیاری افراد

منطق نامشخص تدوین بسته خدمتی و عمق‌های متفاوت از خدمات بسته‌ها (۱۱۹)

عدالت محور نبودن بیمه درمانی سلامت (سرانه برخورداری نشان می‌دهد که در برخی موارد استفاده بیشتر مناطق برخوردار و بهره‌مندی کمتر مناطق محروم وجود دارد) (۱۲۰).

عدم توازن منابع و مصارف

الزام و فشار مجلس شورای اسلامی بدون در نظر گرفتن ملاحظات بیمه‌ها (به عنوان مثال فشار برای بیمه کردن اتباع خارجی یا پوشش برخی خدمات بدون در نظر گرفتن سرانه درمان)

بدهی‌های انباشته و تخصیص نیافتن به‌موقع بودجه‌های برنامه‌ریزی شده

عدم دریافت واقعی حق بیمه

(ب) چالش‌های اصلی بیمه‌های تکمیلی

سودگرایی صندوق‌های بیمه به‌جای تمرکز بر حمایت از بیمار

حق بیمه‌های متنوع با منطق نامشخص توسط بیمه‌های مختلف

گلچین کردن بیماران/ افراد برای پوشش بیمه‌ای (۱۲۱).

منوط کردن پرداخت تعهد بیمه تکمیلی به پرداخت بیمه پایه وابسته شده

منوط کردن پوشش بیمه تکمیلی به پوشش بیمه پایه

۲- چالش‌های سازمان‌های حمایت اجتماعی و امدادی

ناهماهنگی به علت وجود دستگاه‌های متعدد و پراکنده حمایتی (بهبیستی، کمیته امداد امام، بنیاد مستضعفان و شهرداری‌ها)

جزیره‌ای عمل کردن نهادهای حمایتی در کشور

مشکلات مرتبط با مناسب‌سازی محیط برای معلولین

مشکلات مرتبط با اشتغال معلولین

کمبود نیروهای متخصص و عدم توزیع مناسب آنها در کشور

کمبود تعداد تخت‌های توان‌بخشی در بیمارستان‌های کشور

نبود یک سیستم جامع و نظام‌مند جهت ارائه خدمات توان‌بخشی به‌موقع و مناسب

توزیع نامتناسب اقلام امدادی مثل زنده‌یاب‌ها، هلی‌کوپتر و تجهیزات مرتبط برای امداد هوایی و دسترسی پایین به

فناوری‌های نوین

دشواری برقراری هماهنگی در فعالیت امدادی، دوباره‌کاری‌ها و هدررفت منابع و ایجاد اختلال در فعالیت‌های

بشردوستانه

برخی دغدغه‌های قانونی و همپوشانی‌ها: در این خصوص توجه به موارد زیر قابل توجه است:

به‌رغم اینکه در بند ۱ ماده ۴۳ قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی ذکر شده که در راستای ارائه خدمات به محرومین

و اقشار آسیب‌پذیر و ساماندهی متمرکز خدمات قابل ارائه به آنان کلیه خدمات حمایتی توسط کمیته امداد و

خدمات توان‌بخشی به معلولین توسط بهزیستی انجام می‌گردد، همچنین در بند ۱۴ تبصره ۱۴ قانون بودجه سال

۱۳۸۶ مجدداً بر این موضوع تأکید شده، اما در قانون برنامه پنجم توسعه شاهد هستیم که قوانین دیگری از جمله

پوشش بیمه‌ای افراد نیازمند، پرداخت شهریه دانشجویان تحت پوشش، رفع مشکل معیشتی خانواده‌های نیازمند و

غیره به‌صورت مشترک برای هر دو سازمان لحاظ شده است. همچنین به استناد قانون شهرداری‌های کشور (بند ۷

ماده ۳۵ و بندهای ۶ و ۷ و ۸ ماده ۳۹) تکالیف و وظایف مشابهی در راستای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر برای شهرداری‌ها معین شده است. همچنین بررسی اساسنامه بنیاد مستضعفان انقلاب اسلامی (بند ب ماده ۸) وظایفی عام برای این بنیاد در این راستا تبیین کرده است که همپوشانی فراوانی با وظایف سایر نهادهای حمایتی دارد.

با وجود اینکه در قوانین موجود عمده فعالیت کمیته امداد، امدادی، بهزیستی و توان‌بخشی است، اما وظایفی در قوانین متعدد برای آن پیش‌بینی شده است که می‌توان گفت برخی از آنها دارای جنبه‌های اقتصادی است که در بهزیستی می‌توان به پرداخت‌های نقدی و در کمیته امداد به اجرای برنامه پزشک خانواده شهری برای افراد تحت پوشش اشاره کرد.

عدم تعادل‌های مرتبط با آسیب‌های اجتماعی: آسیب‌های اجتماعی پدیده‌هایی متنوع، نسبی و متغیر هستند. پرخاشگری و جنایت، خودکشی، اعتیاد و قاچاق مواد مخدر، روسپیگری، جرائم مالی، اقتصادی و سرقت نمونه‌هایی از آسیب‌های اجتماعی جمعه امروزی ایران هستند. برنامه‌های موجود کشور در حوزه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی دارای فراگیری، جامعیت، کفایت، استمرار و پایداری، اثربخشی لازم نیستند (۱۲۲).

۳- تعارضات بین سازمان‌های بیرون وزارت بهداشت با وزارت بهداشت

الف) چالش‌های بیمه و وزارت بهداشت

انتقال یا عدم انتقال بیمه سلامت به وزارت بهداشت

طی سال‌های اخیر، یکی از موضوعات مهم مورد تعارض، انتقال بیمه‌ها به وزارت بهداشت بوده است. بیمه‌های درمان در طول چند دهه گذشته همواره شاهد جابجایی‌های گسترده سازمانی بوده‌اند. در سال ۱۳۵۴ بیمه‌ها از وزارت کار به وزارت بهداشت منتقل شد. در سال ۱۳۸۳ بیمه‌ها مجدداً از وزارت بهداشت منتقل شد؛ و دوباره طی چند سال اخیر سازمان بیمه سلامت ایرانیان به وزارت بهداشت منتقل شده است.

بند هفتم سیاست‌های کلی سلامت به انجام تولید (سیاست‌گذاری و نظارت) سلامت توسط وزارت بهداشت، مدیریت منابع از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، تدارک خدمات توسط بخش دولتی، خصوصی و عمومی اشاره کرده است. در بند نهم همین سند نیز به توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها و ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمان اشاره شده است. قانون برنامه پنجم توسعه به همگانی و اجباری شدن بیمه پایه سلامت و اجازه به دولت برای ادغام بخش درمانی صندوق‌های بیمه و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران اشاره دارد.

موافقان انتقال بیمه‌ها به وزارت بهداشت اعتقاد دارند که با ادغام دو حوزه خرید خدمت (بیمه‌ها) و ارائه‌دهنده خدمت (وزارت بهداشت) ضمن کاهش فرایندهای اداری بین ارائه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان خدمت، هماهنگی

اجرایی و اعتباری به وجود می‌آورد و این هماهنگی مانع ایجاد کسورات و بدهی بیمه‌ها می‌شود. مخالفان این مسئله نیز اشاره دارند در سیاست‌های کلی سلامت بند ۲-۷ اگرچه به محوریت وزارت بهداشت در تأمین منابع نظام سلامت اشاره شده است، اما در همان بند هفتم سیاست‌ها، به تفکیک حوزه‌های تولید، ارائه خدمت و خریدار خدمت نیز تصریح شده است؛ بنابراین انتقال بیمه به عنوان خریدار خدمت، به بخش تولید و ارائه خدمت (وزارت بهداشت) مدنظر سیاست‌های کلی سلامت نیست. همچنین با ادغام دو حوزه ارائه خدمت و خریدار خدمت، وظایف خریدار، فروشنده و ناظر بر عهده یک وزارتخانه خواهند بود که در این شرایط وزارت بهداشت خدمات خود را با پول دولت می‌خرد که این امر خطر افزایش بی‌رویه هزینه‌های درمانی و البته فساد را در پی دارد (۱۲۴-۱۲۳).

حدود استقلال بیمه‌ها در تعامل با وزارت بهداشت: بیمه‌ها به عنوان خریدار خدمات سلامت، باید قدرت کافی برای انتخاب خدمات و خرید آن‌ها را داشته باشند و اینکه این قدرت تا چه اندازه به بیمه‌ها داده شده و چقدر باید تقویت شود، همواره محل مناقشه بوده است.

تعارضات بیمه‌ها و بیمارستان‌ها، آزمایشگاه‌ها و سایر ارائه‌دهندگان (کسورات بیمه‌ای و ...)

(ب) چالش‌های سازمان‌های حمایتی و امدادی با وزارت بهداشت

ضرورت هماهنگی بیشتر بین سطوح خدمتی وزارت بهداشت و بهزیستی

ضرورت هماهنگی بیشتر بین وزارت بهداشت و هلال احمر

(ج) چالش‌های وزارتخانه و ارگان‌های تأثیرگذار بر سلامت و وزارت بهداشت

هرچند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی تأمین و حفظ سلامت مردم کشور باهدف رسیدن به بالاترین سطح ممکن سلامتی برای آحاد مردم (هدف چشم‌انداز) مطرح است، اما حفظ و ارتقای سلامت و حذف اثر مخرب برخی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت مسئولیتی فردی، کشوری و حتی بین‌المللی است که کوشش مشترک کلیه سطوح جامعه؛ یعنی افراد و سازمان‌ها را می‌طلبد. با توجه به مطالب گفته شده، به برخی چالش‌ها و عدم تعادل‌ها با سازمان‌ها و نهادهای تأثیرگذار بر سلامت و وزارت بهداشت در زیر اشاره می‌شود (۱۲۵).

صدا و سیما

- تبلیغ برخی کالاهای آسیب‌رسان به سلامت (فهرست بیش از ۲۰ قلم کالای آسیب‌رسان به سلامت از طرف وزارت بهداشت به دولت داده شده تا نسبت به برخورد با تبلیغات آن‌ها اقدام شود، منتهی اقدام جدی صورت نگرفته است)
- هزینه‌بر بودن تبلیغات سلامت و برنامه‌های آموزشی سلامت برای وزارت بهداشت و تعریف نشدن سهمیه خاص برای مداخلات آموزشی سلامت
- ضرورت نظارت بیشتر بر تولیدات صدا و سیما متناسب با سیاست‌های سلامت

وزارت راه و مسکن و شهرسازی

- جدی نبودن اولویت ایمنی جاده‌ها به‌خصوص راه‌های روستایی برای این وزارت برای تأثیر بر کاهش تصادفات جاده‌ای
- انبوه‌سازی بی‌رویه و غیراصولی در کلان‌شهرها و تأثیر آن بر سلامت
- عدم تأمین مسیرهای خاص و ویژه جهت دسترسی اورژانس به بیمارستان‌ها در مناطق پرتراфик شهری
- عدم اعمال قوانین و ضوابط بهداشتی و ایمنی برای کارگران ساختمانی
- تأخیر در نوسازی بافت‌های فرسوده شهری و روستایی به‌ویژه در مناطق زلزله‌خیز و سیل‌خیز
- استاندارد نبودن مصالح و عدم مقاوم‌سازی ساختمان‌ها
- عدم کنترل به‌موقع عوامل محیطی و راه در حوادث و تصادفات رانندگی
- عدم گسترش و بهبود تسهیلات شهری
- عدم ایجاد مسیرهای امن و مناسب برای پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری و سایر تفریحات سالم
- عدم استفاده از نظر متخصصان حوزه سلامت در طراحی ساختمان‌ها و فضاهای شهری
- عدم توجه به تراکم جمعیت شهری جهت استقرار مراکز بهداشتی درمانی شهری
- نبود معماری شهری منظم با دسترسی آسان به وسایل حمل و نقل عمومی
- عدم توجه به استانداردهای بهداشتی و عدم استفاده از فناوری‌های نوین در طراحی و اجراسازی پروژه‌های آب و فاضلاب
- عدم توجه به استانداردهای عوامل فیزیکی (نور، صدا، حرارت، تشعشعات و...) در طراحی منازل و محیط‌های کار

وزارت آموزش و پرورش

- محدودیت در استخدام مربی بهداشت جدید در وزارت آموزش و پرورش
- نظارت ضعیف بر بوفه‌های مدارس و نبود مکانیسم کنترلی مناسب
- همکاری ضعیف بین دو وزارت برای تقویت سبک زندگی سالم از سنین پایین در افراد جامعه

وزارت کشاورزی

- ضرورت نظارت جدی تر بر استفاده از سموم و کودهای شیمیایی
- ضرورت نظارت جدی تر بر عدم آبیاری مزارع با فاضلاب

وزارت نفت

- ضرورت اتخاذ تدابیر لازم برای کاهش آلاینده‌های ناشی از مصرف سوخت‌های فسیلی

وزارت علوم

- تعارض در الحاق بخش آموزش علوم پزشکی به وزارت علوم
- تعارض در الحاق برخی رشته‌ها نظیر دامپزشکی به وزارتین
- ارتباط محدود در زمان سیاستگذاری آموزش عالی کشور بین دو وزارت

سازمان حفاظت محیط زیست

- مصرف غیرمنطقی سموم و کودهای شیمیایی
- ضرورت مدیریت مؤثرتر برای پیشگیری از آلودگی‌های زیست‌محیطی

وزارت دادگستری

- نیاز به حمایت جدی تر قوانین برای ارتقای سلامت (مقابله با آلوده‌کنندگان محیط زیست، مقابله با تبلیغات غیرواقعی در عرصه سلامت، وضع مالیات زیاد بر مصرف مواد مضر و ...)
- ضرورت کاهش زمان رسیدگی به تخلفات و جرائم سلامت و دارویی همچنین وضع قوانین مؤثر مقابله با تخلفات دارویی و اصلاح مجازات آن‌ها و قانون رسمیت بخشیدن به گزارش الکترونیکی بازرسی در مراجع قضایی

نیروی انتظامی

- ضرورت کنترل ورود حجم بالایی از مواد مخدر به کشور
- ضرورت تدوین قوانین و استراتژی‌های مناسب برخورد‌های قطعی و قهری و مبارزه با مواد مخدر

شهرداری‌ها

- ضرورت نظارت جدی تر بر پساب‌ها و جمع‌آوری و دفع بهداشتی زباله‌ها

سازمان ملی استاندارد ایران

— عدم بازنگری در استانداردهای فرآورده‌های غذایی و نظارت نامناسب بر مراکز تولیدی

وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات

- مشکلات ارتباطی و اینترنتی خانه‌های بهداشت روستایی
- پایین بودن سرعت اینترنت
- اثرات امواج الکترومغناطیس بر بدن
- ضعف بخش سلامت در بازاریابی اینترنتی در تورسیم درمانی

وزارت صنعت و معدن و تجارت

- آلودگی هوای ناشی از فعالیت مراکز صنعتی و کارخانجات
- تولید خودروهایی با کیفیت پایین
- نظارت بر واحدهای صنفی مؤثر بر سلامت نظیر نانوايي و ...
- محدود کردن تولید کالاهای مضر برای سلامت از جمله سیگار و دخانیات
- سلامت و ایمنی کارکنان معادن
- تخریب محیط‌زیست توسط معادن و ایجاد آلودگی صوتی

وزارت اقتصاد

- تأثیر عملکرد مناسب وزارت بر قدرت خرید کالاهای سلامت
- تأثیر عملکرد وزارت بر فقر
- ضرورت جدی‌تر حمایت از شرکت‌های دانش‌بنیان سلامت

تعارضات وزارت نیرو

- عدم دسترسی به آب شرب سالم در برخی مناطق شهری و روستایی کشور
- عدم برخورداری از آب، برق، گاز و تلفن در برخی مناطق شهری و روستایی کشور
- عدم دسترسی عادلانه به منابع آب، برق، گاز با اولویت مناطق روستایی و حاشیه شهرها
- عدم بازبینی و ارتقای کمی و کیفی شبکه‌های آب‌رسانی و رفع آلودگی منابع و شبکه‌های آب آشامیدنی، کلریناسیون شبکه‌ها و خطوط انتقال آب آشامیدنی
- عدم اجرای صحیح طرح‌های جمع‌آوری، تصفیه و دفع بهداشتی فاضلاب شهری و صنعتی
- عدم تعدیل قیمت آب، برق، گاز در کلیه مراکز دولتی و خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت
- عدم نظارت صحیح بر ایمنی شبکه‌های آب‌رسانی، گازرسانی و شبکه انتقال برق (در محل استفاده)
- تعداد زیاد دکل‌های مخابراتی در برخی شهرها مانند تهران (به خطر افتادن سلامت شهروندان)

سازمان انرژی اتمی

- عدم شناسایی، ارزشیابی و کنترل صحیح تشعشعات یونیزان و غیر یونیزان (آسیب‌های ناشی از انفجارها و آتش‌سوزی‌ها)
- عدم کنترل و پایش صحیح مراکز کاربرد پرتوها

وزارت کشور

- عملکرد ضعیف در بررسی و رفع مشکلات بهداشتی ناشی از حضور افغانه و پناهندگان
- عدم نظارت و کنترل سرویس‌های بهداشتی اماکن عمومی
- عدم مدیریت صحیح پسماند شهری با روش‌های نوین در شهرهای پرجمعیت و شهرهای ساحلی و شهرهای حاشیه تالاب‌ها و همچنین عدم مدیریت صحیح پسماند روستایی
- ضعف در تدوین و استقرار برنامه ساماندهی سواحل و طرح‌های شنا برای کاهش مرگ‌ومیر و عوارض ناشی از غرق شدن
- عدم تدوین دستورالعمل حفظ سلامت و ایمنی برای تجمعات مختلف ملی و مذهبی
- عدم نظارت کافی بر قانون منع مصرف سیگار و قلیان در اماکن عمومی
- عدم ساخت و توسعه مراکز و فضاهای مناسب ورزشی و افزایش آگاهی در این زمینه
- عدم دسترسی به آب شرب در مناطق روستایی
- ضرورت نظارت جدی‌تر بر ورود لوازم و وسایل مضر برای سلامت یا وسایل سلامت بی‌کیفیت

مجلس شورای اسلامی

- فشار سیاسی نمایندگان برای راه‌اندازی مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها و ... بدون در نظر گرفتن سطح‌بندی خدمات سلامت
- ضرورت رفع برخی تناقضات قانونی و تصویب قوانین حمایتی

خیرین سلامت

- تمایل شدید خیرین برای راه‌اندازی مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها و ... در منطقه خود بدون در نظر گرفتن سطح‌بندی خدمات سلامت
- عدم بهره‌گیری کامل از امکانات مؤسسات غیرانتفاعی و مراکز خیریه در حوزه سلامت

وزارت امور خارجه

- مسائل مرتبط با سلامت مهاجران افغانی و عراقی در کشورمان
- ضعف در دیپلماسی سلامت و عدم حمایت جدی از حوزه سلامت
- ارتباط جدی‌تر با وزارت بهداشت جهت تقویت ارتباطات بین‌المللی سلامت

وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

- فرهنگ رفتارهای نامطلوب مؤثر بر سلامت (تغذیه، استفاده از تکنولوژی، رانندگی، خشونت و نزاع، مصرف خودسرانه آنتی‌بیوتیک‌ها، مصرف دخانیات، باورهای نادرست پزشکی مردم، نگاه به توریسم، پرداخت مالیات، تعهد به خانواده، سبک زندگی، پیاده‌روی، ورزش و سواد سلامت)

وزارت ورزش و جوانان

- کمبود فضای ورزشی نسبت به جمعیت در کشور
- کمبود فضای ورزشی برای زنان
- کمبود برنامه‌ها و امکانات ورزشی مدارس و دانشگاه‌ها
- فضای ورزشی برای سالمندان و تأمین مالی پایدار برای ورزش سالمندان
- امکانات و اماکن ورزشی برای مهاجرین
- زیرساخت‌های ورزشی مانند دوچرخه‌سواری
- آموزش فعالیت‌های ورزشی در منازل

وجود برخی همپوشانی‌ها و ناهماهنگی‌ها با سایر نهادها

همپوشانی فعالیت‌های ارتقای سلامت اجتماعی: این همپوشانی‌ها در سطح وزارت بهداشت (معاونت بهداشتی)- وزارت کشور (سازمان امور اجتماعی؛ شهرداری‌ها)- نیروی انتظامی- وزارت کار تعاون و رفاه اجتماعی (بهبیستی) و سازمان تبلیغات اسلامی- کمیته امداد- سپاه پاسداران انقلاب اسلامی (معاونت فرهنگی اجتماعی)- هلال احمر- صداوسیما- وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات قابل مشاهده است.

همپوشانی فعالیت‌های ارتقای سلامت معنوی: این همپوشانی‌ها در سطح وزارت بهداشت- حوزه‌های علمیه- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی- فرهنگستان علوم پزشکی- سازمان تبلیغات اسلامی- قوه قضائیه (معاونت اجتماعی و فرهنگی)، آستان قدس رضوی- صدا و سیما- وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات قابل مشاهده است.

همپوشانی فعالیت‌های ارتقای سلامت روانی: این همپوشانی‌ها در سطح وزارت بهداشت (معاونت بهداشتی) - نیروی انتظامی - حوزه علمیه - وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی - وزارت علوم - صدا و سیما - وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات قابل مشاهده است.

همپوشانی فعالیت‌های ارتقای سلامت جسمی: این همپوشانی‌ها در سطح وزارت بهداشت - وزارت رفاه (بهبودی) - وزارت نفت - کمیته امداد - بانک‌ها - وزارت ورزش و جوانان - وزارت صنعت معدن و تجارت - وزارت دفاع - وزارت نیرو - وزارت آموزش و پرورش - نیروی انتظامی (بیمارستان‌ها) - وزارت کشور (شهرداری‌ها) - صدا و سیما - وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات قابل مشاهده است.

۴- عدم تعادل، توازن و تعارض در حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها

مهم‌ترین بازیگر نظام سلامت که تولید این نظام نیز در سیاست‌های ابلاغی سلامت به عهده آن واگذار شده است، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که در اینجا به عدم تعارض‌ها، عدم تعادل‌ها و چالش‌های مرتبط با آمایش آن پرداخته شده است.

۱۰-۲- چالش‌ها و عدم توازن‌ها بین حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت

در حوزه تولیتی وزارت بهداشت

یکی از دغدغه‌های جدی قدیمی در سطح وزارت بهداشت، جایگاه و حدود اختیارات تولیتی این وزارت در حوزه‌های مختلف بوده به طوری که همواره پاسخ به پرسش‌هایی نظیر موارد زیر آسان نبوده و تعارضات جدی در سطح تولیتی بین وزارت بهداشت و سایر ارگان‌های مرتبط ایجاد کرده است:

- سطح تولیت منابع مالی سلامت تا چه اندازه در کنترل وزارت بهداشت است؟ (شدت گرفتن این موضوع، موجب استعفای وزیر سابق بهداشت شد).
- سطح تولیت سلامت تا چه اندازه در کنترل وزارت بهداشت است؟
- سطح تولیت رفاه تا چه اندازه در کنترل وزارت بهداشت است؟
- سطح تولیت آموزش عالی سلامت تا چه اندازه در کنترل وزارت بهداشت است؟

حوزه آموزش و دانشجویی

- تمرکزگرایی در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری و ساختار سلسله‌مراتبی
- توزیع غیرعادلانه زیرساخت‌های آموزش

- پایین بودن نسبی کیفیت خدمات آموزشی
- پایین بودن پویایی و رقابت علمی دانشگاه‌ها
- کم‌رنگ بودن ارتباط با صنعت و خلق ثروت
- ضرورت تقویت ملاحظات آمایش در آئین‌نامه ارتقا اعضای هیئت‌علمی
- کمی نگرستن به بیشتر کارها
- توجه نسبتاً اندک به مسائل رفاهی دانشجویان
- گسست، دوباره‌کاری و شکاف‌های مفهومی در بین متولیان ارائه خدمات فرهنگی به دانشجویان

حوزه پژوهش

- توازن نامناسب بین نیروی انسانی پژوهشگر
- توازن نامناسب بین مراکز تحقیقاتی و مراکز رشد
- عدم مدیریت منسجم منابع به شکلی که عملکرد تحقیقات و فناوری مبنای تخصیص دقیق بودجه و پایش عملکرد باشد.
- عدم وجود نقشه راه جامع و ضعف در الزام قاطع همه بازیگران درون و برون وزارت بهداشت به ایفای نقش جهت تحقق مفاهیمی مانند مرجعیت علمی، همگرایی علوم و خلق ثروت (تصمیم‌گیران و بازیگران زیادی با انسجام و هماهنگی کم در مدیریت این موضوعات نقش ایفا می‌کنند).
- گسست و فاصله بین آموزش و پژوهش در عمل
- نظام ارزشیابی و ارزش‌گذاری عمدتاً بر مبنای کمیت به‌جای کیفیت و اثرگذاری پایین تحقیقات در عمل

حوزه بهداشت

- نبود برنامه مشخص توسعه خدمات بهداشتی و ابهام در طراحی زیرساخت لازم برای راه‌اندازی پزشک خانواده
- عدم توسعه کافی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطق شهری
- فقدان توانمندی لازم به‌منظور ارتقای عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت
- عدم توجه کافی به پدیده سالمندی
- گسست بین بهداشت و درمان و توان‌بخشی و عدم توجه به ارائه خدمات در منزل (از مشکلات هم بهداشت و هم درمان)

حوزه درمان

- نبود نظام ساختارمند سطح‌بندی ارائه خدمات مبتنی بر راهنماهای بالینی بر پایه شواهد و منطبق بر بودجه سلامت کشور
- عدم توازن زیرساخت‌های متناسب با نیازها و پتانسیل‌های مناطق آمایشی
- نظام پرداخت مبتنی بر کارانه که تفاوت‌های بسیار زیاد بین دریافتی‌ها ایجاد و کیفیت را کمتر مدنظر دارد.
- نامشخص بودن جایگاه طب عمومی و رواج گسترده تخصص و فوق تخصص‌گرایی

- پایین بودن نسبی استفاده از مفاهیم اقتصاد سلامت
- اشکالات جدی و زیربنایی در پرونده الکترونیک سلامت و یکپارچه نمودن این ساختار در تمامی بخش‌های سلامت
- تمرکز بر بخش درمان و عدم توجه به الزامات قانونی از جمله نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات و خرید راهبردی
- در اولویت بودن خدمات بیمارستانی تخصصی و فوق تخصصی در برابر مراقبت‌های سرپایی
- بروز تقاضای القایی در بخش‌های تشخیصی و درمانی به دلایلی از قبیل عدم اجرای نظام ارجاع، اصلاح نظام پرداخت و ابلاغ راهنماهای بالینی
- عدم تناسب نیروهای تربیت شده با نیاز واقعی سیستم و عدم توزیع مناسب نیروهای آموزش دیده
- مراجعه مستقیم به سطوح تخصصی و فوق تخصصی و ارجاع ضعیف
- ناهماهنگی و ناپایداری بین منابع با بسته خدمت مورد نیاز و مصارف (بسته خدمت به صورت گروه خدمتی و کنترل نشده است همچنین ورود خدمت به بسته بدون توجه به تأمین منابع صورت می‌پذیرد)

حوزه غذا و دارو

- قاچاق دارو
- گرانی تولید
- مشکلات صادرات
- ضعف در پایه‌ریزی و ایجاد نظام یکپارچه تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری و پایش در حوزه ایمنی و سلامت مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و تغذیه در کشور
- وجود قوانین متعدد در حوزه ایمنی و بهداشت مواد غذایی و تغذیه
- ارتباط نسبتاً ضعیف بین مراکز علمی و صنعتی در تولید دارو و نداشتن تحقیق و توسعه قوی

حوزه تجهیزات

- تمرکز بالای تجهیزات گران‌قیمت در مناطق شمالی و مرکزی کشور و دست‌رسی پایین مناطق شرقی و جنوبی کشور به آنها
- رقابت نسبتاً ضعیف در بازار داخلی
- وجود اشکالات در تولید در تمامی حوزه‌ها
- سیاست‌های ناپایدار
- تغییرات سریع نرخ ارز
- مشکلات صادرات
- قاچاق تجهیزات و وسایل

حوزه مالی

- اشکال در بودجه‌ریزی مناسب
- ارتباط نسبتاً ضعیف بین بودجه و کارایی
- ناپایداری نسبی منابع مالی
- وجود صندوق‌های متعدد بیمه و سیاست‌های ناهمگون در این مورد
- عدم جبران خسارات وارده به سلامت از سوی سایر بخش‌ها و عوامل توسعه
- ناهمگونی نرخ تورم در جامعه با اعتبارات بخش سلامت
- افزایش کسری اعتبارات سازمان‌های بیمه‌گر
- سهم قابل توجه پرداخت از جیب مردم
- نظام پرداخت با آثار انگیزشی ناهماهنگ

حوزه نیروی انسانی

- توزیع نسبتاً نامناسب نیروی انسانی حوزه بهداشت و درمان
- ضعف در تربیت نیروهای کیفی متناسب با نیاز
- مشکلات مرتبط با فرهنگ سازمانی

حوزه منابع فیزیکی

- نابرابری نسبی در توزیع منابع فیزیکی در مناطق مختلف کشور
- عدم جایابی مناسب در برخی منابع فیزیکی
- ضعف در مقاوم‌سازی اجزای غیرسازه‌ای در ساخت‌وسازها

۱۰-۳- عدم تعادل، توازن و تعارض در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

الف- تعارض داخل دانشگاه‌های علوم پزشکی

کلیه عدم تعادل‌ها و چالش‌هایی که در سطح حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت مطرح شد در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نیز مصداق دارد. به‌علاوه تعارضات و عدم تعادلاتی نیز در تعیین شرح وظایف دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور وجود دارد.

ب- تعارض بین دانشگاه‌ها و سایر نهادها در استان

کلیه عدم تعادل‌هایی که در سطح سایر سازمان‌های تأثیرگذار بر سلامت و وزارت بهداشت ذکر شد در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نیز مصداق دارد. در کنار موارد ذکر شده می‌توان به دو مورد زیر نیز اشاره کرد:

- تعارض تولیتی بین دانشگاه‌های علوم پزشکی و استانداری‌ها
- ارتباط نه‌چندان جدی دانشگاه‌ها با هم جهت استفاده از پتانسیل‌های یکدیگر در سطح کشور

ج- عدم تعادل دانشگاه‌ها در کلان مناطق و برخی کلان‌شهرها

- عدم تعادل دانشگاه‌ها در کلان مناطق آمایشی و استان‌ها
- عدم تعادل دانشگاه‌ها در کلان‌شهرهایی نظیر تهران

۱۰-۳-۱- شناسایی و تحلیل عوامل مؤثر بر آینده بخش سلامت

حوزه سلامت شامل زیرمجموعه‌هایی مانند بهداشت، درمان، آموزش علوم پزشکی، غذا و دارو و پژوهش و فناوری سلامت است که با سرعت در حال تغییر هستند که متأثر از تغییرات داخلی بخش سلامت و ابروندهای خارج از بخش سلامت هستند. در نتیجه برای اینکه بتوانیم به آینده این بخش بیندیشیم و برنامه‌ریزی کنیم، باید به هر دو منبع تغییر توجه داشته باشیم و مجموع این تغییرات موجب می‌شوند که تصویر سلامت و اجزای آن در آینده، بسیار متفاوت‌تر از امروز شود. تصمیم‌گیری در این شرایط بدون نگاه به آینده و دقت در روندهای مؤثر، ما را به اشتباهات فاحشی در برنامه‌ریزی می‌کشاند.

در این مطالعه برای شناسایی انواع عوامل مؤثر بر آینده شامل کلان‌روندها، روندها، عوامل کلیدی و پیشران‌های مؤثر بر توسعه بخش سلامت انجام شده است که عبارتند از:

- انجام مطالعه مرور سریع جهت شناسایی عوامل مؤثر بر آینده بخش سلامت

- بررسی تمام مطالعات از پیش انجام شده مانند آینده‌نگاری سلامت، آینده‌نگاری آموزش علوم پزشکی، آینده مشاغل و کنترل هزینه‌های بخش سلامت
- مصاحبه با خبرگان جهت تکمیل و طبقه‌بندی عوامل و احصا ملاحظات آمایشی مرتبط با هر طبقه از روندها

۱۰-۳-۲- تحلیل روندهای آینده و نحوه اثرگذاری آن‌ها بر ملاحظات آمایشی بخش سلامت

رشد فناوری

رشد فناوری یکی از روندهایی است که انتظار می‌رود تا روند افزایشی آن با سرعتی بیشتر ادامه پیدا کند. دستاوردهای جدید فناوری‌های مرتبط با حوزه سلامت در حوزه‌های درمان، تشخیص، پیشگیری و پزشکی از راه دور ماهیت ارائه خدمت را در این حوزه‌ها دگرگون خواهد کرد. گسترش بسترهای مبتنی بر داده، دیجیتال و ریل تایم^۱ برای شناسایی و پاسخ به نیازهای بیمار و هدایت آن در قسمت‌های مختلف ارائه خدمت، ساختارهای ارائه خدمت را متحول و در عین حال ساده‌تر می‌سازد. افزایش بانک‌های داده‌ای از وضعیت سلامت و تشکیل بانک‌های اطلاعاتی به تحلیل الگوهای مرتبط با سلامت در سطح کلان و از بین رفتن محدودیت‌های جمع‌آوری و تحلیل داده‌های کلان سلامت کمک می‌کند. به‌ویژه گسترش کاربرد انواع سنسورها در دستگاه‌های شخصی (مانند تلفن‌های همراه)، ثبت رکوردهای سلامت در قالب کارت هوشمند سلامت و دیجیتالی شدن ساختارهای ثبت و نگهداری داده‌های مرتبط با سلامت، رشد بسیار چشم‌گیری خواهد داشت. تنوع فناوری‌های حوزه سلامت، خود به عنوان چالشی برای آینده این حوزه مطرح می‌شود. به‌ویژه آنکه تأمین تمام دستاوردهای نوین فناوری امکان‌پذیر و از طرفی لازم نیست و نیازمند مکانیسم مناسبی برای شناسایی و انتخاب هستیم. فناوری عامل کاهنده و افزایش‌دهنده برای هزینه‌های سلامت نیز خواهد بود.

با گسترش استفاده از پزشکی از راه دور بسیاری از هزینه‌ها به‌ویژه در راستای گسترش عادلانه خدمات کاهش می‌یابد و به سطح‌بندی خدمات سلامت با در نظر گرفتن معیار دسترسی و عدالت، کمک خواهد کرد؛ اما این تنوع فناوری‌ها باعث ایجاد تقاضا از سوی جامعه می‌شود که به‌ویژه افزایش سطح انتظارات جامعه، تقاضای مازاد برای فناوری‌ها و خدمات مختلف را ایجاد می‌کند. فناوری‌های نوین مانند دستگاه‌های هوشمند مراقبت از بیمار، بانک‌های اطلاعاتی عظیم ثبت رکوردها، ربات‌ها و... ضریب نسبت نیروی انسانی (اعم از نیروی انسانی در واحدهای اداری و ارائه خدمت) را تعدیل و کاهش خواهد داد که در نتیجه لازم است از الآن در تعیین ظرفیت‌ها، جذب و سایر فرایندهای مرتبط با مدیریت نیروی انسانی مورد توجه قرار گیرد.

1. Real-Time

با توجه به انواع مطالعاتی که در زمینه روندهای فناورانه حوزه سلامت انجام شده است، رشد و توسعه برخی حوزه‌ها بیش از سایر حوزه‌ها محتمل و در عین حال مورد نیاز است. از جمله این حوزه‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- پزشکی شخصی‌سازی شده: پزشکی شخصی‌سازی شده مبتنی بر آنالیز DNA شخصی و داده‌های الکترونیکی بهداشتی جمع‌آوری شده از بیماران انجام می‌گیرد.
- پزشکی مبتنی بر سلول‌های بنیادین: ساخت و استفاده از انواع داروهای بر پایه سلول‌های بنیادی که در آن از سلول‌های بنیادی برای ترمیم و یا بازگرداندن بافت و اندام‌ها استفاده می‌شود.
- گسترش تولید داروها در مقیاس نانو: تحویل دارو و توسعه آن در سطح زیر میکروسکوپی گسترش خواهد یافت.
- ژن‌درمانی و ویرایش ژن: تغییر DNA انسان برای بهبود وضعیت سلامتی و یا مشکلات سلامت افراد در آینده‌ای نزدیک گسترش خواهد یافت.
- سلامت دیجیتال: استفاده از هوش مصنوعی و فناوری دیجیتال برای تشخیص و نظارت بر سلامت بیماران گسترش می‌یابد.

۱۰-۳-۳- تحلیل اثرات رشد فناوری بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن

جدول ۴۲: تحلیل اثرات رشد فناوری بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن

راهبرد	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر	نحوه اثرگذاری رشد فناوری بر بخش سلامت
توسعه فناوری‌های داخلی بخش سلامت	<p>علم و فناوری: شناسایی فناوری‌های مورد نیاز آینده، توسعه فناوری‌های اولویت‌دار در داخل کشور، کسب مزیت رقابتی در فناوری‌هایی که در آن‌ها پتانسیل وجود دارد.</p> <p>قوانین: وضع قوانین حمایتی مورد نیاز از توسعه فناوری در کشور</p> <p>مالی: تخصیص منابع مالی مورد نیاز</p>	<p>افزایش تقاضا برای فناوری‌های متنوع (شامل تجهیزات و ارائه خدمت)</p>
آینده‌نگر بودن در شناسایی و توسعه فناوری‌های بخش سلامت	<p>مطالعات و پروژه‌های تکمیلی: انجام انواع مطالعات آینده‌نگاری فناوری و پژوهش در حوزه سلامت می‌تواند در تعیین نیازهای فناورانه آینده کشور با توجه به روند توسعه فناوری، اولویت‌های ملی و نیاز کشور</p>	<p>تهدید</p> <p>وابستگی کشور به محصولات فناورانه سایر کشورها</p>

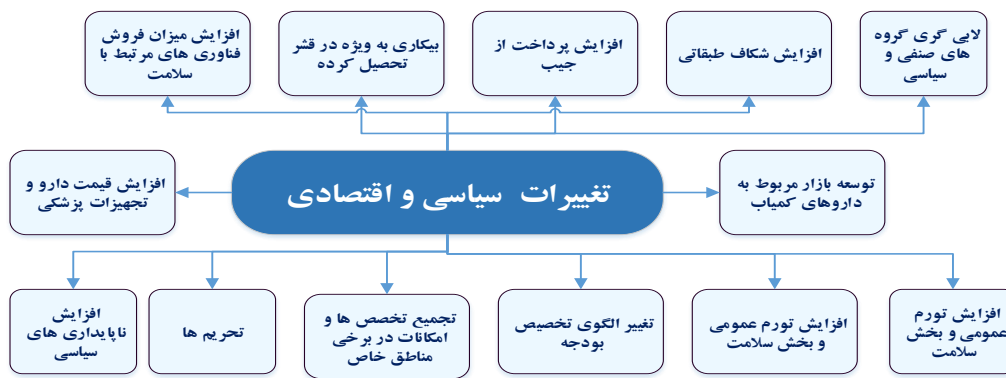
راهبرد	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری رشد فناوری بر بخش سلامت
		از نتایج این قبیل مطالعات برای انجام مطالعات آمایش فناوری سلامت استفاده کرد.	
ایجاد امکان دسترسی عادلانه به خدمات سلامت فناوری محور برای تمام گروه‌های اقتصادی اجتماعی	ساختار ارائه خدمت: به سمتی حرکت کند که توان مالی اثر کمتری در دسترسی به خدمات و افزایش هزینه‌های سلامت داشته باشد مانند اولویت قرار دادن فناوری های کم‌هزینه‌تر برای سرمایه‌گذاری و توسعه فناوری	بالا رفتن هزینه‌های سلامت به دلیل گران بودن فناوری‌های نوین است. از این نظر که ممکن است دسترسی به این قبیل فناوری‌ها صرفاً محدود به قشر محدودی از جامعه با توان اقتصادی مناسب باشد، توجه به ملاحظات هزینه اثربخشی در تعیین اولویت‌های توسعه فناوری سلامت کشور لازم به نظر می‌رسد.	بالا رفتن هزینه‌های سلامت
افزایش سال‌های با کیفیت عمر به عنوان معیاری برای شناسایی و توسعه فناوری‌های سلامت	علم و فناوری	توسعه و رشد فناوری با بهبود خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی به تقویت کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی کمک می‌کند. میزان و شدت این افزایش به سایر عوامل مانند قیمت تمام‌شده خدمات سلامت، توان پرداخت مردم و... بستگی دارد؛ اما در هر صورت انتظار می‌رود تا با دستاوردهای فناوری‌ها، مانند ساخت داروهای جدید و ... میانگین امید به زندگی افزایش یابد. نکته‌ای که وجود دارد کیفیت سال‌های افزایش یافته زندگی با فناوری است؛ که می‌توان این مسئله را به‌عنوان یکی از معیارهای شناسایی و توسعه فناوری‌های آینده سلامت در نظر گرفت.	افزایش امید به زندگی
به روز رسانی ساختارهای ارائه خدمت بر پایه فناوری‌های جدید و مینا قرار دادن آن در برآورد نیروی انسانی، تجهیزات و منابع فیزیکی	ساختار ارائه خدمت: علی‌رغم اینکه ادبیات مطالعات آمایشی بر پایه مدیریت فضای فیزیکی بنا شده است، اما لازم است تا در برآورد مواردی مانند نیروی انسانی، فضای فیزیکی و برخی تجهیزات مانند تعداد تخت، این مورد را در نظر بگیریم که الگوی ارائه خدمات سلامت به سمت الگوهای جدیدی مانند مراقبت در منزل، استفاده از فناوری‌های از راه دور، ارائه خدمت مانند تله مدیسین حرکت می‌کند و به‌طور مثال ارائه خدمات سالمندی بیشتر لزوماً به معنای افزایش تعداد مراقبین سالمندی با همان ضرایب قبلی نیست. توسعه برخی زیر ساخت‌ها مانند اینترنت با سرعت مناسب و یا سایر زیرساخت‌ها مورد نیاز است	توسعه فناوری‌ها به‌ویژه فناوری‌هایی مانند تله مدیسین و mobile health می‌توانند امکان دسترسی به خدمات سلامت را به‌طور چشمگیری افزایش دهند. این قبیل فناوری‌ها ملاحظات برای آمایش سلامت مطرح می‌سازند که به شرح زیرند: توسعه فیزیکی را کاهش می‌دهند. به‌گونه‌ای که ارائه خدمت محدود به مراکز فیزیکی ارائه خدمت نمی‌شود. ماهیت ارائه خدمت را تغییر می‌دهند. مردم می‌توانند از هرجایی که هستند خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند. مجموعاً هزینه‌های سلامت (اعم از هزینه‌های مستقیم مانند نیروی انسانی و غیرمستقیم مانند سفر) را کاهش می‌دهند.	افزایش عدالت در دسترسی به خدمات

راهبرد	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری رشد فناوری بر بخش سلامت
وضع، اجرا و بازنگری در قوانین مرتبط با رعایت مالکیت معنوی	<p>قوانین: در نظر گرفتن قوانین مناسب به‌ویژه رعایت مالکیت معنوی و در نظر گرفتن تسهیلات هدفمند (مخصوصاً در شاخه‌های دارای اولویت فناوری)</p>	<p>رشد فناوری زمینه رشد و تجاری‌سازی ایده‌های مختلف بر پایه فناوری را افزایش می‌دهد. در نظر گرفتن قوانین مناسب به‌ویژه رعایت مالکیت معنوی و در نظر گرفتن تسهیلات هدفمند (مخصوصاً در شاخه‌های دارای اولویت فناوری)، آمایش فناوری استانی یا منطقه‌ای و... می‌توانند از جمله راهکارهای اثربخش باشند.</p>	تجاری‌سازی ایده‌های مرتبط با تولید فناوری
افزایش نقش بخش خصوصی در برنامه‌های آمایش	<p>ساختار ارائه خدمت: افزایش نقش بخش خصوصی در برنامه‌های آمایش</p>	<p>در نظر گرفتن بخش خصوصی به‌ویژه در توسعه فناوری‌های سلامت در برنامه آمایش سلامت می‌توان بسیار کمک‌کننده باشد.</p>	افزایش مشارکت بخش خصوصی
توسعه فناوری‌های سلامت مبتنی بر اولویت‌ها و پتانسیل‌های داخلی تقویت دانش چرایی و چگونگی در توسعه فناوری‌های سلامت	<p>علم و فناوری</p> <p>نیروی انسانی: افزایش مهارت‌های نیروی انسانی و دست‌اندرکاران در چانه‌زنی و انجام مذاکرات</p>	<p>رشد سریع فناوری می‌تواند فرصت مناسبی برای سرمایه‌گذاری و توسعه فناوری را فراهم سازد؛ اما آنچه اهمیت دارد این است که با توجه به اولویت‌های ملی و پتانسیل‌های داخلی لازم است تا سیاست‌های مشخص و شفاف در قبال انتقال دانش چرایی و چگونگی اتخاذ شود. دانش دست‌اندرکاران در چانه‌زنی و مذاکرات نیز اهمیت ویژه‌ای دارد.</p>	انتقال فناوری (دانش چرایی و چگونگی)
	<p>قوانین</p> <p>قوانین مناسب به‌ویژه رعایت مالکیت معنوی</p>	<p>رشد فناوری بستر مناسبی را برای حرکت به سمت اقتصاد دانش‌بنیان فراهم می‌کند. در نظر گرفتن قوانین مناسب به‌ویژه رعایت مالکیت معنوی و در نظر گرفتن تسهیلات هدفمند (مخصوصاً در شاخه‌های دارای اولویت فناوری)، آمایش فناوری استانی یا منطقه‌ای و... می‌توانند از جمله راهکارهای اثربخش باشند.</p>	حرکت به سمت اقتصاد دانش‌بنیان
حرکت در مسیر دستیابی به مرجعیت علمی در بخش سلامت	<p>علم و فناوری: توجه ویژه به مفاهیم مرتبط با مرجعیت علمی که برای این منظور نیاز به همکاری‌های مشترک، پویا و هماهنگ حوزه آموزش، پژوهش و فناوری است و اعمال دیدگاه‌های جزیره‌ای برای تقسیم وظایف برای این حوزه در مطالعات آمایشی اثربخشی نخواهد داشت.</p>	<p>نیروی انسانی تحصیل‌کرده و جوان وجود ساختارهای حمایتی مختلف، مراکز تحقیقاتی و پارک‌های علم و فناوری متعدد وجود مفهوم مرجعیت علمی در کشور وجود برخی رشته‌های مرتبط مانند HTA، آینده‌پژوهی، آینده‌نگاری فناوری، سیاست‌گذاری علم و فناوری بالاتر رفتن سطح سواد رسانه‌ای و سواد سلامت مردم مطرح‌شدن مفاهیم کارآفرینی و توجه به آن در سطوح مختلف سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری، دانشگاه‌ها و ...</p>	پتانسیل‌های فعلی کشور در استفاده از فرصت‌هایی که رشد فناوری فراهم می‌آورد

راهبرد	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری رشد فناوری بر بخش سلامت
	<p>نیروی انسانی: وجود معیارهای غیر کارآمد جهت سنجش میزان صلاحیت‌های نیروی انسانی مانند تعداد مقالات نیاز به مهارت‌های مربوط به مذاکره و انتقال فناوری</p> <p>علم و فناوری منابع مالی</p>	<p>عدم استقرار مفاهیم سطح‌بندی در نظام سلامت ضعف در پیاده‌سازی نظام ملی نوآوری ساختار جزیره‌ای در آموزش و پژوهش، بازیگران متعدد که حیطة وظایف آن‌ها بعضاً هم‌پوشانی دارند و با اینکه نقش هرکدام به‌صورت شفاف مشخص نشده است. ضعف در آمایش سرزمین و تقویت مناطق مختلف کشور با توجه به پتانسیل‌های آن‌ها ضعف در فنون مذاکره به‌ویژه جهت انتقال فناوری با دانش چرایی ضعف در معیارهای ارزیابی عملکرد بازیگران کلیدی مرتبط (مانند تعداد مقاله) اقتصاد متکی بر نفت و فروش منابع طبیعی ساختار جزیره‌ای و تعدد بازیگران کلیدی در شناسایی و انتخاب فناوری‌ها برای سرمایه‌گذاری و یا انتقال فناوری نوآوری و خلاقیت پایین، خودباوری پایین نیروی تحصیل‌کرده</p>	<p>نقاط ضعف فعلی کشور در استفاده از فرصت‌ها و اجتناب از تهدیدهایی که رشد فناوری ایجاد می‌کند.</p>

۱۰-۳-۴- تغییرات سیاسی و اقتصادی

تغییرات سیاسی مانند افزایش تحریم‌ها، افزایش ناپایداری‌های سیاسی در سطح بین‌المللی و منطقه، بر منابع مالی دولت تأثیر خواهد داشت. از سوی دیگر وابستگی بخش سلامت به منابع مالی عمومی کشور، چالش‌های زیادی را در این زمینه ایجاد خواهد کرد. در نتیجه از یک سو با گسترش عوامل افزایش هزینه‌های سلامت روبه‌رو خواهیم بود و از سوی دیگر منابع مالی در دسترس بخش سلامت محدودتر خواهد شد. غالب شدن الگوی ملی‌گرایی به‌ویژه در آمریکا و کشورهای اروپایی، بر تأمین سایر منابع مورد نیاز مانند تجهیزات و دارو نیز تأثیر خواهد گذاشت و دسترسی ایران به تازه‌های فناوری و دستاوردهای جدید را تحت تأثیر قرار خواهد داد. در نتیجه علی‌رغم رشد فناوری‌های سلامت، نمی‌توان نسبت به امکان دسترسی به آن‌ها امیدوار بود. افزایش تورم عمومی بخش سلامت و لابی‌گری‌های صنفی و سیاسی نیز بر این مسئله دامن خواهد زد. از سوی دیگر، تغییر شرایط سیاسی به سمت افزایش استفاده از شواهد در تصمیم‌گیری‌های نظام سلامت و فشار بیشتر برای شفافیت سیاست‌گذاران خواهد رفت؛ زیرا لازمه حرکت در شرایط با عدم قطعیت بالا بهره‌گیری حداکثری از شواهد خواهد بود.



شکل ۸۰: اثرات ناشی از تغییرات سیاسی و اقتصادی بر بخش سلامت

در نتیجه بحران‌های اقتصادی، افزایش شکاف طبقاتی، افزایش پرداخت از جیب مردم و افزایش بیکاری را خواهیم داشت. در نتیجه این عوامل دسترسی مردم به خدمات سلامت محدودتر می‌شود و انتظار می‌رود تا دسترسی به خدمات محدود به برخی مناطق و برخی گروه‌ها در کشور شود. با توجه به نقش مهم فناوری در آینده، افزایش میزان فروش فناوری‌های مرتبط با سلامت را خواهیم داشت. با توجه به محدودیت منابع از یک سو و مشکلات اقتصادی و افزایش تقاضا برای خدمات سلامت از سوی دیگر، می‌توان انتظار این را داشته باشیم که تخصص‌ها و امکانات سلامت تنها در مناطق محدود و خاصی قابل دسترسی باشند. افزایش قیمت دارو و تجهیزات پزشکی و افزایش تورم عمومی بخش سلامت نیز به دنبال تحولات اقتصادی مورد انتظار هستند. بخش سلامت با توجه به تغییرات در اولویت‌های خود (مانند سالمندی و لزوم تخصیص بودجه به آن و یا کاهش نیروی مولد) مجبور به تغییر الگوی تخصیص بودجه خواهد بود.

۱۰-۳-۵- تحلیل اثرات ناشی از تغییرات سیاسی و اقتصادی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن

جدول ۴۳: تحلیل اثرات ناشی از تغییرات سیاسی و اقتصادی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر	نحوه اثرگذاری تغییرات سیاسی و اقتصادی بر بخش سلامت
<p>گسترش مشارکت هدفمند با سایر کشورها در توسعه فناوری‌های سلامت</p> <p>کاهش وابستگی به محصولات فناورانه سایر کشورها</p>	<p>علم و فناوری</p> <p>مطالعات و پروژه‌های تکمیلی</p> <p>قوانین</p> <p>منابع مالی</p> <p>روابط خارجی: شناسایی کشورهای هم‌پیمان با ویژگی‌های زیر و تلاش برای تقویت بستر مشارکت مشترک در زمینه توسعه فناوری، مورد نیاز است:</p> <p>در زمینه یک یا چند حوزه فناوری صاحب دانش باشند دارای تجهیزات، منابع مالی، نیروی انسانی و یا فضای فیزیکی مورد نیاز باشند</p> <p>با برخی از کشورهای پیشرفته و صاحب فناوری روابط خوبی داشته باشند</p>	<p>چالش در صادرات (فروش نفت و محصولات پتروشیمی) با توجه به افزایش تحریم‌ها علیه ایران</p> <p>وابستگی کشور به محصولات فناورانه سایر کشورها</p> <p>چالش مشارکت در رویدادهای بین‌المللی اعم از رویدادهای علمی، فعالیت‌های اقتصادی مشترک با سایر کشورها</p>
<p>تقویت توریسم سلامت</p> <p>تقویت ساختارهای مدیریت بحران جهت افزایش آمادگی</p>	<p>مدیریت بحران برای شرایط جنگ (مبتنی بر شناسایی نقاط با ریسک بالاتر)</p> <p>روابط خارجی</p>	<p>ایجاد ناپایداری در تأمین منابع سلامت</p>

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات سیاسی و اقتصادی بر بخش سلامت
<p>مواجهه با انواع بحران‌ها در کشور</p>	<p>ساختار ارائه خدمت: حرکت به سمت تقویت توریسم سلامت به‌ویژه در مناطق با دارای پتانسیل (مناطق با آب‌وهوای مناسب، وجود فرودگاه‌های بین‌المللی و انواع راه‌های ارتباطی، جاذبه‌های گردشگری و یا سلامتی مانند چشمه‌های آب گرم، لجن درمانی، آب درمانی، نمک‌درمانی و طب سنتی، طبیعت‌گردی، شن زار، حمام‌های گیاهی و خورشید، بیمارستان‌های بین‌الملل، وجود هتل و خدمات استاندارد، تشابه‌های فرهنگی و زبانی و نزدیکی جغرافیایی).</p> <p>در مرحله بعد لازم است تا به تخصیص منابع مالی مناسب، نیروی انسانی ماهر و متخصص، منابع فیزیکی، تجهیزات و زیرساخت‌های مناسب اشاره کرد.</p>	<p>ارائه خدمات در بخش بحران و پیش‌بینی تجهیزات مورد نیاز و راهکار تأمین آن‌ها در مواقع بحران باید مورد توجه قرار گیرد.</p> <p>توجه به راهکارهایی از قبیل دیپلماسی سلامت برای کاهش شدت اثرات تنش‌های سیاسی به بخش سلامت، تقویت مهارت‌های دیپلماسی سلامت در سیاست‌گذاران کشور و متولیان روابط بین‌الملل، شناسایی و استفاده حداکثری از پتانسیل‌های بین‌المللی سازمان‌هایی مانند UNESCO, WHO و... برای تأمین و تقویت ساختارهای ارائه خدمت بخش سلامت در شرایط بحران و شرایط عادی قابل توجه می‌باشند.</p> <p>توجه به پتانسیل‌های منطقه‌ای به‌ویژه مناطق آزاد مانند چابهار و جزیره کیش برای توریسم سلامت و ارزآوری به بخش سلامت می‌تواند کمک‌کننده باشد زیرا شرایط تحریم تلاطم کم‌تری را برای این مناطق به همراه دارد و از سوی دیگر توریسم درمانی صنعتی پرسود برای کشور خواهد بود.</p>	
<p>افزایش نشاط اجتماعی در تمامی گروه‌های اقتصادی اجتماعی</p>	<p>زیرساخت: نیاز به مجموعه مداخلاتی در سطح اجتماع داریم در جهت تقویت زیرساخت‌های فرهنگی داریم که توزیع آن در سطح استان‌ها، شهرها و روستاها متناسب و متوازن باشد</p>	<p>افت شاخص‌های سلامت به دلیل محدود شدن دسترسی مردم به خدمات سلامت به دلیل افزایش پرداخت از جیب و کاهش توان پرداخت، کاهش کیفیت مواد غذایی مصرفی، افزایش تنش و اضطراب، افزایش نرخ بیکاری، افزایش اعتیاد، کاهش آمار ازدواج و... اتفاق می‌افتد که درنهایت موجب افزایش بار بیماری‌های مزمن و غیر واگیر می‌گردد.</p> <p>تقویت مکانیسم‌هایی برای افزایش نشاط اجتماعی و سرگرمی‌های سالم خانوادگی می‌تواند اثرات ناشی از کاهش دسترسی به امکانات رفاهی و سلامت را تا حدی جبران کند. به‌ویژه توزیع عادلانه این امکانات در نقاط شهری و روستایی استان‌ها پیشنهاد می‌گردد. لازم به ذکر است که این مکانیسم‌ها نباید لزوماً پرهزینه و یا گران باشند مانند راه‌اندازی بازی‌های دسته‌جمعی و خانوادگی.</p>	<p>افت شاخص‌های سلامت</p>

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات سیاسی و اقتصادی بر بخش سلامت
<p>حرکت به سمت اقتصاد دانش‌بنیان در بخش سلامت و افزایش پایداری در تأمین منابع مالی در این بخش</p>	<p>علم و فناوری قوانین (مانند قوانین مرتبط با رعایت مالکیت معنوی) زیرساخت حمایت سیاسی نظارت جهت اطمینان از کیفیت محصولات دانش‌بنیان فرهنگ‌سازی در زمینه کیفیت، کار تیمی، خودباوری و وجدان کاری نیروی انسانی (با مهارت و تخصص مناسب)</p>	<p>قرار گرفتن در شرایط تحریم می‌تواند فرصت مناسبی برای حرکت به سمت اقتصاد دانش‌بنیان در بخش سلامت و کاهش وابستگی این بخش به فروش نفت باشد. از سوی دیگر تقویت شرکت‌های دانش‌بنیان داخل کشور (به‌ویژه در زمینه تولید دارو و تجهیزات پزشکی) با تدوین برنامه‌های مناسب و حمایت‌های سیاسی می‌تواند فرصت خوبی برای شکوفایی داخلی این حوزه باشد. این مسئله مستلزم در نظر گرفتن منابع مورد نیاز به‌ویژه نیروی انسانی ماهر و متخصص است؛ اما این مسئله به‌تنهایی کافی نیست و باید ساختارهای نظارتی مناسب داخلی برای اطمینان از کیفیت مناسب محصولات و اثربخشی فعالیت‌های داخلی وجود داشته باشد. فرهنگ‌سازی مناسب به‌ویژه در زمینه کیفیت، کار تیمی، خودباوری، وجدان کاری و ... نیاز است.</p>	<p>حرکت به سمت اقتصاد دانش‌بنیان و کاهش وابستگی به فروش نفت و ارتقا کیفیت محصولات تولید داخل</p>
<p>حرکت به سمت کسب سیادت علمی، مرجع شدن و شاخص شدن در حوزه‌های استراتژیک سلامت</p>	<p>علم و فناوری: حرکت به سمت مرجعیت علمی در چهار سطح سیادت علمی، مرجع شدن سازمانی، مرجعیت فردی و حوزه‌ای مطالعات و پروژه‌های تکمیلی نقشه راه مرجعیت علمی تدوین برنامه مناسب برای تقویت شایستگی‌های مورد نیاز نیروی انسانی آینده مطالعات و پروژه‌های تکمیلی اجماع نظر و توافق آرا روی مفاهیم مرتبط با مرجعیت علمی شامل تعریف، الزامات و ... تدوین معیارها و شاخص‌های مناسب برای شناسایی افراد، سازمان‌ها و حوزه‌های مرجع و یا دارای پتانسیل برای مرجع شدن تدوین برنامه مناسب برای هدایت افراد و سازمان‌ها در مسیر حرکت به سمت مرجعیت علمی پیش‌بینی و تخصیص منابع مورد نیاز (شامل قوانین، منابع مالی، فیزیکی و ...)</p>	<p>مفاهیمی مانند مرجعیت علمی سال‌هاست که در کشور مطرح شده است. مرجعیت علمی در چهار سطح سیادت علمی، مرجع شدن سازمانی، مرجعیت فردی و حوزه‌ای امکان‌پذیر است و برای اینکه تحقق این امر در راستای رفع نیازهای آینده بخش سلامت و کشور اتفاق بیفتد، لازم است تا نقشه راهی برای این امر در نظر گرفته شود. در نقشه راه، تمامی منابع در محور زمان پیش‌بینی شود. زیرساخت‌هایی هم برای تحقق این مسئله لازم است از جمله: اجماع نظر و توافق آرا روی مفاهیم مرتبط با مرجعیت علمی شامل تعریف، الزامات و ... تدوین معیارها و شاخص‌های مناسب برای شناسایی افراد، سازمان‌ها و حوزه‌های مرجع و یا دارای پتانسیل برای مرجع شدن تدوین برنامه مناسب برای هدایت افراد و سازمان‌ها در مسیر حرکت به سمت مرجعیت علمی پیش‌بینی و تخصیص منابع مورد نیاز (شامل قوانین، منابع مالی، فیزیکی و ...)</p>	<p>فرصت</p> <p>حرکت به سمت کسب سیادت علمی، مرجع شدن و شاخص شدن در حوزه‌های استراتژیک سلامت</p>

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات سیاسی و اقتصادی بر بخش سلامت
		تدوین برنامه مناسب برای تقویت شایستگی‌های مورد نیاز نیروی انسانی آینده	
تقویت روابط مبتنی بر دیپلماسی سلامت در روابط بین‌المللی	<p>روابط خارجی</p> <p>تلاش برای استفاده بیشتر از پتانسیل‌های بین‌المللی و همکاری‌های مشترک با سازمان‌هایی مانند سازمان جهانی بهداشت</p> <p>تقویت روابط مبتنی بر دیپلماسی سلامت با کشورهای که این امکان در نوع ارتباط ایران با آن‌ها وجود دارد و تشکیل اتحادیه‌هایی با برخی کشورهای مشترک‌المنافع و هم‌پیمان</p>	وجود برخی نقاط قوت در ارتباط با سازمان‌هایی نظیر WHO تقویت روابط مبتنی بر دیپلماسی سلامت با کشورهای که این امکان در نوع ارتباط ایران با آن‌ها وجود دارد و تشکیل اتحادیه‌هایی با برخی کشورهای مشترک‌المنافع و هم‌پیمان	پتانسیل‌های فعلی کشور در استفاده از فرصت‌هایی که تغییرات سیاسی و اقتصادی فراهم می‌آورد
	<p>علم و فناوری</p> <p>روابط خارجی (دیپلماسی و تحریم‌ها)</p> <p>تجهیزات (درمانی، تشخیصی و دارو)</p>	وجود ساختار جزیره‌ای مرجعیت علمی و هم‌پوشانی میان وظایف متولیان اصلی ضعف در دیپلماسی سلامت وجود تحریم‌های شدید علیه ایران و ناآرامی‌های منطقه چالش در تأمین دارو و تجهیزات درمانی، تشخیصی و دارو عدم دسترسی به تازه‌های علم و فناوری در بخش سلامت نقش بسیار کم حوزه سلامت در تأمین منابع خود وابستگی آن به بودجه عمومی دولت عدم اجراء شدن مفاهیمی مانند کارآفرینی، خلق ثروت و نظام ملی نوآوری (فقط در سطح تئوری و ایده در ساختار آموزش، پژوهش و فناوری بخش سلامت وارد شده‌اند)	نقاط ضعف فعلی کشور در استفاده از فرصت‌ها و اجتناب از تهدیدهایی که تغییرات سیاسی و اقتصادی ایجاد می‌کنند.

تغییرات دموگرافیک

افزایش میانگین سنی جامعه با توجه به الگوهای گذشته جمعیت در باروری، با قطعیت بالا در آینده رخ خواهد داد. از یک سو تعداد سالمندان افزایش می‌یابد و از سوی دیگر با رشد فناوری و افزایش امید به زندگی، تعداد سال‌های عمر با ناتوانی افزایش خواهد یافت. با توجه به گران بودن فناوری‌های نوین در زمینه بازتوانی، شناسایی و سرمایه‌گذاری بر روی فناوری‌های ارزان قیمت آینده، مانند استفاده از پرینترهای سه‌بعدی در ساخت اعضا مصنوعی بدن، کمک‌کننده خواهد بود. با توجه به بالا بودن نسبت نیروی مولد به جمعیت سالمند، نرخ سرباری افزایش خواهد داشت. با توجه به سالمند بودن جمعیت آینده، نرخ باروری نیز کاهش خواهد یافت و بدون مداخله و با توجه به تأثیر نرخ جانشینی جمعیت، این الگو در آینده بلندتری نیز ادامه خواهد یافت.

در نتیجه سالمندی، بار بیماری‌های مزمن مرتبط با آن مانند دیابت، بیماری‌های قلبی و عروقی، پرفشاری خون، انواع سرطان به‌ویژه سرطان‌های گوارشی افزایش خواهد یافت. این مسئله خود یکی از عامل‌های گذر در اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در آینده خواهد بود. با توجه به روند سالمندی در جامعه، نیاز به خدمات ویژه سالمندان، مراکز تفریحی و برنامه‌های جمعی مرتبط با سالمندی افزایش خواهد یافت. تکریم جایگاه سالمندان در جامعه و تبدیل الگوی فکری نسبت به سالمندی از یک فرد ناتوان و سربار به یک فرد ارزشمند و باتجربه برای جامعه، از بسیاری از چالش‌های سالمندی در جامعه جلوگیری خواهد کرد.

سالمندی از یک سو و کم جمعیت بودن خانواده‌ها موجب می‌شود تا امکان نگهداری از سالمندان در منزل با چالش روبه‌رو باشد. توسعه فناوری‌های توانمندساز برای نگهداری از سالمندان در کنار تقویت مراکز نگهداری از سالمندان با در نظر گرفتن تمامی نیازهای آینده، مورد نیاز خواهد بود.

۱۰-۳-۶- تحلیل اثرات ناشی از تغییرات دموگرافیک بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن

جدول ۴۴: تحلیل اثرات ناشی از تغییرات دموگرافیک بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات دموگرافیک بر بخش سلامت	
<p>اولویت‌پیشگیری نسبت به درمان توانمندسازی سالمندان آینده</p>	<p>علم و فناوری (یکی از نیازهای فناورانه، فناوری‌های مرتبط با سالمندی است. حوزه دیگر نیز فناوری‌های کمک‌کننده برای پیشگیری است مانند انواع سنسورها و...)</p> <p>منابع مالی لازم است تا بودجه مشخص و یا منبع مالی مشخصی برای تأمین هزینه‌های مرتبط با مراقبت‌های سالمندی را در نظر بگیریم.</p> <p>زیرساخت فرهنگ‌سازی لازم در راستای توانمندسازی سالمندان، خودباوری و البته اولویت‌پیشگیری نسبت به درمان لازم است</p>	<p>بالا رفتن میانگین سنی جمعیت نیز یکی از عوامل بالا رفتن هزینه‌های سلامت است. از یک‌سو نیروی مولد کاهش می‌یابد و از سوی دیگر به دلیل گران بودن فناوری‌های نوین است. از این نظر که ممکن است دسترس به این قبیل فناوری‌ها صرفاً محدود به قشر محدودی از جامعه با توان اقتصادی مناسب باشد، توجه به ملاحظات هزینه‌اثربخشی در تعیین اولویت‌های توسعه فناوری سلامت کشور لازم به نظر می‌رسد. همچنین در اولویت قرار گرفتن پیشگیری در مقایسه با درمان یک راهکار مؤثر و لازم برای مواجهه با سالمندی و البته کاهش هزینه‌های سلامت است. افزایش سهم بودجه مورد نیاز برای مراقبت‌های مرتبط با سالمندی در طول زمان را باید در برآورد بودجه‌های قابل اختصاص به سایر بخش‌ها مانند آموزش و... و در برنامه‌ریزی برای تخصیص منابع در نظر گرفت. راهکارهای بلندمدت مانند فرهنگ‌سازی و توانمندسازی سالمندان به‌ویژه در برنامه‌های فرهنگی باید مورد توجه قرار گیرد.</p>	<p>بالا رفتن هزینه‌های سلامت</p>	<p>تأثیر بر بخش سلامت از نوع ایجاد تهدید</p>
<p>راه‌اندازی نظام پژوهش‌های سلامت با تأکید بر تمرکز ملی در نظام پژوهش</p>	<p>مطالعات و پروژه‌های تکمیلی تدوین و راه‌اندازی نظام پژوهش‌های سلامت با هدف اصلی احصا و رفع اولویت‌های پژوهش ملی</p> <p>تجهیزات</p>	<p>شناسایی حوزه‌های مورد نیاز و به‌ویژه نیازهای پژوهشی کشور در راستای پاسخ به نیازهای آینده از قبیل بیماری‌های غیر واگیر و مزمن را باید در دستور کار قرار داد. در کنار پژوهش، برنامه‌ریزی‌های بلندمدت مرتبط با فناوری‌های مرتبط با بیماری‌ها از قبیل دارو و تجهیزات را لازم است در نظر گرفت. لازم است تا بار بیماری‌های مرتبط با سالمندی با توجه به سبک زندگی و سایر عوامل مؤثر بر بیماری‌های سالمندی در جمعیت سالمندان بالقوه آینده را شناسایی و در برآورد فناوری‌ها، نیروی انسانی مورد نیاز، تجهیزات، دارو و انواع خدمات مورد توجه قرار گیرد.</p>	<p>افزایش بار بیماری‌های مزمن</p>	

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات دموگرافیک بر بخش سلامت	
	شناسایی و برنامه‌ریزی برای تجهیزات (درمانی، تشخیصی، پیشگیری و دارو) علم و فناوری شناسایی نیازهای فناورانه، جهت‌دهی فعالیت‌های علمی و پژوهشی			
تقویت مهارت نیروی انسانی بخش سلامت با توجه به نیازهای آینده	قوانین زیرساخت (فرهنگی): اولویت پیشگیری نسبت به درمان- سالمندان سالم‌تر این روند را تعدیل می‌کنند. مطالعات و پروژه‌های تکمیلی برای برنامه‌ریزی‌های مرتبط با نیروی انسانی	افزایش نسبت جمعیت سالمند به جمعیت مولد را باید در برنامه‌ریزی‌های مرتبط با نیروی انسانی و وضع قوانین مرتبط (مانند سن بازنشستگی و سایر قوانین مرتبط با آن) در نظر گرفت.	افزایش نرخ سرباری	
اولویت پیشگیری نسبت به درمان کاهش عدم تقارن اطلاعاتی بین گروه‌های هدف مختلف در بخش سلامت افزایش شفافیت در اطلاعات، اجرای قوانین و تخصیص منابع بخش سلامت	زیرساخت اولویت پیشگیری نسبت به درمان علم و فناوری تولید محتواهای آموزشی برای ارتقا آگاهی گیرندگان خدمت و کاهش عدم تقارن اطلاعاتی، تقویت پژوهش‌های مرتبط با هدف ارتقا کیفیت زندگی قوانین	توسعه و رشد فناوری با بهبود خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی به تقویت کیفیت زندگی و افزایش امید به زندگی کمک می‌کند. اما اینکه چقدر بتوانیم به این افزایش امیدوار باشیم به سایر عوامل مانند قیمت تمام‌شده خدمات سلامت، به توان پرداخت مردم و... بستگی دارد. در هر صورت انتظار می‌رود تا با دستاوردهای فناورانه، مانند ساخت داروهای جدید و ... میانگین امید به زندگی در سطح جهانی افزایش یابد. نکته‌ای که وجود دارد کیفیت سال‌های افزایش یافته زندگی با فناوری در ایران و عدالت در دسترسی به این قبیل فناوری‌ها است.	کیفیت زندگی	

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات دموگرافیک بر بخش سلامت	
	اصلاح قوانین مرتبط با بیمه‌ها، تعرفه‌ها، مالیات و... در جهت تشویق اولویت‌بندی پیشگیری نسبت به درمان			
شناسایی اولویت‌های پژوهشی سلامت با تکیه بر چالش‌های آینده این بخش مشارکت بین بخشی در راستای پاسخ پیش‌گویانه به چالش‌های آینده بخش سلامت	علم و فناوری نیروی انسانی	رشد فناوری زمینه رشد و تجاری‌سازی ایده‌های مختلف بر پایه فناوری را افزایش می‌دهد. بازار داخل را می‌توان تعداد سالمندان آینده در نظر گرفت؛ بنابراین انتظار می‌رود تا تقاضا برای دریافت انواع خدمات سالمندی در آینده افزایش یابد؛ و به همین نسبت نیاز به نیروی انسانی متخصص برای ارائه خدمات سالمندی نیز باید مورد توجه قرار گیرد. همچنین بازار برای فناوری‌های مرتبط با انواع بیماری‌های مرتبط با سالمندی از جمله فناوری‌های تشخیصی (مانند سنسورها) برای سرمایه‌گذاری وجود خواهد داشت. توجه به فناوری‌های مرتبط با بارداری (به‌ویژه برای سنین بالاتر از ۴۰ سال برای خانم‌ها) می‌تواند یکی از فرصت‌های مناسب برای مواجهه با الگوی پیری جمعیت باشد.	افزایش سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت و تجاری‌سازی ایده‌های مرتبط با سالمندی	تأثیر بر بخش سلامت از نوع ایجاد فرصت
استفاده از پتانسیل بخش خصوصی در استفاده از مدل‌های کسب و کار نوآورانه در بخش سلامت	زیرساخت منابع مالی (استفاده از پتانسیل‌های بخش خصوصی در آموزش و تأمین نیروی انسانی با مهارت) (استفاده از پتانسیل بخش خصوصی در استفاده از مدل‌های کسب‌وکار نوآورانه جهت سرمایه‌گذاری در حوزه مرتبط با سالمندان)	در نظر گرفتن بخش خصوصی به‌ویژه در توسعه فناوری‌های سالمندی و یا تجهیزات تشخیصی و نظارتی در کنترل بیماری‌های مزمن در برنامه آمایش سلامت می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.	افزایش مشارکت بخش خصوصی	
تقویت تمرکز در قانون‌گذاری با توجه به برخی روندهای با قطعیت بالا (مانند سالمندی)	قوانین زیرساخت تقویت تمرکز در قانون‌گذاری با توجه به برخی روندهای با قطعیت بالا مانند سالمندی	افزایش توجه قوانین و مقررات به حوزه سلامت به سالمندان وجود برخی پتانسیل‌ها در زمینه ارائه خدمات سالمندی در کشور وجود ساختارهای قابل قبول در حوزه آموزش وجود فرهنگ حمایت از سالمندان خانواده	پتانسیل‌های فعلی کشور در استفاده از فرصت‌هایی که تغییرات دموگرافیک فراهم می‌آورد	

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات دموگرافیک بر بخش سلامت
	<p>تقویت هر چه بیشتر فرهنگ مراقبت از سالمندان در خانه و تأکید بر برخی تعالیم دینی</p>		
	<p>زیرساخت (فرهنگی، نیروی انسانی، آموزش) منابع مالی علم و فناوری</p>	<p>زیرساخت‌های ناکافی برای ارائه خدمات سالمندی عدم تطابق ظرفیت‌ها، تعریف و اولویت ر شته‌های علوم پزشکی در راستای پاسخ به نیاز سالمندان عدم آمادگی زیرساختی برای ارائه خدمات مرتبط برنامه‌ریزی نسبتاً ضعیف نیروی انسانی عدم وجود زیرساخت‌های اقتصادی برای جذب سرمایه‌گذاری در فناوری‌های سالمندی و بیماری‌های مزمن</p>	<p>نقاط ضعف فعلی کشور در استفاده از فرصت‌ها و اجتناب از تهدیدهایی که تغییرات دموگرافیک ایجاد می‌کند.</p>

تغییرات اجتماعی

از جمله روندهای غالب در تغییرات اجتماعی می‌توان به تغییرات سبک زندگی، تغییرات فرهنگی و ارزشی، تغییر بنیان‌های خانواده، کاهش سرمایه اجتماعی و افزایش سطح سواد و انتظارات جامعه اشاره کرد. تغییرات سبک زندگی به‌ویژه افزایش شهرنشینی، پررنگ شدن جایگاه زنان در مشاغل بیرون از خانه، افزایش اختلالات روانی ناشی از زندگی شهری مانند افسردگی و انواع اضطراب‌ها، تغییر بنیان‌های خانواده از قبیل همسان‌گرایی، تک‌والدی شدن خانواده‌ها، ازدواج سفید، محدود شدن روابط خانوادگی و افزایش طلاق عاطفی گسترش خواهد یافت. تغییر بنیان‌های خانواده خود عاملی برای تشدید رفتارهای پرخطر مانند روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده، گرایش به استفاده از انواع مختلفی از مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، مصرف الکل، سیگار و تنباکو را افزایش می‌دهد. این‌گونه رفتارها ریسک فاکتور بسیاری از بیماری‌های واگیر و غیر واگیر است.

روند تغییرات ارزشی در نظام سلامت، باعث افزایش ریسک فاکتورهای سلامت، افت شاخص‌های مرتبط با سلامت جامعه، افزایش هزینه‌های سلامت و در نتیجه کاهش منابع مالی در دسترس می‌گردد. تضعیف اخلاق حرفه‌ای و ارجحیت یافتن منافع شخصی، علاوه بر چالش‌هایی که به آن‌ها اشاره شد، موجب کاهش اعتماد جامعه به تصمیم‌ها و خدمات می‌شود. این بی‌اعتمادی در قالب کاهش سرمایه اجتماعی، موجب می‌شود تا تقاضا برای دریافت خدمات در خارج از کشور افزایش یابد که با توجه به بالا بودن هزینه آن، تنها قشر محدودی از مردم توانایی دسترسی به این قبیل خدمات را خواهند داشت که در کنار چالش‌های اقتصادی و معیشتی این امر خود به کاهش اعتماد عمومی دامن می‌زند.

اعتماد اجتماعی در زندگی امروز ایرانیان کاهش محسوسی پیدا کرده و سرمایه اجتماعی درون‌گروهی که بیش از سرمایه اجتماعی بین‌گروهی بوده است نیز، بیش از پیش در حال فرسایش و تقلیل است؛ بنابراین، با توجه به روند رو به افول برخی شاخص‌های سرمایه اجتماعی در کشور، این پدیده می‌تواند تبعات ناگواری برای نظام سلامت کشور به دنبال داشته باشد. با توجه به تأثیر قابل توجه عوامل اجتماعی بر سلامت، تقویت عوامل مؤثر نظیر سرمایه اجتماعی اهمیت فراوانی در سال‌های آتی خواهد داشت.

الگوی افزایش سطح سواد و انتظارات جامعه در آینده و با شیب بیشتری نسبت به الآن، افزایش خواهد یافت. دستاوردهای فناوریانه به‌ویژه گسترش شبکه‌های اجتماعی، دسترسی به اینترنت و افزایش کاربران فضای مجازی از یک سو، موجب تقویت سواد سلامت در عموم جامعه، اطلاع‌رسانی‌های مرتبط با سلامتی، اصلاح و تغییر عادات نادرست و از سوی دیگر موجب افزایش تقاضا برای طیف متنوعی از خدمات سلامت می‌شود. این روند به افزایش مشارکت عموم جامعه در استفاده از خدمات از راه دور و تسهیل در پیاده‌سازی عمومی آن در کشور کمک می‌کند.

خطر انتشار اطلاعات نادرست مرتبط با سلامت نیز افزایش می‌یابد که همزمان با افزایش سواد رسانه این چالش کم‌رنگ‌تر می‌شود اما با ارائه پلتفرم‌ها و پوستره‌های جدید ارائه اطلاعات به‌طور همزمان، خطر مواجهه مردم با اطلاعات نادرست و عواقب ناشی از آن، وجود خواهد داشت.

غالب شدن دیدگاه «کالایی بودن سلامت»، به‌ویژه در میان ارائه‌دهندگان خدمات افزایش می‌یابد. با توجه به چالش‌های اقتصادی، انتظار می‌رود یک راهکار برای آینده خصوصی‌سازی و خلق ثروت دانشگاه‌ها باشد. در موردی که این رویکرد بر پایه «کالایی بودن نگاه سلامت» و نه افزایش رفاه مردم غالب گردد، چالش‌های متعددی به‌ویژه با افت شاخص‌های سلامت در جامعه مواجه خواهیم شد. افزایش شکاف نسلی می‌تواند به تعارضات میان گروه‌های مختلف تصمیم‌گیر، ارائه‌دهنده خدمت و مدیران سلامت منجر شود.

۱۰-۳-۷- تحلیل اثرات ناشی از تغییرات اجتماعی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن

جدول ۴۵: تحلیل اثرات ناشی از تغییرات اجتماعی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر	نحوه اثرگذاری تغییرات اجتماعی بر بخش سلامت	
<p>تقویت زیست‌بوم‌های مناطق روستایی و پتانسیل‌های گردشگری و صنایع‌دستی به‌ویژه با هدف توانمندسازی روستاها و تولید ثروت در آنها</p> <p>تغییر الگوی توسعه شهری به سمت شهر سبز یا الگوی توسعه افقی به‌جای عمودی</p> <p>بازطراحی سیستم‌های حمل و نقل در جهت افزایش تحرک، کاهش آلودگی هوا و صوتی</p> <p>افزایش امکانات تفریحی و فرهنگی عمومی توزیع آن در تمام مناطق شهری و روستایی</p> <p>تقویت کسب‌وکارهای محلی به‌ویژه در مناطق روستایی</p>	<p>زیرساخت</p> <p>الگوی توسعه شهری به سمت شهر سبز با الگوی توسعه افقی به‌جای عمودی پیش‌رود (که خود عامل مهمی در کاهش هزینه‌های مسکن است).</p> <p>بازطراحی سیستم حمل و نقل به‌گونه‌ای که موجب افزایش تحرک و کاهش آلودگی‌های هوا و صوتی شود.</p> <p>تعبیه ساختارهای نوآورانه در جهت افزایش امکانات تفریحی و فرهنگی عمومی توزیع آن در تمام مناطق شهری و روستایی</p> <p>تقویت زیست‌بوم‌های مناطق روستایی و پتانسیل‌های گردشگری و صنایع‌دستی به‌ویژه باهدف توانمندسازی روستاها و تولید ثروت در آنها</p> <p>قوانین</p> <p>وضع قوانین حمایتی مانند انواع وام‌های کم‌بهره و دیر بازده برای راه‌اندازی کسب‌وکارهای محلی به‌ویژه در مناطق روستایی</p> <p>تجهیزات</p> <p>توزیع عادلانه و بهبود دسترسی به خدمات سلامت به‌ویژه با مکانیسم‌های کم‌هزینه‌تر مانند تله‌مدیسن</p>	<p>یکی از پیامدهای تغییر سبک زندگی، افزایش شهرنشینی است. تغییر ساختارهای شهری به سمت شهر سبز و مدیریت سیستم حمل‌ونقل به‌گونه‌ای که تسریع‌کننده در افزایش تحرک باشد برنامه بسیاری از کشورهای توسعه یافته در فعالیتهای آمایشی است. انتظار می‌رود تا با این کار علاوه بر کاهش تنش‌ها و اضطراب‌های ناشی از افزایش شهرنشینی، موجب تقویت نشاط اجتماعی نیز گردد.</p> <p>تقویت زیست‌بوم‌های مناطق در قالب برنامه‌ریزی‌های شهری بر اساس ماهیت هر زیست‌بوم، علاوه بر تقویت پتانسیل‌های گردشگری استان‌ها، در درآمدزایی استان‌ها نیز مؤثر خواهد بود.</p> <p>تقویت زیست‌بوم‌های روستایی و پتانسیل‌های گردشگری آن‌ها با رعایت ملاحظات زیست‌محیطی، می‌تواند منبع درآمد خوبی برای روستایی‌ها باشد تا به‌عنوان منبع کسب درآمد یا انگیزه از مهاجرت به شهرها جلوگیری کند. توسعه مناطق گردشگری روستایی و بوم‌گردی‌ها، تقویت صنایع دستی بومی و عرضه ملی و بین‌المللی آن‌ها نیز پیشنهاد می‌شود. وضع قوانین حمایتی مانند انواع وام‌های کم‌بهره و دیر بازده برای راه‌اندازی کسب‌وکارهای محلی بسیار کمک‌کننده خواهد بود.</p>	<p>افزایش شهرنشینی</p> <p>تهدید</p>

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات اجتماعی بر بخش سلامت
	<p>منابع مالی تخصیص منابع مالی لازم برای تقویت مناطق روستایی و بازطراحی الگوی توسعه شهری</p>		
<p>در نظر گرفتن تفاوت‌های مربوط به مردان و زنان در وضع قوانین (مانند قوانین کار) و قوانین حمایتی برای زنان</p> <p>طراحی الگوی جدید ارائه خدمات مشاوره‌ای ویژه زنان</p>	<p>قوانین در نظر گرفتن تفاوت‌های مربوط به مردان و زنان در وضع قوانین (مانند قوانین کار) و قوانین حمایتی برای زنان</p> <p>طراحی الگوی جدید ارائه خدمات مشاوره‌ای ویژه زنان در امور اجتماعی، اقتصادی، سلامت خانواده و ... مانند شبکه‌های اجتماعی تعریف‌شده و اطلاع‌رسانی شده، آموزش‌ها و مشاوره‌های مجازی و ...</p>	<p>در نظر گرفتن تفاوت‌های مربوط به مردان و زنان در وضع قوانین (مانند قوانین کار) و قوانین حمایتی برای زنان از افزایش تنش‌های زنان می‌کاهد. افزایش حضور زنان در محیط‌های کاری باعث می‌شود تا سایر نقش‌های آن‌ها به‌ویژه نقش مادری دچار چالش شود. هم‌چنان‌که نشانه‌های این تغییر آغاز شده است. عدم تمایل زنان برای فرزندآوری در کنار عوامل اقتصادی، در بسیاری از محدودیت‌های اجتماعی و کاری نیز ریشه دارد.</p>	<p>افزایش حضور زنان در بازار کار</p>
<p>افزایش نشاط اجتماعی در تمامی گروه‌های اقتصادی اجتماعی</p>	<p>زیرساخت فرهنگی- تعبیه مکانیسم‌های مبتنی بر بازی‌سازی برای تقویت ارتباطات افراد در خانواده که ارزان و در دسترس باشند، تقویت نشاط اجتماعی</p> <p>منابع مالی تخصیص منابع مالی مناسب به فعالیت‌های فرهنگی با هدف ارتقا شاخص‌های نشاط اجتماعی، توسعه امکانات فرهنگی</p>	<p>با توجه به تغییرات سبک زندگی انتظار می‌رود تا این عوامل بیشتر از پیش تشدید یابند. اجرای برنامه‌های دسته‌جمعی و عمومی جهت افزایش نشاط اجتماعی، تقویت ارتباطات والدین و فرزندان، ارائه محتواهای آموزشی هدفمند و ... پیشنهاد می‌شود. تقویت امکانات تفریحی و رفاهی استان‌ها نیز با تقویت نشاط اجتماعی و خانواده می‌تواند مانع بزرگی برای رفتارهای پرخطر و اعتیاد باشد. از جمله ویژگی‌های پیشنهادی برای سرگرمی‌ها، دسته‌جمعی و تیمی بودن، نشاط‌آور بودن، هدفمند بودن و در دسترس بودن است. در صورت هم‌گیر شدن این سرگرمی‌ها هزینه‌های مرتبط با بسیاری از چالش‌ها و معضلات مانند اعتیاد، افسردگی، طلاق و ... را کاهش می‌دهد.</p>	<p>تغییر بنیان‌های خانواده از قبیل همسان‌گرایی، تک‌والدی شدن خانواده‌ها، ازدواج سفید، محدود شدن روابط خانوادگی و افزایش طلاق عاطفی</p> <p>تشدید رفتارهای پرخطر مانند روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده، گرایش به استفاده از انواع مختلفی از مواد مخدر و روان‌گردان‌ها، مصرف الکل، سیگار و تنباکو</p>
<p>تقویت اخلاق حرفه‌ای و فرهنگ سازمانی در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت</p>	<p>قوانین و تجهیزات</p>	<p>دو مکانیسم اصلی برای کاهش اثرات و کنترل این روند پیشنهاد می‌شود. ۱- افزایش مکانیسم‌های نظارتی و وضع قوانین بازدارنده که تا حد ممکن امکان سوءاستفاده‌های شخصی را کاهش دهد. ۲-</p>	<p>تضعیف اخلاق حرفه‌ای و ارجحیت یافتن منافع شخصی</p>

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات اجتماعی بر بخش سلامت
	<p>افزایش مکانیسم‌های نظارتی و وضع قوانین بازدارنده که تا حد ممکن امکان سو استفاده‌های شخصی را کاهش دهد.</p> <p>فرهنگی</p> <p>تقویت فرهنگ‌سازمانی، وجدان کاری و اخلاق در آموزه‌های پیش از ورود به مدرسه، آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها با برنامه زمانی بلندمدت و مشارکت بین بخشی تمامی متولیان امور آموزشی و فرهنگی دارد.</p>	<p>تقویت فرهنگ سازمانی، وجدان کاری و اخلاق در آموزه‌های پیش از ورود به مدرسه، آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها. این گزینه نیاز به برنامه زمانی بلندمدت و مشارکت بین بخشی تمامی متولیان امور آموزشی و فرهنگی دارد.</p>	
<p>کاهش عدم تقارن اطلاعاتی بین گروه‌های هدف مختلف در بخش سلامت</p> <p>کاهش عدم تقارن اطلاعاتی بین گروه‌های هدف مختلف در بخش سلامت</p>	<p>علم و فناوری و فرهنگ‌سازی</p> <p>آموزش و ارتقا سطح آگاهی‌های مردم جامعه شناسایی فناوری‌های مبتنی بر پیشگیری و استفاده از مکانیسم‌های نوآورانه مانند بازی‌سازی به‌منظور ترویج پیگیری و اولویت آن نسبت به درمان</p> <p>علم و فناوری و مطالعات و پروژه‌های تکمیلی</p> <p>لازم است تا بخش سلامت اولویت‌های پژوهشی خود را مبتنی بر نیازهای آینده اعم از الگوی ارائه خدمت، شرایط نیروی انسانی و صلاحیت‌های مورد نیاز، الگوی بیماری‌ها، فناوری‌های مورد نیاز و هزینه اثربخش و... را شناسایی و به‌عنوان اولویت‌های ملی پژوهش‌های سلامت در دستور کار خود قرار دهد.</p>	<p>تغییرات ناشی از سبک زندگی شامل کمبود تحرک، تغذیه ناسالم، تنش‌های عصبی و... موجب تغییر الگوی بیماری‌ها می‌شود. افزایش بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، فشارخون و زوال عقل خواهیم داشت. همچنین انتظاری می‌رود تا بیماری‌های مرتبط با شاخه آنکولوژی نیز به واسطه تشدید ریسک فاکتورهای انواع سرطان‌ها افزایش یابد. افت شاخص‌های مرتبط با سلامت روان و افزایش افسردگی به‌واسطه تغییرات شرایط زندگی تشدید می‌شود.</p> <p>برای تغییر الگوی بیماری‌ها، افزایش بیماری‌های غیرواگیر را در کوتاه‌مدت و میان‌مدت شاد خواهیم بود و این در حالی است که افزایش الگوی بار بیماری‌های عفونی و واگیر در بلندمدت دور از انتظار نیست.</p> <p>در مجموع به نظر می‌رسد که لازم است تا بخش سلامت اولویت‌های پژوهشی خود را مبتنی بر نیازهای آینده اعم از الگوی ارائه خدمت، شرایط نیروی انسانی و صلاحیت‌های مورد نیاز، الگوی بیماری‌ها، فناوری‌های مورد نیاز و هزینه اثربخش و... را شناسایی و به‌عنوان اولویت‌های ملی پژوهش‌های سلامت در دستور کار خود قرار دهد. برای این منظور انجام یک مطالعه</p>	<p>گذار اپیدمیولوژیک</p>

راهبردها	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات اجتماعی بر بخش سلامت	
		آینده‌نگاری پژوهش سلامت می‌تواند به شناسایی این اولویت‌ها و اصلاحات در ساختار پژوهش علوم پزشکی را پیشنهاد دهد.		
افزایش شفافیت در اطلاعات، اجرای قوانین و تخصیص منابع بخش سلامت	حرکت در جهت افزایش شفاف‌سازی و ارتقا آگاهی مردم در خصوص مراقبت‌های سلامت و اولویت‌پیشگیری نسبت به درمان با استفاده از فناوری‌های مناسب، نیروی انسانی آموزش‌دیده و اصلاح برخی قوانین و مکانیسم‌های نظارتی	افزایش مطالبه‌گری مردم زمینه را برای افزایش شفافیت در دسترسی به اطلاعات مرتبط با سلامت و افزایش پاسخگویی و ارتقا کیفیت خدمات سلامت فراهم می‌آورد.	افزایش سطح انتظارات و سواد مردم	تأثیر بر بخش سلامت از نوع ایجاد فرصت
استفاده از بسترهای فناورانه برای اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی لازم در بخش سلامت به‌ویژه در راستای مواجهه با چالش‌های آینده این بخش مانند سالمندی	علم و فناوری تقویت بسترهای موجود علم و فناوری در جهت اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی	وجود بستر فناوری در کشور جهت اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی	پتانسیل‌های فعلی کشور در استفاده از فرصت‌هایی که رشد فناوری فراهم می‌آورد	
استفاده از بسترهای فناورانه برای اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی لازم در بخش سلامت به‌ویژه در راستای مواجهه با چالش‌های آینده این بخش مانند سالمندی	علم و فناوری تقویت بسترهای موجود علم و فناوری در جهت اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی ارتقا فرهنگ سازمانی در زمینه شفافیت و اطلاع‌رسانی	عدم وجود مکانیسم تأییدشده جایگزین مورد اعتماد مردم جهت مراجعه (بسیاری از مردم اطلاعات خود را از شبکه‌های اجتماعی دریافت می‌کنند) مشکلات فرهنگی مقاومت در برابر شفافیت عدم وجود داده مناسب مرتبط و یکپارچه مشکلات فرهنگی در ارائه‌دهندگان و گیرندگان مشکل در نظام پرداخت‌های مبتنی بر کیفیت اعتماد پایین مردم ضعف در اخلاق حرفه‌ای ضعف در ارتباط با جامعه از طریق مکانیسم‌های مختلف و جلب مشارکت نمایندگان مورد اعتماد مردم		نقاط ضعف فعلی کشور در استفاده از فرصت‌ها و اجتناب از تهدیدهایی که رشد فناوری ایجاد می‌کند.

چالش‌های زیست‌محیطی و تغییرات محیط‌زیست

چالش‌های زیست‌محیطی در آینده شدت بیشتری خواهند گرفت و نمود بسیاری از سوء مدیریت‌های گذشته، به‌ویژه در حوزه مدیریت منابع آب (آب‌های زیرزمینی، سطحی، ذخایر فسیلی منابع آب و...) در آینده نزدیک با خشک شدن ذخایر تجدیدنپذیر، نشست زمین و از بین رفتن زیست‌بوم‌های منطقه‌ای شدت خواهد گرفت. از آنجا که محیط‌زیست مانند یک سیستم بسته، بار تغییراتی که به آن وارد می‌شود را سریعاً به تمام اجزا خود منتقل می‌کند، انتظار می‌رود تا چالش‌های ایجاد شده در گستره وسیعی نمود پیدا کند. از سوی دیگر افزایش ریزگردها، آلودگی‌های مواد غذایی، آلودگی هوا و افزایش تنش‌های عصبی ناشی از آن از جمله سایر چالش‌های زیست‌محیطی آینده خواهند بود. گسترش الگوی خشک‌سالی پایدار و افزایش ریزگردها در بسیاری از مناطق، منجر به مهاجرت ساکنین خواهد شد که در نتیجه از دست رفتن زمین‌های کشاورزی و یا مدل‌های کسب‌وکار منطقه‌ای، به چالش حاشیه‌نشینی و کاهش شاخص‌های سلامتی مانند دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، سلامت روان و یا افزایش بزهکاری و فقر دامن می‌زند.

۱۰-۳-۸- تحلیل اثرات ناشی از تغییرات زیست محیطی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن

جدول ۴۶: تحلیل اثرات ناشی از تغییرات زیست محیطی بر بخش سلامت و ملاحظات آمایشی آن

راهبرد	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات اجتماعی بر بخش سلامت	
		<p>علم و فناوری شناسایی و توسعه فناوری‌هایی مانند آب شیرین کن‌ها، کنترل ریزگردها و کاهش آلاینده‌ها</p> <p>قوانین وضع قوانین اثربخش و تقویت مکانیسم‌های نظارتی بر اجرای قوانین</p>	<p>وضع قوانین اثربخش و تقویت مکانیسم‌های نظارتی بر اجرای قوانین مرتبط با حفظ محیط زیست</p> <p>شناسایی و توسعه فناوری‌هایی مانند آب شیرین کن‌ها، کنترل ریزگردها، کاهش آلاینده‌ها و ...</p> <p>بازنگری در ساختار مدیریت آب‌های زیرزمینی و سطحی</p>	<p>گسترش انواع بیماری‌های واگیر و غیر واگیر مرتبط با چالش‌های زیست محیطی</p> <p>شدت یافتن چالش ریزگردها، آلودگی هوا و کمبود آب در برخی استان‌ها</p> <p>کاهش کیفیت آب آشامیدنی در برخی نقاط دارای چالش و افزایش بیماری‌های منتج از آن</p>
	<p>زیرساخت قوانین تجهیزات نیروی انسانی منابع مالی (همگی برای تقویت توریسم درمانی)</p>	<p>تقویت توریسم درمانی برای جذب بیماران با مشکلات مرتبط با آلودگی‌ها در مناطق درگیر (با توجه به تجربه مشابه داخلی) و استفاده از سایر پتانسیل‌های مناطق مختلف برای تقویت توریسم درمانی</p>	<p>فرصت</p>	
<p>گسترش مشارکت هدفمند با سایر کشورها در مقابله با انواع بحران‌ها و رفع چالش‌های مشترک زیست محیطی و سلامت</p>	<p>مطالعات و پروژه‌های تکمیلی تعریف مطالعات مشترک با همسایگان مرزی برای رفع چالش‌های زیست محیطی</p>	<p>تعریف مطالعات مشترک با همسایگان مرزی برای رفع چالش‌های زیست محیطی</p>		

راهبرد	ملاحظه آمایشی از نحوه تأثیر		نحوه اثرگذاری تغییرات اجتماعی بر بخش سلامت
	<p>نیروی انسانی استفاده از نیروی انسانی متخصص در جهت تقویت محیط‌زیست، کاهش مخاطرات آینده و تقویت ریست بوم‌ها و شناسایی مناطق مناسب برای تقویت صنعت توریسم به‌ویژه توریسم درمانی</p>	<p>وجود رشته‌ها و گرایش مرتبط و نیروی انسانی تحصیل کرده در حوزه‌های مرتبط با محیط‌زیست</p>	<p>پتانسیل‌های فعلی کشور در استفاده از فرصت‌هایی که رشد فناوری فراهم می‌آورد</p>
	<p>قوانین تقویت قوانین حمایتی در جهت حفظ محیط‌زیست و تهیه پیوست زیست‌محیطی برای تمامی مطالعات ملی و منطقه‌ای در کشور</p> <p>علم و فناوری سرمایه‌گذاری روی انواع فناوری‌های کمک‌کننده به حفظ محیط‌زیست و مواجهه با چالش‌های زیست‌محیطی مانند انواع آب‌شیرین‌کن‌ها، مکانیسم‌های مهار آب‌های سطحی، مولدهای انرژی تجدیدپذیر و مدیریت پسماندها</p>	<p>ضعف در مداخله اثربخش در خصوص کاهش تغییرات زیست‌محیطی و حذف عوامل تشدیدکننده عدم ارتباط مؤثر با کشورهای مرزی در خصوص کنترل ریزگردها و سایر مشکلات زیست‌محیطی ضعف در مدیریت منابع آبی مشترک مرزی</p>	<p>نقاط ضعف فعلی کشور در استفاده از فرصت‌ها و اجتناب از تهدیدهایی که رشد فناوری ایجاد می‌کند.</p>

جمع‌بندی ملاحظات آمایشی

روندهای مؤثر بر آینده بخش سلامت در پنج طبقه اصلی تغییرات فناوری، سیاسی و اقتصادی، دموگرافیک، اجتماعی و زیست‌محیطی و شرحی از ملاحظاتی که این تغییرات از دیدگاه آمایشی برای بخش سلامت ایجاد می‌کنند در جداول ۱ تا ۶ شرح داده شد. ملاحظات آمایشی در کدهای اصلی زیر طبقه‌بندی شده‌اند:

- علم و فناوری
- قوانین
- منابع مالی
- مطالعات و پروژه‌های تکمیلی
- ساختار ارائه خدمت
- نیروی انسانی
- منابع فیزیکی و تجهیزات
- زیرساخت‌ها
- روابط خارجی
- مدیریت بحران

هدف از این طبقه‌بندی‌ها، انسجام و یکپارچگی راهکارهای آمایشی است. به طور مثال، بر اساس روندهای مختلفی که به‌نوعی ملاحظه آمایشی از نوع اصلاح یا وضع قوانین ایجاد می‌کنند، جمع‌بندی تمامی ملاحظات از جنس قوانین، به انسجام راهکارها کمک می‌کند.

از این‌رو در ادامه جمع‌بندی بر روی ملاحظات آمایشی با هدف یکپارچه‌سازی آن‌ها ذکر شده است.

علم و فناوری

حوزه‌ای که برای «علم و فناوری» تعریف شده است شامل:

آموزش، پژوهش و فناوری است. شامل مواردی که به نظام آموزش علوم پزشکی و نظام پژوهش و فناوری سلامت مرتبط می‌شود.

به‌طور کلی رشد فناوری یکی از مهم‌ترین روندهای تأثیرگذار بر هر حوزه یا بخش، به‌ویژه بخش سلامت است. وابستگی بالای این بخش به انواع داروها، روش‌های ارائه خدمات، تجهیزات درمانی، تشخیصی و پیشگیری از یک‌سو و اهمیت این بخش که به معنای سلامت مردم یک جامعه است، تأثیرات بیشتری را نسبت به سایر بخش‌ها می‌پذیرد که بسیار حیاتی هستند. تغییرات سیاسی و اقتصادی که این روزها شاهد آن هستیم و انتظار می‌رود که ادامه داشته باشد، باعث می‌شود تا میزان وابستگی بخش سلامت را به صاحبان فناوری تا حد ممکن کاهش دهیم، به قیمت تمام‌شده فناوری‌ها و خدمات سلامت توجه کنیم و برنامه مشخصی برای توسعه فناوری‌های بخش سلامت (شامل انتقال، تولید و مشارکت) داشته باشیم.

ملاحظات آمایشی از جنس فناوری با توجه به سایر روندهای مؤثر بر حوزه سلامت و هم‌افزایی بین آن‌ها ایجاب می‌کند تا برنامه مشخصی برای توسعه فناوری‌های زیر و توجه الزامات آن‌ها داشته باشیم:

- ۱- فناوری‌های ارزان قیمتی که به افزایش کیفیت سال‌های عمر انسان کمک می‌کنند.
- ۲- استفاده از فناوری تله‌مدیسن و فراهم‌سازی بسترهای مناسب آن که مزایای زیر را دارد:
 - کاهش میزان قابل توجهی از هزینه‌ها
 - افزایش قابل توجه دسترسی به خدمات سلامت و بهبود عدالت در دسترسی
 - عدم وابستگی به محدودیت‌های جغرافیایی مناطق و موانع اقتصادی در طبقات مختلف اقتصادی-اجتماعی برای دسترسی به خدمات سلامت
 - پاسخ مناسب به توزیع نیروی انسانی متخصص در مناطق، به‌ویژه مناطق محروم و یا بد آب و هوا
- ۳- فناوری‌های مرتبط با تغییرات دموگرافیک مانند فناوری‌های مرتبط با مراقبت‌های سالمندی و مراقبت در منزل
- ۴- فناوری‌های مرتبط با کنترل بیماری‌های غیرواگیر در جهت تقویت اولویت پیشگیری نسبت به درمان مانند انواع سنسورهای هشداردهنده و یا اپلیکیشن‌های راهنما، تشخیصی و مشاوره‌ای
- ۵- فناوری‌های مرتبط با کنترل بیماری‌های واگیر مانند انواع واکسن‌ها
- ۶- فناوری‌هایی که در مواجهه با چالش‌های زیست‌محیطی می‌توانند کمک‌کننده باشند مانند آب‌شیرین‌کن‌ها، کنترل ریزگردها، کاهش آلاینده‌ها، مکانیسم‌های مهار آب‌های سطحی، مولدهای انرژی تجدیدپذیر، مدیریت پسماندها و ...

در زمینه توسعه فناوری‌های نام برده شده لازم است تا به ملاحظات زیر توجه شود:

- ۱- بسترهای لازم برای اجرایی‌سازی فناوری‌ها مانند اینترنت پرسرعت و دسترسی مناسب به آن در تمامی مناطق کشور (اعم از روستایی و شهری) فراهم شود.
- ۲- توجه به انتقال دانش چرایی و چگونگی در کنار هم در انتقال فناوری، به‌ویژه دانش چرایی می‌تواند در خلق دانش و حرکت به سمت توسعه فناوری‌های داخلی کمک‌کننده باشد.
- ۳- تقویت قدرت مذاکره و چانه‌زنی در انواع مدل‌های انتقال فناوری

- ۴- تقویت دیپلماسی سلامت که علاوه بر افزایش قدرت چانه‌زنی می‌تواند راهکار مناسبی برای کاهش و یا تعدیل شرایط تحریم و چالش‌های تأمین تجهیزات و دارو در بخش سلامت باشد.
- ۵- حرکت به سمت مرجعیت علمی در چهار سطح سیادت علمی، مرجع شدن سازمانی، مرجعیت فردی و حوزه‌ای که در نتیجه توجه ویژه به مفاهیم مرتبط با مرجعیت علمی که برای این منظور نیاز به همکاری‌های مشترک، پویا و هماهنگ حوزه آموزش، پژوهش و فناوری است و اعمال دیدگاه‌های جزیره‌ای برای تقسیم وظایف برای این حوزه در مطالعات آمایشی اثربخشی نخواهد داشت.
- ۶- افزایش مکانیسم‌های نظارتی بر کیفیت خروجی‌های شرکت‌های دانش‌بنیان داخلی
- ۷- راه‌اندازی نظام پژوهش‌های علوم پزشکی به‌جای فعالیت‌های موازی پژوهشی
- ۸- تولید محتواهای آموزشی برای گروه‌های هدف مختلف از جمله گیرندگان خدمت و کاهش عدم تقارن اطلاعاتی
- ۹- رشد فناوری زمینه رشد و تجاری سازی ایده‌های مختلف بر پایه فناوری را افزایش می‌دهد. با توجه به جمعیت ایران، بازار داخل می‌تواند پتانسیل خوبی را برای انواع صنایع دانش‌بنیان حوزه سلامت با هدف پاسخ به چالش‌های آینده این حوزه، فراهم کند. به طور مثال بازار داخل را می‌توان تعداد سال‌مندان آینده در نظر گرفت؛ بنابراین انتظار می‌رود تا تقاضا برای دریافت انواع خدمات سالمندی در آینده افزایش یابد.
- ۱۰- استفاده از مکانیسم‌های نوآورانه و نوین در حوزه آموزش (آموزش و پرورش، آموزش عالی و آموزش به جامعه) مانند بازی‌سازی
- ۱۱- تقویت بسترهای موجود علم و فناوری در جهت اطلاع‌رسانی، فرهنگ‌سازی و شفاف‌سازی
- ۱۲- ارتقا فرهنگ سازمانی در زمینه شفافیت و اطلاع‌رسانی با استفاده از مکانیسم‌های نوآورانه مانند تحلیل داده‌ها، بصری‌سازی داده‌ها، اشتراک‌گذاری داده‌ها، تولید انواع داشبوردهای پویا و به‌روز

قوانین

اصلاح و وضع قوانین زیر در راستای مواجهه با انواع روندها و چالش‌های بخش سلامت پیشنهاد می‌گردد:

- ۱- وضع قوانین حمایتی مورد نیاز برای توسعه فناوری‌های بخش سلامت در کشور
- ۲- در نظر گرفتن قوانین مناسب به‌ویژه رعایت مالکیت معنوی و در نظر گرفتن تسهیلات هدفمند (مخصوصاً در شاخه‌های دارای اولویت فناوری) برای توسعه
- ۳- وضع قوانین هدفمند برای حمایت از توریسم سلامت به‌ویژه در مناطق با پتانسیل بالا برای توسعه توریسم سلامت شامل قوانین مالی، تعرفه‌ای، مالیات، سرمایه‌گذاری، حفظ محیط‌زیست، معافیت‌ها
- ۴- بازنگری و اصلاح قوانین مرتبط با بیمه‌ها، تعرفه‌ها و مالیات در جهت تشویق اولویت‌پیشگیری نسبت به درمان
- ۵- کاهش تمرکزگرایی در ساختار تصمیم‌گیری در حوزه‌های مختلف بخش سلامت
- ۶- تقویت توجه به روندها و چالش‌های آینده در قانون‌گذاری با توجه به برخی روندهای با قطعیت بالا مانند سالمندی
- ۷- وضع قوانین حمایتی مانند انواع وام‌های کم‌بهره و دیر بازده برای راه‌اندازی کسب و کارهای محلی به‌ویژه در مناطق روستایی
- ۸- در نظر گرفتن تفاوت‌های مربوط به مردان و زنان در وضع قوانین (مانند قوانین کار) و قوانین حمایتی برای زنان
- ۹- طراحی الگوی جدید ارائه خدمات مشاوره‌ای ویژه زنان در امور اجتماعی، اقتصادی و سلامت خانواده مانند شبکه‌های اجتماعی تعریف شده و اطلاع‌رسانی شده، آموزش‌ها و مشاوره‌های مجازی و ... با توجه به افزایش حضور زنان در بازار کار

- ۱۰- افزایش مکانیسم‌های نظارتی و وضع قوانین بازدارنده که تا حد ممکن امکان سوءاستفاده‌های شخصی را کاهش دهد (با توجه به تضعیف اخلاق حرفه‌ای و ارجحیت یافتن منافع شخصی)
- ۱۱- حرکت در جهت افزایش شفاف‌سازی و ارتقا آگاهی مردم در خصوص مراقبت‌های سلامت و اولویت پیشگیری نسبت به درمان با استفاده از اصلاح برخی قوانین و مکانیسم‌های نظارتی
- ۱۲- وضع قوانین اثربخش و تقویت مکانیسم‌های نظارتی بر اجرای قوانین مرتبط با حفظ محیط‌زیست
- ۱۳- بازنگری در ساختار مدیریت آب‌های زیرزمینی و سطحی
- ۱۴- تقویت قوانین حمایتی در جهت حفظ محیط‌زیست و تهیه پیوست زیست‌محیطی برای تمامی مطالعات ملی و منطقه‌ای در کشور
- ۱۵- اصلاح قوانین پژوهشی شامل انواع قوانین مربوط به ارتقا اعضا هیئت علمی و امور آموزشی و پژوهشی دانشگاه‌ها در جهت افزایش خلق دانش نافع، اصلاح قوانین پژوهشی در جذب، تحصیل و فارغ‌التحصیلی دانشجویان به‌ویژه در مناطق تحصیلات تکمیلی
- ۱۶- اصلاح قوانین مرتبط با بیمه‌ها در جهت حفظ و ارتقا سلامت جامعه با اولویت دادن به پیشگیری به‌جای درمان
- ۱۷- اصلاح معیارهای غیر کارآمد جهت سنجش میزان صلاحیت‌های نیروی انسانی (به‌ویژه رویکرد کمی موجود در سنجش صلاحیت‌ها)

منابع مالی

- ۱- تخصیص منابع مالی مورد نیاز جهت توسعه فناوری‌های داخلی حوزه سلامت (فناوری‌هایی که پاسخ مناسبی به چالش‌های آینده حوزه سلامت می‌دهند مانند فناوری‌های مرتبط با ارائه خدمات سالمندی و مراقبت در منزل)
- ۲- خلق ثروت در بخش سلامت و کاهش وابستگی آن به درآمدهای ملی به‌ویژه درآمدهای نفتی و پتروشیمی و توسعه فناوری‌های دارای اولویت با توجه به نیازهای آینده بخش سلامت موجب پایداری بیشتر منابع بخش سلامت خواهد شد. تشکیل اتحادیه‌ایی با کشورهای متحد ایران در زمینه توسعه فناوری‌های سلامت نیز می‌تواند راهکار مناسبی باشد.
- ۳- تعریف پروژه‌های مشترک بین منطقه‌ای در چالش‌های مشترک منطقه‌ای مانند مدیریت منابع آب، آلودگی هوا، کنترل ریزگردها، کنترل بیماری‌های عفونی و واگیر و ...
- ۴- تخصیص منابع مالی مناسب برای تقویت توریسیم سلامت (که به ارزآوری در کشور نیز کمک می‌کند)
- ۵- در نظر گرفتن بودجه و یا منبع مالی مشخص برای تأمین هزینه‌های مرتبط با مراقبت‌های سالمندی
- ۶- استفاده از مدل‌های کسب‌وکار نوآورانه در تقویت پایداری منابع مالی در حوزه‌های مختلف بخش سلامت (مانند حرکت دانشگاه‌ها به سمت خلق ثروت و کاهش وابستگی آن‌ها به بودجه‌های دولتی)
- ۷- استفاده از پتانسیل بخش خصوصی در استفاده از مدل‌های کسب‌وکار نوآورانه جهت سرمایه‌گذاری در حوزه‌های مختلف که هم در آینده چالش هستند و هم سود ده هستند مانند سالمندی و آموزش
- ۸- تخصیص منابع مالی لازم برای تقویت مناطق روستایی و بازطراحی الگوی توسعه شهری
- ۹- استفاده از مدل‌های نوآورانه مالی در سازمان‌هایی مانند بیمه برای ارتقا سلامت مردم جامعه بر پایه روش‌ها و فناوری‌های نوین؛ مانند استفاده از انواع اپلیکیشن‌های سلامت که بر حفظ سلامت افراد تمرکز دارد به‌جای پرداخت هزینه‌های درمانی

مطالعات و پروژه‌های تکمیلی

انجام مطالعات تکمیلی زیر و استفاده از نتایج آن‌ها جهت به‌روز رسانی نتایج مطالعه آمایش سلامت ایران پیشنهاد می‌شود. با توجه به بلندمدت بودن افق زمانی این مطالعه پیشنهاد می‌شود تا مطالعات مشخصی جهت به‌روز رسانی نتایج و جهت‌دهی اثربخش به نحوه پیشرفت اجرایی سازی نتایج آمایش سلامت استفاده شود.

- ۱- انجام مطالعه آینده‌نگاری فناوری و پژوهش در حوزه سلامت جهت تعیین نیازهای فناورانه آینده کشور با توجه به روند توسعه فناوری، اولویت‌های ملی و نیاز کشور (لازم است تا بخش سلامت اولویت‌های پژوهشی خود را مبتنی بر نیازهای آینده اعم از الگوی ارائه خدمت، شرایط نیروی انسانی و صلاحیت‌های مورد نیاز، الگوی بیماری‌ها، فناوری‌های مورد نیاز و هزینه اثربخش را شناسایی و به عنوان اولویت‌های ملی پژوهش‌های سلامت رد دستور کار خود قرار دهد).
- ۲- شناسایی و تقویت حوزه‌های کلیدی فناورانه که در حال حاضر کشور در آن‌ها دارای مزیت رقابتی و یا پتانسیل (نیروی تحصیل کرده، منابع و ارتباطات) است.
- ۳- مطالعه آینده مشاغل سلامت و تدوین برنامه مناسب برای تقویت شایستگی‌های مورد نیاز نیروی انسانی آینده بر اساس نتایج به دست آمده
- ۴- مرجعیت علمی (برنامه‌ای که از زمان اکنون تا آینده بلندمدت را پوشش دهد زیرا دستیابی به این امر نیازمند داشتن برنامه هدفمند بلندمدت است. در نتیجه به پروژه‌ای زیر در راستای تعریف نقشه راه مرجعیت علمی نیاز است:
 - اجماع نظر و توافق آرا روی مفاهیم مرتبط با مرجعیت علمی شامل تعریف، الزامات و ...
 - تدوین معیارها و شاخص‌های مناسب برای شناسایی افراد، سازمان‌ها و حوزه‌های مرجع و یا دارای پتانسیل برای مرجع شدن
 - تدوین برنامه مناسب برای هدایت افراد و سازمان‌ها در مسیر حرکت به سمت مرجعیت علمی
 - پیش‌بینی و تخصیص منابع مورد نیاز (شامل قوانین، منابع مالی، فیزیکی و ...)
- ۵- تدوین و راه‌اندازی نظام پژوهش‌های سلامت با هدف اصلی احصا و رفع اولویت‌های پژوهش ملی
- ۶- تعریف مطالعات مشترک با همسایگان مرزی برای رفع چالش‌های مشترک سلامتی و زیست‌محیطی (مانند کنترل ریزگردها، مدیریت منابع آب به‌ویژه منابع آب سطحی، کنترل بیماری‌های واگیر و عفونی، آلودگی هوا و ...)
- ۷- تعریف انواع پروژه‌های ملی و مطالعاتی در حوزه فرهنگی با هدف ارتقا شاخص‌های نشاط اجتماعی، توسعه امکانات فرهنگی عمومی

ساختار ارائه خدمت

- ۱- ساختار ارائه خدمات سلامت به سمتی حرکت کند که توان مالی اثر کمتری در دسترسی به خدمات و افزایش هزینه‌های سلامت داشته باشد مانند اولویت قرار دادن فناوری‌های کم‌هزینه‌تر برای سرمایه‌گذاری و توسعه فناوری
- ۲- توسعه فناوری‌ها به‌ویژه فناوری‌هایی مانند تله‌مدیسیین و mobile health می‌توانند امکان دسترسی به خدمات سلامت را به‌طور چشمگیری افزایش دهند. این قبیل فناوری‌ها ملاحظاتی برای آمایش سلامت را مطرح می‌سازند که به شرح زیرند:

- توسعه فیزیکی را کاهش می‌دهند. به‌گونه‌ای که ارائه خدمت محدود به مراکز فیزیکی ارائه خدمت نمی‌شود.
 - ماهیت ارائه خدمت را تغییر می‌دهند. مردم می‌توانند از هرجایی که هستند خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند.
 - مجموعاً هزینه‌های سلامت (اعم از هزینه‌های مستقیم مانند نیروی انسانی و غیرمستقیم مانند سفر) را کاهش می‌دهند.
- نتیجه: علی‌رغم اینکه ادبیات مطالعات آمایشی بر پایه مدیریت فضای فیزیکی بنا شده است، اما لازم است تا در برآورد مواردی مانند نیروی انسانی، فضای فیزیکی و برخی تجهیزات مانند تعداد تخت، این مورد را در نظر بگیریم که الگوی ارائه خدمات سلامت به سمت الگوهای جدیدی مانند مراقبت در منزل، استفاده از فناوری‌های از راه دور ارائه خدمت مانند تله‌مدیسین حرکت می‌کند و به طور مثال ارائه خدمات سالمندی بیشتر لزوماً به معنای افزایش تعداد مراقبین سالمندی با همان ضرایب قبلی نیست.
- ۳- افزایش نقش بخش خصوصی در برنامه‌های آمایش مورد نیاز است.
 - ۴- حرکت به سمت تقویت توریسم سلامت به‌ویژه در مناطق با دارای پتانسیل (مناطق با آب و هوای مناسب، وجود فرودگاه‌های بین‌المللی و انواع راه‌های ارتباطی، جاذبه‌های گردشگری و یا سلامتی مانند چشمه‌های آب گرم، لجن درمانی، آب درمانی، نمک درمانی و طب سنتی، طبیعت‌گردی، شن زار، حمام‌های گیاهی و خورشید، بیمارستان‌های بین‌الملل، وجود هتل و خدمات استاندارد، تشابه‌های فرهنگی و زبانی، نزدیکی جغرافیایی و ...).

نیروی انسانی

در تأمین نیروی انسانی آینده بخش سلامت لازم است تا به موارد زیر توجه شود:

- ۱- افزایش مهارت‌های نیروی انسانی و دست‌اندرکاران در چانه‌زنی و انجام مذاکرات
- ۲- نیروی انسانی با مهارت‌های مورد نیاز آینده در انواع جایگاه‌های شغلی در بخش سلامت
- ۳- تقویت مهارت‌های مربوط به مذاکره، دیپلماسی سلامت و انتقال فناوری در نیروی انسانی مرتبط
- ۴- حرکت در جهت افزایش شفاف‌سازی و ارتقا آگاهی مردم در خصوص مراقبت‌های سلامت و اولویت‌پیشگیری نسبت به درمان با استفاده از نیروی انسانی آموزش‌دیده
- ۵- نیروی انسانی ماهر و متخصص که مناسب برای ارائه خدمات توریسم سلامت باشد شامل مهارت‌های ارتباطی، تخصصی و ...
- ۶- نیروی انسانی مناسب با مهارت‌های کارآفرینی، نوآوری و خلق ثروت

منابع فیزیکی و تجهیزات

- ۱- شناسایی و برنامه‌ریزی برای تجهیزات (درمانی، تشخیصی، پیشگیری، دارو ...) مناسب با بیماری‌های غیر واگیر، واگیر، انواع واکسن‌ها
- ۲- تله‌مدیسین

- ۳- توزیع عادلانه و بهبود دسترسی به خدمات سلامت به‌ویژه با مکانیسم‌های کم‌هزینه‌تر مانند تله‌مدیسین
- ۴- حرکت به سمت سطح‌بندی خدمات سلامت
- ۵- استفاده از فناوری‌های هزینه‌اثربخش به‌عنوان تجهیزات بخش سلامت در حوزه‌های مختلف درمان، پیشگیری و تشخیص و توجه به هزینه‌اثربخش بودن آن‌ها
- ۶- توجه به تغییرات در ساختارهای ارائه خدمات در برآورد تجهیزات مورد نیاز و منابع فیزیکی مورد نیاز. به طور مثال نباید از الگوی توسعه بیمارستان‌ها برای برآورد تعداد تخت در آینده استفاده کرد بلکه باید ضریب تعدیلی را به دلیل تغییر در ساختار ارائه خدمت در نظر بگیریم. به طور مثال، گسترش الگوی مراقبت در منزل تعداد تخت را کاهش می‌دهد و یا افزایش تعداد سالمندان، نیاز به مراقبت‌های سالمندی تعبیه منابع فیزیکی، تجهیزات مناسب برای توسعه توریسم سلامت را افزایش می‌دهد

زیرساخت‌ها

- ۱- توسعه برخی زیرساخت‌ها مانند اینترنت با سرعت مناسب و یا سایر زیرساخت‌ها برای توسعه فناوری‌های مرتبط با سلامت مانند تله‌مدیسین، تهیه انواع داشبوردهای اطلاعاتی برخط جهت مدیریت اطلاعات سلامت مورد نیاز است.
- ۲- زیرساخت‌های مناسب برای توسعه توریسم سلامت از جمله زیرساخت‌های فرهنگی
- ۳- افت شاخص‌های سلامت به دلیل محدود شدن دسترسی مردم به خدمات سلامت به دلیل افزایش پرداخت از جیب و کاهش توان پرداخت، کاهش کیفیت مواد غذایی مصرفی، افزایش تنش و اضطراب، افزایش نرخ بیکاری، افزایش اعتیاد و کاهش آمار ازدواج اتفاق می‌افتد که در نهایت موجب افزایش بار بیماری‌های مزمن و غیر واگیر می‌گردد. تقویت مکانیسم‌هایی برای افزایش نشاط اجتماعی و سرگرمی‌های سالم خانوادگی می‌تواند اثرات ناشی از کاهش دسترسی به امکانات رفاهی و سلامت را تا حدی جبران کند. به‌ویژه توزیع عادلانه این امکانات در نقاط شهری و روستایی استان‌ها پیشنهاد می‌گردد. لازم به ذکر است که این مکانیسم‌ها نباید لزوماً پرهزینه و یا گران باشند؛ مانند راه‌اندازی بازی‌های دسته‌جمعی و خانوادگی.

نتیجه: نیاز به مجموعه مداخلاتی در سطح اجتماع در جهت تقویت زیرساخت‌های فرهنگی داریم که توزیع آن در سطح استان‌ها، شهرها و روستاها متناسب و متوازن باشد.

- ۴- زیرساخت‌های لازم برای حرکت به سمت اقتصاد دانش‌بنیان از قبیل:

- حمایت سیاسی
- نظارت جهت اطمینان از کیفیت محصولات دانش‌بنیان
- فرهنگ‌سازی در زمینه کیفیت، کار تیمی، خودباوری و وجدان کاری
- ۵- زیرساخت (فرهنگی): اولویت پیشگیری نسبت به درمان - سالمندان سالم‌تر این روند را تعدیل می‌کنند.
- ۶- تقویت هرچه بیشتر فرهنگ مراقبت از سالمندان در خانه و تأکید بر برخی تعالیم دینی

- ۷- تغییر الگوی توسعه شهری به سمت شهر سبز با الگوی توسعه افقی به جای عمودی پیش رود (که خود عامل مهمی در کاهش هزینه‌های مسکن است).
- ۸- بازطراحی سیستم حمل و نقل به گونه‌ای که موجب افزایش تحرک و کاهش آلودگی‌های هوا و صوتی شود.
- ۹- تعبیه ساختارهای نوآورانه در جهت افزایش امکانات تفریحی و فرهنگی عمومی توزیع آن در تمام مناطق شهری و روستایی
- ۱۰- تقویت زیست‌بوم‌های مناطق روستایی و پتانسیل‌های گردشگری و صنایع دستی به‌ویژه با هدف توانمندسازی روستاها و تولید ثروت در آن‌ها
- ۱۱- تقویت فرهنگ سازمانی، وجدان کاری و اخلاق در آموزه‌های پیش از ورود به مدرسه، آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها با برنامه زمانی بلندمدت و مشارکت بین بخشی تمامی متولیان امور آموزشی و فرهنگی دارد.

روابط خارجی

- ۱- شناسایی کشورهای هم‌پیمان با ویژگی‌های زیر و تلاش برای تقویت بستر مشارکت مشترک در زمینه توسعه فناوری، مورد نیاز است:
 - در زمینه یک یا چند حوزه فناوری صاحب دانش باشند
 - دارای تجهیزات، منابع مالی، نیروی انسانی و یا فضای فیزیکی مورد نیاز باشند
 - با برخی از کشورهای پیشرفته و صاحب فناوری روابط خوبی داشته باشند
- ۲- تلاش برای استفاده بیشتر از پتانسیل‌های بین‌المللی و همکاری‌های مشترک با سازمان‌هایی مانند سازمان جهانی بهداشت
- ۳- تقویت روابط مبتنی بر دیپلماسی سلامت با کشورهایی که این امکان در نوع ارتباط ایران با آن‌ها وجود دارد و تشکیل اتحادیه‌هایی با برخی کشورهای مشترک‌المنافع و هم‌پیمان

مدیریت بحران

با توجه به احتمالات ناآرامی‌های بیشتر منطقه، توجه به مبانی مدیریت بحران در تأمین و تخصیص منابع استان‌ها، به‌ویژه امکانات پزشکی (اعم از تشخیصی و درمانی)، آموزش نیروی انسانی بخش سلامت برای ارائه خدمات در بخش بحران و پیش‌بینی تجهیزات مورد نیاز و راهکار تأمین آن‌ها در مواقع بحران باید مورد توجه قرار گیرد.

چشم‌انداز پیشنهادی بخش سلامت

چشم‌انداز عبارت است از ارائه یک موقعیت مطلوب و آرمانی قابل دستیابی که مانند چراغی در افق بلندمدت فراروی جامعه و نظام حکومتی قرار دارد. به عبارتی دیگر، چشم‌انداز بینشی کل‌گرا و جامع‌نگر برای تصویر آینده در موضوعات اصلی توسعه است که متکی بر شناخت روندهای آینده و مبتنی بر رعایت اصول و روش‌های برنامه‌ریزی است. چشم‌انداز نیز دارای ویژگی‌های جامع‌نگری، آینده‌نگری، ارزش‌گرایی و واقع‌گرایی است. چشم‌انداز، دستیابی به منافع ملی و اجرای قانون اساسی را مدنظر داشته و به دنبال ایجاد انگیزه برای همه اقشار و آحاد جامعه و متولیان و مسئولان، برای حفظ وحدت اجتماعی و یکپارچگی ملی است و با در نظر گرفتن امکان تحقق در یک دوره بیست ساله و با توجه به شناخت محیط ملی (درونی) و بررسی نقاط قوت و ضعف آن تعیین می‌شود و به صورت اساسی نگاهی دقیق به رخدادهای جهانی و روند تحولات محیط بین‌المللی (بیرونی) دارد تا فرصت‌ها و تهدیدهای احتمالی را بشناسد و نحوه تعامل محیط بیرونی و درونی را روشن سازد و با استفاده از مقدرات و امکانات، بستر مناسبی را فراهم و برنامه‌های کشور را در بلندمدت هدایت کند. تدوین چشم‌انداز آمایش سرزمین، نیازمند در نظر گرفتن چشم‌انداز تک‌تک بخش‌ها، از جمله بخش سلامت دارد.

در این مستند، چشم‌انداز پیشنهادی بخش سلامت در افق ۲۰ ساله آمایش پیشنهاد شده است. جهت تدوین متن بیانیه چشم‌انداز بخش سلامت، چشم‌انداز اسناد بالادستی نظیر نقشه جامع علمی سلامت، نقشه تحول سلامت و سیاست‌های کلی نظام سلامت به‌عنوان اسناد بالادستی اصلی بخش سلامت مورد بررسی قرار گرفته‌اند. از سوی دیگر، بررسی نتایج به دست آمده از سایر فازهای مطالعه به‌ویژه تحلیل روندهای آینده مؤثر بر بخش سلامت در کنار تحلیل اسناد بالادستی، جهت پیشنهاد چشم‌انداز پیشنهادی برای آمایش بخش سلامت مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

چشم‌انداز نظام سلامت در نقشه جامع علمی سلامت

در سال ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه چشم‌انداز

جامعه پیشرو در مسیر سعادت انسانی که در پرتو کاراترین و عادلانه‌ترین نظام سلامت در منطقه چشم‌اندازی و در توجه به سلامت در همه سیاست‌ها و پاسخگویی و نوآوری، به سطحی توسعه یافته از شاخص‌های سلامت دست یافته است.

جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴ واجد جامعه سالم و توانمند در تحقق چشم‌انداز است. مردم در این مدینه فاضله از سواد سلامت (توانایی بهره‌مندی و تحلیل اطلاعات و خدمات سلامت مورد نیاز به منظور تصمیم‌گیری و انتخاب آگاهانه در مورد فرصت‌های سلامت و مراقبت از خود) برخوردار بوده، با رعایت شیوه

زندگی سالم برگرفته از آموزه‌های اسلامی - ایرانی و نیز دستاوردهای نوین دانش بشری در بستر محیط، جامعه و خانواده‌های سالم به کمترین سطح خطر ناشی از تهدیدکننده‌های سلامت مواجه هستند. در این جامعه بالاترین سطح از حفاظت‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی سلامت و سطح مطلوبی از سرمایه اجتماعی وجود دارد.

نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴، نظامی مسئول و پاسخگوست که ضمن دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت اعتماد کامل آحاد مردم را جلب کرده و با اولویت به رویکردهای ارتقای سلامت و پیشگیری به بهره‌مندی مردم از مراقبت‌های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی اهتمام دارد. در این نظام، عدالت همه‌جانبه (در تأمین، توزیع منابع و تحقق سلامت) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه‌ای اصل نخست بوده و تمامی افراد بر اساس نیاز خود از مراقبت‌های پایه سلامت بهره‌مند خواهند بود و بر اساس توان پرداخت در تأمین مالی مشارکت خواهند داشت. این نظام خلاق بوده و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندی حداکثری از کلیه ظرفیت‌های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه بخش‌های ذینفع)، علمی و فناورانه، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم انتخاب می‌کند، به نحوی که با استفاده از ارتباطات بین‌المللی و تعامل با کشورهای منطقه، الگویی الهام‌بخش برای سایر کشورها است.

چشم‌انداز نظام سلامت در چارچوب استقرار سیاست‌های کلی سلامت

جامعه‌ای پیشرو در مسیر سعادت انسانی که در پرتو نظام سلامتی کارا، عادلانه و نوآور به جایگاه نخست منطقه آسیای جنوب غربی از نظر شاخص‌های سلامت، مرجعیت علمی در علوم و فنون رسیده و قطب پزشکی منطقه آسیای جنوب غربی و جهان اسلام باشد.

چشم‌انداز پیشنهادی برای آمایش سرزمین سلامت

نظام سلامتی کارا، نوآور، پاسخگو، با مشارکت مسئولانه همه نهادهای مؤثر بر سلامت و عادلانه به نحوی که با توجه به تغییرات محیطی ۲۰ سال آینده بخش سلامت، توسعه یافتگی متوازی در ۱۰ کلان منطقه در حوزه سلامت وجود دارد. خدمات بهداشتی درمانی ضروری و خدمات مورد نیاز مبتنی بر سطح‌بندی خدمات در هر کلان منطقه ارائه می‌شود. تفاوت شاخص‌های کلیدی سلامت از جمله امید به زندگی در کلان مناطق به حداقل رسیده و تمامی آحاد مردم در اقصی نقاط کشور به یک میزان از مواهب سلامت بهره‌مند هستند.

۱۱- سازمان فضایی مطلوب بخش مشتمل بر قطب‌ها، محورها و پهنه‌های توسعه در افق

۱۴۲۴

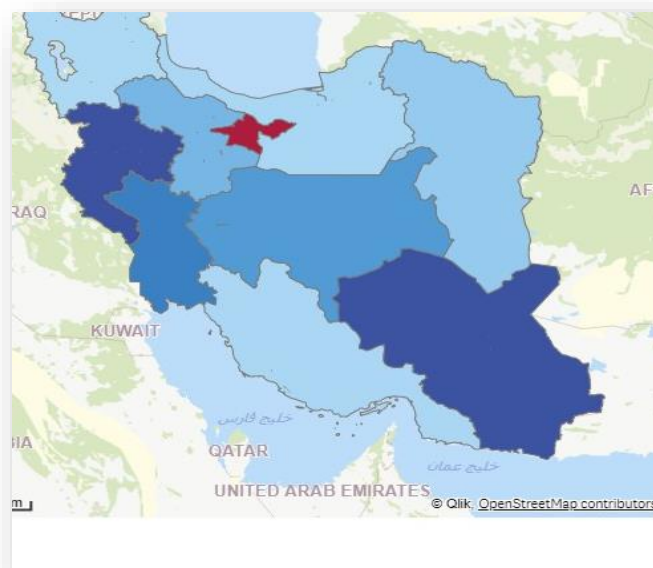
۱۱-۱- سازمان فضایی مطلوب بخش مشتمل بر قطب‌ها، محورها و پهنه‌های توسعه در افق ۱۴۲۴

با توجه به وجود برخی عدم تعادل‌ها در توزیع منابع نظام سلامت در مناطق مختلف کشور، ضروری است فضای مطلوب توسعه زیرساخت‌ها و منابع بخش سلامت طراحی شده و در برنامه‌ریزی‌ها و سرمایه‌گذاری‌های سال‌های آتی مدنظر قرار گیرد. برای تسهیل برنامه‌ریزی جهت کاهش این عدم تعادل‌ها، در ادامه به سازمان فضایی مطلوب حوزه‌های اصلی عدم توازن و تعادل‌های منطقه‌ای نظام سلامت کشور اشاره شده است.

۱۱-۲- برخی پیش‌فرض‌ها و تعیین‌کننده‌های بخش سلامت برای سازمان فضایی مطلوب

الف- تقسیم‌بندی آمایشی ده‌گانه در بخش سلامت

در بخش سلامت طبق مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی، ۱۰ منطقه آمایشی تعریف شده که عمده برنامه‌ریزی‌های این حوزه بر مبنای این مناطق آمایشی انجام می‌شود. شکل زیر گستره جغرافیایی این ۱۰ منطقه آمایشی را نشان می‌دهد.



شکل ۸۱: گستره جغرافیایی مناطق ده‌گانه آمایشی در بخش سلامت

ب- ترسیم افق مطلوب برای مناطق آمایشی ده‌گانه در بخش سلامت بر اساس مأموریت‌گرایی

به هر کدام از مناطق آمایشی بر اساس معیارهایی نظیر ظرفیت‌های موجود و نیاز منطقه، مأموریت‌های موضوعی واگذار شده که بر اساس آن این مناطق باید نقش کشوری ایفا نمایند. مأموریت‌های واگذار شده به مناطق آمایشی به شرح زیر است:

منطقه ۱، شامل دانشگاه‌های مازندران، گیلان، گلستان، بابل، سمنان، شاهرود با مأموریت‌های ملی:

- توسعه پزشکی خانواده
- توسعه دانش و مطالعات سرطان
- توسعه دانش گیاهان دارویی
- توسعه دانش مرتبط با مدیریت عوامل خطرزای سلامت (سبک زندگی سالم)
- توسعه دانش مرتبط با سلامت سالمندان

منطقه ۲، شامل دانشگاه‌های تبریز، ارومیه، اردبیل، مراغه، خوی، خلخال، سراب با مأموریت‌های ملی:

- توسعه دانش داروسازی و صنایع مرتبط
- توسعه علوم زیست‌محیطی (با تأکید بر حفظ اکوسیستم‌های آبی)
- توسعه دانش مرتبط با حوادث ترافیکی و جاده‌ای
- توسعه دانش مرتبط با علوم روان‌پزشکی و روانشناسی متناسب با فرهنگ کشور
- توسعه دانش مرتبط با ایمنی بیمار
- توسعه دانش مرتبط با سلامت محیط‌زیست با تأکید بر سموم کشاورزی
- توسعه دانش مرتبط با ارتقای سلامت با تأکید ویژه بر دانشگاه‌های مروج سلامت

منطقه ۳، شامل دانشگاه‌های کرمانشاه، کردستان، همدان، ایلام، اسدآباد با مأموریت‌های ملی:

- توسعه آموزش‌های مهارتی نظام سلامت (نیروهای حد واسط)
- توسعه الگوهای خصوصی‌سازی در آموزش عالی سلامت
- توسعه دانش داروسازی سنتی
- توسعه دانش زیست‌فناوری کاربردی

- توسعه دانش مرتبط با آموزش پزشکی با رویکرد ویژه به پاسخگویی اجتماعی در آموزش علوم پزشکی

- توسعه همگرایی بین علوم پایه پزشکی

منطقه ۴، شامل دانشگاه‌های اهواز، لرستان، آبادان، بهبهان، دزفول، شوشتر با مأموریت‌های ملی:

- توسعه علوم زیست‌محیطی (با تأکید بر آلاینده‌های محیطی)

- توسعه علوم مرتبط با سلامت باروری و بیولوژی تولیدمثل

- توسعه علوم مرتبط با سرطان با گرایش سرطان‌های کودکان

- توسعه الگوهای تعاملات بین بخشی در آموزش عالی سلامت

- توسعه الگوی تعامل دانشگاه با صنعت در حوزه علوم پزشکی

منطقه ۵، شیراز، لرستان، جهرم، فسا، گراش، بندرعباس، بوشهر، یاسوج با مأموریت‌های ملی:

- توسعه دانش بیوتکنولوژی و طب بازساختی

- توسعه دانش طب سنتی

- توسعه برنامه پزشکی خانواده

- توسعه دانش‌های زیست دریایی

- توسعه دانش مرتبط با ایمنی محیط‌زیست

- توسعه دانش بین‌رشته‌ای مرتبط با علوم انسانی و علوم پزشکی (جامعه‌شناسی علوم پزشکی و ...)

- توسعه دانش مرتبط با سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت

منطقه ۶، زنجان، البرز قزوین، اراک، قم، ساوه، خمین با مأموریت‌های ملی:

- توسعه علوم قرآن، حدیث و طب

- توسعه دانش تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت

- توسعه الگوی گسترش دانش‌های میان‌رشته‌ای

- توسعه الگوهای خصوصی‌سازی در آموزش علوم پزشکی با تمرکز بر علوم پایه

- توسعه دانش مرتبط با آلاینده‌های صنعتی

- توسعه دانش مرتبط با سلامت معنوی

منطقه ۷، اصفهان، یزد، کاشان، شهرکرد با مأموریت‌های ملی:

- توسعه دانش فناوری اطلاعات سلامت
- توسعه علوم پرستاری
- توسعه علوم مامایی
- توسعه الگوهای اعتباربخشی در آموزش علوم پزشکی
- توسعه دانش مهندسی ژنتیک و تولید فرآورده‌های نو ترکیب دارویی و صنعتی
- توسعه دانش طب کار و سلامت شغلی
- توسعه دانش مرتبط با روش‌های کمک باروری

منطقه ۸، کرمان، رفسنجان، جیرفت، بم، سیرجان، زاهدان، زابل، ایرانشهر با مأموریت‌های ملی:

- توسعه دانش مدل‌سازی در علوم سلامت
- توسعه دانش آینده‌نگاری در نظام سلامت
- توسعه مطالعات اعتیادشناسی
- توسعه زیرساخت و بسترهای آموزش مرتبط با مطالعات حیوانی در علوم پزشکی
- توسعه دانش مرتبط با علوم سلامت در بلایا
- توسعه دانش مرتبط با انفورماتیک بالینی
- توسعه دانش مرتبط با پزشکی از راه دور (تله‌مدیسین)

منطقه ۹، مشهد، بیرجند، بجنورد، سبزوار، تربت‌جام حیدریه، نیشابور، گناباد، اسفراین با مأموریت‌های ملی:

- توسعه دندانپزشکی و علوم مرتبط
- توسعه دانش هنر و سلامت
- توسعه دانش علوم اعصاب
- توسعه علوم تغذیه
- توسعه دانش طب تسکینی
- توسعه دانش مرتبط با آموزش پزشکی با تأکید بر فناوری‌های آموزشی

- توسعه دانش مرتبط با سلامت و امنیت غذایی
- منطقه ۱۰، تهران، شهید بهشتی، ایران با مأموریت‌های ملی:**
- توسعه دانش طب سالمندی با محوریت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- توسعه دانش آموزش پزشکی با محوریت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- توسعه علوم مدیریت سلامت با محوریت دانشگاه علوم پزشکی ایران
- توسعه دانش طب نظامی و عوامل بیولوژیک با محوریت دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله
- توسعه علوم رفتاری و سلامت روان با محوریت دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- توسعه دانش طب هوافضا و زیرسطحی با محوریت دانشگاه علوم پزشکی ارتش
- توسعه علوم توان‌بخشی با محوریت دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی
- توسعه دانش اخلاق پزشکی با محوریت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- توسعه دانش پزشکی هسته‌ای با محوریت دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- توسعه دانش مرتبط بیماری‌های غیرواگیر با تأکید بر بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های متابولیک و بیماری‌های تنفسی با محوریت دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز قلب شهید رجایی
- توسعه دانش مرتبط با پدافند غیرعامل با محوریت دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)
- توسعه دانش مرتبط با مدیریت در حوادث و بلایا با محوریت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
- توسعه دانش مرتبط با فناوری‌های نوین پزشکی با رویکرد ارزش آفرینی و دانشگاه نسل سوم با محوریت دانشگاه علوم پزشکی ایران
- توسعه دانش طب انتقال خون با محوریت سازمان انتقال خون

ج- تدوین برنامه مجتمع سلامت منطقه به عنوان پایه استقرار پزشک خانواده در کشور

مدل ارائه خدمات بهداشتی درمانی برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع (مبتنی بر PHC)، مدل مجتمع سلامت منطقه خواهد بود که کلیت آن در شکل نشان داده شده است.



شکل ۸۲: مدل ارائه خدمات بهداشتی درمانی برای پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع (مبتنی بر PHC)

د- تدوین برنامه لایه‌بندی خدمات سلامت در حوزه معاونت درمان به‌عنوان مسیر ارائه خدمت در آینده

اهم عوامل تأثیرگذار در تدوین لایه‌بندی خدمات شامل موارد زیر می‌شود:

جمعیت و نرخ رشد سالانه: مبنای محاسبه جمعیت، سرشماری سال ۱۳۹۵ درگاه ملی آمار کشور با احتساب نرخ رشد منطقه تا پایان سال ۱۳۹۷ است.

منطقه جغرافیایی: بر مبنای تقسیم‌بندی مناطق آمایشی کشور شامل قطب و بلوک است.

شهرستان بلوک: شهرستانی است که برای ارائه خدمات درمانی علاوه بر جمعیت خود جمعیت شهرستان و یا شهرستان‌های مجاور و یا مسیر حرکتی خود را نیز شامل می‌شود. کلیه مراکز دانشگاهی غیر از مرکز استان به‌عنوان شهرستان بلوک آن استان تعریف شده و در مجموع تعداد ۱۱۰ شهرستان بلوک در کل کشور تعیین شده است.

فاصله زمانی منطقه از شهرهای محیطی: به مدت‌زمان دسترسی شهرستان‌های محیطی به خدمات مراکز درمانی شهرستان‌های هم‌جوار با توجه به وجود عواملی چون کوهستانی و صعب‌العبور بودن مسیرهای حرکت اطلاق می‌شود.

نقشه ارجاع: بر اساس موقعیت جغرافیایی و شرایط مرزی منطقه با مناطق هم‌جوار از نظر سیستم حمل و نقل آسان و مسیر حرکت عادی مردم به استان‌های مجاور ترسیم می‌شود.

الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌های کشور: با توجه به وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری‌های موجود در هر منطقه تعیین شده است.

میران سرانه تخت‌های بیمارستانی: با استناد به سند نقشه راه درمان کشور تا سال ۱۴۰۴ تعیین می‌شود. نوع خدمات آموزشی و تحقیقاتی: با توجه به تیپ آموزش تعیین شده توسط معاونت آموزشی تعریف شده است.

میزان وابسته بودن خدمات به تجهیزات پزشکی: برخی تجهیزات پزشکی در تعیین لایه خدمات نقش به سزایی دارند مانند دستگاه‌های شتاب‌دهنده خطی که در لایه‌های یک و دو تعریف نمی‌شوند.

شرح لایه‌بندی

در نظام لایه‌بندی خدمات شهرستان‌ها بر اساس موقعیت جغرافیایی جمعیت مسیر حرکتی و تردد سایر شهرستان‌ها به سمت مرکز استان و یا مرکز دانشگاهی به پنج لایه تقسیم شده‌اند.

لایه اول: بیمارستان محلی (لایه اول از سطح دوم خدمات و تحت عنوان ۱-۲) بیمارستان‌های محلی از نظر نظام لایه‌بندی خدمات درمانی کشور جزء اول خدمات درمان محسوب می‌گردند. عمدتاً برای جمعیت‌های بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر (شهرستان و یا نقاط شهری غیر مرکز شهرستان یا فاصله بیش از ۳۰ کیلومتر از مرکز شهرستان) در نظر گرفته می‌شوند. در این بیمارستان‌ها عمدتاً خدمات اورژانس اولیه به همراه خدمات تخصصی پایه به صورت سرپایی ارائه می‌گردد.

لایه دوم: شامل شهرستان‌های محیطی با جمعیت بالای ۵۰ هزار نفر است که به جز منطقه جغرافیایی خود عموماً از سایر نقاط، مراجعه قابل توجهی ندارند و خدمات محدوده جغرافیایی آن شهرستان محدود می‌شود. در این شهرستان‌ها حداقل خدمات برای چهار رشته تخصصی پایه (داخلی، کودکان، جراحی عمومی، زنان و زایمان) و علاوه بر آن رشته بیهوشی و برحسب میزان مراجعات برای سایر رشته‌های تخصصی تعریف می‌گردد، این خدمات در قالب خدمات بستری و سرپایی است. در این شهرستان‌ها بیمارستان‌های عمومی با حداقل ۶۰ تخت بستری تعریف می‌شوند.

لایه سوم: شامل شهرستان‌هایی خواهد بود که معمولاً دارای جمعیت بیش از ۱۰۰ هزار نفر بوده و با مراجعات یک یا بیش از یک شهرستان دیگر بر اساس مسیر حرکتی مردم به آن شهرستان سرریز می‌شود. برای این گونه شهرستان‌ها کلیه خدمات تخصصی در تمام رشته‌ها تعریف می‌شود تا بتوانند خدمات تخصصی را برای مردم شهرستان مربوطه و سایر شهرستان‌های هم‌جوار و در مسیر حرکتی پوشش دهند. همچنین بعضی خدمات

فوق تخصصی نیز به فراخور نیاز منطقه و نوع رشته فوق تخصصی در این شهرستان‌ها قابل ارائه خواهد بود. به این شهرستان‌ها بلوک می‌گویند. شهرستان‌های مرکز دانشگاهی غیر از مرکز استان نیز جزء این تعریف می‌باشند.

لایه چهارم: شامل مراکز استان‌ها است که الزاماً تمامی خدمات تخصصی، فوق تخصصی بستری و سرپایی در آن ارائه می‌شود. تنها موارد استثنا شامل خدماتی است که با تشخیص معاونت درمان وزارت بهداشت تعیین گردیده‌اند (مانند خدمات فوق تخصصی مربوط به پیوند اعضا).

لایه پنجم: مشتمل بر مراکز ارائه‌کننده خدمات با کیفیت و سطح تخصصی بسیار بالا مانند خدمات پیوند اعضا که نیازمند تربیت نیروی فوق تخصصی و فلوشیپ در دوره‌های خاص و یا تجهیزات با تکنولوژی فوق پیشرفته هستند.

این مراکز باید با نظر معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین شود.

توجه: هدف‌گذاری در بخش درمان باید به‌گونه‌ای باشد که بیش از ۹۰ درصد از خدمات درمانی اعم از بستری و سرپایی در کلان مناطق با کیفیت برابر ارائه شود و در کمتر از ۵ درصد خدمات که خیلی فوق تخصصی می‌شود، برخی مراکز به کل کشور خدمت بدهد. در این تخصص‌ها که صلاح نیست در تمام کلان مناطق باشند، باید توزیع قابل قبولی در مناطق داشته باشند و هرجایی روی یک تا دو موضوع کار کند. در تمایز دانشگاه‌ها و استان‌ها هم به جد کار شود و هرجایی روی موضوعی متمایز کار کند.

۵- تدوین برنامه نقشه راه درمان ایران ۱۴۰۴ به‌عنوان پایه توسعه زیرساخت‌های حوزه درمان کشور

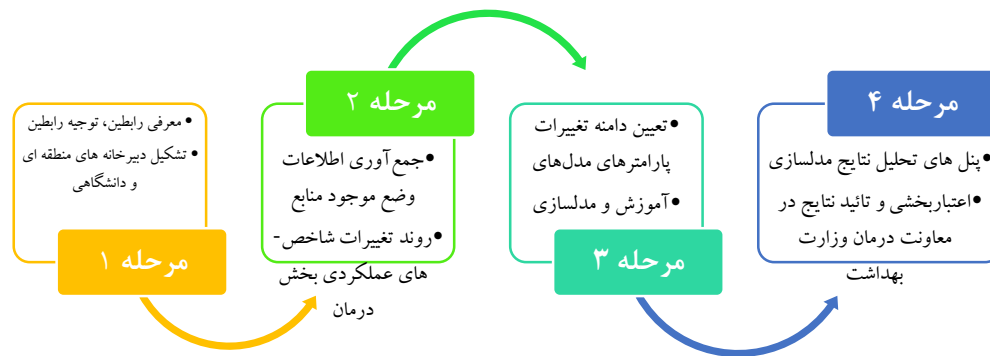
ضرورت استفاده بهینه از منابع هم‌زمان با عزم جدی نظام برای دسترسی عادلانه جامعه به خدمات درمانی با پیروی از سیاست‌های اقتصاد مقاومتی، ضرورت دستیابی به یک نقشه راه برای توسعه منابع بخش درمان را خاطرنشان می‌کند. با وجودی که تدوین برنامه‌های آینده‌نگارانه همواره با چالش عدم قطعیت در مورد سناریوهای آینده و پارامترهای مدل‌سازی همراه است، سعی می‌شود با تلفیق تحلیل‌های کمی و دیدگاه‌های صاحب‌نظران در مورد عملکرد گذشته، پیش‌بینی نسبتاً دقیق و جامعی برای آینده ارائه شود.

نقشه راه درمان ایران ۱۴۰۴ برای نخستین بار در بخش درمان کشور سند جامعی طراحی شد که در آن منابع و ابعاد ارائه خدمات درمانی شامل نیروی انسانی بالینی، تخت‌های بستری و اورژانس در تخصص‌های مختلف، تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای، تسهیلات اورژانس پیش بیمارستانی، بیمارستانی و مدیریت خطر در حوادث و بلایا در کنار مدل ارائه خدمت، برآورد شده‌اند. بنا به ضرورت اطمینان از ظرفیت اقتصادی کشور در

سال‌های آینده برای پیاده‌سازی این نقشه راه و نیز آمادگی نظام آموزش علوم پزشکی کشور جهت تربیت نیروهای انسانی برآورد شده، پیوست اقتصادی و آموزشی این نقشه راه نیز تدوین شدند.

پروژه نقشه راه درمان ایران ۱۴۰۴ در ۴ مرحله انجام شد. دبیرخانه پروژه نقشه راه درمان ایران (ندا) ۱۴۰۴ در دی‌ماه ۱۳۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی کرمان تشکیل گردید و بلافاصله با نظر رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی، رابطین دانشگاه‌ها و مناطق آمایشی تعیین شدند و نخستین کارگاه آموزش توجیهی در اسفند ۱۳۹۴ برگزار شد. چاپ کتاب و لوح فشرده سند استان کرمان و ارسال برای کلیه دانشگاه‌ها، تهیه فایل مولتی‌مدیای خودآموز مدل‌سازی، طراحی و راه‌اندازی پرتال تعاملی اختصاصی ندا، ایجاد داشبوردهای مدیریتی رصد وضعیت پروژه در دانشگاه‌ها و مناطق مختلف آمایشی، انجام ۴ مطالعه مرور نظام‌مند پشتیبان پروژه در زمینه‌های روش‌شناسی برآورد تخت‌های بیمارستانی، برآورد نیروی انسانی بخش سلامت، برآورد تجهیزات پزشکی تشخیصی-درمانی سرمایه‌ای و افق یابی تکنولوژی سلامت و مطالعه برآورد جمعیت ایران ۱۴۰۴، از اهم اقدامات ظرفیت‌سازی و گروه‌سازی در مراحل اول و دوم پروژه بودند.

مرحله سوم با برگزاری کارگاه توجیهی تفصیلی مراحل مدل‌سازی در خردادماه سال ۱۳۹۵ آغاز گردید و در مرحله چهارم خروجی‌های اولیه مدل‌سازی‌ها از دبیرخانه‌های دانشگاهی دریافت شدند و اصلاحات ضروری با همکاری متقابل تسهیلگران دبیرخانه مرکزی و رابطین دبیرخانه‌های دانشگاهی اعمال شدند. درنهایت نتایج اولیه برآوردها برای معاونت محترم درمان وزارت متبوع ارائه شد. در این مرحله جلسات متعددی برای بررسی مقادیر محدوده‌های پارامترها، نتایج مدل‌سازی‌های منابع مختلف در دانشگاه‌ها و شهرستان‌های مختلف و تعیین معیارهای ارزیابی این نتایج و ایجاد تعادل بین منابع برآورد شده برای مناطق مختلف، در محل معاونت درمان وزارت متبوع و با حضور معاون محترم درمان و مجموعه مدیران و مشاوران ایشان، برگزار شد و جزئیات متدولوژیک و اهم نتایج این نقشه راه در جلسات متوالی به استحضار مقام عالی وزارت و معاونین آموزشی، توسعه منابع و مدیریت و مشاورین ایشان رسید.



شکل ۸۳: مراحل پروژه نقشه راه درمان ایران (ندا ۱۴۰۴)

در پیوست اقتصادی، هزینه‌های پیاده‌سازی این نقشه راه در سال ۱۴۰۴ شبیه‌سازی شده که جزئیات محاسبات آن در پیوست اقتصادی ندا ارائه شده است. بنابراین محاسبات، سناریوهای خوش‌بینانه، بدبینانه و محتمل رشد اقتصادی کشور، تغییرات نرخ تورم و سهم سلامت از GDP ترسیم شده و با اتخاذ رویکرد واقع‌بینانه، با تخصیص کمتر از ۸۰ درصد از سهم سلامت از GDP امکان پیاده‌سازی این نقشه راه فراهم خواهد شد. شایان ذکر است جهت حفظ جامعیت برآوردها، خدمات پزشکان عمومی و ماماها- که در محاسبات اقتصاد سلامت در بخش بهداشت لحاظ می‌گردند- نیز در نقشه راه درمان ایران وارد شده و هزینه‌های آن لحاظ شده‌اند. همچنین منظور از «سهم سلامت از GDP» کلیه هزینه‌هایی است که در بخش سلامت انجام می‌شود و منابع آن شامل بودجه دولتی در کنار منابعی است که بخش خصوصی و خانواده‌ها و بخش خیریه در حوزه سلامت هزینه می‌کنند. در ادامه با نقشه راه درمان ایران، تدوین نقشه راه توسعه آموزش علوم پزشکی نیز با حمایت معاونت محترم آموزشی وزارت متبوع و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نیز آغاز شد که ارتباط بین برآوردهای این دو کلان برنامه می‌تواند راهگشای توسعه متوازن در حوزه سلامت کشور باشد.



شکل ۸۴: اجزای نقشه راه درمان ایران (ندا ۱۴۰۴)

رویکرد آینده‌پژوهانه مورد استفاده در این نقشه راه با جدیت بسیار زیادی مورد حمایت مسئولین محترم وزارت متبوع قرار گرفت؛ با این حال، دشواری‌ها و محدودیت‌هایی هم در مراحل مختلف پروژه وجود داشت که محدودیت در دسترسی به اطلاعات دقیق وضع موجود و عملکرد سال‌های گذشته بخش درمان خصوصاً در بخش غیردانشگاهی، گستردگی دامنه موضوعاتی که باید برآورد شوند، محدودیت در دسترسی به استانداردهای مورد توافق، شرایط متفاوت دانشگاه‌ها و مناطق و ضرورت در نظر گرفتن همه موقعیت‌ها و شرایط ارائه خدمت و ارائه مدل جامع و عمومی، مهم‌ترین آن‌ها بودند. در پروژه نقشه راه درمان ایران دو محدودیت زمان و فواصل جغرافیایی که مانع برگزاری نشست‌های منظم و جلسات رودررو می‌شدند نیز به جمع چالش‌های فوق افزوده شدند که با برقراری ارتباط مستمر و نیز همدلی و همراهی قابل تقدیر رابطن و دبیرخانه‌های دانشگاهی با دبیرخانه مرکزی پروژه، سعی شد از آثار آن‌ها کاسته شود.

نقشه راه درمان ایران ۱۴۰۴ در اسفندماه ۱۳۹۶ به تأیید مقام عالی وزارت رسید. اطلاعات تعداد منابع موجود در ابتدای سال ۱۳۹۵ به همراه یافته‌های مدل‌سازی برآورد تعداد و توزیع تخت بیمارستانی (در انواع تخصص‌ها)، نیروی انسانی بخش درمان (در گروه‌های تخصصی مختلف) و تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای (۸ دستگاه) به همراه اطلاعات منسجم مربوط به معرفی مناطق و وضعیت شاخص‌های عملکردی اصلی بخش درمان در سال‌های گذشته، در کتاب‌های مناطق آمایشی در ۱۰ جلد ارائه شده‌اند.

ی- برنامه سند توسعه آموزشی عالی سلامت ایران ۱۴۰۸، به‌عنوان پایه ظرفیت پذیرش دانشگاه‌های علوم پزشکی

سند توسعه علمی مجموعه‌ای جامع، هماهنگ، پویا و آینده‌نگر از مبانی، سیاست‌ها، اهداف، راهبردها، ساختارها و الزامات راهبردی جهت پیشرفت علم و فناوری در کشور است. این سند یک فناوری نرم بر اساس رویکرد سیاست‌گذاری و مدیریتی به توسعه علم و فناوری در راستای اهداف پیشرفت کشور است.

در تدوین نقشه علمی، داشتن الگوی توسعه علمی و فناوری در سطح ملی بسیار حائز اهمیت است. طبق تکالیف تعیین‌شده در اسناد بالادستی نظیر سند چشم‌انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران، برنامه ششم توسعه کشور و سند راهبردهای توسعه علم و فناوری ایران، ضروری است هر نقشه راه توسعه علمی در کشور با منطق «آمایشی» تدوین شود تا علاوه بر اطمینان از تحقق عدالت آموزشی، زمینه‌ساز توسعه همه‌جانبه، یکپارچه و پایدار علمی در کشور باشیم.

در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران، تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ارتقا سطح شاخص‌های آموزش و آمایش سرزمین مبتنی بر اصول ملاحظات امنیتی، دفاعی، کارایی و بازدهی اقتصادی، وحدت و یکپارچگی سرزمین، عدالت اجتماعی و تعادل‌های منطقه‌ای، حفظ محیط‌زیست و احیا منابع

طبیعی، حفظ هویت ایرانی اسلامی، میراث فرهنگی و - توجه به توسعه متکی بر منابع داخلی، مورد تأکید قرار گرفته است.

در برنامه ششم توسعه کشور، تصریح شده است که دولت باید در طول سال اول اجرای قانون برنامه ششم توسعه، برنامه سند آمایش سرزمین ملی و استانی را تهیه کند و پس از تصویب در شورای عالی آمایش سرزمین از سال دوم اجرای قانون، برنامه را به اجرا درآورد (بخش ۵- توازن منطقه‌ای، توسعه روستایی و توانمندسازی اقشار آسیب‌پذیر).

در سند راهبردهای توسعه علم و فناوری ایران، بر انسجام‌بخشی و تقویت یکپارچگی در سیاستگذاری و نظارت و اعتبارسنجی در نظام آموزش عالی کشور؛ طراحی الگوی گسترش آموزش عالی کشور متناسب با حوزه‌های اولویت‌دار علم و فناوری، نوع مؤسسات، اوضاع اقلیمی و نیازهای جامعه و اشتغال فارغ‌التحصیلان مبتنی بر نقشه جامع علمی کشور و تخصیص منابع به مؤسسات آموزشی و پژوهشی با لحاظ نمودن اصول تمرکززدایی و مأموریت‌گرایی در موضوعات مورد نیاز هر منطقه کشور، تأکید شده است.

تفاهم‌نامه گام سوم سند توسعه آموزش عالی سلامت ایران ۱۴۰۸ در راستای عمل به تکالیف مندرج در اسناد بالادستی ملی با محوریت معاونت محترم آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی کلان مناطق آمایشی، منعقد شد. این تفاهم‌نامه‌ها مختصات توسعه آموزش عالی سلامت را تا سال ۱۴۰۸ بین مناطق آمایشی و درون مناطق آمایشی تعیین می‌کنند. در ادامه جداول سهمیه هر یک از مناطق آمایشی در تربیت دانشجویان علوم پزشکی ارائه شده است.

بند ۱- بر اساس سند برآورد نیروی انسانی مصوب شورای گسترش تفاهم گردید که ضریب خودکفایی کلان منطقه ۱ از ۰۰۰۰ در سال ۱۳۹۸ به ۰۰۰۰ تا سال ۱۴۰۸ تغییر یابد.

جدول ۴۷: سهمیه منطقه ۱ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی

خودکفایی	پذیرش ۱۳۹۹-۱۴۰۸	خودکفایی ۱۳۹۸	پذیرش ۱۳۹۸	کلان منطقه ۱
۱۰۰۰	۲۰۰	۱۰۲۰	۱۰۱	مامایی
۱۰۰۰	۱۱۰۰	۱۰۱۰	۰۱۰	پرستاری
۱۰۱۰	۰۰۰	۱۰۲۰	۰۱۱	پزشکی عمومی
۱۰۲۰	۲۰۰	۱۰۰۰	۲۱۰	دندانپزشکی
۰۰۰۰	۱۲۰	۰۰۰۰	۰۰	داروسازی
۰۰۰۲	۰۲۰	۰۰۰۰	۰۰۰	کارشناسی ارشد
۰۰۰۰	۱۲۰	۰۰۰۲	۰۰	Ph.D.
۰۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰۰	۰۱۰	دستیار تخصصی

مطالعات سندی آمایش سرزمین، نقش بهداشت و درمان

فوق تخصص	0	0002	10	0000
جمع / میانگین	0000	0000	10020	0000

بند ۱- بر اساس سند برآورد نیروی انسانی مصوب شورای گسترش تفاهم گردید که ضریب خودکفایی کلان منطقه 2 از 0000 در سال ۱۳۹۸ به 0000 تا سال ۱۴۰۸ تغییر یابد.

جدول ۴۸: سهمیه منطقه ۲ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی

خودکفایی	پذیرش ۱۳۹۹-۱۴۰۸	خودکفایی ۱۳۹۸	پذیرش ۱۳۹۸	کلان منطقه ۲
0000	220	0000	02	مامایی
1000	1100	0000	000	پرستاری
0002	000	0000	010	پزشکی عمومی
0000	100	0000	100	دندانپزشکی
1010	100	1000	100	داروسازی
0000	000	0000	000	کارشناسی ارشد
0000	120	0000	00	Ph.D.
0000	000	0001	200	دستیار تخصصی
0002	20	0002	10	فوق تخصص
0000	0000	0000	0100	جمع / میانگین

بند ۱- بر اساس سند برآورد نیروی انسانی مصوب شورای گسترش تفاهم گردید که ضریب خودکفایی کلان منطقه 3 از 0000 در سال ۱۳۹۸ به 0000 تا سال ۱۴۰۸ تغییر یابد.

جدول ۴۹: سهمیه منطقه ۳ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی

خودکفایی	پذیرش ۱۳۹۹-۱۴۰۸	خودکفایی ۱۳۹۸	پذیرش ۱۳۹۸	کلان منطقه ۳
1010	200	1000	110	مامایی
1000	000	1010	020	پرستاری
1011	000	1010	000	پزشکی عمومی
1010	100	1021	100	دندانپزشکی
1000	110	1020	110	داروسازی
0000	000	0000	000	کارشناسی ارشد
0000	00	0000	01	Ph.D.
0002	200	0000	220	دستیار تخصصی
0000	10	0000	1	فوق تخصص
0000	0000	0000	0010	جمع / میانگین

بند ۱- بر اساس سند برآورد نیروی انسانی مصوب شورای گسترش تفاهم گردید که ضریب خودکفایی کلان منطقه ۴ از ۰۰۰۰۰ در سال ۱۳۹۸ به ۰۰۰۰۰ تا سال ۱۴۰۸ تغییر یابد.

جدول ۵۰: سهمیه منطقه ۴ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی

کلان منطقه ۴	پذیرش ۱۳۹۸	خودکفایی ۱۳۹۸	پذیرش ۱۳۹۹-۱۴۰۸	خودکفایی
مامایی	۰۰	۰۰۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰
پرستاری	۰۱۰	۱۰۲۲	۰۰۰	۱۰۰۰
پزشکی عمومی	۰۲۰	۰۰۰۲	۰۰۰	۰۰۰۰
دندانپزشکی	۰۰	۰۰۰۰	۰۰	۰۰۰۰
داروسازی	۰۲	۰۰۰۰	۱۱۰	۰۰۰۰
کارشناسی ارشد	۲۰۰	۰۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰۰
Ph.D.	۰۰	۰۰۰۰	۰۰	۰۰۰۰
دستیار تخصصی	۱۰۰	۰۰۰۰	۲۰۰	۰۰۰۰
فوق تخصص	۰	۰۰۰۰	۱۰	۰۰۰۰
جمع / میانگین	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰	۰۰۰۰۰

بند ۱- بر اساس سند برآورد نیروی انسانی مصوب شورای گسترش تفاهم گردید که ضریب خودکفایی کلان منطقه ۵ از ۰۰۰۰۰ در سال ۱۳۹۸ به ۰۰۰۰۲ تا سال ۱۴۰۸ تغییر یابد.

جدول ۵۱: سهمیه منطقه ۵ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی

کلان منطقه ۵	پذیرش ۱۳۹۸	خودکفایی ۱۳۹۸	پذیرش ۱۳۹۹-۱۴۰۸	خودکفایی
مامایی	۰۰	۰۰۰۰	۲۰۰	۱۰۰۰
پرستاری	۰۰۰	۰۰۰۲	۱۰۰۰	۱۰۰۰
پزشکی عمومی	۰۱۰	۱۰۰۰	۰۰۰	۱۰۰۰
دندانپزشکی	۱۰۰	۰۰۰۰	۱۰۰	۰۰۰۰
داروسازی	۱۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰	۰۰۰۰
کارشناسی ارشد	۰۰۰	۰۰۰۰	۰۲۰	۰۰۰۰
Ph.D.	۰۰	۰۰۰۰	۱۲۰	۰۰۰۰
دستیار تخصصی	۲۰۰	۰۰۰۱	۰۲۰	۰۰۰۰
فوق تخصص	۲۰	۰۰۰۰	۰۰	۰۰۰۰
جمع / میانگین	۰۲۰۰	۰۰۰۰	۱۰۱۱۰	۰۰۰۲

بند ۱- بر اساس سند برآورد نیروی انسانی مصوب شورای گسترش تفاهم گردید که ضریب خودکفایی کلان منطقه ۰ از ۰۰۰۰ در سال ۱۳۹۸ به ۰۰۰۱ تا سال ۱۴۰۸ تغییر یابد.

جدول ۵۲: سهمیه منطقه ۶ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی

خودکفایی	پذیرش ۱۳۹۹-۱۴۰۸	خودکفایی ۱۳۹۸	پذیرش ۱۳۹۸	کلان منطقه ۶
۱۰۰۱	۲۲۰	۰۰۰۲	۱۰۰	مامایی
۰۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰۱	۰۰۰	پرستاری
۱۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰۰	۰۰۰	پزشکی عمومی
۱۰۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰	دندانپزشکی
۰۰۰۰	۱۰۰	۰۰۰۰	۱۲۰	داروسازی
۰۰۰۱	۰۰۰	۰۰۰۰	۲۰۰	کارشناسی ارشد
۰۰۰۰	۰۰	۰۰۱۰	۱۰	Ph.D.
۰۰۰۰	۲۰۰	۰۰۰۰	۱۰۰	دستیار تخصصی
۰۰۰۰	۱۰	۰۰۱۱	۰	فوق تخصص
۰۰۰۱	۰۰۰۰	۰۰۰۰	۰۰۱۰	جمع / میانگین

بند ۱- بر اساس سند برآورد نیروی انسانی مصوب شورای گسترش تفاهم گردید که ضریب خودکفایی کلان منطقه ۷ از ۱۰۱۰ در سال ۱۳۹۸ به ۱۰۱۱ تا سال ۱۴۰۸ تغییر یابد.

جدول ۵۳: سهمیه منطقه ۷ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی

خودکفایی	پذیرش ۱۳۹۹-۱۴۰۸	خودکفایی ۱۳۹۸	پذیرش ۱۳۹۸	کلان منطقه ۷
۱۰۰۲	۲۰۰	۱۰۰۱	۱۰۲	مامایی
۱۰۱۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۰۰۰	پرستاری
۱۰۰۲	۰۰۰	۱۰۱۰	۰۰۰	پزشکی عمومی
۱۰۲۰	۱۰۰	۱۰۲۰	۱۰۰	دندانپزشکی
۱۰۰۰	۱۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰	داروسازی
۱۰۲۰	۰۲۰	۱۰۰۰	۰۰۰	کارشناسی ارشد
۰۰۰۰	۱۰۰	۱۰۱۰	۱۰۰	Ph.D.
۱۰۱۰	۰۰۰	۱۰۲۰	۰۰۰	دستیار تخصصی
۰۰۰۰	۲۰	۰۰۰۲	۲۲	فوق تخصص
۱۰۱۱	۰۲۰۰	۱۰۱۰	۰۰۲۰	جمع / میانگین

بند ۱- بر اساس سند برآورد نیروی انسانی مصوب شورای گسترش تفاهم گردید که ضریب خودکفایی کلان منطقه ۸ از ۱۰۱۰ در سال ۱۳۹۸ به ۱۰۰۰ تا سال ۱۴۰۸ تغییر یابد.

جدول ۵۴: جدول سهمیه منطقه ۸ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی

خودکفایی	پذیرش ۱۳۹۹-۱۴۰۸	خودکفایی ۱۳۹۸	پذیرش ۱۳۹۸	کلان منطقه ۸
۱۰۰۰	۲۲۰	۲۰۰۰	۲۰۱	مامایی
۱۰۰۰	۰۰۰	۱۰۱۰	۰۰۰	پرستاری
۱۰۱۰	۰۰۰	۱۰۰۰	۰۰۰	پزشکی عمومی
۱۰۰۱	۱۰۰	۱۰۰۰	۱۰۲	دندانپزشکی
۱۰۲۲	۱۲۰	۱۰۲۰	۱۲۱	داروسازی
۰۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰۱	۲۰۰	کارشناسی ارشد
۰۰۰۲	۰۰	۰۰۰۰	۰۰	Ph.D.
۰۰۰۰	۲۱۰	۰۰۰۰	۱۰۰	دستیار تخصصی
۰۰۰۰	۱۰	۰۰۱۰	۰	فوق تخصص
۱۰۰۰	۱۰۱۰۰	۱۰۱۰	۰۰۰۰	جمع / میانگین

بند ۱- بر اساس سند برآورد نیروی انسانی مصوب شورای گسترش تفاهم گردید که ضریب خودکفایی کلان منطقه ۹ از ۰۰۰۰ در سال ۱۳۹۸ به ۰۰۰۰ تا سال ۱۴۰۸ تغییر یابد.

جدول ۵۵: جدول سهمیه منطقه ۹ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی

خودکفایی	پذیرش ۱۳۹۹-۱۴۰۸	خودکفایی ۱۳۹۸	پذیرش ۱۳۹۸	کلان منطقه ۹
۰۰۰۲	۲۲۰	۱۰۱۰	۱۰۲	مامایی
۱۰۰۰	۱۱۰۰	۱۰۰۰	۰۰۰	پرستاری
۰۰۰۱	۰۰۰	۰۰۰۰	۰۰۰	پزشکی عمومی
۰۰۰۰	۱۰۰	۰۰۰۰	۱۰۰	دندانپزشکی
۰۰۰۰	۱۰۰	۰۰۰۰	۰۰	داروسازی
۰۰۰۰	۰۰۰	۰۰۰۱	۰۰۰	کارشناسی ارشد
۰۰۰۰	۱۲۰	۰۰۰۲	۰۱	Ph.D.
۰۰۰۰	۲۰۰	۰۰۰۰	۲۰۱	دستیار تخصصی
۰۰۰۰	۲۰	۰۰۰۰	۲۱	فوق تخصص
۰۰۰۰	۱۱۰۱۰	۰۰۰۰	۱۱۱۰۲	جمع / میانگین

بند ۱- بر اساس سند برآورد نیروی انسانی مصوب شورای گسترش تفاهم گردید که ضریب خودکفایی کلان منطقه ۱۵ از ۱۰۰۰ در سال ۱۳۹۸ به ۱۰۰۰ تا سال ۱۴۰۸ تغییر یابد.

جدول ۵۶: سهمیه منطقه ۱۰ در تربیت دانشجویان علوم پزشکی

خودکفایی	پذیرش ۱۳۹۹-۱۴۰۸	خودکفایی ۱۳۹۸	پذیرش ۱۳۹۸	کلان منطقه ۱۰
۰۰۰۰	۲۰۰	۰۰۰۰	۰۲	مامایی
۰۰۰۰	۱۲۰۰	۰۰۰۰	۰۰۰	پرستاری
۰۰۰۰	۱۱۰۰	۰۰۰۰	۰۰۰	پزشکی عمومی
۰۰۰۱	۲۰۰	۰۰۰۰	۱۰۰	دندانپزشکی
۱۰۰۲	۲۲۰	۰۰۰۰	۲۰۰	داروسازی
۱۰۰۱	۱۰۰۰	۱۰۰۱	۱۰۱۱	کارشناسی ارشد
۲۰۰۰	۰۰۰	۰۰۲۰	۰۱۰	Ph.D.
۱۰۰۲	۱۱۰۰	۲۰۱۰	۱۱۰۲	دستیار تخصصی
۲۰۰۰	۱۰۰	۰۰۰۰	۱۰۰	فوق تخصص
۱۰۰۰	۱۲۱۰۰	۱۰۰۰	۱۱۱۰۰	جمع / میانگین

افق فضایی مطلوب بخش سلامت در حوزه‌های کلیدی آمایش سرزمین سلامت

ظرفیت گردشگری سلامت

گردشگری سلامت، یکی از پتانسیل‌های مهم نظام سلامت برای تولید درآمد و تأثیر بر اقتصاد ملی است که باید در مطالعات آمایشی، الزامات آن در نظر گرفته شود. بر اساس عواملی مانند زیرساخت‌های فعلی، توسعه یافتگی در زمینه زیرساخت‌های علمی، جاذبه‌های بالفعل توریسم عمومی و وضعیت فعلی توریسم سلامت، دانشگاه‌ها به پنج سطح زیر تقسیم شدند که در شکل نیز نشان داده شده است.

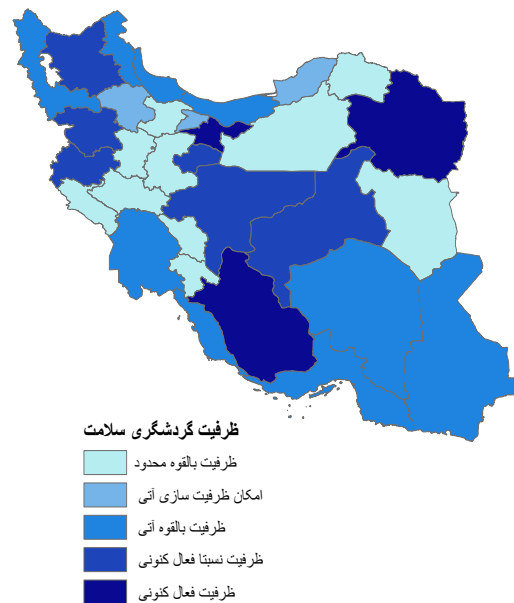
سطح اول: تهران - مشهد - فارس

سطح دوم: اصفهان - تبریز - قم - کردستان - کرمانشاه - یزد

سطح سوم: اردبیل - ارومیه - بوشهر - خوزستان - سیستان و بلوچستان - گیلان - مازندران - بندرعباس - کرمان

سطح چهارم: البرز - زنجان - گلستان

سطح پنجم: ایلام - شهرکرد - بیرجند - بجنورد - سمنان - قزوین - یاسوج - لرستان - مرکزی - همدان



شکل ۸۵: ظرفیت گردشگری سلامت در استان‌های مختلف کشور

بخش‌های مورد اشاره در سازمان فضایی مطلوب، بخش سلامت شامل تعداد و توزیع پزشک عمومی، پزشک متخصص، پرستار و گروه پرستاری، داروساز، دندان‌پزشک، تخت بیمارستانی و تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای هستند.

لازم به ذکر است، نسبت‌های نیروی انسانی مورد نیاز به ازای هر صد هزار نفر جمعیت، نسبت تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت و نسبت تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت برآورد شده‌اند.

پزشک عمومی

جهت اطمینان از برآورد صحیح تعداد پزشک عمومی مورد نیاز تا سال ۱۴۲۴، علاوه بر محاسبه بر مبنای شاخص پزشک عمومی به صد هزار نفر جمعیت، از دو شاخص کنترل‌کننده پزشک عمومی مورد نیاز برای ارائه ۸ ویزیت عمومی به ازای هر شهروند و شاخص نسبت پزشک عمومی به پزشک متخصص استفاده گردید تا در نهایت نتایج این محاسبات با یکدیگر مقایسه و تعدیل شوند.

الف) شاخص پزشک عمومی مورد نیاز برای ۸ ویزیت به ازای هر شهروند

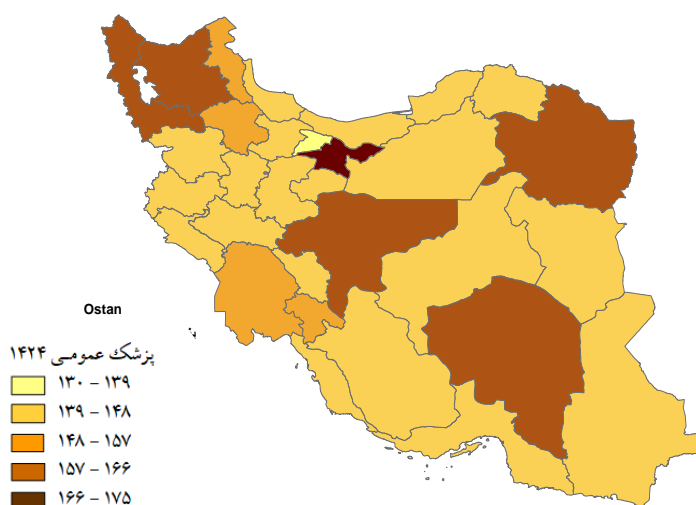
با بررسی نتیجه مطالعه ترازایی در پنل صاحب‌نظران و مقایسه مقادیر میانگین محصور شده پزشک عمومی به جمعیت، جهت تعیین تعداد کلی پزشک عمومی مورد نیاز در کشور تعداد ۸ ویزیت عمومی به ازای هر شهروند

برای سال ۱۴۲۴ هدف گذاری و در نظر گرفته شد که در سال ۱۴۲۴ هر پزشک عمومی در کنار وظایف مدیریت سلامت جامعه که به عنوان پزشک خانواده عهده دار خواهد بود، روزانه ۲۰ ویزیت عمومی انجام دهد. انتظار می رود ۱۵ درصد پزشکان عمومی در حوزه های آموزشی، تحقیقاتی و مدیریتی وارد شوند و با فرض ۲۶۰ روز کاری در سال، برآورد می شود در سال ۱۴۲۴ حدود ۱۴۰۰۰۰ پزشک عمومی مورد نیاز در کشور باشد.

ب) شاخص نسبت پزشک عمومی به متخصص

نسبت پزشک عمومی به متخصص، یکی از مهم ترین شاخص های تعیین توازن مطلوب بین نیروهای حرفه ای بخش سلامت است. مقدار این شاخص در گزارش های منتشر شده از کشورهای مختلف، متفاوت است. متوسط این نسبت در کشورهای عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه، حدود ۰,۵ است؛ به عبارتی در این کشورها به صورت میانگین به ازای هر یک پزشک عمومی، ۲ پزشک متخصص وجود دارد. بیشترین مقدار این شاخص در کشورهای استرالیا، پرتغال، کره جنوبی و بلژیک و در حدود ۰,۹۵ گزارش شده است و کمترین مقدار این شاخص برای کشورهای یونان، لهستان، مجارستان، ایرلند و جمهوری چک و در حدود ۰,۲ گزارش شده است. برای مثال در کشور یونان به ازای هر ۱۰ پزشک متخصص، ۱ پزشک عمومی موجود است.

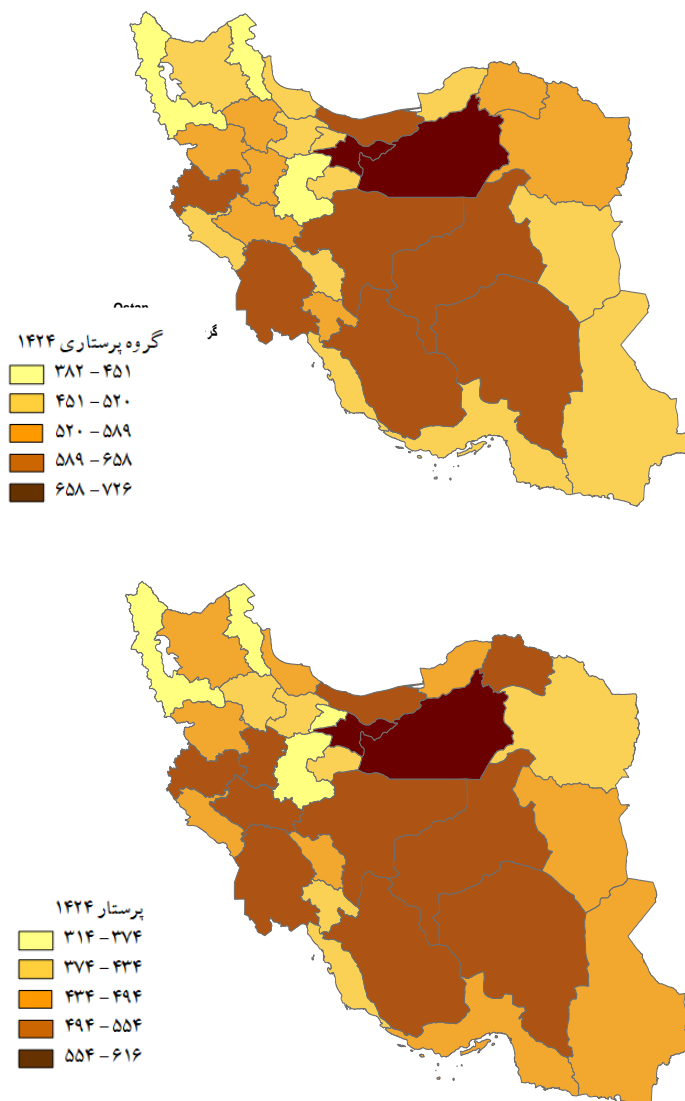
طبق نظر خبرگان، با توجه به عزم دولت برای اجرای نظام ارجاع به عنوان یک سیاست کلیدی در نظام سلامت در سال های آینده، دامنه مطلوب شاخص نسبت پزشک عمومی به متخصص برای سال ۱۴۲۴ در حدود ۱ است. با توجه به اینکه این نقشه ها با استفاده از داده های تجمیع شده کل شهرستان های یک استان ترسیم شده اند، شاخص کل استان تحت تأثیر مقدار شاخص در شهر یا شهرهای دانشگاهی و سایر شهرهای استان است.



شکل ۸۶: پراکندگی نسبت پزشک عمومی مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴

پرستار و گروه پرستاری

در مورد پرستار از استاندارد پرستار به ازای هر تخت بستری در سال ۱۴۲۴ استفاده شد. برآورد می‌شود تعداد کل پرستار مورد نیاز معادل ۵۴۰ پرستار به ازای صد هزار نفر جمعیت ایران بوده و میانگین کل نزدیک به ۲ پرستار به ازای هر تخت باشد. با توجه به فاصله زیادی که در حال حاضر در بسیاری از مناطق کشور با استاندارد موجود دارد، افزایش تعداد تخت‌ها در سراسر کشور در دوره ۲۵ ساله و پیش‌بینی توسعه فناوری‌های تشخیصی، کلیه برآوردهای کشوری با فرض ارتقای استانداردهای کنونی (۱,۳ پرستار به تخت و ۱,۵ گروه پرستاری به تخت) طی دوره ۲۵ سال آینده انجام شدند.



شکل ۸۷: برآورد نسبت پرستاران و گروه پرستاری مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴

ماما

برای محاسبه شاخص نسبت ماما به صد هزار نفر جمعیت ایران ۱۴۲۴، از استانداردهای اداره مامایی معاونت درمان وزارت بهداشت استفاده شد. استانداردهای این اداره بر مبنای تعداد تولد زنده، تعداد تخت جراحی ژنیکولوژی، لیبر و پست پارتوم و تعداد بیمارستان دارای بخش زنان و زایمان تعریف می‌شوند. از آنجایی که این اداره تنها به مامای بیمارستانی می‌پردازد، لذا ماماهاى حوزه بهداشت به صورت جداگانه محاسبه و اضافه شدند (جداول ۵۷ و ۵۸).

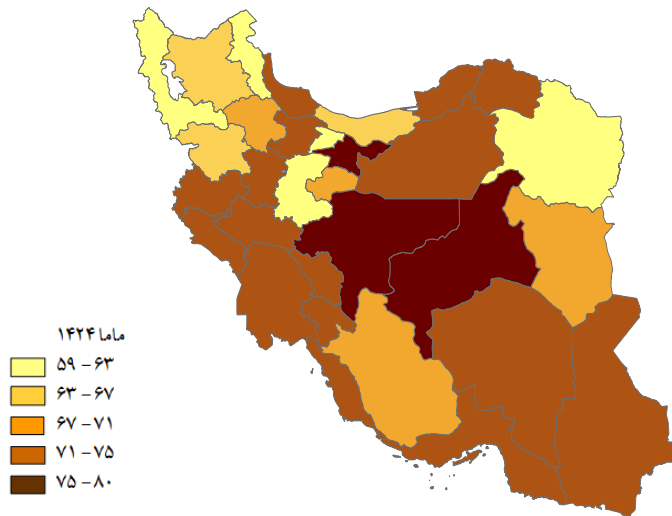
جدول ۵۷: پارامترهای دستیابی به شاخص نسبت ماما به صد هزار نفر جمعیت ایران ۱۴۲۴

ماما	متوسط نسبت ماما به تخت‌های زنان و زایمان	مرکز بهداشت	کل مامای مورد نیاز
پارامتر	۱ . ماما به ازای هر تخت مامایی	۰,۰۰۰ نفر جمعیت	۱,۰۰۰ ماما
محاسبه	۲۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰	معادل ۳۵ ماما به ازای صد هزار نفر جمعیت
<p>در حال حاضر حدود ۱۲۷۰۰ تخت زنان و زایمان در کشور فعال است و برآورد می‌شود به حدود ۱۹۵۰۰ برسد. هرکدام از این تخت‌ها ضرایب متفاوتی دارند که ضرایب در جدول بعدی ارائه شده‌اند. در مدل سازی برای هر شهرستان، بسته به توزیع تخت تخصصی و برآورد تعداد مولید در سال ۱۴۲۴، تعداد ماما برآورد شده است.</p> <p>عدد ۱,۳ متوسط نسبت مامای بخش درمان به تخت‌های زنان و زایمان است که پس از مشخص شدن نتایج مدل‌سازی‌های شهرستان‌ها محاسبه شده است.</p>			

جدول ۵۸: تعداد ماما به ازای هر یک تخت بخش مامایی / زنان و زایمان در دستورالعمل‌های معاونت درمان وزارت متبوع

تعداد مامای مورد نیاز به ازای هر تخت	نوع تخت
۲,۴ ماما	تخت جراحی ژنیکولوژی
۳,۶ ماما	تخت سزارین
۳,۶ ماما	تخت پست پارتوم
۰,۴ ماما	هر تخت IVF
هر ۱۰۰۰ تولد ۸ ماما	بخش زایمان (تخت‌های لیبر، زایمان، ریکاوری، مراقبت نوزاد و...)

با استفاده از پارامترهای فوق، شاخص مامای مورد نیاز به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴ محاسبه شد؛ علاوه بر محاسبه بر مبنای شاخص ۷۰ ماما به ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، از شاخص نسبت تعداد مامای مورد نیاز در بیمارستان به ازای یک متخصص زنان، شاخص تعداد مامای مورد نیاز به ازای ۱۰۰۰ زایمان نیز استفاده گردید تا در نهایت نتایج این محاسبات با یکدیگر مقایسه و تعدیل شوند.



شکل ۸۸: برآورد نسبت مامای مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴

الف) شاخص نسبت ماما به متخصص زنان

مقدار شاخص نسبت ماما به متخصص زنان در کشورهای مختلف، متفاوت است. متوسط این نسبت در کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه حدود ۳,۵ است؛ به عبارتی در این کشورها به صورت میانگین به ازای هر یک پزشک متخصص زنان، ۳,۵ ماما وجود دارد.

طبق نظر خبرگان، با توجه به عزم دولت برای کاهش نسبت سزارین به زایمان طبیعی در سال‌های آینده و نیز برنامه‌ریزی جهت تأمین تعداد استاندارد متخصص زنان در تمام کشور، همزمان با کاهش هزینه‌های ارائه خدمت، لازم است مقدار برای سال ۱۴۲۴ به حدود ۴ ماما به ازای ۱ متخصص زنان نزدیک شود.

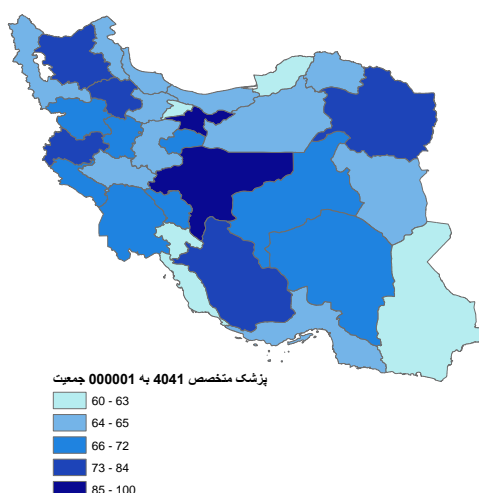
ب) شاخص ماما به ازای هر ۱۰۰۰ زایمان

استاندارد اعلام شده برای این شاخص هم‌اکنون در کشور ۲۰ است. با حفظ همین استاندارد و برآوردی که برای تعداد زایمان سال ۱۴۲۴ انجام می‌شود، تعداد ماما مورد نیاز برای سال ۱۴۲۴ مشخص می‌گردد.

در پنل صاحب‌نظران، با بررسی نتیجه مطالعه ترازایی و مقدار میانگین محدود شده شاخص ماما به جمعیت، جهت تعیین تعداد کلی مامای مورد نیاز در کشور تعداد ۱ ماما به ازای هر ۲۰ نوزاد زنده برای سال ۱۴۲۴ هدف‌گذاری شد. با توجه به اینکه برآورد می‌شود در سال ۱۴۲۴ حدود ۱۶۰۰۰۰۰ نوزاد زنده در کشور به دنیا بیاید؛ بنابراین برآورد می‌شود در سال ۱۴۲۴، حدود ۶۵۰۰۰ ماما (۷۰ ماما به ازای هر صد هزار نفر جمعیت) مورد نیاز در کشور باشد.

پزشک متخصص

در پندل متخصصین جهت تعیین تعداد کلی پزشک متخصص مورد نیاز در کشور تعداد ۵ ویزیت تخصصی به ازای هر شهروند برای سال ۱۴۲۴ هدف‌گذاری شد و در نظر گرفته شد که در سال ۱۴۲۴ هر پزشک متخصص - به صورت میانگین در همه تخصص‌ها، مجموع متخصصین چه درمانی و چه آموزشی و در همه کشور - روزانه ۲۰ ویزیت تخصصی ۱۵ دقیقه‌ای، معادل ۵ ساعت کاری، انجام دهد. با توجه به اینکه حدود ۲۰ درصد متخصصین خدمات ویزیت سرپایی ارائه نمی‌دهند و با فرض ۲۶۰ روز کاری در سال، برآورد می‌شود در سال ۱۴۲۴، حدود ۹۲۰۰۰ پزشک متخصص مورد نیاز در کشور باشد (۱۱۵ پزشک متخصص به صد هزار نفر جمعیت).



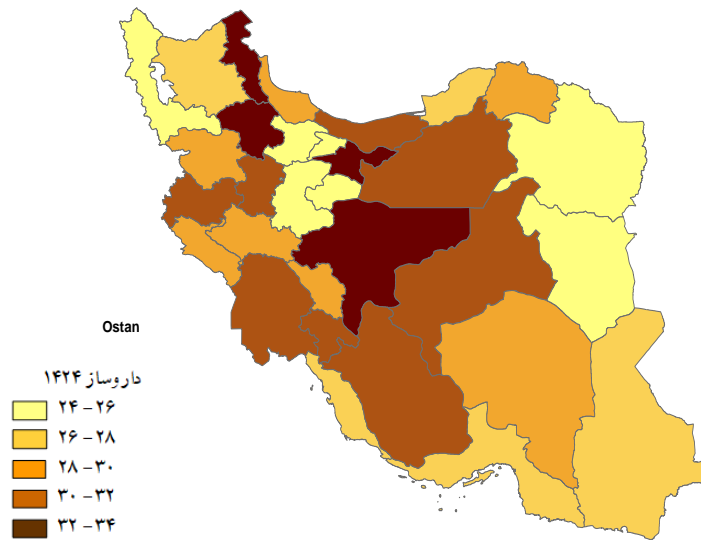
شکل ۸۹: پراکندگی نسبت پزشک متخصص مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴

داروساز

پارامترهای برآورد نیروی داروساز مبتنی بر استانداردهای سازمان غذا و دارو و با اجماع خبرگان تعیین شد.

جدول ۵۹: پارامترهای دستیابی به شاخص نسبت داروساز به صد هزار نفر جمعیت ایران ۱۴۲۴

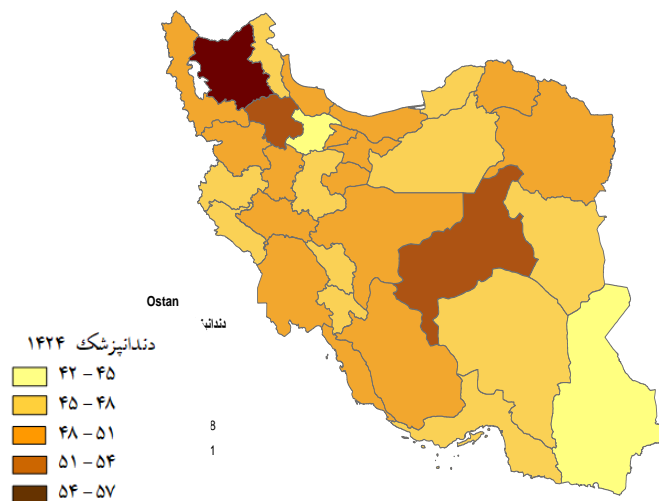
داروساز	داروساز بالینی به ازای تخت بیمارستان	داروخانه	کل مامای مورد نیاز
پارامتر	110, 201 تخت بستری در بیمارستان‌های بالای ۱۰۰ تخت	هر ۵,۰۰۰ نفر یک داروخانه	20, 002 داروساز معادل ۳۰ داروساز به ازای صد هزار نفر جمعیت
محاسبه	1, 102	20, 000	
<p>در سال ۱۴۲۴، حدود ۱۱۷۰۰۰ تخت بستری در بیمارستان‌های بالای ۱۰۰ تخت‌خوابه خواهیم داشت. طبق استاندارد سازمان غذا و دارو، لازم است به ازای هر ۱۰۰ تخت بیمارستانی، یک داروساز بالینی در نظر گرفته شود. با نظر پندل خبرگان، دارو ساز بالینی فقط برای بیمارستان‌های بالای ۱۰۰ تخت‌خوابی در نظر گرفته شد.</p> <p>طبق استاندارد سازمان غذا و دارو، لازم است به ازای هر ۵۰۰۰ نفر جمعیت یک داروخانه داشته باشیم و با در نظر گرفتن شیفت‌های کاری، به ازای هر داروخانه ۱,۵ داروساز در نظر گرفته می‌شود.</p>			



شکل ۹۰: برآورد نسبت داروسازان مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴

دندان پزشکی

برآورد نیروی دندان پزشکی مبتنی بر میانگین محصور شده شاخص دندانپزشک به جمعیت در کشورهای همتراز (۵۰ دندان پزشکی به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در ایران ۱۴۲۴)، تعیین شد.

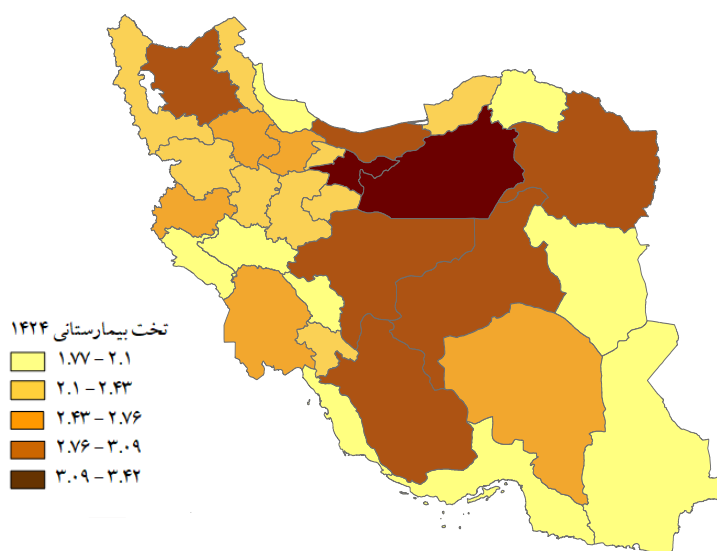


شکل ۹۱: برآورد نسبت دندان پزشکی مورد نیاز در هر استان به ازای صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴

تخت‌های بیمارستانی

تصمیم‌گیری در مورد توسعه تخت‌های بیمارستانی، ابعاد مختلف دارد. در حالی که کمبود تخت بیمارستانی در یک منطقه می‌تواند شاخص‌های دسترسی و عدالت در سلامت را به شدت کاهش دهد. توسعه تخت‌های بیمارستانی بدون در نظر گرفتن ظرفیت بیماردهی منطقه نیز می‌تواند با تحمیل هزینه‌های ناشی از عدم

بهره‌وری، به طریقی دیگر منجر به افت شاخص عدالت در سلامت شود. در بعضی مواقع، برخلاف تقاضای بسیار زیاد جهت افزایش ظرفیت تخت‌های بیمارستانی و نیاز شدید به بهره‌برداری از این منابع، حجم زیادی از تخت‌ها به دلیل عدم برنامه‌ریزی و مدیریت صحیح، بدون استفاده می‌مانند. هزینه سنگین ایجاد و تجهیز تخت‌های بیمارستانی در کنار فرایند زمان‌بر ساخت و تأسیس بیمارستان، نیازسنجی و برنامه‌ریزی دقیق تعداد تخت مطلوب برای سال‌های آینده را ضروری می‌سازد. بر طبق برآوردهای انجام گرفته در سال ۱۴۲۴، به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت لازم است ۳ تخت بیمارستانی در کشور مستقر باشد. در ادامه نقشه برآورد تعداد تخت بیمارستانی مورد نیاز در هر استان در سال ۱۴۲۴، ارائه شده است.



شکل ۹۲: برآورد نسبت تخت‌های بیمارستانی مورد نیاز در هر استان به ازای هزار نفر جمعیت در سال ۱۴۲۴

تجهیزات تشخیصی در مانای سرمایه‌ای

تنوع روزافزون بازار تجهیزات پزشکی و افزایش تقاضا و انتظارات پزشکان و بیماران برای انتخاب و به‌کارگیری فناوری‌های نوین پزشکی، منجر به افزایش لجام‌گسیخته هزینه‌های خدمات سلامت، به‌ویژه در بخش درمان، در سراسر جهان شده است. به‌ویژه اینکه رقابت بین کشورها و نیز درون کشورها برای اختصاص تعداد بیشتر تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای و جذب تعداد بیشتر بیماران خود باعث تخصیص غیرضروری تجهیزات در برخی مناطق و بیمارستان‌ها و استفاده بیش از حد و غیرضروری از این دستگاه‌ها شده است (۱۲۶).

تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای به دلیل هزینه بسیار بالای خرید، استقرار، نگهداری و استهلاک سهم بیشتری در تولید هزینه‌های این بخش دارند (۱۲۷). تجهیزات سرمایه‌ای آن دسته از تجهیزات پزشکی هستند که به‌صورت مکرر و برای مدت طولانی، بدون تغییر محسوس در عملکرد و بدون از دست دادن خواص اصلی مورد استفاده

قرار می‌گیرند. این‌گونه تجهیزات دارای عمر طولانی بوده و با گذشت زمان به کندی مستهلک می‌شوند. در برخی منابع و مستندات اشاره شده است در صورتی که هزینه خرید و استقرار یک دستگاه بیشتر از ۲۰۰۰۰ دلار باشد، سرمایه‌ای محسوب می‌گردد (۱۲۸).

در اغلب موارد تجهیزات سرمایه‌ای پس از استقرار قابل جابجایی نبوده در صورتی که در منطقه نامناسبی به لحاظ جمعیتی و بیماردهی مستقر شوند، از کارایی لازم برخوردار نخواهند بود. به همین دلیل برآورد تعداد تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای مورد نیاز برای سال‌های آینده، یکی از اولویت‌های مهم در مطالعات آینده‌پژوهی سلامت است. در گزارش اطلس تجهیزات پزشکی جهانی اعلام شده است که ۴۸ درصد از کشورهای جهان دارای سیاست ملی تجهیزات پزشکی بوده و ۳۳ درصد آن‌ها برنامه ملی پیاده‌سازی سیاست تجهیزات پزشکی را هم تدوین کرده‌اند (۱۲۹).

تاکنون مطالعات زیادی به آینده‌نگاری فناوری پرداخته‌اند که در اغلب مطالعات از ترکیب تکنیک‌های کیفی نظیر دلفی، پنل متخصصین، سناریو و بنچ مارک برای افزایش اعتبار و روایی نتایج خود بهره جسته‌اند (۱۳۲-۱۳۰). در برخی از مطالعات نیز از رویکردهای کمی و با تکیه بر داده‌های مربوط به نیاز و یا تقاضا برای خدمات مرتبط با تجهیزات، برای برآورد تعداد تجهیزات پزشکی مورد نیاز در سال‌های آینده استفاده شده است (۱۳۴، ۱۳۳).

در رویکردهای مبتنی بر تقاضا، از داده‌های مربوط به روند بهره‌برداری از تجهیزات در سال‌های گذشته، برای برآورد نیاز به تجهیزات در سال‌های آینده استفاده می‌شود؛ نظیر مطالعاتی که از مدل‌سازی و برآورد تقاضا برای ارائه الگوریتم تعداد دستگاه MRI مورد نیاز در آینده در یک بیمارستان استفاده کردند.

در رویکردهای مبتنی بر نیاز نیز از داده‌های برآورد بار بیماری‌ها در سال‌های آینده استفاده می‌شود (۱۳۵). در کشور ما با توجه به اینکه استفاده از تجهیزات پزشکی در سال‌های گذشته مبتنی بر راهنماها و استانداردهای بالینی نبوده است، برخی از موارد بهره‌برداری از این تجهیزات فاقد استانداردهای تجویز منطقی بوده و موارد زیادی از آمارهای بهره‌برداری از خدمات مرتبط با تجهیزات پزشکی ناشی از تقاضای القایی است (۱۳۶). از طرف دیگر، در برخی مناطق به دلیل فقدان دسترسی و یا دسترسی محدود به امکانات درمانی، بهره‌برداری از این تجهیزات بسیار پایین بوده است که این میزان کم بهره‌برداری از دستگاه نسبت به جمعیت را نمی‌توان به معنای فقدان تقاضا برای خدمات این دستگاه‌ها تفسیر کرد. همچنین با توجه به اینکه در حال حاضر برآوردی از بار بیماری‌ها در سال‌های آینده برای ایران در دسترس نیست، برآورد تعداد تجهیزات پزشکی مورد نیاز با استفاده از رویکردهای کمی در حال حاضر وجود ندارد.

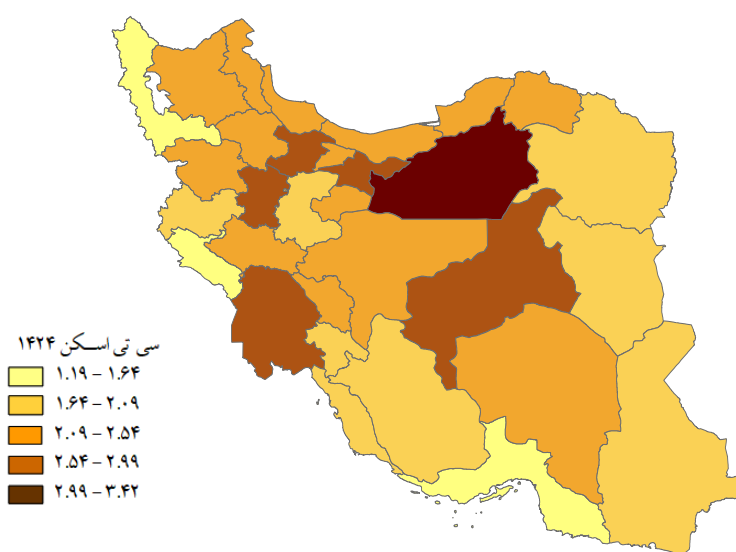
با توجه به محدودیت‌های فوق، در برآورد تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای مورد نیاز برای سال ۱۴۲۴، از ترکیبی از روش‌های کیفی بنچ مارکینگ و پنل خبرگان استفاده شد. جهت ۸ دستگاه سرمایه‌ای تشخیصی و درمانی برآورد انجام شد که عبارت بودند از CT Scan، MRI، گاما کمر، شتاب‌دهنده خطی، PET Scan، آنژیوگرافی قلبی، آنژیوگرافی محیطی و سی تی آنژیو. در ادامه نتایج آنها به تفکیک استان‌های کشور ارائه شده است.

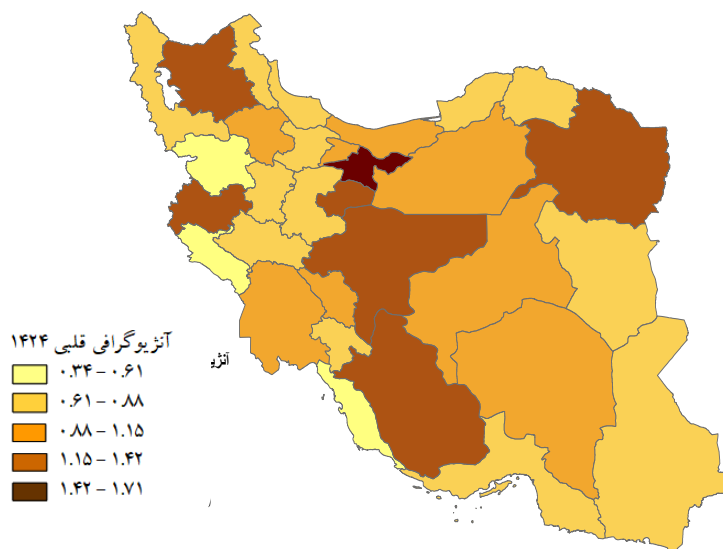
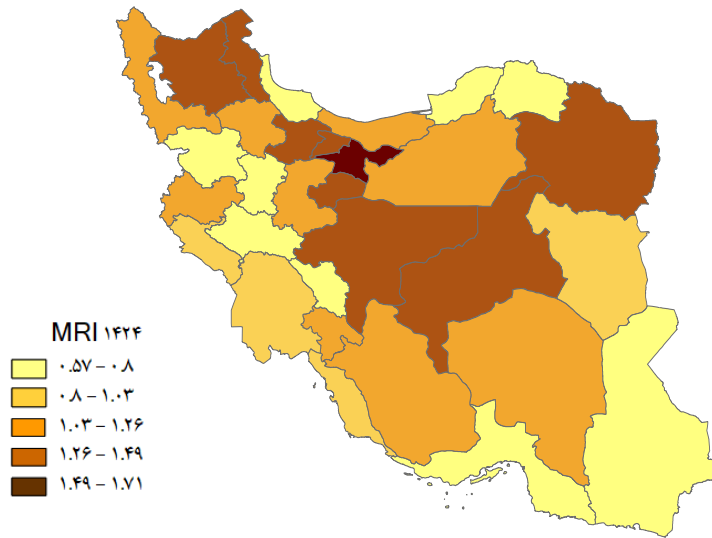
توجه: کلیه برآوردهای مرتبط با تجهیزات با فرض عدم ایجاد تغییر محسوس در فناوری‌های مهم سرمایه‌ای تشخیصی و درمانی تا افق آمایش سرزمین است.

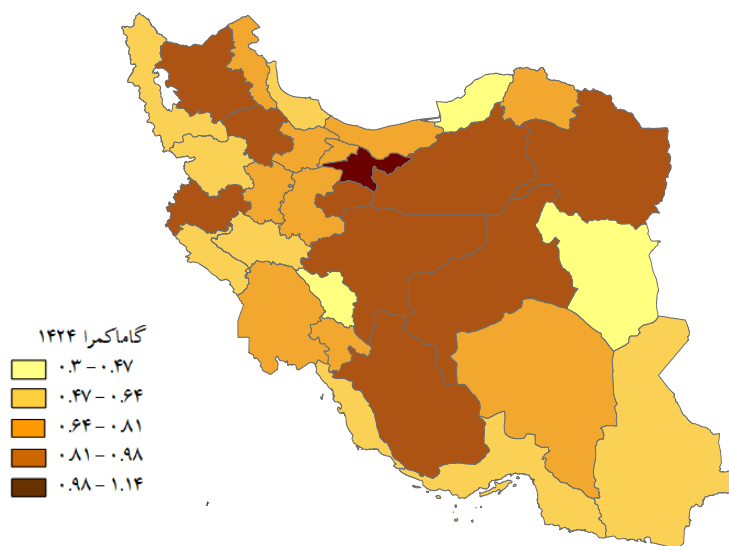
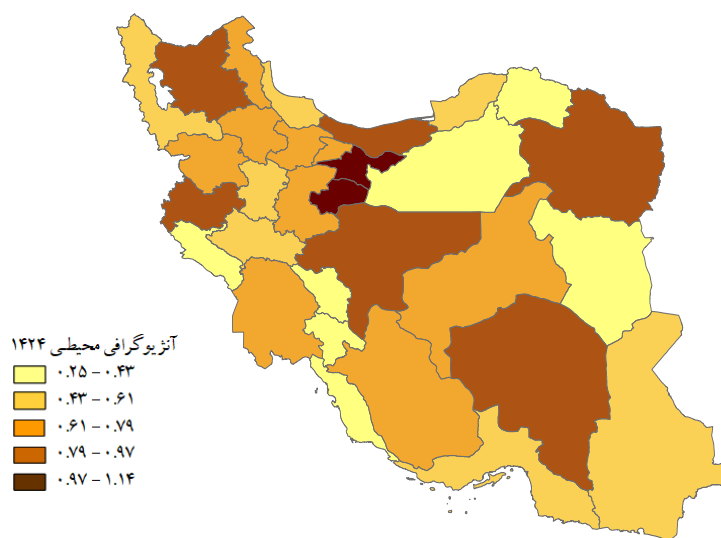
نقشه‌های پراکندگی تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای در کشور

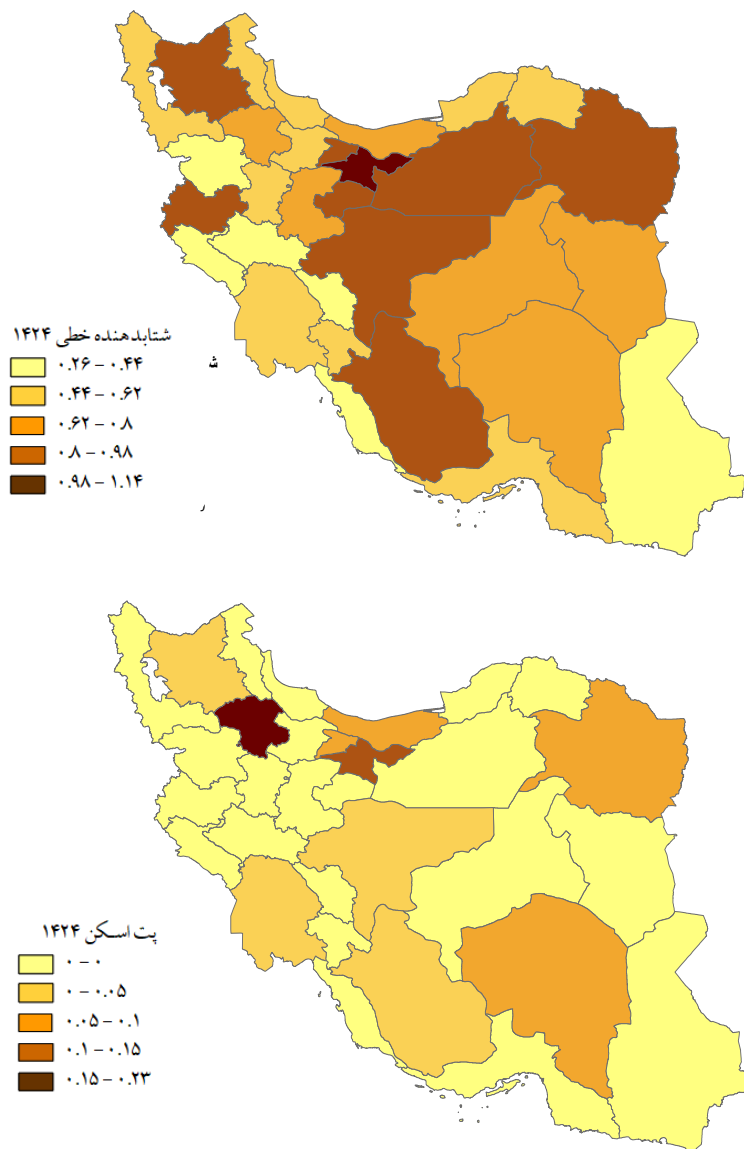
در ادامه نقشه برآورد تعداد تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای مورد نیاز در هر استان در سال ۱۴۲۴، ارائه شده است. همچنین نقشه برآورد توزیع تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای در استان‌های کشور و سهم هر استان از هر دستگاه به ازای یک میلیون نفر جمعیت (نسبت دستگاه به ازای ۱۰۰۰۰۰۰ نفر جمعیت) ارائه خواهد شد.

درمورد دستگاه پت اسکن، با توجه به کاربرد دستگاه در بالاترین سطح ارجاع و برای تعداد محدودی از بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های تشخیصی و یا درمانی با استفاده از این دستگاه دارند، مقرر شد این دستگاه تنها در مراکز استان‌های پرجمعیت و یا استان‌های سرپرست مناطق آمایشی ده‌گانه مستقر گردد. البته مشاهده می‌شود در صورتی که جمعیت استان سرپرست منطقه آمایشی کم باشد، نسبت یک دستگاه به جمعیت در آن استان افزایش می‌یابد.









شکل ۹۳: برآورد پراکندگی تجهیزات تشخیصی درمانی سرمایه‌ای در کشور در هر استان در سال ۱۴۲۴

۱۲- راهبردهای کلان، سیاست‌های سرزمینی و تعیین اولویت‌های موضوعی و موضوعی توسعه

بخش سلامت

تدوین راهبرد در برنامه‌های آمایش سرزمین با لحاظ نمودن برنامه‌ریزی فضایی و توجه به شرایط، نیازها و اولویت‌ها در هر بخش مانند بخش سلامت می‌تواند به رشد همه‌جانبه و انسجام‌بخشی برنامه‌های توسعه پایدار درون بخشی کمک کند. لازم است تا راهبردهای بلندمدت توسعه‌بخشی در راستای پیشبرد سیاست‌های کلی آمایشی در پهنه سرزمین با تکیه بر الزامات بخشی تدوین شوند. در بخش سلامت، اهداف و اصول آمایشی کلان مانند عدالت در دسترسی به خدمات، تخصیص منابع، ارتقا وضعیت سلامت عموم مردم جامعه شامل تمامی گروه‌های اقتصادی اجتماعی، اصلاح سبک زندگی، کیفیت زندگی و ... وجود دارند که ترجمه آن‌ها در کنار سایر الزامات حال و آینده بخش سلامت باید در تهیه راهبردهای بلندمدت این بخش در نظر گرفته شوند. از سوی دیگر تعامل با سایر بخش‌ها، انتظارات از آن‌ها و نیازهای متقابل بین بخشی در سطح ملی و کلان نیز باید در نظر گرفته شوند.

جهت احصا راهبردهای آمایشی بخش سلامت از چهار مسیر اصلی استفاده شده است؛ که شرح آن به صورت زیر است:

احصا راهبردهای آمایشی در اسناد بالادستی بخشی سلامت: اسناد بالادستی اصلی شامل سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری و نقشه تحول سلامت بررسی و راهبردهای مرتبط با آمایش سرزمین از آن‌ها احصا شده است. راهبردهای مرتبط شامل راهبردهایی هستند که به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم (اما مؤثر) با ادبیات و اجرای فعالیت‌های آمایش سرزمین مرتبط هستند.

چالش‌های فعلی بخش سلامت: در مسیر تدوین راهبردهای مرتبط با آینده بلندمدت یک بخش نمی‌توان از چالش‌های فعلی آن غافل شد. علاوه بر اینکه چالش‌ها در حال حاضر به‌مثابه چالش شناخته شده و مشکلاتی را در زیرمجموعه‌های مختلف بخش سلامت ایجاد کرده‌اند، می‌توانند مقدمه‌ای برای عدم اجرایی شدن و یا امکان‌پذیر بودن تحقق راهبردها و اهداف عالی این بخش در آینده گردند. از این رو چالش‌های فعلی بخش سلامت با مروری بر مطالعات انجام شده و نظر خبرگان احصا شدند.

تجارب آمایشی سایر کشورها: بسیاری از کشورها تجارب آمایشی بلندمدت و البته موفق در بخش‌های مختلف مانند سلامت داشته‌اند که در بخش مجزایی از مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند. استفاده از تجارب موفق این کشورها در تعیین راهبردهای آمایشی می‌تواند کمک بزرگی به اثربخشی، امکان‌پذیری و موفقیت راهبردهای

آمایشی داشته باشد. لازم به ذکر است که در نهایی‌سازی و به‌نوعی بومی‌سازی این راهبردها از نظرات خبرگان نیز استفاده شده است.

روندهای مؤثر بر آینده بخش سلامت: تحلیل روندهای مؤثر بر آینده بخش سلامت یکی از مهم‌ترین منابع برای شناسایی راهبردهای آمایشی در نظر گرفته شده است. در تحلیل روندها که گزارش جداگانه‌ای از مطالعه است، روندهای اصلی اثرگذار بر آینده شناسایی و اثراتی که بر بخش سلامت دارند؛ تحلیل شده است. سپس بر اساس تحلیل متقابل این اثرات و تکیه بر نظرات خبرگان موضوع، راهبردهایی با هدف افزایش فرصت‌ها و کاهش تهدیدهای بخش سلامت در کنار تقویت نقاط قوت و کاهش نقاط ضعف بخش سلامت احصا شده است.

۱۳- راهبردها و سیاست‌های آمایشی بخش سلامت

۱۳-۱-۱-۱- راهبرد ۱- تفکیک وظایف تولیتی، ارائه خدمت، تأمین مالی و نظارتی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۱

- ۱- اعمال وظایف تولیتی توسط وزارت بهداشت و با مشارکت کلیه نهادهای مرتبط با بخش سلامت
- ۲- جدا شدن نقش ارائه خدمت از ناظر
- ۳- مدیریت منابع مالی سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت و همکاری سایر مراکز و نهادها
- ۴- تصویب و تصحیح قانون استقلال دانشگاه‌ها (قانون هیئت امنای دانشگاه‌های علوم پزشکی)
- ۵- تمرکززدایی حداقلی در بیمارستان‌های آموزشی و تمرکززدایی حداکثری در بیمارستان‌های غیرآموزشی
- ۶- تقویت ساختارها با رویکرد افزایش نقش نظارتی و دیده‌بانی وزارت بهداشت
- ۷- ایجاد واحدهای ناظر/ نظارتی ملی و استانی
- ۸- ایجاد سازمان واحد مسئول تأمین مالی سلامت
- ۹- تدوین و تصویب برنامه جدا شدن مراکز ارائه خدمات، نهادهای مالی واسط (تأمین‌کننده مالی) مانند سازمان تأمین اجتماعی، شهرداری، وزارت نفت و سایر سازمان‌ها و واگذاری کامل به نهاد تعریف شده دیگر یا بخش خصوصی
- ۱۰- جدا شدن مراکز ارائه‌دهنده خدمت از تأمین‌کنندگان منابع مالی
- ۱۱- یکپارچه‌سازی دستگاه‌ها و وحدت در عملکرد برنامه محور با سایر سازمان‌های مرتبط با سلامت

۱۳-۱-۲- راهبرد ۲- باز مهندسی ساختار و فرآیندهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۲

- ۱- تدوین برنامه بازمهندسی ساختار وزارت بهداشت در حوزه ستاد و صف با توجه به چالش‌های فعلی و نیازهای آینده
- ۲- حرکت به سمت ساختار دانشگاه‌های نسل سوم و چهارم و بازمهندسی ساختارهای آموزشی و پژوهشی بر اساس آن
- ۳- تدوین و تصویب برنامه تغییر نظام سه سطحی ارائه خدمت به نظام دوسطحی ارائه خدمات عمومی و تخصصی
- ۴- تدوین و تصویب برنامه تغییر نظام سه سطحی پیشگیری به نظام شش سطحی پیشگیری بر اساس نوع خدمت
- ۵- تدوین روش و نقشه مشارکت عمومی-خصوصی و خیرین در ارائه خدمات سلامت و برنامه‌های آمایشی

۶- ساماندهی و یکپارچه‌سازی نظام ارائه خدمات سلامت در بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی بر اساس برنامه سطح‌بندی

۷- تقویت نظام ارجاع و جلوگیری از مراجعه مستقیم به سطح تخصصی و فوق تخصصی در تمامی مراکز ارائه‌دهنده خدمت

۸- تفکیک گواهی‌کننده‌ها و اعتباردهنده‌های حداقلی کیفیت (الزامات) از حداکثری کیفیت

۹- ارائه خدمات بی‌قید و شرط به مراجعه‌کنندگان اورژانس

۱۰- ایجاد یک نهاد مستقل استانی هیئت امنایی با اختیارات متناظر وزارت بهداشت در استان، زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که رئیس این نهاد قائم مقام وزیر در استان و نایب رئیس هیئت امنای خواهد بود. این هیئت امنای سیاستگذار و ناظر بر نهاد تأمین مالی سلامت در استان، نهاد هماهنگی تدارک خدمات در استان و نهاد/ نهادهای دانشگاهی در سطح استان خواهد بود (تشکیلات مرکزی این نهاد مشتمل بر مرکز هماهنگی بین بخشی، مرکز برنامه و بودجه، مرکز صدور مجوز، مرکز اطلاعات و شواهد و مرکز نظارت کیفی خواهد بود).

۱۱- راه‌اندازی هولدینگ‌های ارائه خدمات سلامت در سطح استان‌ها

تدوین و تصویب برنامه اداره امور بیمارستان‌های آموزشی دانشگاهی با معیارها و استانداردهای جدید تحت مدیریت دانشگاه

۱۳-۱-۳- راهبرد ۳- طراحی و استقرار نظام‌های پایش سرزمینی بخش سلامت

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۳

۱- طراحی و راه‌اندازی نظام‌های پایش جهت شناسایی اختلاف بین مناطق در شاخص‌های سلامت مانند دسترسی به خدمات، عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، حوادث ترافیکی و جاده‌ای و انواع اپیدمی‌ها (به‌ویژه از نوع منطقه‌ای)

۲- اعمال مداخلات دوره‌ای مبتنی بر گزارشات نظام‌های پایش سرزمین بخش سلامت

۱۳-۱-۴- راهبرد ۴- تقویت راهبری وزارت بهداشت و توسعه همکاری‌های بین بخشی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۴

۱- تقویت توان مذاکره برای جلب مشارکت بازیگران کلیدی تأثیرگذار بر بخش سلامت با هدف رفع چالش‌های مناطق مختلف آمایشی

۲- تهیه و به‌روز رسانی نقش، وظایف و عملکرد سایر بازیگران مؤثر در قبال بخش سلامت و تصمیم‌گیری برای جلب همکاری بر اساس آن

۳- تقویت نقش شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در هماهنگی بین بخش‌های مختلف

- ۴- تدوین و اجرای برنامه توانمندسازی شوراها، اصناف، احزاب برای برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی در زمینه ارتقای سلامت
- ۵- هدایت مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها در ارتقای سلامت جامعه با تأکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر و نقاط محروم
- ۶- ساماندهی نمایندگان و تقویت راهبری وزارت بهداشت در شوراهای بین بخشی
- ۷- مشارکت بین بخشی بازیگران فعالیت‌های آمایشی در راستای پاسخ پیش‌گویانه به چالش‌های آینده بخش سلامت
- ۸- حضور نمایندگان تمامی گروه‌های جامعه و تمامی مناطق آمایشی در فعالیت‌های آمایشی
- ۹- تقویت توان دیپلماسی سلامت در تعامل با کشورهای مرزی و استفاده از آن برای مواجهه با چالش‌های مناطق مرزی
- ۱۰- هدایت رسانه‌های ارتباطی کشور در خصوص اطلاع‌رسانی نیازهای سلامت استان‌ها، به‌ویژه در نقاط محروم
- ۱۱- تدوین و اجرای برنامه توسعه آموزش سلامت همگانی در رسانه‌های ارتباط جمعی با همکاری سازمان صدا و سیما و مطبوعات در تمامی مناطق شهری و روستایی
- ۱۲- تدوین و اجرای برنامه توسعه آموزش سلامت مبتنی بر شبکه آی تی و فناوری‌های نوین اطلاعاتی و (E HealthM Health,) ارتباطی

۱۳-۱-۵- راهبرد ۵- تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۵

- ۱- حرکت از تأمین منابع نظام سلامت از محل منابع ناپایدارتر نظیر درآمدهای نفتی به سمت منابع پایدارتر نظیر مالیات و روش‌های تأمین مالی صعودی
- ۲- افزایش سهم سرانه آموزش و بهداشت از تولید ناخالص داخلی ملی
- ۳- وضع عوارض بر محصولات، مواد و خدمات زیان‌آور سلامت
- ۴- تشکیل نهاد تأمین مالی سلامت با دو وظیفه اجتماعی و حمایتی
- ۵- تدوین برنامه ویژه برای مدیریت هزینه‌ها و بیماران در معرض هزینه‌های فاجعه‌آمیز
- ۶- ساماندهی حمایت خیرین سلامت
- ۷- بهبود وضعیت عدالت عمودی و افقی در تأمین مالی خدمات سلامت
- ۸- حرکت به سمت اقتصاد دانش‌بنیان در بخش سلامت و افزایش پایداری در تأمین منابع مالی در این بخش

۱۳-۱-۶- راهبرد ۶- جهت‌گیری مناسب برای تربیت، توزیع و نگهداشت نیروی انسانی بخش سلامت

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۶

- ۱- تعدیل ظرفیت پذیرش دانشگاه‌های علوم پزشکی بر اساس نیازهای ملی و منطقه‌ای مبتنی بر برنامه برآورد نیروی انسانی وزارت بهداشت
- ۲- ایجاد دسترسی مناسب به امکانات و زیرساخت‌های آموزشی متناسب با نیاز مناطق مختلف آمایشی
- ۳- تدوین و اجرای برنامه حمایت و تشویق مدیران فعال و متعهد در زمینه به‌کارگیری ظرفیت‌ها و منابع موجود در جهت برآورده نمودن نیازهای اساسی کشور، به‌ویژه در حوزه سلامت
- ۴- طراحی فرایند استعدادیابی، جذب، انتصاب، ارتقاء و ارزیابی مدیران متخصص، توانمند و متعهد
- ۵- طراحی و به‌کارگیری نظام مؤثر پیشگیری و برخورد با تخلفات اداری در تمامی سطوح
- ۶- تدوین و استقرار نظام شایسته‌گزینی و شایسته‌سالاری در انتخاب و انتصاب مدیران
- ۷- ایجاد سازوکار مناسب برای حضور تمام‌وقت و فعال اعضای هیئت علمی در دانشگاه‌ها و افزایش تعاملات علمی استاد و دانشجو با تأکید بر شاگردپروری
- ۸- تدوین و اجرای سیاست‌های پرداخت تشویقی با توجه به ملاک‌هایی مانند منطقه جغرافیایی و شرایط و ساعت ارائه خدمت
- ۹- اصلاح نظام آموزشی در جهت تربیت همه‌جانبه دانشجو علاوه بر زمینه‌های تخصصی
- ۱۰- آمایش نظام سلامت و جذب دانشجویان مستعد و نوآور متناسب با نیاز و تقاضا با توجه به ملاحظات اقلیمی و فرهنگی و اجتماعی
- ۱۱- تدوین نظام عادلانه توزیع نیروی انسانی بخش سلامت مبتنی بر نیازهای مناطق مختلف آمایشی به‌ویژه نقاط محروم
- ۱۲- توانمندسازی مهارتی کارکنان نظام سلامت
- ۱۳- استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردهای کیفی و ایمنی خدمات
- ۱۴- استقرار نظام جامع یکپارچه ثبت خطاها، تخلفات و شکایات پزشکی و هماهنگ‌سازی نظام‌های رسیدگی‌کننده به آن‌ها
- ۱۵- سطح‌بندی مأموریتی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزشی در نظام سلامت بر اساس حوزه‌ی جغرافیایی (محلی، استانی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی)، سطح مدارج آموزشی (کارדانی، کارشناسی، ارشد، دکترای حرفه‌ای، متخصص و سایر عناوین) و وابستگی سازمانی (مستقل، تابعه یا وابسته)
- ۱۶- واگذاری اختیار شناسایی، جذب و استخدام نیروی انسانی مورد نیاز کلیه سطوح نظام ارائه خدمات سلامت و آموزش عالی گروه پزشکی از سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر اساس برنامه و بودجه مصوب.
- ۱۷- واگذاری اختیار شناسایی، جذب و استخدام نیروی انسانی مورد نیاز دانشگاه‌ها به هیئت امنای دانشگاه بر اساس برنامه و بودجه مصوب
- ۱۸- به‌روز رسانی ساختارهای ارائه خدمت بر پایه فناوری‌های جدید و مبنا قرار دادن آن در برآورد نیروی انسانی، تجهیزات و منابع فیزیکی

- ۱۹- تقویت مهارت نیروی انسانی بخش سلامت با توجه به نیازهای آینده
- ۲۰- ایجاد و ارائه بانک اطلاعات برخط شغل و شاغل بر اساس تعادل بین عرضه و تقاضای نیروی انسانی مورد نیاز بخش دولتی و غیردولتی سلامت به تفکیک رشته شغلی و منطقه جغرافیایی در وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی
- ۲۱- استقرار نظام دیده‌بانی منابع انسانی بخش سلامت کشور با مدیریت واحد در وزارت بهداشت در مان و آموزش پزشکی
- ۲۲- طراحی و استقرار نظام دیده‌بانی آموزش عالی سلامت
- ۲۳- شبکه‌سازی در نظام آموزش عالی سلامت از طریق استفاده از ظرفیت‌های فضای مجازی
- ۲۴- افزایش منزلت اجتماعی متوازن شاغلین بخش سلامت
- ۲۵- تقویت مسئولیت اجتماعی در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به‌ویژه در جهت تقویت دسترسی به خدمات سلامت در مناطق محروم
- ۲۶- تدوین و اجرای سیاست‌های متناسب‌سازی جبران خدمت/ پرداخت به کارکنان سلامت در دو بخش دولتی و خصوص

۱۳-۱-۷- راهبرد ۷- تربیت نیروی عمومی و نیروی واسط در پاسخ به نیاز سلامت مبتنی بر استانداردهای

جهانی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۷

- ۱- بازتعریف رشته‌ها، رشته‌ها و گروه‌های مختلف شغلی با هدف ایجاد و تقویت پست‌های شغلی واسطه (مثل بهیار، بهداشت-کار دهان و دندان، پزشک خانواده، مراقب سلامت و غیره) و به‌تناسب آن ایجاد رشته محل‌های مورد نیاز برای تربیت این دسته از نیروها
- ۲- بازنگری، اجرا و نظارت بر برنامه و کوریکولوم آموزشی رشته‌های گروه علوم پزشکی، پیراپزشکی و زیستی، متناسب با نیازهای نظام سلامت، استانداردهای بین‌المللی و مبتنی بر ارزش‌های اسلامی-ایرانی هر پنج سال یک بار
- ۳- توسعه مقاطع تحصیلات تکمیلی مبتنی بر نیاز مانند طب سالمندی، پزشکی خانواده و طب تسکینی

۱۳-۱-۸- راهبرد ۸- ارتقا عادلانه شاخص‌های سلامت به‌ویژه شاخص دسترسی به خدمات در تمامی

مناطق

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۸

- ۱- طراحی و استقرار نظام جدید سطح‌بندی خدمات سلامت
- ۲- تدوین و به‌روزرسانی نظام رصد دسترسی به خدمات سلامت در نقاط مختلف
- ۳- تناسب توزیع امکانات و تسهیلات سلامت در مناطق مختلف آمایشی

- ۴- تقویت مکانیسم‌های نظارت بر ارائه خدمت به‌منظور اطمینان از رعایت حداقلی کیفیت خدمات و دسترسی به خدمات در تمامی مناطق آمایشی
- ۵- تناسب مکانیسم‌های ارائه خدمت با ملاحظات فرهنگی مناطق مختلف در راستای افزایش دسترسی فرهنگی
- ۶- ارتقای سلامت و توانمندی جانبازان، معلولان و گروه‌های آسیب‌پذیر مانند سالمندان در دسترسی به خدمات سلامت
- ۷- ایجاد امکان دسترسی عادلانه به خدمات سلامت فناوری محور برای تمام گروه‌های اقتصادی اجتماعی
- ۸- تدوین برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جامعه معلولان کشور
- ۹- تدارک خدمات ویژه برای گروه‌ها و بخش‌های آسیب‌پذیر به‌ویژه در مناطق محروم
- ۱۰- توسعه اورژانس هوایی جهت پوشش راه‌های فرعی و روستایی
- ۱۱- گسترش پایگاه‌های اورژانس شهرها و جاده‌های اصلی به‌منظور پوشش کامل حوادث و فوریت‌ها
- ۱۲- طراحی و استقرار مدل ارتقای سلامت حاشیه‌نشین‌ها و افراد آسیب‌پذیر و افزایش دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت

۱۳-۱-۹- راهبرد ۹- توسعه عادلانه خدمات سلامت روان در تمامی مناطق شهری و روستایی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۹

- ۱- بازنگری و اصلاح نظام ارائه خدمات سلامت روان و مراقبت از بیماران
- ۲- توجه به سلامت روان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
- ۳- توزیع مناسب نیروی انسانی بهداشت روان در مناطق شهری و روستایی
- ۴- ایجاد زیرساخت و فضای مناسب ارائه خدمات سلامت روان
- ۵- راه‌اندازی و تداوم فعالیت مراکز جامع سلامت روان
- ۶- تدوین بسته پایه خدمات سلامت روان کارکنان دولت توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ۷- تعیین سهم و نقش دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی، بخش خصوصی و غیردولتی (سمن‌ها و شوراهای اسلامی) در ارتقای سلامت روان
- ۸- تدوین و اجرای برنامه‌های هدف محور همکاری‌های بین‌بخشی میان دست‌اندرکاران و ذی‌نفعان بخش‌های مختلف جامعه در حوزه‌های اولویت‌دار سلامت روان

۱۳-۱-۱۰- راهبرد ۱۰- افزایش شفافیت و پاسخگویی واحدهای مختلف بخش سلامت

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۱۰

- ۱- الزام مدیران واحدهای ارائه‌کننده خدمات سلامت به ارائه گزارش‌های ادواری به مردم
- ۲- راه‌اندازی کامل سیستم ثبتی گردآوری داده‌های مالی بخش سلامت
- ۳- ایجاد سامانه نظام‌مند حساب‌های ملی سلامت با تأکید بر داده‌های ثبتی
- ۴- طراحی و استقرار کانون ارزیابی مدیران سلامت
- ۵- شایسته‌سالاری و انتصاب مدیران سطوح مختلف بر اساس معیارهای از پیش تعیین شده و شفاف
- ۶- استقرار و حمایت از ساختار و فرآیند ارزیابی فناوری‌های سلامت در سطح استانی در درون چارچوب ابلاغی سیاست‌های ملی
- ۷- ایجاد یک هیئت امنای برای همه دانشگاه‌های یک استان (هیئت امنای استان) استقلال دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها تا حد ممکن و یکپارچگی سلامت
- ۸- افزایش شفافیت در صدور مجوزها و طراحی و استقرار سامانه الکترونیک صدور مجوز مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت
- ۹- استقرار سامانه جامع اخذ، بررسی و پاسخگویی به شکایات گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت
- ۱۰- افزایش شفافیت در اطلاعات، اجرای قوانین و تخصیص منابع بخش سلامت با توسعه فناوری و زیرساخت‌های مناسب
- ۱۱- افزایش شفافیت در اطلاعات، اجرای قوانین و تخصیص منابع بخش سلامت با همکاری نمایندگان از جامعه و رسانه
- ۱۲- تشکیل صندوق ارتقای سلامت ذیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و مدیریت و هزینه کرد منابع حاصل از اخذ عوارض کالاها و خدمات آسیب‌رسان

۱۳-۱-۱۱- راهبرد ۱۱- توسعه فناوری‌های داخلی بخش سلامت (شامل فرآورده‌های دارویی، واکسن، محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی) با تکیه بر چالش‌های آینده بخش و استفاده از فرصت‌ها

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۱۱

- ۱- آینده‌نگر بودن در شناسایی و توسعه فناوری‌های بخش سلامت
- ۲- حمایت از انعقاد قراردادهای انتقال فناوری و تولید داروهای تحت لیسانس شرکت‌های معتبر
- ۳- مطالعه و اعلام دوره‌های داروها و فرآورده‌های استراتژیک

- ۴- پیاده‌سازی نظام اطلاع‌رسانی جامع فرصت‌های سرمایه‌گذاری صنایع دارویی، تجهیزات پزشکی، واکسن و محصولات زیستی
- ۵- تضمین خرید مدت‌دار و محدود برای شرکت‌هایی که انتقال فناوری به کشور داشته‌اند
- ۶- ارائه لیست اقلام مولکولی دارویی به تفکیک اولویتی واردات، تولید داخلی، صادرات به صورت سالانه
- ۷- جلوگیری از ورود اقلام و محصولات مشابه با شرط تضمین کیفیت محصولات داخلی
- ۸- توجیه و آموزش پزشکان و داروسازان در زمینه استفاده از محصولات داخلی و منع مصرف محصولات خارجی
- ۹- فرهنگ‌سازی عموم مردم و ترغیب مصرف محصولات داخلی و اجتناب از محصولات خارجی
- ۱۰- تقویت شرکت‌های دانش‌بنیان، مراکز رشد، پارک‌های علم و فن آوری و شهرک دانش سلامت
- ۱۱- توسعه زیرساخت‌های پژوهشی بخش سلامت در پاسخ به نیازهای مناطق مختلف شهری و روستایی
- ۱۲- تقویت ارتباط بین دستگاه‌های مرتبط با واکسن و داروهای بیولوژیک (از طریق شبکه‌سازی، انعقاد تفاهم‌نامه، ساختارهای مبتنی بر فناوری اطلاعات، مطالعات چندمرکزی و ...)
- ۱۳- اولویت‌دهی به توسعه و تولید داروها و واکسن‌های خاص (نیازهای بومی، خلق ثروت، چندگانه بودن و...)
- ۱۴- حمایت از تأسیس پایگاه‌های تولید فرآورده‌های دارویی، واکسن، بیولوژیک و تجهیزات پزشکی در بازارهای هدف
- ۱۵- اصلاح قوانین و ضوابط و آیین‌نامه‌ها در راستای حمایت از تولید داخل
- ۱۶- تجهیز آزمایشگاه‌ها و تأمین، آموزش و به‌روزرسانی نیروی انسانی آزمایشگاه‌ها
- ۱۷- استقرار سیستم کنترل کیفیت در خدمات و مدیریت کلیه‌ی آزمایشگاه‌های غذا و داروی دانشگاه‌ها
- ۱۸- گسترش همکاری و تعامل با سازمان‌های نظارتی بین‌المللی در حوزه دارو، واکسن و تجهیزات پزشکی
- ۱۹- وضع، اجرا و بازنگری در قوانین مرتبط با رعایت مالکیت معنوی
- ۲۰- توسعه فناوری‌های سلامت مبتنی بر اولویت‌ها و پتانسیل‌های داخلی مانند گیاهان دارویی، طب سنتی و...
- ۲۱- تقویت دانش چرایی و چگونگی در توسعه فناوری‌های سلامت
- ۲۲- گسترش مشارکت هدفمند با سایر کشورها در توسعه فناوری‌های سلامت
- ۲۳- ارتقا مهارت‌های دیپلماسی و قدرت چانه‌زنی نمایندگان بخش سلامت جهت انتقال فناوری‌های لازم بخش سلامت
- ۲۴- تقویت ارتباط بین بخشی به‌ویژه با وزارت خارجه در خصوص اعلام نیاز و پتانسیل‌های فناورانه بخش سلامت در مناطق مختلف شهری و روستایی که نیازمند رایزنی‌های بین‌المللی است.

۱۳-۱-۱۲- راهبرد ۱۲- کنترل و کاهش تقاضای القایی ارائه‌دهنده خدمات سلامت

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۱۲

- ۱- جلوگیری از ترویج و تجویز داروها و تجهیزات پزشکی از مسیرهای القایی و غیراخلاقی
- ۲- اجازه تجویز دارو و خدمات تشخیصی و درمانی و توان‌بخشی صرفاً بر مبنای نظام سطح‌بندی خدمات، راهنماهای بالینی، فارماکوپه و طرح ژنریک
- ۳- تقویت شورای بررسی و تدوین داروی کشور
- ۴- فعال‌سازی و تقویت واحدهای کنترل تجویز و مصرف منطقی دارو و تجهیزات پزشکی
- ۵- تدوین و تنظیم راهنماهای تجویز و مصرف دارو و سایر کالاهای سلامت
- ۶- تدوین و اعمال قوانین محدودکننده در خصوص فضای غیرعلمی و ناسالم تبلیغات داروهای وارداتی
- ۷- ارائه برنامه‌های تخصصی آموزشی با تمرکز بر بهره‌گیری از شواهد علمی در برخورد با تبلیغات دارویی برای مخاطبین گروه پزشکی
- ۸- محدودسازی ورود دارو و تجهیزات پزشکی به بازار مبتنی بر ارزیابی‌های هزینه-فایده و درآمد ناخالص ملی
- ۹- انجام فعالیت‌های آموزشی در جهت ارتقاء سلامت و فرهنگ مصرف منطقی دارو و سایر کالاهای سلامت
- ۱۰- بازبینی و اصلاح سیستم‌های بسته‌بندی داروها و تدوین بروشورهای دارویی در راستای تجویز و مصرف منطقی دارو
- ۱۱- توسعه و به‌کارگیری زیرساخت‌های الکترونیک به‌ویژه در ثبت و نظارت کالاهای سلامت و چرخه تأمین و مصرف آن‌ها
- ۱۲- تدوین بانک اطلاعاتی جامع کشوری تجویز دارو و سایر کالاهای سلامت و بهره‌برداری از آن در برنامه‌ریزی‌های دارویی و انجام پژوهش‌های مرتبط
- ۱۳- محدود کردن ارائه‌دهندگان خدمات به تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور
- ۱۴- بررسی و پایش تجویز دارو در بیمارستان‌ها و تدوین و ارائه گزارش‌های عملکرد به تفکیک بخش، پزشک و پرونده‌های بیماران بستری
- ۱۵- راه‌اندازی نظام نسخه الکترونیک در بیمارستان‌ها و ایجاد دسترسی‌های تعریف شده به تجویز دارو بر اساس راهنماهای بالینی

۱۳-۱-۱۳- تقویت توریسم سلامت و آموزش بر اساس پتانسیل‌های موجود

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۱۳

- ۱- شناسایی و تقویت مناطق با پتانسیل گسترش توریسم سلامت در کشور به‌ویژه در استان‌های دارای پتانسیل مانند تهران، خراسان رضوی، مشهد، اصفهان- تبریز- قم- کردستان- کرمانشاه- یزد (مراجعه به گزارش تصویر فضایی افق توسعه یافتگی)
- ۲- شناسایی و تقویت مناطق با پتانسیل توریسم آموزش در کشور به‌ویژه در دانشگاه‌های مادر در قطب‌های آمایش سلامت (مراجعه به گزارش تصویر فضایی افق توسعه یافتگی) و دانشگاه‌هایی مجاور مناطق مرزی
- ۳- ارائه خدمات آموزشی در مناطق با پتانسیل توریسم سلامت جهت همراه سازی ساکنین این مناطق با اهداف توریسم سلامت
- ۴- ارائه خدمات آموزشی و مهارتی (مهارت‌های تخصصی و عمومی) ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مبتنی بر استانداردهای بین‌المللی جهت ارائه خدمات توریسم سلامت
- ۵- تقویت زیست‌بوم‌های مناطق روستایی و پتانسیل‌های گردشگری و صنایع دستی به‌ویژه با هدف توانمندسازی روستاها و تولید ثروت در آن‌ها
- ۶- حرکت به سمت اعتباربخشی آموزشی بر اساس استانداردهای بین‌المللی
- ۷- فراهم نمودن تسهیلات، تجهیزات، فضای فیزیکی، نیروی انسانی آموزش‌دیده لازم برای تقویت توریسم سلامت و آموزش
- ۸- تقویت ارتباط بین‌الملل شامل مهارت‌های کلامی و غیرکلامی (زبان انگلیسی، فرهنگی، ارتباطات بین فردی)

۱۳-۱-۱۴- افزایش نشاط اجتماعی به صورتی عادلانه در مناطق مختلف آمایشی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۱۴

- ۱- تدوین برنامه‌های بین بخشی برای اجماع بر سر تعریف نشاط و جلب حمایت نهادهای مرتبط در جهت افزایش آن
- ۲- افزایش امکانات تفریحی، فرهنگی و فضای سبز عمومی و توزیع عادلانه آن در تمام مناطق شهری و روستایی
- ۳- راه‌اندازی انواع بازی‌های دسته‌جمعی خانوادگی در مناطق مختلف شهری و روستایی

۱۳-۱-۱۵- اولویت پیشگیری نسبت به درمان

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۱۵

- ۱- بازطراحی بسته‌های خدمات سلامت مبتنی بر نگاه پیشگیری محور

- ۲- جلب حمایت سایر نهادهای مؤثر بر پیشگیری از ایجاد مشکلات سلامت
- ۳- در نظر گرفتن معیار اولویت پیشگیری نسبت به درمان در تخصیص بودجه به بخش‌های مختلف بخش سلامت به‌ویژه منابع مالی
- ۴- فرهنگ‌سازی در گروه‌های مختلف اعم از ارائه‌دهندگان، نظام آموزشی، گیرندگان خدمت و... در خصوص اهمیت اولویت پیشگیری نسبت به درمان
- ۵- تمرکز بر بهبود سبک زندگی سالم، افزایش تحرک و بهبود تغذیه و خودمراقبتی با جلب حمایت کلیه نهادهای تأثیرگذار

۱۳-۱-۱۶- راهبرد ۱۶- افزایش آمادگی نظام سلامت در مواجهه با پدیده سالمندی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۱۶

- ۱- حساس‌سازی در نهادهای مختلف ذی‌ربط جهت پدیده سالمندی و جلب حمایت آن‌ها
- ۲- تقویت خدمات مراقبت در منزل سالمندان
- ۳- فرهنگ‌سازی در گروه‌های هدف مختلف جامعه در خصوص ارائه تصویری متفاوت از فرد سالمند به‌عنوان فرد با تجربه، با ارزش و مفید برای جامعه
- ۴- تقویت ابعاد مختلف سبک زندگی افرادی که سالمندان آینده هستند به‌منظور کاهش حداکثری بار بیماری‌ها به‌ویژه بیماری‌های غیرواگیر در این گروه هدف
- ۵- افزایش دسترسی به خدمات سلامت در گروه سالمندان از جمله دسترسی جغرافیایی، دسترسی سازمان، دسترسی فرهنگی
- ۶- شناسایی و تقویت استفاده از فناوری‌های نوین مراقبت سالمندی
- ۷- تدوین پیوست سلامت برای طرح‌های توسعه‌ای مرتبط سایر بخش‌ها

۱۳-۱-۱۷- راهبرد ۱۷- افزایش آمادگی بخش سلامت در مدیریت بحران به‌ویژه در مناطق پرخطر

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۱۷

- ۱- شناسایی مناطق مستعد برای رخداد انواع بحران‌ها (مانند سیل، زلزله، جنگ در نقاط مرزی و حساس، شیوع انواع بیماری‌های واگیر و...) تدوین برنامه اقدام برای هر نوع بحران
- ۲- جلب حمایت برای ارائه اثربخش‌تر خدمات سلامت در مواقع بحران
- ۳- ارتقای شاخص‌های کیفیت ارائه خدمات اورژانس

- ۴- ارتقای سلامت روان در جمعیت آسیب‌پذیر بعد از وقوع بحران
- ۵- گسترش مشارکت هدفمند با سایر کشورها در مقابله با انواع بحران‌ها و رفع چالش‌های مشترک زیست‌محیطی و سلامت

۱۳-۱-۱۸- راهبرد ۱۸- ارتقای شاخص بر خورداری از آب آشامیدنی سالم مناطق شهری و روستایی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۱۸

- ۱- تدوین و اجرای برنامه جامع بهسازی منابع و تأسیسات آب آشامیدنی
- ۲- تدوین و اجرای برنامه تأمین آب آشامیدنی سالم در مناطق فاقد دسترسی
- ۳- تدوین و اجرای برنامه حفاظت از منابع تأمین آب آشامیدنی در برابر آلودگی‌ها
- ۴- تدوین و اجرای برنامه ایمنی آب آشامیدنی کشور
- ۵- تدوین و اجرای برنامه ارتقای آگاهی، جلب مشارکت مردم در مصرف بهینه آب

۱۳-۱-۱۹- راهبرد ۱۹- گسترش دسترسی به محیط‌های حامی تحرک و ورزش همگانی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۱۹

- ۱- تدوین و اجرای برنامه برپایی کمپین‌های سبک زندگی سالم با تمرکز بر تحرک بدنی
- ۲- همکاری در تدوین و اجرای برنامه حمایت از سرمایه‌گذاری در ورزش‌های همگانی
- ۳- همکاری در تدوین و اجرای برنامه توسعه فضای سبز شهری
- ۴- همکاری در تدوین و اجرای برنامه تأمین امکانات ورزشی برای تمامی کارکنان دولت و کارگران کارخانه‌ها
- ۵- همکاری در تدوین و اجرای برنامه توسعه فضاها و امکانات ورزشی در دانشگاه‌ها و مدارس و پادگان‌ها
- ۶- همکاری در تدوین و اجرای برنامه به اشتراک‌گذاری امکانات ورزشی بین دستگاه‌ها، بخش خصوصی و مردم
- ۷- همکاری در تدوین و اجرای برنامه افزایش محیط‌های عمومی مناسب برای دوچرخه‌سواری و پیاده‌روی
- ۸- مذاکره در خصوص تغییر الگوی توسعه شهری به سمت شهر سبز یا الگوی توسعه افقی به جای عمودی
- ۹- مذاکره و جلب حمایت برای بازطراحی سیستم‌های حمل و نقل در جهت افزایش تحرک، کاهش آلودگی هوا و صوتی

۱۳-۱-۲۰- راهبرد ۲۰- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۲۰

- ۱- عملکرد مناسب شورای عالی بیمه سلامت با ترکیب متناسب تولیتی
- ۲- استقرار کامل نظام بیمه پایه اجباری و مکمل سلامت
- ۳- حرکت به سمت خرید راهبردی توسط بیمه‌های پایه سلامت
- ۴- افزایش نقش بیمه‌های سلامت در ارزیابی کیفیت خدمات سلامت
- ۵- تحقق منابع و حرمت به سمت روش‌های پایدار تأمین منابع در بیمه‌های پایه سلامت
- ۶- تدوین برنامه‌های شفاف جهت استفاده کارا از منابع ذخیره‌شده در صندوق‌های بیمه سلامت
- ۷- اجباری شدن بیمه پایه سلامت برای آحاد مردم
- ۸- افزایش انسجام بیمه‌های پایه سلامت
- ۹- الزام وزارت بهداشت در خصوص تنظیم ساختار و استانداردهای گردهای اطلاعات مالی و غیرمالی سلامت به‌عنوان متولی سلامت
- ۱۰- تدوین بسته‌های خدمت بیمه پایه، مکمل و غیر بیمه‌ای (آزاد)
- ۱۱- اجرای برنامه بیمه پایه اجباری سلامت متناسب با درآمد
- ۱۲- استقرار ساختار تخصیص منابع سلامت در وزارت بهداشت برای کل نظام سلامت
- ۱۳- تدوین و اجرای برنامه جامع حمایت بودجه عمومی (افزایش سهم دولت) برای تأمین منابع بیمه‌ای و پوشش هزینه‌ای
- ۱۴- توسعه بیمه الکترونیکی در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت
- ۱۵- استقرار نظام پرداخت ترکیبی با محوریت سرانه و پاداش به ازای کیفیت در سطح اول ارائه خدمات سلامت
- ۱۶- استقرار نظام پرداخت آینده‌نگر با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد در سطوح دوم به همراه پاداش به ازای کیفیت و کمیت
- ۱۷- تدوین و اجرای برنامه توسعه بیمه‌های تکمیلی در تناسب با بسته‌های خدمات پایه و ضروری
- ۱۸- تدوین و اجرای چارچوب‌های قانونی رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی

۱۳-۱-۲۱- راهبرد ۲۱- گسترش متوازن فناوری اطلاعات و ارتباطات برای ارتقای سلامت در مناطق مختلف آمایشی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۲۱

- ۱- اتصال شبکه‌ای، تبادل اطلاعات و کنترل هوشمند تمامی واحدهای ارائه‌کننده خدمات در سطوح شهرستان و استان به یکدیگر و به وزارت بهداشت
- ۲- برقراری سطوح پزشکی از راه دور با اولویت درمانگر به درمانگر
- ۳- افزایش دسترسی به خدمات در مناطق محروم با استفاده از فناوری‌هایی مانند تله‌مدیسین
- ۴- توسعه آزمایشگاه‌های مجازی
- ۵- استقرار سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان
- ۶- توسعه شبکه‌های تحقیقاتی الکترونیکی
- ۷- توسعه سامانه‌های هشدار سریع و تصمیم‌یار
- ۸- توسعه زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری مراکز ارائه خدمت با تأکید بر مناطق محروم
- ۹- تأمین سخت‌افزارهای ارتباطی رده‌های عملیاتی اورژانس و مراکز ارتباطات و فرماندهی عملیات
- ۱۰- ایجاد شبکه ارتباطی مراکز پژوهشی، آموزشی و خدمت‌رسانی سلامت
- ۱۱- ایجاد و توسعه رشته‌های تخصصی در حوزه فناوری‌های مشترک NBIC
- ۱۲- ایجاد زیرساخت‌های لازم برای استقرار برنامه خودمراقبتی مبتنی بر فناوری اطلاعات
- ۱۳- ایجاد فرهنگ دسترسی الکترونیکی مردم به منابع و خدمات سلامت
- ۱۴- ارائه حمایت‌های مالی/تجهیزاتی از بخش خصوصی که خدمات سلامت از راه دور استاندارد ارائه می‌دهند.
- ۱۵- برقراری سیستم ثبت بیماری‌ها
- ۱۶- ایجاد بانک اطلاعاتی از توانمندی‌های اجتماعی و سلامت موجود در سطح ملی و منطقه‌ای
- ۱۷- توسعه آموزش از راه دور در حوزه سلامت
- ۱۸- ایجاد مرکز داده‌های سلامت و عوامل تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و مراکز منطقه‌ای داده‌های سلامت در سطح مشورت

۱۳-۱-۲۲- راهبرد ۲۲- ایجاد سازوکارهای لازم برای ارتقا کیفیت بخش سلامت در مناطق مختلف کشور

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۲۲

- ۱- ایجاد نظام رصد کیفیت خدمات سلامت و اعمال مداخلات لازم بر اساس نتایج آن در مناطق مختلف آمایشی
- ۲- تعیین ساختار مناسب اجرا و ارزیابی برنامه‌های کیفیت با لحاظ کردن نقش کلیه ذی‌نفعان
- ۳- تعیین نقش سطوح درگیر در ارتقای کیفیت و تسهیل ارتباط بین آن‌ها
- ۴- ایجاد درک صحیح از کیفیت در قانون‌گذاری
- ۵- تعریف مناسب ساختار قانون‌گذاری کیفیت و تقویت بدنه کارشناسی آن
- ۶- تدوین قوانین لازم برای تولید راهنماهای مبتنی بر شواهد
- ۷- تعریف نظام رصد کیفیت خدمات سلامت و تدوین شاخص‌های مناسب
- ۸- دیدن منابع زیرساختی کیفیت در تخصیص به بخش سلامت و درون بخش سلامت
- ۹- ایجاد زیرساخت اطلاعاتی کیفیت
- ۱۰- نظارت بر کیفیت ورودی‌هایی نظیر دارو و تجهیزات پزشکی
- ۱۱- تسهیل شکل‌گیری بیمه‌های ناتوانی بیمار جهت کاهش دغدغه ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت
- ۱۲- طراحی محیط‌های مناسب ارائه خدمت مبتنی بر استانداردهای لازم
- ۱۳- تشکیل شبکه پاسخگویی به سؤالات و نیازهای فردی و خانوادگی در رابطه با موضوعات سلامتی
- ۱۴- ساماندهی نهادهای مؤثر (مساجد، مدارس و سایر پایگاه‌های اجتماعی) در تبیین حقوق سلامت آحاد جامعه
- ۱۵- آموزش ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات سلامت (آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی) در ارتباط با حقوق مردم
- ۱۶- تأسیس مراکز اطلاع‌رسانی جامع در کلیه استان‌های کشور
- ۱۷- برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های آموزشی برای مردم و مخاطبین خاص
- ۱۸- تشکیل سازمان (نهاد) حمایت از حقوق‌گیرنده خدمات سلامت
- ۱۹- حمایت از سازمان‌های مردم‌نهاد فعال در بخش سلامت
- ۲۰- تدوین و اجرای برنامه توسعه نظارت شوراها و اسلامی شهر و روستا بر تدارک خدمات سلامت

۲۱- اصلاح و تقویت نظام پرداخت و کیفیت ارائه خدمات از طریق ارتقاء ارائه خدمات در بخش دولتی جهت

۲۲- جداسازی خدمات بخش خصوصی و بخش دولتی و حذف کار دوگانه ارائه‌دهندگان خدمات

۲۳- تدوین و اجرای برنامه بهبود ایمنی بیمار و بیمارستان دوستدار ایمنی

۲۴- تقویت اخلاق حرفه‌ای و فرهنگ سازمانی در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

۲۵- کاهش عدم تقارن اطلاعاتی بین گروه‌های هدف مختلف در بخش سلامت

۱۳-۱-۲۳- راهبرد ۲۳- جهت‌دهی و یکپارچه‌سازی دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی حوزه سلامت در جهت

حرکت به سمت مرجعیت علمی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۲۳

- ۱- تدوین مدل نظام نوآوری بخش سلامت به صورت ملی، منطقه‌ای و پیاده‌سازی آن
- ۲- تدوین الزامات حرکت به سمت دانشگاه‌های نسل سوم و چهارم و ایجاد تغییرات ساختاری مورد نیاز
- ۳- توافق بر سر ملاک‌های مرجعیت و تعیین و به‌روز رسانی مزیت‌های نسبی دانشگاه‌های علوم پزشکی برای کسب مرجعیت علمی
- ۴- ساماندهی تولید علم بومی و کاربردی بر اساس مبانی اسلامی و نیاز کشور
- ۵- راه‌اندازی نظام پژوهش‌های سلامت با تأکید بر تمرکز ملی در نظام پژوهش
- ۶- تدوین و اجرای برنامه توسعه ظرفیت جذب و به‌کارگیری دانشگران و فناوران
- ۷- ارزشیابی کیفی نهادهای تحقیقاتی و تخصیص منابع مالی پژوهش به مراکز تولید دانش (دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی) بر اساس تقسیم کار ملی، خوشه‌های علم و فناوری، کارایی و عملکرد و درجه‌بندی دانشگاه‌ها
- ۸- راه‌اندازی سامانه ارزشیابی فناوری دانشگاه‌ها
- ۹- ترویج تفکر پژوهش و اخلاق پژوهش در جامعه پژوهشگر کشور در بخش سلامت
- ۱۰- تسهیل دسترسی به بانک‌های اطلاعاتی معتبر و روزآمد در حوزه‌های علم و فناوری سلامت
- ۱۱- ایجاد کریدور ارتباط نخبگان با دانشمندان ایرانی مقیم خارج
- ۱۲- فراهم نمودن بستر لازم برای بخش غیردولتی جهت فعالیت در زمینه انتشار دانش در نظام سلامت
- ۱۳- ایجاد بستر اختصاصی اینترنتی پرسرعت برای شبکه دانشگاهیان نظام سلامت
- ۱۴- توسعه دیپلماسی علم و فناوری با اولویت کشورهای جهان اسلام

- ۱۵- توسعه همکاری‌های علمی- فناورانه بین دانشگاه‌های داخل و خارج از کشور
- ۱۶- گسترش تعامل با مراکز و نهادهای بین‌المللی با ایجاد پیمان‌های منطقه‌ای و یا عضویت در شبکه‌های همکاری بین‌المللی
- ۱۷- حمایت از به‌کارگیری فناوری اطلاعات و شبکه جهت تسهیل ارتباطات و همکاری‌ها
- ۱۸- توسعه ظرفیت‌ها و شاخص‌های بین‌المللی دانشگاهی جهت ارتقای رتبه بین‌المللی دانشگاه‌ها در راستای زمینه‌سازی جذب متقاضیان خارجی و جلوگیری از خروج متقاضیان به خارج از کشور
- ۱۹- طراحی مشوق‌های لازم برای دانشگاه‌ها به منظور توجه و تمرکز کیفی بر مراکز رشد، پارک‌های علم و فناوری و شتاب‌دهنده‌ها
- ۲۰- تعیین حوزه‌های اولویت‌دار پژوهشی برای دوره‌های تحصیلات تکمیلی و تعریف مشوق‌های کارا برای پژوهش‌های کارشناسی ارشد و دکترای منجر به فناوری و ثبت اختراع
- ۲۱- ترغیب و تسهیل مشارکت فعال اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌ها در امور مرتبط به توسعه فناوری
- ۲۲- تدوین مأموریت‌های مراکز تحقیقاتی بر اساس اولویت‌های ملی پژوهش
- ۲۳- شبکه‌سازی مراکز تحقیقاتی کشور بر اساس مأموریت و تقسیم کار ملی
- ۲۴- شناسایی اولویت‌های پژوهشی سلامت با تکیه بر چالش‌های آینده این بخش
- ۲۵- استفاده از پتانسیل بخش خصوصی در استفاده از مدل‌های کسب و کار نوآورانه در بخش سلامت

۱۳-۱-۲۴- راهبرد ۲۴- طراحی مدل مدیریت منسجم دانش در بخش سلامت

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۲۴

- ۱- تمرکز مراکز علمی و پژوهشی بر رفع مشکلات و نیازهای مناطق آمایشی و تولید شواهد کاربردی
- ۲- طراحی مدل‌های پاسخگویی سریع به سیاستگذار و تعریف وظایف نهادهای مختلف علمی و پژوهشی مبتنی بر آن
- ۳- استفاده از توان مراکز تحقیقاتی و دانشکده‌ها توسط سیاستگذاران سلامت
- ۴- شکل‌گیری شبکه‌های تولید شواهد و راهنماهای بالینی جهت ارتقای کیفیت تصمیمات و سلامت جامعه

۱۳-۱-۲۵- راهبرد ۲۵- تقویت پوشش محیطی و افق یابی فناوری‌های سلامت

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۲۵

- ۱- تدوین سازوکار لازم برای رصد عوامل مختلف مؤثر بر آینده نظام سلامت
- ۲- استفاده از پتانسیل‌های مناطق آمایشی جهت رصد تغییرات محیطی مؤثر بر حوزه‌های مختلف بخش سلامت
- ۳- استفاده از نتایج پوشش و رصد محیطی برای اعمال تغییرات لازم آمایشی

۱۳-۱-۲۶- راهبرد ۲۶- تأمین امنیت غذایی و ترویج سبب غذایی مطلوب بومی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۲۶

- ۱- بازنگری سیاست‌ها و فرایندهای تنظیم بازار در جهت هماهنگی با سیاست‌های امنیت غذا و تغذیه
- ۲- تثبیت قیمت مواد غذایی اساسی (شیر و لبنیات، گوشت، حبوبات)
- ۳- تدوین، بازنگری و تقویت قوانین و استانداردهای ملی مواد خوراکی و آشامیدنی
- ۴- ایجاد عوارض بر محصولات و فرآورده‌های غذایی آسیب‌رسان به سلامت و اختصاص درآمدهای حاصل برای تولید و افزایش دسترسی به مواد غذایی سلامت‌محور
- ۵- توسعه و تجهیز امکانات تولید محصولات غذایی در قطب‌های تولید و عرضه با توجه به سیاست‌های غذا و تغذیه‌ای کشور
- ۶- پشتیبانی از تأمین کافی و به‌موقع نهاده‌های کشاورزی در مناطق مختلف آمایشی کشور
- ۷- اجرای بسیج‌های آموزشی و فرهنگ‌سازی الگوی غذایی صحیح با تأکید بر کاهش مصرف قند، نمک و روغن و افزایش مصرف میوه و سبزی
- ۸- تدوین و اجرای برنامه آموزشی سبب غذایی مطلوب برای کارکنان دولت و رسانه‌های جمعی
- ۹- تدوین و اجرای بسته‌های آموزشی ویژه رسانه‌های جمعی
- ۱۰- تدوین و اجرای برنامه جامع شناسایی غذاهای بومی، تعیین ارزش تغذیه‌ای آن‌ها و معرفی به جامعه
- ۱۱- غنی‌سازی مواد غذایی عمده با هدف افزایش دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای از جمله غنی‌سازی اجباری شیر مدارس با ویتامین D و غنی‌سازی اجباری آرد با ویتامین D و روی علاوه بر آهن و اسیدفولیک
- ۱۲- برنامه حمایتی جهت دسترسی به مواد غذایی غنی از ریزمغذی‌ها و با کاهش درآمدی بالا برای خانوارهای آسیب‌پذیر
- ۱۳- تدوین برنامه ملی پیشگیری و کنترل اضافه‌وزن و چاقی

- ۱۴- ادغام خدمات مشاوره تغذیه‌ای در مراکز بهداشتی، درمانی
- ۱۵- هدفمندی یارانه‌های مواد غذایی به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار
- ۱۶- کمک اختصاصی به اقشار کم‌درآمد
- ۱۷- تدوین، توسعه و اجرای برنامه‌های مکمل یاری گروه‌های آسیب‌پذیر
- ۱۸- توسعه تعاونی‌های روستایی به‌منظور تأمین اقلام اساسی غذایی (سبزی، میوه، لبنیات و حبوبات) با قیمت مناسب
- ۱۹- تدوین برنامه ملی ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه‌ای در جامعه
- ۲۰- ایجاد مهارت‌های تغذیه‌ای در دختران در مقاطع بالای تحصیلی به‌منظور اصلاح الگوی مصرف خانوار
- ۲۱- ساماندهی پایگاه تغذیه سالم مدارس

سایر راهبردهای آمایشی بخش سلامت

۱۳-۱-۲۷- راهبرد ۲۷- تمرکز بر محیط‌های شغلی در ارائه خدمات بهداشتی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۲۷

- ۱- استقرار نظام جامع و یکپارچه سلامت شاغلین (کارگران رسمی، کارمندان دولت، کارگران غیررسمی) با محوریت وزارت بهداشت و مشارکت دستگاه‌های مرتبط
- ۲- شناسایی ریسک عوامل و بیماری‌های مهم کارکنان در مناطق آمایشی و برنامه‌ریزی برای بهبود آن
- ۳- ارتقاء برخورداری شاغلین از خدمات سلامت

۱۳-۱-۲۸- راهبرد ۲۸- کنترل قاچاق فرآورده‌های دارویی و تجهیزات پزشکی

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۲۸

- ۱- تدوین برنامه مبارزه با قاچاق فرآورده‌های دارویی و تجهیزات پزشکی
 - ۲- ایجاد نظام و سامانه الکترونیک کنترل اصالت و ره‌گیری و ردیابی کلیه کالاهای سلامت در کشور
- ### ۱۳-۱-۲۹- راهبرد ۲۹- سرمایه‌گذاری و تولید ثروت از طریق مدیریت هزینه و بهره‌وری در بخش سلامت

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۲۹

- ۱- ایجاد بازار مشترک سلامت در منطقه

۲- ایجاد درآمد و ارزش افزوده از سرمایه‌گذاری‌های هدایت‌شده و مدیریت وجوه و ذخایر دستگاه‌های اجرایی دولتی و عمومی، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در نظام سلامت

۳- تغییر در مدیریت مراکز بهداشتی درمانی با رویکرد واگذاری مدیریتی و کاهش تصدی‌گری دولت

۱۳-۱-۳۰- راهبرد ۳۰- توانمندسازی مردم برای خود مراقبتی و رعایت سبک زندگی سالم

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۳۰

- ۱- تدوین و اجرای برنامه ارتقای سواد سلامت ایرانیان
- ۲- تدوین و اجرای برنامه توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی به‌منظور رعایت سبک زندگی سالم و مدیریت ناخوشی جزئی، بیماری مزمن و حاد
- ۳- تدوین و اجرای برنامه آموزش سلامت در مدارس از پیش‌دبستان تا دبیرستان
- ۴- تدوین و اجرای برنامه توسعه آموزش اثربخش بیماران برای خودمدیریتی به‌ویژه در بیماری‌های مزمن
- ۵- برگزاری جشنواره رسانه‌های آموزش و ارتقای سلامت و جشنواره موقعیت‌های ارتقادهنده سلامت
- ۶- تهیه برنامه توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع در جوامع محلی
- ۷- توانمندسازی جامعه در خصوص مراقبت از سالمندان
- ۸- ارائه آموزش‌های لازم به زنان و فعال کردن آنان جهت ارتقای آگاهی خانواده‌ها در زمینه شیوه‌های سالم زندگی با استفاده از امکانات رسانه‌های ملی و جمعی و وزارت آموزش و پرورش
- ۹- توسعه فرهنگ ورزش در بین دختران و زنان، رفع موانع موجود و دسترسی آنان به امکانات مورد نیاز و بهینه‌سازی اوقات فراغت آنان توسط سازمان‌های ذی‌ربط به‌ویژه در مناطق آسیب‌پذیرتر کشور
- ۱۰- افزایش آگاهی‌های زوجین و آموزش‌های لازم در زمینه حقوق، تکالیف، روابط سالم زناشویی، بهداشت باروری، مهارت‌های ارتباطی، حسن خلق و معاشرت
- ۱۱- توسعه محیط‌های حامی سلامت
- ۱۲- استفاده از سازمان‌های مردم‌نهاد در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی
- ۱۳- تدوین و اجرای برنامه یک سفیر سلامت در هر خانواده

۱۳-۱-۳۱- راهبرد ۳۱- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی در ایران

سیاست‌های اجرایی راهبرد ۳۱

- ۱- تبیین مدل استفاده از طب سنتی در کنار طب مدرن و طراحی مدل ارائه خدمت مبتنی بر آن
- ۲- بهبود وضعیت گیاهان دارویی و فراورده‌های طب سنتی کشور مبتنی بر پتانسیل‌های مناطق مختلف آمایشی

۱۴- ملاحظات و انتظارات متقابل توسعه آتی بخش از سایر بخش‌های هم پیوند و الزامات

تحقق آن‌ها

در این بخش مهم‌ترین انتظارات بخش سلامت از سایر بخش‌ها عمدتاً با نگاه آمایش سرزمین، ذکر گردیده است. برای تدوین این انتظارات از تحلیل روندها، تحلیل اسناد بالادستی و نیز برخی مستندات مرتبط نظیر مستند مجموعه انتظارات بین بخشی از دستگاه‌های اجرایی برای ارتقای سلامت در جمهوری اسلامی ایران (شورای سیاستگذاری سلامت) استفاده شده است.

۱۴-۱- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

- همکاری در راستای تدوین برنامه انسجام بیمه‌های پایه سلامت
- تدوین برنامه انسجام فعالیت‌های حمایت اجتماعی کشور
- همکاری در بازنگری جایگاه بیمه‌های پایه نظام سلامت با رویکرد افزایش استقلال و قدرت بیمه‌ها در خرید راهبردی
- برنامه‌ریزی برای کاهش تعارضات بیمه‌ها و مراکز ارائه‌دهنده خدمت
- وضع سیاست‌های جبرانی در راستای فقرزدایی
- استفاده از ظرفیت سازمان‌های غیردولتی (خصوصی و مردم‌نهاد) جهت اجرای برنامه‌های کاهش فقر و توانمندسازی
- در نظر گرفتن اعتبارات برای تغذیه اقشار آسیب‌پذیر
- شناسایی نیازهای اقشار آسیب‌پذیر
- امکان تأمین غذای سالم و کافی در راستای سبد مطلوب غذایی و تضمین خدمات بهداشتی درمانی و توان‌بخشی رایگان و تأمین مسکن ایمن ارزان‌قیمت، همچنین حصول اطمینان از قرار گرفتن جمعیت کمتر از ۱۸ سال تحت پوشش آموزش عمومی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی، از طریق جابجایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه‌ها
- حمایت از ایجاد و گسترش بنگاه‌های کوچک و متوسط و مشاغل خانگی در مناطق مختلف آمایشی
- ایجاد تسهیلات مناسب و رفع محدودیت‌ها و موانع اشتغال روستائیان و عشایر

- تدوین، ابلاغ و نظارت بر اجرای دستورالعمل مرتبط با حفاظت فردی و ایمنی شغلی
- توسعه همکاری در زمینه انجام مشاوره شغلی جهت دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور
- افزایش اشتغال گروه‌های آسیب‌پذیر
- حمایت از تأسیس و راه‌اندازی واحدهای شغلی توسط افراد کم‌درآمد
- گسترش حمایت‌های اجتماعی به‌ویژه در مورد گروه‌های آسیب‌پذیر و حاشیه‌ای و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی
- کمک به کنترل ایدز از طریق معتادان و روابط جنسی
- شناسایی و تحت پوشش قرار دادن مشاغل فاقد بیمه اجتماعی
- تهیه و تدوین لوایح اصلاحی قوانین تأمین اجتماعی
- بازنگری بسته‌های خدماتی بیمه پایه
- ارائه و توزیع سبد مطلوب غذایی به خانوارهای دچار فقر
- سیاست‌گذاری مناسب برای افزایش سطح سواد سلامت گروه‌های آسیب‌دیده و خاص
- تدارک امکانات پیشگیری و توان‌بخشی حرفه‌ای و اجتماعی معلولین جسمی و روانی و تجدید تربیت منحرفین اجتماعی و حمایت و نگهداری از کودکان و اطفال بی‌سرپرست و معلولین و سالمندان
- گسترش حمایت‌های اجتماعی از بیماران روانی و معلولین
- همکاری در تدوین برنامه‌های منسجم بیمه‌های سلامت پایه و اجرای طرح پزشک خانواده
- اصلاح نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت
- امکان‌سنجی تشکیل صندوق بیماران خاص، صعب‌العلاج و دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت
- تقویت خرید راهبردی در سازمان‌های بیمه سلامت
- شناسایی خانوارهای دچار هزینه‌های کمرشکن و حمایت از آنها
- بازنگری قوانین و مقررات تأمین اجتماعی در جهت حمایت بیشتر برای زنان سرپرست خانوار، پرداخت مستمری و کمک موردی به خانوارهای نیازمند

- گسترش بیمه‌های مکمل در سطح فردی
- همکاری در نظارت بر بیمه‌های مکمل
- همکاری در تدوین برنامه انسجام نهادهای حمایت اجتماعی و امدادی
- اصلاح قانون کار و برخی آیین‌نامه‌ها و اجرای صحیح و دقیق قانون کار
- شناسایی، ارزشیابی و کنترل عوامل زیان‌آور محیط کار و اعمال ضوابط ایمنی در محیط کار
- ساماندهی حرف و مشاغل
- شناسایی نیازهای آموزشی متناسب با بازار کار
- سیاستگذاری و اجرای مناسب برنامه در محیط‌های کار و کارگری با همکاری نهادهای متولی برای ارتقای سطح سواد سلامت
- فراهم نمودن شرایط آموزش‌های پیش از دبستان برای گروه‌های سنی قبل از دبستان
- تدوین اصول و استانداردهای جامع در زمینه آموزش‌های پیش از دبستان
- تأمین اعتبار جهت ارائه خدمات ارتقا و رشد و تکامل کودکان
- شناسایی و دسترسی به کودکان آسیب‌پذیر به‌ویژه در روستاها و عشایر
- توزیع عادلانه خدمات تشخیص، درمان و بازتوانی برای اختلالات رشد و تکامل کودکان در کشور
- ایجاد بانک اطلاعات جامع کشوری و منطقه‌ای در خصوص رشد و تکامل کودکان
- نظارت بر کیفیت ارائه خدمات در مهدکودک‌ها و برنامه‌ریزی جهت ارتقای سلامت روان کودکان مهدکودک‌ها
- رسیدگی به نیازهای کودکان دارای احتیاجات خاص از قبیل کودکانی که ناتوانی‌هایی در امر یادگیری دارند (کودکان استثنايي)
- هدفمند کردن یارانه‌ها (تکمیل و به‌روز رسانی بانک اطلاعاتی مرتبط، پرداخت یارانه با اقشار آسیب‌پذیر و تخصیص یارانه به بخش کشاورزی)
- هدفمندسازی یارانه‌های غذایی در جهت تأمین ریزمغذی‌ها (سبزی، میوه، گوشت، شیر و لبنیات) در اقشار کم‌درآمد

صدا و سیما

سازمان صدا و سیما یکی از مهم‌ترین متولیان حوزه فرهنگی در کشور است که انتظار می‌رود تا در تحقق راهبردهای بخش‌های مختلف از جمله بخش سلامت با این حوزه ارتباط مناسبی داشته باشد. اطلاع از راهبردها، اولویت‌ها و چالش‌های بخش سلامت می‌تواند به هدفمند شدن تولیدات و برنامه‌های این سازمان کمک کند. از سوی دیگر اهمیت بالای عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت بر تحقق اهداف این بخش، نیاز به تقویت هدفمند زیرساخت‌های اجتماعی دوچندان می‌شود.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از بخش‌های پیشین مطالعه، نقش‌آفرینی هرچه بیشتر سازمان صدا و سیما در موارد زیر با همکاری مشترک با وزارت بهداشت مورد انتظار است:

- تولید و پخش برنامه‌های تلویزیونی و رادیویی در حیطه‌های زیر با هدف فرهنگ‌سازی، تغییر رفتار و حمایت‌طلبی با نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- اخلاق حرفه‌ای و فرهنگ سازمانی در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
- افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت
- اولویت‌پیشگیری نسبت به درمان
- ارتقا سلامت روان
- تحکیم بنیان خانواده، رفع موانع تنش‌آفرین زندگی فردی و اجتماعی
- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران
- اصلاح سبک زندگی اعم در زمینه تغذیه، تحرک، تعادل کار و زندگی، شهرنشینی، مهاجرت
- رعایت مالکیت معنوی
- خودباوری و پشتکار در جهت توسعه فناوری‌های سلامت مبتنی بر اولویت‌ها و پتانسیل‌های داخلی و حرکت در مسیر دستیابی به مرجعیت علمی در بخش سلامت
- افزایش نشاط اجتماعی در تمامی گروه‌های اقتصادی اجتماعی
- فرهنگ‌سازی در خصوص سالمندی و تغییر تصویر سالمندان از افرادی فرتوت و بیمار به افراد با تجربه و ارزشمند در خانواده‌ها
- کارآفرینی در حوزه‌های مختلف بخش سلامت

- حمایت از مطالعات کلان و ملی بخش سلامت مانند انواع مطالعات آینده‌نگاری و آمایش سلامت در جهت افزایش مشارکت گروه‌های هدف مختلف جامعه به‌ویژه زنان، کودکان و سالمندان. برای این منظور انتظار می‌رود تا صدا و سیما بخشی از ظرفیت‌های تبلیغاتی خود را برای انواع فراخوان‌ها، اطلاع‌رسانی‌ها و آگاه‌سازی را فارغ از هرگونه انتظار تجاری در اختیار بخش سلامت قرار دهد.
- در نظر گرفتن تسهیلات و امتیازات مناسبی برای تهیه و پخش برنامه‌های سلامت در قالب انواع ویژه‌برنامه برای مناسبت‌های مختلف مانند روز سرطان و... به‌خصوص متناسب با نیازها و دغدغه‌های سلامت مناطق آمایشی کشور
- در نظر گرفتن تسهیلات، سهمیه اختصاصی و شرایط ویژه برای تهیه انواع برنامه‌های سلامت‌محور با مشارکت وزارت بهداشت
- توجه ویژه به مناطق محروم در تولید برنامه‌ها با هدف توانمندسازی این مناطق و اطلاع‌رسانی در خصوص نیازها و محرومیت‌ها
- اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی مخاطبان در زمینه انواع روندهای آینده سلامت در جهت افزایش سواد آینده عموم جامعه
- پوشش‌دهی مناسب رویدادهای مرتبط با استارت‌آپ‌های سلامت
- فعالیت در جهت کاهش عدم تقارن اطلاعاتی بین گروه‌های هدف مختلف در بخش سلامت
- افزایش شفافیت در اطلاعات، اجرای قوانین و تخصیص منابع بخش سلامت
- کمک به تقویت کسب و کارهای محلی به‌ویژه در مناطق روستایی از طریق تولید انواع مستندات و برنامه‌ها
- همکاری با جامعه علمی و دانشگاه‌ها برای تولید محتوی در حوزه‌های دارای اولویت بخش سلامت
- تقویت توریسم سلامت از طریق تولید برنامه‌های با کیفیت بین‌المللی برای معرفی انواع پتانسیل‌های توریست سلامت
- تقویت ساختار مدیریت بحران و افزایش آمادگی در زمینه اطلاع‌رسانی و پوشش‌دهی بحران‌ها
- فراهم آوردن بستری برای انواع آموزش‌ها و فرهنگ‌سازی‌ها با امکان انجام برنامه‌های اجتماعی بر پایه مفاهیم بازی‌سازی
- عدم تبلیغ برخی کالاهای آسیب‌رسان به سلامت
- نظارت بیشتر بر تولیدات صدا و سیما متناسب با سیاست‌های سلامت با مشارکت نمایندگان وزارت بهداشت
- تولید و پخش برنامه‌های تلویزیونی و رادیویی در حیطه‌های اطلاع‌رسانی، تغییر رفتار و حمایت‌طلبی با نظارت وزارت بهداشت
- تقویت عملکرد صدا و سیما در خصوص بازی‌های کودکان
- نظارت بر انطباق تولیدات صدا و سیما با سیاست‌های سلامت
- مشارکت و همکاری شورای سیاست‌گذاری سلامت صدا و سیما در جلسات راهبردی و عملیاتی مرتبط وزارت بهداشت

- در نظر گرفتن نیازهای سلامت مشترک کشورهای همسایه با استان‌های مرزی در برنامه‌سازی و انتقال پیام‌های سلامت برای استان‌های مرزی

معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری

- تعریف و انجام انواع مطالعات مشترک سیاست‌گذاری علم و فناوری با ذی‌نفعان و بازیگران کلیدی حوزه سلامت در کشور
- انجام مطالعه آینده‌نگاری علم و فناوری بخش سلامت با همکاری ذی‌نفعان علم و فناوری در این بخش جهت تدوین اولویت‌های پژوهشی و توسعه فناوری بخش سلامت با نگاه آینده‌نگر به صورتی پویا و مداوم
- مشارکت در تشکیل سامانه پویای رصد فناوری‌های کلیدی بخش سلامت و مشارکت در انجام مطالعات هزینه اثربخشی جهت انتخاب فناوری‌ها
- تعیین اولویت‌های فناورانه کشور از جمله بخش سلامت جهت توسعه فناوری‌های داخلی با معیارهای نیاز آینده و پتانسیل‌های موجود (اعم از نیروی متخصص، سازمان‌ها یا مراکز تحقیقاتی و ...)
- توجه به معیارهای زیر در تعیین فناوری‌های دارای اولویت برای توسعه فناوری‌های بخش سلامت:
 - هزینه اثربخشی و ارتقا شاخص دسترسی به خدمات و عدالت
 - تأثیر فناوری بر سال‌های عمر با کیفیت
 - اولویت فناوری‌های مراقبت سالمندی جهت توسعه فناوری‌های داخل (تولید، انتقال)
 - اولویت فناوری‌های مبتنی بر پیشگیری
- سرمایه‌گذاری روی انواع فناوری‌های کمک‌کننده به حفظ محیط‌زیست و مواجهه با چالش‌های زیست‌محیطی مانند انواع آب‌شیرین‌کن‌ها، کنترل ریزگردها، مکانیسم‌های مهار آب‌های سطحی، مولدهای انرژی تجدیدپذیر، مدیریت پسماندها، کاهش آلاینده‌ها و ...
- تدوین نقشه راه توسعه فناوری‌های تولید داخل بخش سلامت
- تسهیل در فرایند تجاری‌سازی فناوری‌های تولید داخل و جذب سرمایه لازم برای توسعه این فناوری‌ها
- همکاری جهت کسب مزیت رقابتی در فناوری‌هایی که در آن‌ها پتانسیل وجود دارد.
- تسهیل نقش دیپلماسی سلامت با همکاری وزارت خارجه و متولیان امور در بخش سلامت جهت انتقال فناوری (با تأکید بر الزام انتقال دانش چرایی و چگونگی)
- کمک به تقویت مهارت‌های دیپلماسی سلامت جهت تأمین فناوری‌های مورد نیاز بخش سلامت
- کمک به تهیه خوراک‌های اطلاعاتی و پژوهشی برای برنامه‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت توسعه فناوری‌های داخلی سلامت

- شناسایی حوزه‌های اولویت‌دار پژوهشی در راستای پاسخ به نیازهای آینده سلامت از قبیل بیماری‌های غیر واگیر و مزمن و برنامه‌ریزی‌های بلندمدت مرتبط با فناوری‌های مرتبط با این بیماری‌ها
- انجام مطالعات آینده‌نگاری علم و فناوری‌های سلامت و در نظر گرفتن بار بیماری‌های مرتبط با سالمندی و استفاده از آن در برآورد فناوری‌ها، نیروی انسانی مورد نیاز، تجهیزات، دارو، انواع خدمات و ...
- تعریف مطالعات مشترک با همسایگان مرزی برای رفع چالش‌های زیست‌محیطی
- به کارگیری بسترهای موجود علم و فناوری در جهت اطلاع‌رسانی، فرهنگ‌سازی و شفافیت اطلاعاتی
- مشارکت فعال با وزارت بهداشت در راستای تحقق مرجعیت علمی در بخش سلامت
- هماهنگی و بسیج شرکت‌ها و مؤسسات دانش‌بنیان بخش سلامت

وزارت امور خارجه

- مشارکت هرچه بیشتر با معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری و وزارت بهداشت جهت تسهیل انتقال فناوری، مدیریت دانش، تجاری‌سازی، نوآوری، مرجعیت علمی در بخش سلامت
- حمایت از خلق ثروت در بخش سلامت و کاهش وابستگی آن به درآمدهای ملی به‌ویژه درآمدهای نفتی و توسعه فناوری‌های دارای اولویت با توجه به نیازهای آینده بخش سلامت با شناسایی کشورهای هم‌پیمان و تلاش برای تقویت بستر مشارکت مشترک در زمینه توسعه فناوری‌های سلامت با همکاری معاونت علمی فناوری ریاست جمهوری (از جمله کشورهایی که در زمینه یک یا چند حوزه فناوری صاحب دانش باشند، دارای تجهیزات، منابع مالی، نیروی انسانی و یا فضای فیزیکی مورد نیاز باشند با برخی از کشورهای پیشرفته و صاحب فناوری روابط خوبی داشته باشند).
- بررسی انواع راه‌های مشترک چانه‌زنی برای انتقال فناوری و استفاده از برخی ابزارها مانند دیپلماسی سلامت
- توجه به راهکارهایی از قبیل دیپلماسی سلامت برای کاهش شدت اثرات تنش‌های سیاسی به بخش سلامت، تقویت مهارت‌های دیپلماسی سلامت در سیاست‌گذاران کشور و متولیان روابط بین‌الملل، شناسایی و استفاده حداکثری از پتانسیل‌های بین‌المللی سازمان‌هایی مانند UNESCO, WHO و... برای تأمین و تقویت ساختارهای ارائه خدمت بخش سلامت در شرایط بحران و شرایط عادی قابل توجه هستند.
- همکاری در تعریف مطالعات مشترک با همسایگان مرزی برای رفع چالش‌های زیست‌محیطی و مدیریت بحران مانند کنترل بیماری‌های واگیر
- تدوین و استقرار نظام جامع تقویت حضور ایران در سازمان‌های منطقه‌ای و بین‌المللی سلامت با دستور کار مشخص برای اقدام (بر اساس جزء ۱ بند ب ماده ۲۱۰ قانون برنامه پنجم)
- به‌کارگیری مأمورین متخصص سلامت در سفارتخانه‌های کشورهای منتخب یا همکاری در دیده‌بانی نظام سلامت آن‌ها

- همکاری در بازاریابی، ترویج و حمایت از توسعه دستاوردهای نظام سلامت کشور در سایر کشورها با تشکیل صندوق کمک‌های سلامت ایران
- همکاری در جهت ارتقا وضعیت سلامت مهاجران افغانی و عراقی در کشور
- ارتباط جدی‌تر با وزارت بهداشت جهت تقویت ارتباطات بین‌الملل سلامت

سازمان برنامه و بودجه

- برنامه‌ریزی برای تأمین مالی پایدار بخش سلامت و اتکای کمتر به منابع نفتی
- افزایش سهم سرانه آموزش و بهداشت از تولید ناخالص داخلی ملی
- تخصیص بودجه لازم برای توسعه فناوری‌های داخلی بخش سلامت اعم از شناسایی و اولویت‌بندی فناوری‌ها، انتقال فناوری، انتقال دانش چرایی و چگونگی، مدیریت دانش، حرکت در مسیر تحقق مرجعیت علمی
- بسیج بازیگران اصلی جهت تحقق مرجعیت علمی شامل وزارت علوم، بهداشت، معاونت علمی و فناوری، دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی، پژوهشگران و افراد جامعه علمی
- توجه به مبانی مدیریت بحران در تأمین و تخصیص منابع استان‌ها، به‌ویژه امکانات پزشکی (اعم از تشخیصی، درمانی و...)، آموزش نیروی انسانی بخش سلامت برای ارائه خدمات در بخش بحران و پیش‌بینی تجهیزات مورد نیاز و راهکار تأمین آن‌ها در مواقع بحران
- پیش‌بینی و تخصیص منابع مورد نیاز (شامل قوانین، منابع مالی، فیزیکی و ...) در جهت حرکت به سمت تحقق مرجعیت علمی
- در نظر گرفتن بودجه مشخص و یا منبع مالی مشخص برای تأمین هزینه‌های مرتبط با مراقبت‌های مزمن و سالمندی
- استفاده از پتانسیل بخش خصوصی در استفاده از مدل‌های کسب و کار نوآورانه جهت سرمایه‌گذاری در حوزه اولویت‌دار سلامت نظیر سالمندی
- توزیع عادلانه و بهبود دسترسی به خدمات سلامت به‌ویژه با مکانیسم‌های کم‌هزینه‌تر مانند تله‌مدیسین
- به کارگیری بسترهای موجود علم و فناوری در جهت اطلاع‌رسانی، فرهنگ‌سازی و شفافیت اطلاعاتی در زمینه عملکرد سازمان در بخش سلامت
- تقویت قوانین حمایتی در جهت حفظ محیط‌زیست و تهیه پیوست زیست‌محیطی برای تمامی مطالعات ملی و منطقه‌ای در کشور
- افزایش نقش بخش خصوصی در برنامه‌های آمایش همراه با نظارت بر بخش خصوصی
- استفاده از پتانسیل‌های بخش خصوصی در آموزش و تأمین نیروی انسانی با مهارت

- تخصیص منابع مالی لازم برای تقویت زیرساخت‌های سلامت (تأثیرگذار بر سلامت) مناطق روستایی و بازطراحی الگوی توسعه شهری
- تخصیص منابع مالی مناسب به فعالیت‌های فرهنگی با هدف ارتقا شاخص‌های نشاط اجتماعی و توسعه عادلانه امکانات فرهنگی (با همکاری شهرداری‌ها و استانداری‌ها)

وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات

- تأمین اینترنت پرسرعت و سایر بسترهای فناوری برای توسعه فناوری‌های آینده بخش سلامت مانند تله‌مدیسین و ارائه خدمات از راه دور، به شکلی عادلانه برای نقاط شهری و روستایی
- به کارگیری بسترهای موجود علم و فناوری در جهت تسهیل اطلاع‌رسانی، فرهنگ‌سازی و شفافیت اطلاعاتی بخش سلامت
- همکاری با ستاد پزشک خانواده در جهت رفع موانع و مشکلات شبکه ارائه خدمات سلامت
- همکاری در استقرار نظام پایش و دیده‌بانی شاخص‌های ارتقای سلامت در رسانه‌های نوشتاری، دیداری و گفتاری در استان‌ها
- اختصاص امکانات ارتباطات و فناوری اطلاعات برای ترویج سواد سلامت روان از جمله پیامک
- حمایت مالی و معنوی از انجام پژوهش‌ها و مطالعات بنیادی و کاربردی در عرصه فرهنگ‌سازی
- ساماندهی و اعتباربخشی مراکز مشاوره متناسب با فرهنگ اسلامی-ایرانی بر تسهیل ازدواج جوانان و تحکیم بنیان خانواده
- اختصاص پهنای باند اینترنتی مطلوب جهت ارتباطات از راه دور
- تسهیل استفاده از شبکه‌های تلفن‌های همراه جهت هشدار سریع حوادث
- همکاری با وزارت بهداشت در راه‌اندازی سامانه جامع مدیریت دانش و اطلاعات در نظام سلامت
- رفع مشکلات ارتباطی و اینترنتی در مناطق مختلف آمایشی و بخصوص در مراکز و خانه‌های بهداشت روستایی
- همکاری با وزارت بهداشت در زمینه کاهش اثرات امواج الکترومغناطیس بر بدن
- کمک به بخش سلامت در بازاریابی اینترنتی توریسم درمانی

ساختارهای قانون‌گذاری مانند مجلس و قوه قضائیه

- وضع قوانین اثربخش و تقویت مکانیسم‌های نظارتی بر اجرای قوانین جهت تقویت الزامات آمایش سرزمین سلامت
- کاهش فشار سیاسی نمایندگان برای راه‌اندازی مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها و ... بدون در نظر گرفتن سطح‌بندی خدمات سلامت
- تدوین قوانین مناسب جهت افزایش انگیزه ارائه خدمات سلامت در همه مناطق آمایشی به‌خصوص مناطق محروم
- در نظر گرفتن قوانین مناسب به‌ویژه رعایت مالکیت معنوی و در نظر گرفتن تسهیلات هدفمند (مخصوصاً در شاخه‌های دارای اولویت فناوری)
- تعبیه مکانیسم‌هایی برای نظارت و تضمین رعایت قوانین مرتبط با توسعه فناوری‌های بخش سلامت با همکاری سازمان برنامه و بودجه و قوه قضائیه
- نظارت جهت اطمینان از کیفیت محصولات دانش‌بنیان
- قانون‌گذاری برای حمایت از پیشگیری نسبت به درمان و اصلاح قوانین در این خصوص
- تقویت قانون‌گذاری مبتنی بر نیازهای آینده سلامت با توجه به برخی روندهای با قطعیت بالا مانند سالمندی
- تقویت قوانین مرتبط با مشارکت بخش خصوصی متناسب با ملاحظات و ویژگی‌های مناطق مختلف آمایشی و پتانسیل موجود در آنها
- تقویت قوانین حمایتی در جهت حفظ محیط‌زیست و تهیه پیوست زیست‌محیطی برای تمامی مطالعات ملی و منطقه‌ای در کشور
- ضرورت رفع برخی تناقضات قانونی و تصویب قوانین حمایتی
- وضع قوانین حمایتی مانند انواع وام‌های کم‌بهره و دیر بازده برای راه‌اندازی کسب و کارهای محلی به‌ویژه در مناطق روستایی

سازمان گردشگری و میراث فرهنگی

- توجه به تقویت و توسعه پتانسیل‌های منطقه‌ای برای گردشگری به‌ویژه مناطق آزاد مانند چابهار و جزیره کیش جهت تقویت توریسم سلامت و ارزآوری به بخش سلامت
- تقویت همکاری با وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی و بخش خصوصی جهت استفاده از پتانسیل‌های توریسم سلامت
- ایجاد تسهیلات برای تأمین و تضمین سلامت گردشگری خارج در داخل و گردشگران ایرانی خارج از کشور
- سازمان حفاظت محیط‌زیست

- تعریف مطالعات مشترک با همسایگان مرزی برای رفع چالش‌های زیست‌محیطی
- همکاری در تدوین و اجرای برنامه‌های مدیریت هوای پاک بخصوص در شهرهای دارای برنامه توسعه جدی در آینده
- تقویت بسترهای زیست‌محیطی و جاذبه‌ها برای توریسم درمانی
- تدوین برنامه مشخص برای حفاظت از محیط‌زیست در نقاط انتخاب شده برای گسترش توریسم درمانی
- استفاده از نیروی انسانی متخصص در جهت تقویت محیط‌زیست، کاهش مخاطرات آینده و تقویت زیست‌بوم‌ها و شناسایی مناطق مناسب برای تقویت صنعت توریسم به‌ویژه توریسم درمانی
- مدیریت مؤثر برای پیشگیری از آلودگی‌های زیست‌محیطی مضر به سلامت روان، اجرای پیوست زیست‌محیطی، حفظ سرمایه‌های زیست‌محیطی کشور
- همکاری در کاهش مصرف غیرمنطقی سموم و کودهای شیمیایی
- ضرورت مدیریت مؤثرتر برای نظارت و پیشگیری از آلودگی‌های زیست‌محیطی

وزارت علوم

- نقش‌آفرینی در برنامه جامع تأمین و تقویت نیروی انسانی با مهارت و شایسته آینده کشور با توجه به تغییرات بخش سلامت
- نقش‌آفرینی در تدوین و اجرای نقشه راه حرکت در مسیر تحقق مرجعیت علمی و همکاری مشترک با سایر بازیگران
- تقویت همکاری‌های مشترک با دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌ویژه برای به اشتراک‌گذاری دانش
- رفع تعارض در الحاق بخش آموزش علوم پزشکی به وزارت علوم
- رفع چالش‌ها در الحاق برخی رشته‌ها نظیر دامپزشکی به وزارتین
- گسترش ارتباط در زمان سیاست‌گذاری آموزش عالی کشور بین دو وزارت
- شناسایی نیازهای آموزشی متناسب با بازار کار و اصلاح الگوی نظام آموزشی
- توسعه و ارتقای آموزش‌های مجازی با رویکرد سلامت
- تقویت شکل‌گیری رشته‌های بین‌رشته‌ای با همکاری وزارت بهداشت
- به اشتراک‌گذاری امکانات و منابع با دانشگاه‌های علوم پزشکی در مناطق آمایشی مختلف
- همکاری در خصوص تحقق اهداف نظام بخشی نوآوری سلامت در مناطق مختلف آمایشی
- توسعه مراکز مشاوره سلامت روانی در دانشگاه‌ها
- تأمین نیروی انسانی لازم برای ارتقای سلامت روان متناسب با سند برآورد نیروی انسانی

آموزش و پرورش

- نقش‌آفرینی در برنامه جامع تأمین و تقویت نیروی انسانی با مهارت و شایسته آینده کشور با توجه به تغییرات بخش سلامت
- نقش‌آفرینی در تدوین و اجرای نقشه راه حرکت در مسیر تحقق مرجعیت علمی و همکاری مشترک با سایر بازیگران
- فرهنگ‌سازی لازم در راستای توانمندسازی سالمندان، خودباوری و البته اولویت پیشگیری نسبت به درمان
- توزیع عادلانه مکمل‌های تغذیه‌ای در مدارس مناطق مختلف کشور
- گسترش دوره‌های کار و دانش و هنرستان‌های فنی و حرفه‌ای
- ساخت و توسعه مدارس و تأمین نیروهای مربوط در مناطق محروم و حاشیه‌ای و تشویق خیرین مدرسه‌ساز برای مشارکت و سرمایه‌گذاری در امور سلامت دانش‌آموزان و مدارس
- توسعه پژوهش‌های محوری و توسعه تحقیقات مبتنی بر نیازهای بخش آموزش بخصوص با تمرکز بر سلامت دانش‌آموزان
- غربالگری بیماری‌های دوره‌های سنی و سنجش «ید» و «روی» مطابق دستورالعمل‌های مشترک وزارت بهداشت و آموزش و پرورش به‌خصوص در مناطق آسیب‌پذیرتر کشور
- امکان دسترسی به شبکه‌های ارتباطی وزارت آموزش و پرورش برای ترویج و انتقال پیام‌های سلامت (از جمله انجمن‌های اولیاء و مربیان، کانون‌های معلمان و مدیران مدارس و مجلس دانش‌آموزی)
- توسعه شرایط آموزش در مناطق کم‌برخوردار
- ارتقای آگاهی در زمینه تحرک فیزیکی، تغذیه، دخانیات، روابط جنسی ایمن، بهداشت فردی و آموزش و ارتقای سبک زندگی سالم در دانش‌آموزان
- ارتقای سواد سلامت دانش‌آموزان، معلمان و اولیاء و مربیان در زمینه کاهش عوامل خطر ده‌گانه شامل تغذیه نامناسب، کم‌تحرکی، دخانیات و الکل، حوادث، اعتیاد، مصرف آب ناسالم، روابط جنسی غیرایمن، سلامت مادر و کودک، بیماری‌های شغلی، استرس ارگونومیک، آلودگی درون خانه، بهداشت روان، سلامت اجتماعی و سلامت معنوی
- همکاری کانون پرورش کودک و نوجوان و مدارس ابتدایی برای ارتقای فرصت‌های «تکامل دوران کودکی»
- ایجاد و توسعه مراکز و فضاهای مناسب ورزشی و افزایش آگاهی در این زمینه
- حمایت از تجهیز نمودن فضای فیزیکی مدارس و ایجاد محیط مناسب، راحت و استاندارد به‌ویژه برای تحرک فیزیکی دانش‌آموزان بخصوص در مناطق محروم کشور
- رفع محدودیت در استخدام مربی بهداشت جدید در وزارت آموزش و پرورش
- نظارت بر بوفه‌های مدارس و وجود مکانیسم کنترلی مناسب
- تقویت همکاری بین دو وزارت برای تقویت سبک زندگی سالم از سنین پایین در افراد جامعه

متولیان امور فرهنگی نظیر وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی و رسانه‌ها

فرهنگ‌سازی لازم در موارد زیر:

- اولویت پیشگیری نسبت به درمان
- توانمندسازی و خودباوری سالمندان
- تقویت مرجعیت علمی در بخش سلامت (شامل مفاهیم و ضرورت آن برای کشور)
- اصلاح سبک زندگی شامل افزایش تحرک، تغذیه، مصرف سیگار، مواد مخدر و الکل
- توسعه پایدار و مفاهیم آن
- پیشگیری از آلودگی هوا، آب و محیط‌زیست
- کنترل مصرف سوخت و منابع
- خودباوری ملی و عزت‌نفس به‌ویژه در جوانان
- استفاده از وسایل حمل‌ونقل عمومی
- تقویت نشاط اجتماعی و اجرای برنامه‌های نشاط‌آور جمعی در سطح جامعه
- توجه به تمامی اقلیت‌ها و سلايق موجود در کشور و شمارکت نمایندگان آن‌ها در تهیه برنامه‌ها جهت افزایش پذیرش و مقبولیت برنامه‌ها توسط عموم جامعه
- پاسخگویی اجتماعی
- آموزش و ارتقا سطح آگاهی‌های مردم جامعه، تولید محتوای آموزشی برای ارتقا آگاهی گیرندگان خدمت و کاهش عدم تقارن اطلاعاتی
- تقویت هرچه بیشتر فرهنگ مراقبت از سالمندان در خانه و تأکید بر برخی تعالیم دینی
- در اولویت قرار دادن تولید محتوا در زمینه ارتقا فرهنگ رفتارهای نامطلوب مؤثر بر سلامت (تغذیه، استفاده از تکنولوژی، رانندگی، خشونت و نزاع، مصرف خودسرانه و آنتی‌بیوتیک‌ها، مصرف دخانیات، باورهای نادرست پزشکی مردم، نگاه به توریسم، پرداخت مالیات، تعهد به خانواده، سبک زندگی، پیاده‌روی، ورزش، سواد سلامت و ...)
- حمایت از تولید و عرضه محصولات فرهنگی (کتاب، نشریات و محصولات سمعی و بصری) مؤثر بر سواد و رفتار سلامتی
- استفاده از ظرفیت‌ها و فرصت‌های اماکن فرهنگی در ارتقای سلامت با همکاری نهادهای ذی‌ربط
- آموزش مهارت‌های زندگی به جمعیت عمومی و گروه‌های خاص
- تقویت و تشویق کانون‌های تبلیغاتی سلامت‌محور

- حمایت از محصولات اثرگذار بر تقویت هویت ملی و روحیه خودباوری، ابتکار، امیدواری و نشاط فردی و اجتماعی و قبول تنوع در جامعه (نقش در سلامت اجتماعی)
- حمایت جدی از ایجاد شهرک‌های گردشگری سلامت
- سوق دادن اعتبارات خیرین به‌سوی ایجاد تسهیلات کمک‌کننده به سلامت مردم مانند مراکز تفریحی متنوع و...
- برنامه توسعه تفریحات برای گروه‌های سنی مختلف متناسب با فرهنگ‌های محلی و معرفی تفریحات مفید فرهنگ‌های دیگر
- تدوین موسیقی سنتی ایران، توسعه گردشگری و تفریحات جامعه به‌ویژه برای اقشار آسیب‌پذیر
- تقویت و توسعه توریسم (گردشگری) سلامت
- تشویق و حمایت از تشکیل کانون‌های گردشگری دانشجویی در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- مشارکت در راه‌اندازی و توسعه کتابخانه‌های خوابگاه‌های دانشجویی و تأمین کتاب‌های مورد نیاز
- توسعه گردشگری و تفریحات جامعه به‌ویژه برای اقشار آسیب‌پذیر
- سیاست‌های منسجم‌تر خبرگزاری‌ها در حمایت‌طلبی برای سلامت روان

وزارت نیرو

- ایجاد دسترسی عادلانه به منابع آب، برق و گاز با اولویت مناطق روستایی و حاشیه شهرها
- تدوین برنامه مناسب و عدالت محور جهت دسترسی به آب سالم با مشارکت کلیه نهادهای مرتبط
- تجهیز آزمایشگاه‌های آب و فاضلاب در سراسر کشور
- تأمین آب سالم برای کشاورزی
- بازبینی و ارتقای کمی و کیفی شبکه‌های آب‌رسانی و رفع آلودگی منابع و شبکه‌های آب آشامیدنی، کلریناسیون شبکه‌ها و خطوط انتقال آب آشامیدنی
- اجرای صحیح طرح‌های جمع‌آوری، تصفیه و دفع بهداشتی فاضلاب شهری و صنعتی
- تعدیل قیمت آب، برق، گاز در کلیه مراکز دولتی و خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت
- نظارت صحیح بر ایمنی شبکه‌های آب‌رسانی، گازرسانی و شبکه انتقال برق (در محل استفاده)
- نظارت بر فاصله قانونی از دکل‌های مخابراتی در شهرها (به خطر افتادن سلامت شهروندان)

سازمان انرژی اتمی

- شناسایی، ارزشیابی و کنترل صحیح تشعشعات یونیزان و غیر یونیزان (آسیب‌های ناشی از انفجارها و آتش‌سوزی‌ها)
- کنترل و پایش صحیح مراکز کاربرد پرتوها
- ایجاد و توسعه سایت‌های DECONTAMINATION بین سیستم‌های بیمارستانی و پایش بیمارستانی با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص پیشگیری، آماده‌سازی، مقابله و پاسخ به حوادث هسته‌ای

وزارت راه، مسکن و شهرسازی

- تأمین و ساخت مسکن‌های ارزان و ایمن برای گروه‌های کم‌درآمد و فقیر
- حمایت مالی از زنان تحت پوشش نهادهای حمایتی جهت خرید و ودیعه مسکن
- تسریع نوسازی بافت‌های فرسوده شهری به‌ویژه در مناطق زلزله‌خیز
- احداث، ترمیم و نگهداری و ایمن‌سازی شبکه راه‌های روستایی و ساماندهی حمل و نقل بار و مسافر روستاها و کانون‌های اسکان عشایری
- گسترش عادلانه تسهیلات شهری جهت افزایش تحرک فیزیکی و تفریحات سالم
- ایجاد مسیرهای امن برای پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری در مناطق مختلف کشور
- حفظ و ابقای فضاهای باز شهری
- معماری شهری منظم با دسترسی آسان به وسایل حمل و نقل عمومی
- ایجاد پایگاه‌های بهداشتی در پایانه‌های شهری و بین‌شهری
- ارتقای استانداردهای شهرسازی، مسکن شهری و روستایی، ساختمان‌های اداری و اماکن عمومی در جهت ایمنی سلامت افراد و افزایش نظارت بر رعایت آن
- تسهیل لوله‌کشی آب منازل
- همکاری برای دفع فاضلاب شهری با استفاده از فناوری‌های پیشرفته
- همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص تعهدات بین‌المللی دهه ایمنی جاده‌ای
- توجه به اولویت ایمنی جاده‌ها بخصوص راه‌های روستایی برای این وزارت برای تأثیر بر کاهش تصادفات جاده‌ای
- توقف انبوه‌سازی بی‌رویه و غیراصولی در کلان‌شهرها و تأثیر آن بر سلامت
- تأمین مسیرهای خاص و ویژه جهت دسترسی اورژانس به بیمارستان‌ها در مناطق پرتراфик شهری
- اعمال قوانین و ضوابط بهداشتی و ایمنی برای کارگران ساختمانی و معدنی
- تسریع در نوسازی بافت‌های فرسوده شهری و روستایی به‌ویژه در مناطق زلزله‌خیز و سیل‌خیز
- استانداردسازی مصالح و عدم مقاوم‌سازی ساختمان‌ها
- کنترل به‌موقع عوامل محیطی و راه در حوادث و تصادفات رانندگی
- استفاده از نظر متخصصان حوزه سلامت در طراحی ساختمان‌ها و فضاهای شهری

- توجه به تراکم جمعیت شهری جهت استقرار مراکز بهداشتی درمانی شهری
- نظارت بر توزیع امن شبکه گازرسانی شهری و روستایی و نصب وسایل گرمایشی گازسوز جهت کاهش گاز گرفتگی بخصوص در مناطق آسیب‌پذیر کشور
- توجه به استانداردهای بهداشتی و استفاده از فناوری‌های نوین در طراحی و اجراسازی پروژه‌های آب و فاضلاب
- توجه به استانداردهای عوامل فیزیکی (نور، صدا، حرارت، تشعشعات و...) در طراحی منازل و محیط‌های کار

وزارت کشور

- بررسی و رفع مشکلات سلامت ناشی از حضور افغانه و پناهندگان
- مدیریت صحیح پسماند شهری با روش‌های نوین در شهرهای پرجمعیت و شهرهای ساحلی و شهرهای حاشیه تالاب‌ها و همچنین مدیریت صحیح پسماند روستایی
- تدوین و استقرار برنامه ساماندهی سواحل و طرح‌های شنا برای کاهش مرگ‌ومیر و عوارض ناشی از غرق شدن
- تدوین دستورالعمل حفظ سلامت و ایمنی برای تجمعات مختلف ملی و مذهبی
- نظارت کافی بر قانون منع مصرف سیگار و قلیان در اماکن عمومی
- ساخت و توسعه مراکز و فضاهای مناسب ورزشی و افزایش آگاهی در این زمینه
- حمایت از دسترسی عادلانه به آب شرب در مناطق روستایی
- نظارت جدی‌تر بر ورود لوازم و وسایل مضر برای سلامت یا وسایل سلامت بی کیفیت
- توسعه تشکیل شورای محلات در شهرها برای رسیدگی و همکاری در ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مردم محله
- تقویت نظارت بر اجرای استانداردهای ساختمان‌سازی به‌ویژه در مناطق زلزله‌خیز و بافته‌های فرسوده کشور
- ایجاد نظام دیده‌بانی و رتبه‌بندی وضعیت حقوق شهروندی در کشور
- برنامه‌ریزی به‌منظور افزایش سازمان‌های مردم‌نهاد در حوزه سلامت و توانمندسازی آن‌ها برای فعالیت در ارتقای سلامت مردم کشور و مخاطبان خود
- توانمندسازی استانداری‌ها به‌منظور رعایت ضوابط استانداردهای ملی پیوست سلامت برای طرح‌های بزرگ توسعه‌ای
- تهیه و اجرای برنامه جامع مدیریت شهری
- فراهم آوردن تسهیلات لازم برای صدور مجوزهای دارو مواد اولیه دارویی بر اساس اخذ مجوزهای وزارت متبوع و حذف کمبودهای کاذب دارو در بازار کشور و جلوگیری از قاچاق

وزارت ورزش و جوانان

- ارتقای فرهنگ تحرک و فعالیت فیزیکی در گروه‌های مختلف جامعه
- همکاری در استقرار نظام پایش و دیده‌بانی شاخص‌های توسعه نشاط، ورزش، تفریحات و اوقات فراغت در هر استان
- توسعه تفریحات فردی و جمعی سنتی و ملی ایرانیان در سطح شهرها و روستاها
- تهیه و احداث پارک و مرکز تفریحی- ورزشی سالم و ایمن ویژه خانواده در مناطق منتخب شهری
- توسعه عادلانه تسهیلات و امکانات ورزشی سالم و ایمن در شهرها
- گسترش عادلانه فضاهای ورزشی اختصاصی بانوان و ترویج ورزش بانوان
- بهبود فرایند و تأمین منابع مالی پایدار ورزش کارگران و کارکنان (از طریق اصلاح مقررات و رویه‌های نظارت و ارزشیابی و تشویقی)
- حمایت از طرح‌های علمی، تحقیقاتی ورزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی در استان‌ها
- توسعه ورزش همگانی به‌ویژه برای افراد آسیب‌پذیر، برنامه‌ریزی و مدیریت تفریحات جامعه در کلیه گروه‌های سنی
- توسعه فضای ورزشی نسبت به جمعیت در کشور
- توسعه برنامه‌ها و امکانات ورزشی مدارس و دانشگاه‌ها
- توسعه فضای ورزشی برای سالمندان و تأمین مالی پایدار برای ورزش سالمندان
- فراهم نمودن امکانات و اماکن ورزشی برای مهاجرین
- تقویت زیرساخت‌های ورزشی مانند دوچرخه‌سواری
- فراهم آوردن امکان آموزش فعالیت‌های ورزشی در منازل

وزارت صنعت، معدن و تجارت

- کاهش آلودگی هوای ناشی از فعالیت مراکز صنعتی و کارخانه‌ها
- تغییر سیاست تولید خودروهای با کیفیت پایین
- نظارت بر واحدهای صنفی مؤثر بر سلامت
- محدود کردن تولید کالاهای مضر برای سلامت از جمله سیگار و دخانیات
- توجه به سلامت و ایمنی کارکنان معادن
- نظارت بر مخاطرات زیست‌محیطی معادن و صنایع و ایجاد آلودگی صوتی

- تقویت حمایت از تولیدکنندگان محصولات کشاورزی و غذایی
- توسعه برنامه غنی‌سازی با ریزمغذی‌ها در محصولات غذایی مانند افزودن ویتامین د در شیر جهت توزیع در مدارس
- تأمین غذای مصرفی جامعه با توجه ویژه به ریزمغذی‌ها
- حمایت از صنایع غذایی دوستدار سلامت، تولیدکنندگان غذاهای فراسودمند و تشویق و حمایت از صنایع برای تبدیل محصول فعلی به محصولات سالم‌تر
- حمایت از توسعه بخش خصوصی برای تسهیل دسترسی فیزیکی به اقلام خوراکی سبد غذایی در مناطق شهری و روستایی

وزارت اقتصاد و دارایی

- همکاری و سرمایه‌گذاری‌های مشترک با کشورهای خارجی در حیطه سلامت
- توسعه بیمه‌های مسئولیت حرفه‌ای، بیمه آتش‌سوزی و تصادفات
- اعطای تسهیلات بانکی مناسب به بخش سلامت
- اعطای تسهیلات مناسب جهت توسعه فضاهای رفاهی و خوابگاهی
- تقویت عملکرد وزارت اقتصاد و نحوه اثرگذاری آن بر قدرت خرید کالاهای سلامت
- تقویت عملکرد وزارت اقتصاد و نحوه اثرگذاری آن بر فقر
- ضرورت جدی‌تر حمایت از شرکت‌های دانش‌بنیان سلامت

وزارت جهاد کشاورزی

- کمک به سالم‌سازی روستاها و توانمندسازی جوامع محلی
- اجرای پروژه‌های توانمندسازی محلی و منطقه‌ای به‌منظور شکوفایی قابلیت‌ها و الگوسازی مدل جدید توسعه و امنیت غذایی
- تنظیم و اجرای برنامه‌های توسعه کشاورزی در چارچوب سیاست‌های توسعه پایدار
- حمایت از شبکه تعاونی‌های روستایی کشور در آموزش‌های تغذیه، بهداشت مواد غذایی و عرضه غذای سالم
- حمایت از ایجاد تعاونی‌های بازاریابی و فروش محصولات کشاورزی به‌منظور حذف واسطه‌ها
- حمایت از توسعه کشاورزی صنعتی
- حمایت از توسعه مراکز خدمات در بخش کشاورزی و صنایع غذایی در دهستان‌ها
- پشتیبانی از تأمین کافی و به‌موقع نهاده‌های کشاورزی
- غنی‌سازی خاک کشاورزی با ریزمغذی‌ها و تقویت غلات در مرحله سبوس‌گیری

- ساماندهی حمل و نقل بهداشتی محصولات کشاورزی خام (حمل و نقل بر عهده بخش خصوصی است که در دام و شیلات اتفاق افتاده و در گیاهی هم ابلاغ دارند- صنف انبارداران و یخچال داران در این مورد دخیل هستند وزارت راه هم همین طور)
- تقویت سازوکارهای مناسب تشویقی و حمایتی جهت تولید غذاهای ارگانیک
- برنامه ترویج و نظارت بر تولید محصول سالم در صنایع تبدیلی و تکمیلی (این مورد با عنوان صنایع کوچک که زیر ۵۰ نفر اشتغال ایجاد می کنند از معاونت آب و خاک و صنایع جهاد کشاورزی مجوز می گیرند)
- ارتقای سلامت و بهداشت محصولات کشاورزی و مواد غذایی: کنترل باقیمانده های (سموم، مواد شیمیایی، هورمون ها و داروهای دامی) در محصولات زراعی، باغی، دامی و آبی تولید داخل و واردات، اجرای سیستم HACCP در واحدهای تولید، عرضه و توزیع مواد غذایی، اجرای سیستم GAP در مزارع کشاورزی و دامداری، افزایش سرمایه گذاری و توسعه محصولات ارگانیک، اجرای سیستم برچسب گذاری تغذیه ای مواد غذایی، کدگذاری تولیدکنندگان محصولات کشاورزی، مدیریت تلفیقی آفات و افزایش تولید و مصرف کودهای زیستی و آفت کش ها بیولوژیکی و افزایش مراقبت های بهداشتی دام، طیور و آبزیان
- استفاده از فناوری های جدید در تولید، نگهداری و توزیع و نظارت بر مواد غذایی

وزارت دادگستری

- حمایت جدی تر قوانین برای ارتقای سلامت (مقابله با آلوده کنندگان محیط زیست، مقابله با تبلیغات غیرواقعی در عرصه سلامت، وضع مالیات زیاد بر مصرف مواد مضر و ...)
- کاهش زمان رسیدگی به تخلفات و جرائم سلامت و همچنین وضع قوانین مؤثر مقابله با تخلفات دارویی و اصلاح مجازات آن ها و قانون رسمیت بخشیدن به گزارش الکترونیکی بازرسی در مراجع قضایی
- وضع قوانین ویژه برای مقابله با آلوده کنندگان محیط زیست کشور
- وضع قوانین حمایت از امنیت و حقوق بیماران در فضای مجازی
- آموزش کارکنان و قضات دستگاه قضایی با نگاه سلامت محوری و ارتقای سلامت روان کارکنان زندان ها

نیروی انتظامی

- گسترش همکاری ها جهت کاهش حوادث ترافیکی و مرگ و میر ناشی از آن
- تدوین پیوست سلامت (با تأکید بر سلامت روانی و اجتماعی) برای کلیه برنامه های ملی در نیروی انتظامی
- ایجاد حلقه امن در بحران ها برای ورود و خروج نیروهای امدادی
- افزایش امنیت مناطق مختلف از جمله مناطق دورافتاده با امنیت پایین در کشور
- کنترل ورود حجم مواد مخدر به کشور
- تدوین قوانین و استراتژی های مناسب بر خورد های قطعی و قهری و مبارزه با مواد مخدر
- تقویت مدیریت جرم های جدید نظیر جرائم سایبری و اینترنتی با تمرکز بر بخش سلامت
- تقویت برنامه های حمایت از گروه های آسیب پذیر نظیر سالمندان

شهرداری‌ها

- نظارت جدی‌تر بر پساب‌ها و جمع‌آوری و دفع بهداشتی زباله‌ها
- مشارکت در کنترل آلودگی هوا
- جلوگیری از آلوده شدن منابع تأمین آب آشامیدنی

سازمان ملی استاندارد ایران

- بازنگری نظام نظارت و کنترل مراکز تولید محصولات غذایی و سایر محصولات مؤثر بر سلامت بر اساس استانداردهای ملی ایران
- تدوین و بازنگری استانداردهای جدید با افزودن ویژگی‌های نظیر کم‌کالری بودن، کم‌نمک و...
- بازنگری در استانداردهای فرآورده‌های غذایی و نظارت مناسب بر مراکز تولیدی

هلال احمر

- امضای تفاهم‌نامه برای ارتقای هماهنگی و همکاری‌های دوجانبه در مدیریت بحران و بلایا از پیشگیری تا حمایت‌های متعاقب بر اساس مصوبات شورای عالی مدیریت بحران کشور
- همکاری در استفاده از ظرفیت‌های نیروهای سازمان امداد و نجات و سازمان جوانان برای ارائه خدمات بهداشتی در حاشیه شهرها و مناطق صعب‌العبور
- گسترش همکاری‌ها جهت تأمین و توزیع مناسب داروها و تجهیزات پزشکی ارزبر

وزارت نفت

- ضرورت اتخاذ تدابیر لازم برای کاهش آلاینده‌های ناشی از مصرف سوخت‌های فسیلی

خیرین سلامت

- تشکیل نهادها و شوراهای راهبری برای هدایت بهتر منابع در بخش سلامت
- آموزش و توجه خیرین نسبت به نیازهای اولویت‌دار نظام سلامت با نگاه ملی و در نظر گرفتن نیازهای مناطق محروم‌تر
- ارتباط جدی‌تر با بخش سلامت

انتظارات برای همکاری چندین بخش با بخش سلامت

توجه ویژه به مفاهیم مرتبط با مرجعیت علمی که برای این منظور نیاز به همکاری‌های مشترک، پویا و هماهنگ حوزه‌هایی مانند آموزش، پژوهش و فناوری است و اعمال دیدگاه‌های جزیره‌ای برای تقسیم وظایف جهت این حوزه در مطالعات آمایشی اثربخشی نخواهد داشت. در نتیجه به همکاری‌های مشترک آموزش و پرورش، وزارت علوم و بهداشت، معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری، وزارت امور خارجه، سازمان برنامه و بودجه و آموزش و پرورش نیاز است.

با توجه به اینکه توزیع مناسب نیروی انسانی، یکی از الزامات مناسب آمایش سرزمین حوزه سلامت است، عملکرد مناسب نهادهای مختلف در این خصوص حائز اهمیت است. در این خصوص می‌توان به عملکرد مناسب نهادهایی نظیر حوزه آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت، وزارت کشور، وزارت راه، وزارت اقتصاد، وزارت صنعت و تجارت، وزارت رفاه، صدا و سیما و رسانه‌ها، نیروی انتظامی، سازمان برنامه و بودجه، مجلس شورای اسلامی اشاره کرد.

توزیع مناسب زیرساخت‌های حوزه سلامت در مناطق مختلف آمایشی اهمیت فراوانی در برنامه‌های آمایش سرزمین داشته و در این خصوص همکاری نهادهای زیر ضروری است: وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه، مجلس شورای اسلامی، وزارت کشور، صدا و سیما و رسانه‌ها، وزارت رفاه، معاونت علمی ریاست جمهوری.

با توجه به افزایش احتمالات بلایای مختلف، نظیر جنگ در منطقه یا کشور یا افزایش ناآرامی‌های بیشتر منطقه، شیوع بیماری‌های واگیر و افزایش وقوع بلایای طبیعی ناشی از تغییرات اقلیم مانند سیل همکاری‌های مشترک بین سازمان هلال احمر، نیروی انتظامی، سازمان مدیریت بحران کشور، وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه و وزارت کشور با توجه به مبانی مدیریت بحران در تأمین و تخصیص منابع استان‌ها، به‌ویژه امکانات پزشکی (اعم از تشخیصی، درمانی و...)، آموزش نیروی انسانی بخش سلامت برای ارائه خدمات در بخش بحران و پیش‌بینی تجهیزات مورد نیاز و راهکار تأمین آن‌ها در مواقع بحران، تأمین امنیت ارائه خدمات سلامت در مناطق بحران‌زده و... باید مورد توجه قرار گیرد.

حرکت به سمت تقویت توریسم سلامت، به‌ویژه در مناطق دارای پتانسیل (مناطق با آب و هوای مناسب، وجود فرودگاه‌های بین‌المللی و انواع راه‌های ارتباطی، جاذبه‌های گردشگری و یا سلامتی مانند چشمه‌های آب گرم، لجن درمانی، آب‌درمانی، نمک درمانی و طب سنتی، طبیعت‌گردی، شن زار، حمام‌های گیاهی و خورشید، بیمارستان‌های بین‌الملل، وجود هتل و خدمات استاندارد، تشابه‌های فرهنگی و زبانی و نزدیکی جغرافیایی).

علاوه بر سازمان برنامه و بودجه همکاری‌های سازمان‌های زیر نیز در این خصوص مورد نیاز است:

دانشگاه‌های علوم پزشکی، وزارت راه و شهرسازی با همکاری ایکائو و سازمان‌های وابسته مانند سازمان هوایی کشور، استانداری‌ها، وزارت امور خارجه، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری، سازمان حفاظت محیط‌زیست.

افت شاخص‌های سلامت به دلیل محدود شدن دسترسی مردم به خدمات سلامت و افزایش پرداخت از جیب و کاهش توان پرداخت، کاهش کیفیت مواد غذایی مصرفی، افزایش تنش و اضطراب، افزایش نرخ بیکاری، افزایش اعتیاد، کاهش آمار ازدواج و... اتفاق می‌افتد که در نهایت موجب افزایش بار بیماری‌های مزمن و غیرواگیر می‌شود. تقویت مکانیسم‌هایی برای افزایش نشاط اجتماعی و سرگرمی‌های سالم خانوادگی می‌تواند اثرات ناشی از کاهش دسترسی به امکانات رفاهی و سلامت را تا حدی جبران کند. به‌ویژه توزیع عادلانه این امکانات در نقاط شهری و روستایی استان‌ها پیشنهاد می‌گردد. لازم به ذکر است که این مکانیسم‌ها نباید لزوماً پرهزینه و یا گران باشند؛ مانند راه‌اندازی بازی‌های دسته‌جمعی و خانوادگی. در نتیجه نیاز به مجموعه مداخلاتی در سطح اجتماع جهت تقویت زیرساخت‌های فرهنگی داریم که توزیع آن در سطح استان‌ها، شهرها و روستاها متناسب و متوازن باشد. برای این منظور همکاری‌های مشترک سازمان‌های زیر مورد نیاز است:

- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی

- صدا و سیما

- شهرداری‌ها

- استانداری‌ها

- شورای شهر

دسترسی مناسب گروه‌های آسیب‌پذیر نظیر معلولین و سالمندان به مراقبت‌های سلامت: دسترسی معلولین و سالمندان به مراقبت‌های سلامت اهمیت زیادی در برنامه‌های آمایش سلامت داشته و با توجه به روند سالمندی در آینده، اهمیت آن در آینده بیشتر نیز خواهد شد. برای تحقق این هدف همکاری نهادهای زیر ضرورت می‌یابد:

وزارت بهداشت، وزارت مسکن و شهرسازی، شهرداری‌ها، وزارت رفاه، صدا و سیما، سازمان برنامه و بودجه، آموزش و پرورش.

فرهنگ‌سازی در زمینه کیفیت، کار تیمی، خودباوری، وجدان کاری و... با همکاری صدا و سیما، وزارت فرهنگ، سازمان برنامه و بودجه، مجلس، وزارت علوم، رسانه‌ها و آموزش و پرورش.

همکاری‌های مشترک شهرداری‌ها، استانداری‌ها، سازمان برنامه و بودجه، جهاد کشاورزی، مجلس، وزارت راه، سازمان حفاظت از محیط‌زیست، سازمان گردشگری و صنایع دستی جهت تحقق موارد زیر:

- الگوی توسعه شهری به سمت شهر سبز با الگوی توسعه افقی به‌جای عمودی پیش رود (که خود عامل مهمی در کاهش هزینه‌های مسکن است).
- بازطراحی سیستم حمل و نقل به گونه‌ای که موجب افزایش تحرک و کاهش آلودگی‌های هوا و صوتی شود.
- تعبیه ساختارهای نوآورانه در جهت افزایش امکانات تفریحی، فرهنگی عمومی و توزیع آن در تمام مناطق شهری و روستایی.
- تقویت زیست‌بوم‌های مناطق روستایی، پتانسیل‌های گردشگری و صنایع دستی، به‌ویژه با هدف توانمندسازی روستاها و تولید ثروت در آن‌ها.

در نظر گرفتن تفاوت‌های مربوط به مردان و زنان در وضع قوانین (مانند قوانین کار) و قوانین حمایتی برای زنان و طراحی الگوی جدید ارائه خدمات مشاوره‌ای ویژه زنان در امور اجتماعی، اقتصادی و سلامت خانواده مانند شبکه‌های اجتماعی تعریف شده و اطلاع‌رسانی شده، آموزش‌ها و مشاوره‌های مجازی با مشارکت بخش‌های:

- وزارت رفاه
- مجلس
- سازمان برنامه و بودجه
- اداره کار

با توجه به تضعیف اخلاق حرفه‌ای و ارجحیت یافتن منافع شخصی، دو مکانیسم اصلی برای کاهش اثرات و کنترل این روند پیشنهاد می‌گردد. ۱- افزایش مکانیسم‌های نظارتی و وضع قوانین بازدارنده که تا حد ممکن امکان سوءاستفاده‌های شخصی را کاهش دهد. ۲- تقویت فرهنگ سازمانی، وجدان کاری و اخلاق در آموزه‌های پیش از ورود به مدرسه، آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها. این گزینه نیاز به برنامه زمانی بلندمدت و مشارکت بین بخشی تمامی متولیان امور آموزشی و فرهنگی دارد.

تقویت فرهنگ سازمانی، وجدان کاری و اخلاق در آموزه‌های پیش از ورود به مدرسه، آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها که به برنامه زمانی بلندمدت و مشارکت بین بخشی تمامی متولیان امور آموزشی و فرهنگی مانند صدا و سیما، آموزش و پرورش، رسانه‌ها و وزارت فرهنگ، وزارت علوم دارد.

منابع

1. Paper W. Global Outlook Working Paper. 2017.
2. Europe WHORO for. Urban planning, environment and health: From evidence to policy action - meeting report. EuroWhoInt [Internet]. 2010; Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/114448/E93987.pdf%5Cnpapers2://publication/uuid/D1F4723F-9856-4156-8C4D-5DB0EE873300
3. Barton H. Land use planning and health and well-being. *Land use policy*. 2009;26(SUPPL. 1):47-67.
4. Carmichael, L., Barton, H., Gray, S., Lease, H., & Pilkington, P. (2012). Integration of health into urban spatial planning through impact assessment: Identifying governance and policy barriers and facilitators. *Environmental impact assessment review*, 32(1), 187-194.
5. Jerrett, M., Gale, S., & Kontgis, C. (2010). Spatial modeling in environmental and public health research. *International journal of environmental research and public health*, 7(4), 1302-1329.
6. Capolongo, S., Lemaire, N., Oppio, A., Buffoli, M., & Roue Le Gall, A. (2016). Action planning for healthy cities: The role of multi-criteria analysis, developed in Italy and France, for assessing health performances in land-use plans and urban development projects. *Epidemiol Prev*, 40(3-4), 257-64.
7. Páez, A., Gallo, J., Buliung, R. N., & Dall'erba, S. (Eds.). (2009). *Progress in spatial analysis: Methods and applications*. Springer Science & Business Media.
8. Moore, P. (2011). A model to embed health outcomes into land-use planning. *Community Development*, 42(4), 525-540.
9. Prevention O. *Planning and Land Use Solutions to Create Active , Healthy Counties*. 2008;
10. Barton H, Grant M, Mitcham C, Tsourou C. Healthy urban planning in European cities. *Health Promot Int*. 2009;24 Suppl 1:59.
11. Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K., & Dillon, L. (2013). *Health in all policies: a guide for state and local governments*. Washington, DC: American Public Health Association.
- ۱۲- یوسفی، مهدی، عباس ع صاری آرانی، بهرام سحابی و انوشیروان کاظم‌نژاد (۱۳۹۲). «هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم مخارج سلامت خانوار»، *بیمارستان*، سال دوازدهم، شماره ۴، ۶۱-۵۱.
- ۱۳- توسلی سلاله و پریسا مهاجری (۱۳۹۶). «ارزیابی جایگاه بخش سلامت در اقتصاد ایران با استفاده از روش حذف فرضی جزئی». *پژوهش‌های رشد و توسعه اقتصادی*. سال هشتم، شماره ۲۹، ۷۷-۹۶.
- ۱۴- لطفی، فرهاد، عزیز رضاپور، ثریا نورایی مطلق، محمد هادیان، فرشاد فقی سلوک و حسین قادری (۱۳۹۳). *بررسی جایگاه بخش سلامت در اقتصاد ایران و ارتباط آن با دیگر بخش‌ها*. مدیریت سلامت. سال هفدهم، شماره ۵۸، ۲۸-۴۱.
15. Izadi, M., Saadat, S. H., Ayoubian, A., Hashemi Dehaghi, Z., Karbasi, M. R., & Jalali, A. R. (2013). Health tourism in Iran; identifying obstacles for development of this industry. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 1(2), 89-94.
16. Mousavi, S. M., Haghi, M., & Manshadi, M. G. (2016). Health tourism in Iran: a path towards sustainable development. *Iranian journal of public health*, 45(2), 274-275.
17. Jabbari A, Ferdosi M, Keyvanara M, Agharahimi Z. (2013). Analysis of medical tourism industry stakeholders: Providing effective strategies in Isfahan, Iran.
18. Shryock HS, Siegel JS, Larmon EA. The methods and materials of demography. US Bureau of the Census; 1973.

- ۱۹- فرشته نژاد، سیدمحمد، محسن اسدی لاری، مازیار مرادی لاکه، محمدرضا واعظ مهدوی، سیدعباس متولیان، محمداسحاق افکاری (۱۳۸۹). «برآورد امید زندگی و ارتباط آن با عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در جمعیت شهری مناطق مختلف شهر تهران در سال ۱۳۸۷ (طرح سنجش عدالت در شهر)». طب و تزکیه. شماره ۷۷، ۲۵-۴۰.
- ۲۰- باقری، فروزان (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین رشد اقتصادی و سرمایه سلامت در ایران. کنفرانس بین‌المللی مهندسی و علوم کاربردی، دبی، مؤسسه مدیران ایده‌پرداز پایتخت ویرا.
21. Suhrcke, M., Nugent, R. A., Stuckler, D., & Rocco, L. (2006). Chronic disease: an economic perspective. London: Oxford Health Alliance, 11.
22. Van Malderen, C., Van Oyen, H., & Speybroeck, N. (2013). Contributing determinants of overall and wealth-related inequality in under-5 mortality in 13 African countries. *J Epidemiol Community Health*, 67(8), 667-676.
23. Fund UNCs (2007). The state of the world's children. New York.
24. WHO Quality of Life Assessment Group. What quality of life? / The WHOQOL Group. *World Health Forum* 1996;17(4):354-6.
25. Kosinski M, Kujawski S, Martin R, Wanke L, Buatti M, Ware JE J. Healthrelated quality of life in early rheumatoid arthritis: impact of disease and treatment response. *Am J Manag Care* 2002;8(3):231-40.
26. Doran CM, Kinchin I. A review of the economic impact of mental illness. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*. 2019 Feb;43(1):43-8. PubMed PMID: 29129189. Epub 2017/11/14.
27. Trautmann S, Rehm J, Wittchen H-U. The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Rep*. 2016;17(9):1245-9. PubMed PMID: 27491723. Epub 08/04.
28. Zwar N, Harris M, Griffiths R, Roland M, Dennis S, Powell Davies G, et al. A systematic review of chronic disease management. 2017.
- ۲۹- رئیس پور علی و جمشید پژویان (۱۳۹۲). آثار مخارج بهداشتی دولت بر رشد اقتصادی و بهره‌وری در ایران: رویکرد منطقه‌ای. برنامه‌ریزی و بودجه (برنامه و بودجه سابق). سال هیجدهم، شماره ۴ (۱۲۳).
- ۳۰- خانزادی آزاد، شهرام فتاحی و سارا مرادی (۱۳۹۶). اثرات هزینه‌های بهداشت و درمان بخش عمومی بر رشد اقتصادی در ایران. سیاست‌های راهبردی و کلان. سال پنجم، شماره ۱۸، ۴۹-۶۷.
- ۳۱- عمادزاده مصطفی، مرتضی سامتی و داود صافی دستجردی (۱۳۹۰). رابطه مخارج سلامت و رشد اقتصادی در استان‌های ایران. مدیریت اطلاعات سلامت. سال هشتم، شماره ۷، ۹۱۸-۹۲۸.
- ۳۲- سرلک احمد (۱۳۹۴). تأثیر شاخص‌های سلامت بر رشد اقتصادی استان‌های کشور. مدیریت بهداشت و درمان. سال ششم، شماره ۱، ۷-۱۷.
- ۳۳- لطفی پور، محمدرضا، محمدعلی فلاحی و معصومه برجی (۱۳۹۰). بررسی تأثیر شاخص‌های سلامت بر رشد اقتصادی ایران. مدیریت سلامت. سال چهاردهم، شماره ۴۶، ۵۷-۷۱.
- ۳۴- پناهی، حسین و سیدعلی آل عمران (۱۳۹۴). بررسی تأثیر مخارج بهداشتی دولت بر رشد اقتصادی در کشورهای سازمان همکاری‌های اقتصادی گروه AD. بهداشت و توسعه. سال چهارم، شماره ۴، ۳۲۷-۳۳۶.
35. Quadrado L, Lopez-Bazo E. (1996). Macroeconomic Variables & Regional Welfare: An Application to the Spanish Regions, Paper Presented to the 36th European Congress of European Regional Science Association. Zurich, Switzerland.
- ۳۶- کریمی ایرج (۱۳۸۳). اقتصاد سلامت: برنامه‌ریزی تخصیص منابع و بهره‌وری (جلد ۱). تهران: گپ.
- ۳۷- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت. گزاره برگ‌های قبل از سال ۱۳۹۷ / Available from: <http://nihr.tums.ac.ir/>

- ۳۸- پناهی، حسین و سیدعلی آل‌عمران (۱۳۹۵). بررسی رابطه علیت بین بیکاری و سلامت در ایران. سلامت کار ایران. سال سیزدهم، شماره ۳، ۸۱-۹.
- ۳۹- کاظمیان، محمود و حمیده جوادی نسب (۱۳۹۳). مؤلفه‌های اقتصادی و اجتماعی مؤثر بر هزینه‌های سلامت خانوارهای کم‌درآمد در بخش غیررسمی اشتغال. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان. سال بیست و یکم، شماره ۲، ۱۵۱-۶۱.
- ۴۰- بانک مرکزی. ابعاد گوناگون فقر در ایران. Available from: www.cbi.ir.
- ۴۱- ماهر، علی (۱۳۸۴). بررسی رابطه فقر و سلامت در ایران. رفاه اجتماعی. سال پنجم، شماره ۱۸، ۱-۱۹.
- ۴۲- حیدرنیا محمدعلی، ته‌مین فائیمیان، علیرضا ابدی، سمیه فتحیان و علی منتظری (۱۳۹۱). رابطه بین محرومیت (فقر اقتصادی) و کیفیت زندگی وابسته به سلامت. پایش، سال یازدهم، شماره ۴، ۴۹۵-۴۹۱.
- ۴۳- آزاد، غلامرضا (۱۳۷۸). اقتصاد توسعه. تهران: نی.
- ۴۴- محمدزاده یوسف. عوامل تعیین‌کننده هزینه‌های فقرزای سلامت در خانوارهای ایرانی. جستارهای اقتصادی. سال یازدهم، شماره ۲۲، ۱۱۷-۱۵۴.
45. Grossman, M. (2017). The demand for health: a theoretical and empirical investigation. Columbia University Press.
- ۴۶- واعظی، ویدا و حسین زارع (۱۳۹۰). رابطه توزیع درآمد (شاخص منتخب ضریب جینی) و اقتصاد سلامت (شاخص منتخب مرگ و میر و علل مرگ) در ایران. رفاه اجتماعی. سال یازدهم، شماره ۴۲، ۲۸۱-۳۱۳.
- ۴۷- باباخانی، محمد (۱۳۸۷). توسعه اقتصادی، نابرابری درآمدی و سلامت در ایران: ۱۳۸۵-۱۳۵۵. رفاه اجتماعی. سال هفتم، شماره ۲۸، ۲۳۹-۲۵۹.
- ۴۸- وزارت امور اقتصادی و دارایی. ارزیابی شاخص‌های اقتصاد سلامت در ایران. Available from: <http://tolidi.mefa.ir/>.
- ۴۹- احمدی، علی‌محمد، محمدحسین غفاری و سیدجواد عمادی (۱۳۸۹). رابطه متغیرهای کلان اقتصادی با سلامت در ایران. رفاه اجتماعی. سال دهم، شماره ۳۹، ۷-۳۲.
50. Ruhm, C. J. (2003). Good times make you sick. *Journal of health economics*, 22(4), 637-658.
- ۵۱- حجت پارسا، نرگس محمودی، سعیده انصاری (۱۳۹۶). بررسی آثار نامتقارن نوسانات قیمت نفت بر مخارج دولت در بخش بهداشت و سلامت در ایران. مجله تحقیقات نظام سلامت، سال سیزدهم، شماره ۳، ۳۰۵-۱۱.
52. Fitzpatrick J, The impact of healthcare on the environment: improving sustainability in the health service. *Nurs Times*. 2010 Mar 9-15;106(9):18-20.
53. Institute of Medicine (US). *Rebuilding the Unity of Health and the Environment: A New Vision of Environmental Health for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. 3, Human Health and the Natural Environment. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99584/>
55. Ranjbar, R. E. Z. A. (2003). Genetically modified biological agents and their hidden hazards. *Journal Mil Med*, 5(3), 227-232.
- ۵۶- فرهودی، میثم و محمود محمودیان (۱۳۹۰). اثر فاضلاب‌های بیمارستانی بر روی سیستم‌های تصفیه فاضلاب‌های شهری و خطرات زیستی آن، کنفرانس بین‌المللی آب و فاضلاب، تهران، شرکت مهندسی آب و فاضلاب کشور.

۵۷- فضایی علمداری، فرزانه و شاهرخ محمدی (۱۳۹۴). تأثیر فاضلاب‌های بیمارستانی و داروهای موجود در آن بر محیط‌زیست و سلامت جامعه، کنفرانس بین‌المللی معماری، شهرسازی، عمران، هنر و محیط‌زیست؛ افق‌های آینده، نگاه به گذشته، تهران، دبیرخانه دائمی کنفرانس.

58. Ostadi, B., & Navidi, A. (2016). Identifying Improvement Projects Based on Energy Consumption Management in Hospital and Prioritizing Them Using Fuzzy Analytic Hierarchy Process (FAHP). *Journal of Hospital*, 15(2), 23-40.

۵۹- سلطانی گردفرامری، طاهره و ابوالفضل به‌نیافر (۱۳۹۰). مشکلات ناشی از مکان‌گزینی نامناسب دفن زباله در مشهد و پیامدهای زیست‌محیطی آن، پنجمین همایش تخصصی مهندسی محیط‌زیست، تهران، دانشگاه تهران، دانشکده محیط‌زیست، https://www.civilica.com/Paper-CEE05-CEE05_105.html

۶۰- نگهدار، علیرضا، اسماعیل سلطان قیس و صفا مختاریان اصل (۱۳۹۵). بررسی تأثیر آلودگی شیرابه لندفیل زباله تبریز بر روی پارامترهای مکانیکی خاک، اولین کنفرانس بین‌المللی آب، محیط‌زیست و توسعه پایدار، اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، https://www.civilica.com/Paper-ICWESD01-ICWESD01_137.html

۶۱- شبیه‌خوان، روح‌الامین و رضا مکنون (۱۳۸۵). بررسی مقایسه‌ای نظام ارزیابی اثرات زیست‌محیطی در ایران، چالش‌ها و راهبردها، نهمین همایش ملی بهداشت محیط، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، https://www.civilica.com/Paper-NCEH09-NCEH09_045.html.

۶۲- شریفی، آرزو و ناصر برومند (۱۳۹۱). اثرات آلودگی هوا بر سلامت انسان، اولین کنفرانس ملی راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار، تهران، وزارت کشور، https://www.civilica.com/Paper-SDCONF01-SDCONF01_1951.html

۶۳- ولی‌پور، وحید، اسماعیل آهنگری، پوران فتائی و سعید فتائی (۱۳۹۳). بررسی تأثیر آلودگی‌های زیست‌محیطی بر سلامت روحی و جسمی انسان، اولین کنفرانس ملی آلودگی‌های محیط‌زیست با محوریت زمین‌پاک، اردبیل، انجمن مردم‌نهاد حیات پاک، https://www.civilica.com/Paper-IAUEP01-IAUEP01_052.html

64. Dehghanian, K. The Parameters of evaluating surface water quality and pure method. The third national congress of civil engineering 1390, Tabriz, Pages 1-3.

65. Ren, W., Zhong, Y., Meligrana, J., Anderson, B., Watt, W. E., Chen, J., & Leung, H. L. (2003). Urbanization, land use, and water quality in Shanghai: 1947–1996. *Environment international*, 29(5), 649-659.

۶۶- ذهبی، مهدی، سکینه بیگم کاظمی، فرهاد کرد و زهرا حیدری (۱۳۹۶). بررسی پیامدهای سیل بر سلامت، هشتمین کنگره بین‌المللی سلامت در حوادث و بلایا، بسیج جامعه پزشکی، وزارت بهداشت، https://www.civilica.com/Paper-ICHED08-ICHED08_268.html

۶۷- مهرزاد، احمد (۱۳۸۵). سونامی و روش‌های مقابله با اثرات آن بر سواحل و بنادر، هفتمین همایش بین‌المللی سواحل، بنادر و سازه‌های دریایی، تهران: سازمان بنادر و کشتی‌رانی.

- ۶۸- میرزازاده فرشته، فرهاد هادی نژاد و بهمن محمدیان آسیابر (۱۳۹۲). بررسی شایع‌ترین آسیب‌های جسمانی ناشی از زلزله و پیش‌بینی اقدامات درمانی مناسب. پرستار و پزشک در رزم.
- ۶۹- شیوندی، نریمان (۱۳۹۵). اثرات طوفان‌های گرد و غباری بر سلامت و محیط‌زیست، سومین کنفرانس علمی پژوهشی افق‌های نوین در علوم جغرافیا و برنامه‌ریزی معماری و شهرسازی ایران، تهران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین، https://www.civilica.com/Paper-NICONF03-NICONF03_262.html.
- ۷۰- سادات، سیدجواد و جواد بابایی (۱۳۹۶). پیامدهای سلامتی خشکسالی، هشتمین کنگره بین‌المللی سلامت در حوادث و بلایا، بسیج جامعه پزشکی، وزارت بهداشت، https://www.civilica.com/Paper-ICHED08-ICHED08_120.html.
- ۷۱- امیری، محمدجواد، سید سعید اسلامیان (۱۳۸۷). اثر گازهای گلخانه‌ای بر روی جامعه، محیط‌زیست، سلامتی، کشاورزی و تغییرات آب و هوا و راه‌های کاهش میزان آن. همایش منطقه‌ای کشاورزی، محور رشد و توسعه، دانشگاه آزاد اسلامی.
- ۷۲- یزدان‌پناه، حجت‌اله، عدرا صالحی‌فرد و جعفر گلشاهی (۱۳۹۴). بررسی تأثیر امواج گرمایی بر تعداد مراجعات قلبی عروقی شهر بندرعباس. برنامه‌ریزی فضایی (جغرافیا). سال پنجم، شماره ۳، ۴۵-۶۲.
- ۷۳- محمدزاده، یوسف، هادی قهرمانی و علمناز نظریان (۱۳۹۴). محیط‌زیست، سلامت و هزینه‌های بخش سلامت. مدیریت اطلاعات سلامت، سال دوازدهم، شماره ۴، ۴۹۵-۵۰۵.
- ۷۴- اسدی کرم، رخساره (۱۳۹۷). اثرات زیست‌محیطی بر سلامت عمومی، دومین همایش ملی سبک زندگی و سلامت، یزد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، https://www.civilica.com/Paper-HLSCONF02-HLSCONF02_075.html.
- ۷۵- مطلق، محمداسماعیل و همکاران (۱۳۸۷). سلامت و عوامل تعیین‌کننده آن. تهران: موفق.
- ۷۶- محسنی، منوچهر (۱۳۹۳). جامعه‌شناسی پزشکی. ویرایش پنجم، تهران: طهوری.
- ۷۷- معاونت سلامت وزارت بهداشت، ارتقای سلامت (تاریخچه، مبانی، رویکردها، راه‌کارها)، ۱۳۸۴.
78. Green, A. (1992). An introduction to health planning in developing countries. Oxford University Press (OUP).
79. Who, "Health and welfare systems development in 21 Th century", NO. 2002
80. Hall J.J and Taylor R, "Health for all beyond 2002", Medical Journal of Australia, Jan, 2003.
- ۸۱- آرمسترانگ، دیوید (۱۳۹۱). جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه محمد توکل، تهران: حقوقی.
82. Hofrichter, R. (2003). Health and social justice: Politics, ideology, and inequity in the distribution of disease (Vol. 11). Jossey-Bass.
- ۸۳- پارک، جی ای (۱۳۹۳). درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی، ترجمه حسین شجاعی تهرانی، تهران: سماط.
- ۸۴- نیک نام، محمدحسین (۱۳۸۶). عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، چاپ دوم، تهران: افق.

- ۸۵- ماهر، علی (۱۳۹۶). بررسی رابطه فقر و سلامت در ایران، رفاه اجتماعی. سال پنجم، شماره ۱۸.
- ۸۶- زنگی آبادی، علی، طوبی امیرعزیدی و طاهر پریزادی (۱۳۹۱). تحلیل فضایی شاخص‌های توسعه خدمات بهداشت و درمان در استان کردستان، جغرافیا، سال دهم، شماره ۳۲، ۲۱۵-۱۹۹.
- ۸۷- حاجی‌زاده، محمد (۱۳۹۳). اقتصاد سلامت. تهران: جامعه‌نگر.
- ۸۸- صباغ کرمانی، مجید (۱۳۹۴). اقتصاد سلامت. مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی، تهران: سمت.
- ۸۹- زرگری، مریم (۱۳۹۵). عوامل گسترش و پیامدهای حاشیه‌نشینی شهری. اولین کنفرانس معماری و فضاهای شهری پایدار.
90. Noorbala, B., Yazdi, A. S., & Yasami, M. (2004). Mental health status of the population 15 years and older in the Islamic Republic Wise of First Year. *J Res Psychiatry*, 5, 10-1.
91. Mehrmand, A. (2011). Ashrafi Soltan Ahmadi H, Azizinejad B. Mental health and its role in high-risk adolescents behavior with emphasis on social security in the city of Urmia. *Entezam-e-Ejtemaei*, 3(2), 87-102.
92. Myroniuk, T. W., & Anglewicz, P. (2015). Does social participation predict better health? A longitudinal study in rural Malawi. *Journal of health and social behavior*, 56(4), 552-573.
93. Hyppä, M. T., & Mäki, J. (2003). Social participation and health in a community rich in stock of social capital. *Health education research*, 18(6), 770-779.
94. Mohammadi Shahbolaghi F, Setare Foruzan A, Hemmati S, Karimlu M. Associated Factors with Community Participation in Health. *Social Welfare* 2013; 13 (48):47-72. (Persian)
95. Keith, A. King, Amy, L. Bernard, Susan, A. Schaefer. (2007). The relationship between life satisfaction and the five health dimensions. *American Journal of Health*.
96. Nazari, R. (2019). Future study of Iran's elderly sports using cross-impact matrix. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*.
- ۹۷- سند ملی سالمندان کشور (سالمندی جمعیت ایران چالش و فرصتی برای همه)، ۱۳۹۶.
- ۹۸- حق دوست، علی کبر، محمدحسین مهرالحسنی، راضیه خواجه کاظمی، محمدصادق فلاح و رضا دهنویه (۱۳۹۲). تعیین شاخص‌های ارزیابی نقشه تحول نظام سلامت کشور. حکیم. سال شانزدهم، شماره ۳، ۱۸۱-۱۷۱.
99. Forouzanfar MH/ Sepanlou SG/ Shahraz S/ Dicker D/ Naghavi P/ Pourmalek F/ et al. Evaluating causes of death and morbidity in Iran/ global burden of diseases/ injuries/ and risk factors study 2010. *Archives of Iranian medicine*. 2014;17(5):304-20. 2014/05/03.
- ۱۰۰- یآوری، پروین، علیرضا ابدی، یداله محرابی (۱۳۸۲). اپیدمیولوژی علل مرگ و میر و روند تغییرات آن در سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ در ایران. حکیم، سال ششم، شماره ۳، ۷-۱۴.
101. Khosravi Shadmani, F. (2019). National and subnational levels achievement to Sustainable Development Goals (SDGs) for non-communicable diseases in Iran: modeling study with scenario-based projection (Doctoral dissertation, School of Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran).

102. Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 27(5), 1047-1053.
103. World Health Organization. Raised fasting blood glucose. [Online] 2014; Available from: http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_glucose_prevalence_text/en/index.html
104. World Health Organization. Obesity and overweight ,Fact sheet N°311, Updated August 2014 available in: <http://www.who.int/mediacentre/>.
105. Bahrami, H., Sadatsafavi, M., Pourshams, A., Kamangar, F., Nouraei, M., Semnani, S., ... & Malekzadeh, R. (2006). Obesity and hypertension in an Iranian cohort study; Iranian women experience higher rates of obesity and hypertension than American women. *BMC public health*, 6(1), 1-9.
106. Yarahmadi, S. H., Etemad, K., Hazaveh, A. M., & Azhang, N. (2013). Urbanization and non-communicable risk factors in the capital city of 6 big provinces of Iran. *Iranian journal of public health*, 42(Supple1), 113.
107. Sharami, S., Zahiri, Z., & Ghanaie, M. (2009). Risk Factors of Uterine Leiomyoma in Women of Reproductive Ages. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 11(4), 54-61.
108. Noori, N., Hosseinpanah, F., Nasiri, A. A., & Azizi, F. (2009). Comparison of overall obesity and abdominal adiposity in predicting chronic kidney disease incidence among adults. *Journal of Renal Nutrition*, 19(3), 228-237.
109. Bauman, A. E. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health: an epidemiological review 2000–2003. *Journal of science and medicine in sport*, 7(1), 6-19.
- ۱۱۰- مهرالحسنی، محمدحسین، بهزاد نجفی وحید یزدی فیض‌آبادی، علی‌اکبر حق‌دوست، مسعود ابوالحلاج، مینا انصاری و همکاران (۱۳۹۵). کل مخارج سلامت و سهم پرداخت از جیب در استان‌های ایران؛ ۱۳۹۳-۱۳۸۷. اپیدمیولوژی ایران. سال دوازدهم، ۱۲-۱.
- ۱۱۱- یزدی فیض‌آبادی وحید، بهرام پور مینا، رشیدیان آرش، حق‌دوست علی‌اکبر، ابوالحلاج مسعود، نجفی بهزاد، و همکاران (۱۳۹۵). بروز و شدت مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در استان‌های ایران؛ ۱۳۹۳-۱۳۸۷. اپیدمیولوژی ایران. سال دوازدهم، ۵۴-۴۰.
112. Dehnavieh, R., Mirshekari, N., Ghasemi, S., Goudarzi, R., Haghdoost, A., Mehrolhassani, M. H., ... & Hekmat, S. N. (2016). Health technology assessment: Off-site sterilization. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, 30, 345.
113. Abolhallaje, M., Mousavi, S. M., Anjomshoa, M., Nasiri, A. B., Seyedin, H., Sadeghifar, J., ... & Nasiri, M. B. (2014). Assessing health inequalities in Iran: a focus on the distribution of health care facilities. *Global journal of health science*, 6(4), 285.
114. Dehnavieh, R., Hekmat, S. N., Ghasemi, S., & Mirshekari, N. (2015). The vulnerable aspects of application of “Health Technology Assessment”. *International journal of technology assessment in health care*, 31(3), 197-198.

۱۱۵- قاسمی، الناز، محسن بارونی، رضا دهنویه، محمدجعفر سیریزی و محمدحسین مهرالحسنی (۱۳۹۳). ارزیابی عملکرد ادارات کل بیمه سلامت ایران با استفاده از مدل تحلیل پوششی داده‌ها در سال ۱۳۹۳. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران. سال دوازدهم، شماره ۳، ۹-۱۳.

۱۱۶- سیاست‌های کلی ابلاغی سلامت توسط مقام معظم رهبری در www.leader.ir

۱۱۷- نگاهی بر وضعیت موجود بیمه‌های اجتماعی و سلامت کشور و احکام برنامه‌های توسعه در این خصوص. معاونت پژوهش‌های اجتماعی فرهنگی مرکز پژوهش‌های مجلس دی‌ماه ۱۳۹۴.

۱۱۸- خدایاری، رحیم، سولماز عظیم‌زاده و لیلا ترک‌زاده (۱۳۹۸). نگاهی به تجمیع بیمه‌های سلامت: چالش‌ها و افق‌های پیش رو. پایش. سال هجدهم. شماره چهارم. ۴۲۱-۴۱۹.

۱۱۹- مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت. انباشت، مدیریت منابع و تأمین مالی دولت برای خدمات سلامت. آذرماه ۱۳۹۷.

۱۲۰- مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. جلوگیری از زیان مالی ناشی از مصرف سیگار ۱۳۹۶ (دی ۱۳۹۸). دسترسی: <http://www.majlis.ir/fa/news/show/1046274>

۱۲۱- پایگاه خبری پزشکیان و قانون، وضعیت پوشش بیماران. آذرماه ۱۳۹۸. دسترسی <https://www.palna.ir/97112509031052/>.

۱۲۲- عمده‌ترین مسائل کشور. اولویت‌ها و راهبردهای مجلس شورای اسلامی در دوره دهم. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی معاونت‌های پژوهشی. ۱۳۹۵. تهران مجلس شورای اسلامی.

123. Bazyar, M., Rashidian, A., Kane, S., Mahdavi, M. R. V., Sari, A. A., & Doshmangir, L. (2016). Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. *International journal of health policy and management*, 5(4), 253.

۱۲۴- خدایاری، رحیم، عظیم‌زاده سولماز و لیلا ترک‌زاده (۱۳۹۸). نگاهی به تجمیع بیمه‌های سلامت: چالش‌ها و افق‌های پیش رو. پایش. سال هجدهم. شماره چهارم. ۴۲۱-۴۱۹.

125. Vahidi R, Kousha A, Kalantari H, Tabrizi J. Social Determinants of Health and Their Related Organizations in East Azerbaijan. *j.health*. 2013; 3 (4) :20-28.

126. Matsumoto, M., Koike, S., Kashima, S., & Awai, K. (2015). Geographic distribution of CT, MRI and PET devices in Japan: a longitudinal analysis based on national census data. *PLoS One*, 10(5), e0126036.

127. Naghdi, P., Mohammadi, M., Jahangard, M. A., Yousefe, A., & Rafiee, N. (2017). The proportion of unmet costs considering inpatients billing of selected hospitals, after 2014 Health System reform implementation in Isfahan Province. *Journal of education and health promotion*, 6.

128. Sofohlo, P. M. (2014). *An analysis of the functional state and costs of maintenance and repair of capital medical equipment at Dr Yusuf Dadoo hospital* (Doctoral dissertation).

129. WHO, editor Global Atlas of Medical Devices. 2nd Global Forum of Medical Devices; 2013; Geneva: WHO.

130. Technology Futures Analysis Methods Working Group. (2004). Technology futures analysis: Toward integration of the field and new methods. *Technological Forecasting and Social Change*, 71(3), 287-303.
131. Mackay, M. M., & Metcalfe, M. (2002). Multiple method forecasts for discontinuous innovations. *Technological Forecasting and Social Change*, 69(3), 221-232.
132. Postma, T. J., Alers, J. C., Terpstra, S., & Zuurbier, A. (2007). Medical technology decisions in The Netherlands: How to solve the dilemma of technology foresight versus market research?. *Technological Forecasting and Social Change*, 74(9), 1823-1833.
133. Schaik, J. (2015). *A forecasting model for the requests for MRI scans* (Master's thesis, University of Twente).
134. Carpenter, A. P., Leemis, L. M., Papir, A. S., Phillips, D. J., & Phillips, G. S. (2011). Managing magnetic resonance imaging machines: support tools for scheduling and planning. *Health care management science*, 14(2), 158-173.
135. Mielczarek B, editor Estimating future demand for hospital emergency services at the regional level. Winter Simulations Conference (WSC); 8-11. 2013.
136. Hajizamani S, Sadeghimehr R, Aghajanian S, Amozagar M, Sadati AK. Patient MRI Utilization before and after Iranian Health Care Reform in Shiraz Governanec Hospital. *BMJ Open*. 2017;7(Suppl 1):bmjopen

مجموعه مطالعات پشتیبان تدوین سند ملی آمایش سرزمین

شماره	عنوان
۱	تلفیق مطالعات سند ملی آمایش سرزمین
۲	پیوست ۱: ساختار، تعاریف و انتظارات از سند ملی آمایش سرزمین
۳	پیوست ۲: مدل و فرآیند تلفیق و فرآیند اجرایی مطالعات سند ملی آمایش سرزمین
۴	پیوست ۳: الگوی استقرار مطلوب فعالیت و زیرساخت‌ها
۵	پیوست ۴: حساسیت اکولوژیکی سرزمین و توازن بهره‌برداری از آن
۶	پیوست ۵: الگوی نظام سکونتگاهی شبکه‌ای چندسطحی- چندمرکزی- چندعملکردی در افق ۱۴۲۴
۷	بررسی تطبیقی برنامه‌ریزی فضایی (آمایش سرزمین) در کشورهای منتخب
۸	روند گذشته، وضعیت فعلی و آینده‌نگری جمعیت ایران تا افق ۱۴۲۵
۹	مطالعات ژئوپلیتیک
۱۰	ملاحظات پدافند غیرعامل، امنیتی و دفاعی
۱۱	اطلس نقشه‌های مخاطرات زمین‌شناختی
۱۲	ارزیابی توان اکولوژیکی
۱۳	تغییرات اقلیمی (جلد اول- ارزیابی تأثیرات تغییرات اقلیمی)
۱۴	تغییرات اقلیمی (جلد دوم- ارزیابی روند و پیش‌نگری اثرات تغییرات اقلیم در ایران)
۱۵	آینده پیش رو: کلان‌روندهای حوزه انرژی
۱۶	آینده پیش رو: انقلاب صنعتی چهارم و تحولات فناوری
۱۷	آینده پیش رو: چالش‌های حکمرانی
۱۸	آینده پیش رو: کلان‌روند گسترش شهرنشینی و شهرهای آینده
۱۹	آینده پیش رو؛ کلان‌روندهای منتخب برای ارزیابی توسعه منطقه‌ای ایران
۲۰	آینده پیش رو؛ تولید و اشتغال در افق ۱۴۲۴
۲۱	آینده‌نگاری موقعیت راهبردی ایران در منطقه و جهان؛ حکمرانی در فضای رقابت جهانی و چشم‌انداز آن
۲۲	آینده‌نگاری سرزمین (جلد اول- اهداف بنیادین و چشم‌انداز)
۲۳	آینده‌نگاری سرزمین (جلد دوم- سناریونگاری)
۲۴	مروری بر تحولات منطقه بندی فضایی و سیاسی در ایران
۲۵	ارزیابی تغییرات کاربری- پوشش اراضی ایران (۲۰۱۵-۱۹۹۳)
۲۶	محیط‌زیست و منابع طبیعی
۲۷	مطالعه بخش آب (جلد اول- تحلیل اسناد فرادست)
۲۸	مطالعه بخش آب (جلد دوم- تحلیل وضع موجود)
۲۹	مطالعه بخش آب (جلد سوم- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری)
۳۰	اقتصاد کلان
۳۱	صنعت، معدن و بازرگانی (جلد اول- تحلیل اسناد فرادست)
۳۲	صنعت، معدن و بازرگانی (جلد دوم- صنعت و معدن)
۳۳	صنعت، معدن و بازرگانی (جلد سوم- بازرگانی)
۳۴	صنعت، معدن و بازرگانی (جلد چهارم- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری)
۳۵	تدوین و تحلیل الگوی داده- ستانده به‌منظور شناسایی فعالیت‌های کلیدی وضع موجود استانی
۳۶	مطالعه بخش کشاورزی

مطالعه بخش انرژی (جلد اول- تحلیل اسناد فرادست)	۳۷
مطالعه بخش انرژی (جلد دوم- مطالعه وضع موجود)	۳۸
مطالعه بخش انرژی (جلد سوم- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری)	۳۹
مطالعه بخش حمل و نقل (جلد اول- تحلیل اسناد فرادست)	۴۰
مطالعه بخش حمل و نقل (جلد دوم- مطالعه وضع موجود)	۴۱
مطالعه بخش حمل و نقل (جلد سوم- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری)	۴۲
مطالعه بخش میراث فرهنگی و گردشگری	۴۳
توسعه در ترازوی فرهنگ	۴۴
بخش نظام سکونتگاهی (جلد اول- تحلیل اسناد فرادست)	۴۵
بخش نظام سکونتگاهی (جلد دوم- مطالعه وضع موجود)	۴۶
بخش نظام سکونتگاهی (جلد سوم- توصیف و تحلیل پیوندهای اصلی بین سکونتگاه‌ها)	۴۷
بخش نظام سکونتگاهی (جلد چهارم- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری)	۴۸
مطالعه بخش فناوری اطلاعات و ارتباطات	۴۹
مطالعه بخش بهداشت و درمان	۵۰
مطالعه بخش علم و فناوری	۵۱
سرمایه اجتماعی	۵۲
اطلس نقشه‌های سند ملی آمایش سرزمین	۵۳
آمایش سرزمین؛ رویکردی در تحقق جهش تولید در ایران	۵۴