

# سند توسعه سلامت استان کرمان

تحلیل وضع موجود و راهبردها



استاندارد کرمان



دانشگاه علوم پزشکی  
و بهداشت کرمان



پروژه مشترک استانداری کرمان و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان

مجری: مرکز تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، ۱۳۸۹

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# سند توسعه سلامت استان کرمان

تحليل وضع موجود و راهبردها



عنوان و نام پدیدآور: سند توسعه سلامت استان کرمان: تحلیل وضع موجود و راهبردها/ کارفرما شورای پژوهشی استانداری کرمان - دفتر امور اجتماعی و دفتر آموزش و پژوهش استانداری کرمان؛ مجری معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان - مرکز تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت.

مشخصات نشر: کرمان: ایستا: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، معاونت تحقیقات و فن آوری، ۱۳۹۰.

مشخصات ظاهری: ۲۷۴ ص.: مصور (بخشی رنگی)، جدول، نمودار.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۰۳۰-۸۲-۸

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: واژه نامه.

یادداشت: کتابنامه.

یادداشت: نمایه.

موضوع: سلامت پروری -- ایران -- کرمان (استان) -- برنامه ریزی

موضوع: بهداشت -- ایران -- کرمان (استان) -- برنامه ریزی

شناسه افزوده: استانداری کرمان. شورای پژوهشی. دفتر امور اجتماعی. دفتر آموزش و پژوهش

شناسه افزوده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان. معاونت تحقیقات و فن آوری.

کمیته علوم مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت

رده بندی کنگره: ۱۳۹۰۸ / س ۹ / RA ۴۲۷

رده بندی دیویی: ۶۱۳ / ۰۹۵۵۷۲

شماره کتابشناسی ملی: ۲۳۵۷۲۴۶

طراحی و صفحه آرایی: رضا شیخ زاده

چاپ: کرمان ترسیم

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

تاریخ انتشار: خرداد ماه ۱۳۹۰

مرکز پخش: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان - دبیرخانه توسعه سلامت

## دیباچه

سلامت، سرمایه ای ارزشمند و نعمتی الهی است که حفظ و ارتقای آن همواره در آموزه های دینی توصیه گردیده و یکی از عوامل اصلی توسعه یافتگی ملت ها محسوب می گردد.

از سویی دیگر، امروزه باور بر این است که سلامت موضوعی چند وجهی و چند انضباطی است که دستیابی به آن در حوزه اجتماعی، نیازمند بکارگیری روش هایی است که به مشارکت و همکاری جمعی منجر شود. در این راستا، سازمان جهانی بهداشت از ۲۰ سال پیش به طور مداوم از سازمانهای مسئول سلامت، خواسته است که با شناسایی شرکای مؤثر در سلامت نسبت به سازماندهی نظام های مبتنی بر ارتقای سلامت اقدام نمایند.

عواملی نظیر طبقه اجتماعی، استرس، سبک زندگی، انزوای اجتماعی، تغذیه، ورزش، تفریح، فقر، کار، حمایت اجتماعی، اعتیاد، وضعیت آب آشامیدنی، آلاینده های زیست محیطی، حمل و نقل و ... همه از جمله مواردی هستند که تأثیر شگرفی بر سلامت جامعه بر جای می گذارند و برآیند این عوامل سطح سلامت را مشخص می نماید.

این عوامل تأثیرگذار بر روی سلامت که از آنها به عنوان "تعیین کننده های اجتماعی سلامت" نام برده می شود، متأثر از عملکرد سازمان های مختلفی است که شاید در نگاه اول نقش آنها در سلامت، چندان پررنگ به نظر نرسد اما در واقع تأثیر شگرفی بر سطح سلامت دارند. با عنایت به مطالب فوق، قرارگیری همکاریهای بین بخشی در قالب اسناد مصوب و تبیین تعهدات قانونی جهت عملی شدن همکاریهای مؤثر، همواره یکی از دغدغه های متولیان سلامت بوده است. در این راستا مستند حاضر با عنوان "سند توسعه سلامت استان" با نگاهی بین بخشی و با هدف هماهنگ سازی فعالیتهای کلیه دستگاه های تأثیرگذار بر سلامت تبیین و تصویب گردیده است.

در این سند تلاش گردیده است ضمن شناسایی اولویت های سلامت استان، زمینه همکاری و هم زبانی دستگاه های تأثیرگذار بر سلامت به طرز مؤثری فراهم آید؛ بدین ترتیب به موازات تعهد سازمان ها بر لحاظ اقتضانات سلامتی در برنامه های روزمره و مأموریت های سازمانی، پشتوانه ای اصیل و مطمئن برای متولیان ارابه دهنده خدمات بهداشتی درمانی فراهم خواهد آمد.

امید که با عنایت کلیه مسئولان محترم سازمان ها و نهادهای اجرایی به مفاد این سند و مشارکت مسئولان آنها در مراحل تکمیلی و مشخص شده، شاهد ارتقای سطح سلامت مردم شریف این مرز و بوم بوده و این نقطه آغاز به فرجامی خوش رهنمون گردد.



## سپاسگزاری

با سپاس و امتنان از کلیه خبرگان اجرایی و اندیشمندانی که با حمایت و همفکری خویش، نقش ارزشمندی را در تکوین خرد جمعی و حصول سند توسعه سلامت استان بر جای گذاردند :

استانداران محترم وقت آقای دکتر حبیب... دهمرده و آقای مهندس اسماعیل نجار که در تصویب و تخصیص اعتبارات مورد نیاز و نیز استمرار جدیت کارگروه سلامت و امنیت غذایی، جهت نهایی نمودن این سند حمایت کافی مبذول نمودند.

معاونین محترم استاندار از جمله آقای کریم مهرشاد، معاون محترم توسعه مدیریت و منابع انسانی؛ آقای جواد کمالی، معاون محترم سیاسی امنیتی و آقای دکتر نکلو، معاون محترم برنامه ریزی؛ همچنین مدیران ارشد حوزه استانداری کرمان، آقای علی بیگ زاده، مدیر کل محترم دفتر آموزش و پژوهش استانداری و آقای حسین شمس‌الدینی، مدیر کل محترم دفتر امور اجتماعی استانداری که ضمن نظارت بر نحوه تدوین سند، همکاری و هماهنگی لازم را با تیم اجرایی پروژه جهت حسن انجام کار به عمل آوردند.

اعضای محترم کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان، متشکل از مدیران ارشد اجرایی حوزه سلامت و سایر دستگاه‌های ذیربط که با ارائه نظرات کارشناسی و تجارب تخصصی خود و نیز همکاری در حصول آمار و اطلاعات، بر غنای محتوای سند افزوده و تعهد و اشتیاق خود را به عنوان عوامل آتی اجرای اهداف سند به اثبات رساندند.

هیات رئیسه محترم دانشگاه علوم پزشکی علی‌الخصوص ریاست محترم دانشگاه، آقای دکتر صباحی؛ معاون محترم تحقیقات و فن آوری، آقای دکتر ملک پور افشار؛ معاون محترم درمان، آقای دکتر نخعی و معاون محترم بهداشتی، آقای دکتر گردان که با معاضدت تشکیلاتی و هماهنگی درون سازمانی بستر مناسبی را جهت مطالعه و پژوهش و اجرای نقش تولیتی دانشگاه در سلامت منطقه فراهم آوردند.

و سپاس از تمامی کارشناسان حوزه سلامت و کانون تفکر سلامت استان که بی دریغ و بی ادعا، نقش تاریخی خود را در سندی ارزشمند برجای گذاشته و نگاه امیدوارانه و نقادانه خود را بر حصول آرمان‌های مندرج در سند دوخته‌اند.



## بیانیه وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بسمه تعالی

نعمتان مجهولتان، الصحه و الامان

سلامتی نعمتی است خدادادی، که در آموزه های دینی بر امانت داری از آن به عنوان «ودیعہ ای الہی» تاکید گردیده است؛ قدر این نعمت به قدری است که عقل کل حضرت ختمی مرتبت در کنار امنیت عظمت آن را نامکشوف بیان می نماید.

هم اکنون که توفیق حضور در جمع اندیشمندان و نخبگان حاضر در همایش کشوری «همه برای سلامت» را نیافتم بر خود لازم میدانم که ضمن قدردانی از برنامه ریزان حوزه سلامت، بر ضرورت همدلی کلیه عوامل درون بخشی و برون بخشی موثر بر سلامت در همسویی با راهبردهای اساسی نظام سلامت کشور تاکید نمایم.

التزام به مبانی سند چشم انداز (افق ۱۴۰۴) و سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری در قالب برنامه پنجم توسعه کشور، ایجاب می نماید تمامی برنامه ریزان در سطح استانها تلاش خود را در تدوین اسناد توسعه استانی به منصفه ظهور رسانده و سلامت را به عنوان اطمینان بخش ترین محور توسعه در جریان عملکرد دستگاه ها، تثبیت نمایند. از این حیث بر خود لازم می دانم از متولیان ارشد اجرایی و نیز تدوین گران سند توسعه سلامت استان کرمان به واسطه مسئولیت شناسی و تلاش در جهت ارائه سندی جامع و عملی قدردانی نمایم.

امروزه نقش بارز مولفه های اجتماعی در سلامت عمومی در تمامی مجامع علمی قطعیت یافته است؛ و شناسایی مسایل و اولویت های سلامتی در آن استان که عمدتاً از نوع بیماری های غیرواگیر و دارای ریشه های اجتماعی است، موید این واقعیت است. بدیهی است که از میان راهبردهای مداخله گر و موثر بر عوامل اجتماعی به ویژه بعد «عدالت اجتماعی» و «سلامت معنوی» بصورت بارزی در تحقق سبک زندگی سالم مبتنی بر ارزشهای اسلامی تعیین کننده می باشند.

از آنجایی که بیش از ۷۰٪ این عوامل خارج از نظام بهداشت و درمان رقم می خورند، لازم است تا همه دستگاه های موثر بر سلامت، در این مقوله اهتمام و معاضدت نمایند و از این رو شعار «همه برای سلامت» معطوف به واقعیتی اساسی در ارتقاء سلامت عمومی است که نتیجه این شعار، «سلامت برای همه» خواهد بود.

با توجه به تصویب سند توسعه سلامت استان در کارگروه سلامت و امنیت غذایی و نیز شورای برنامه ریزی آن استان، شایسته است حمایت همه جانبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را در تحقق اهداف سند، خصوصاً در محورهای سامانه سیاستگذاری و برنامه ریزی توسعه سلامت، ایجاد حساب های استانی سلامت و نیز سلامت الکترونیک اعلام گردد. همچنین ابتکار چشم گیر آن استان در تدارک ضمانت اجرایی برای تحقق سیاستها و محیطهای حامی سلامت با راه اندازی شبکه دیده بان سلامت و تعیین شاخص ارزیابی عملکرد دستگاه ها از نظر سلامت در قالب جشنواره شهید رجایی، یکی از تجربیاتی خواهد بود که در صورت موفقیت، قابلیت تعمیم به سایر دانشگاه های کشور را خواهد داشت.

امید است با توجه به حضور نخبگان پیشرو در تدوین اسناد توسعه سلامت استانها در همایش مذکور، ضمن تبادل اطلاعات و تجربیات ارزشمند خویش، ساختاری مناسب در تعامل و نیز تسری الگوی برنامه ریزی به سایر استانهای کشور نیز فراهم آید تا به زودی شاهد نتایج عملی در تعمیم فرهنگ برنامه ریزی علمی و سازماندهی مبتنی بر ارزشهای مقدس جمهوری اسلامی در نظام سلامت کشور باشیم.

مرضیه وحید دستجردی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۳۹۰/۱/۵



## بیانیه نماینده سازمان جهانی بهداشت در ایران

آرمانهای دولتها وقتی به خوبی محقق خواهند شد که تمامی ارگانها، سلامت و تندرستی را به عنوان یک رکن اصلی در سیاستهای خود دیده باشند. دلیل آن این است که مهمترین تعیین کنندهای سلامت و تندرستی در خارج حوزه سلامت قرار دارند و در قالب عوامل اجتماعی و اقتصادی شکل گرفتهاند. اگرچه امروزه ارگانهای مختلف گامهایی در جهت بهبود وضعیت سلامتی برداشته اند، اما هنوز تا حد مطلوب فاصله داریم.

یک تعامل اجتماعی جدید بین تمامی ارگانها لازم است تا باعث پیشرفت توسعه انسانی پایدار، عدالت و بهبود شاخصهای سلامتی شود. لازمه آن ایجاد یک مدل جدید مدیریتی برپایه مشارکت همه جانبه اجزاء دولت در بین تمام ارگانها و همچنین سطوح مختلف دولت است. دستیابی به توسعه اجتماعی، اقتصادی و محیطی بدون داشتن مردمی سالم امکان پذیر نیست. داشتن مردمی سالم، اصلیتزین پیشنیاز رسیدن به آرمانهای یک جامعه است. کاهش نابرابری و اختلاف طبقاتی، سطح سلامت و تندرستی را در جامعه بهبود می بخشد. برخورداری از سلامت مناسب کیفیت زندگی را بالا می برد، بهره وری نیروی کار را در جامعه افزایش می دهد، توانایی افراد را در یادگیری بهبود می بخشد، باعث تقویت خانوادها و مناسبات اجتماعی می شود، به پایداری محل زندگی افراد و محیط کمک می کند و بر تامین امنیت، فقرزدایی و مشارکت اجتماعی افراد جامعه تاثیر می گذارد.

برای تحقق این آرمانها در یک جامعه، مدل دولتمداری مشارکتی ضروری به نظر می رسد. سیاستگذاری بین بخشی و مشارکتی نیازمند یک مدل جدید مدیریتی است. مدلی که در آن دولتها با تدوین برنامههای استراتژیک، اهداف مشترکی را برای همه ارگانهای خود برای دادن یک پاسخ مشترک و افزایش مسوولیت پذیری آنها ترسیم کردهاند. لازمه تحقق این مهم این است که نهادهای اجتماعی و بخش خصوصی نیز مشارکت داده شوند.

مدلی که در بالا به آن اشاره شد، مدل "سلامت در همه سیاستها" است که در بسیاری از کشورها طراحی و اجرا شده است. این مدل به رهبران جامعه و سیاستگذاران کمک می کند تا ملاحظات مربوط به سلامت، تندرستی و عدالت را در زمان تدوین، پیاده سازی و ارزشیابی سیاستها و برنامه های خدماتی خود در نظر گرفته و در آنها ادغام کنند.

مدل "سلامت در همه سیاستها" وقتی خوب نتیجه می دهد که:

- یک تعهد مشخص برای مشارکت همه جانبه دولت وجود داشته باشد.
- روندهای سیستماتیک که تعاملات بین بخشی را در نظر می گیرند، برقرار شده باشند.
- بین خواستهها تعادل بوجود آمده باشد.
- مسوولیت پذیری، شفافیت و فرایندهای مشارکتی وجود داشته باشند.
- ذی نفعان غیردولتی مشارکت داده شده باشند.
- برنامههای بین بخشی برپایه مشارکت و اعتماد تدوین شده و در جهت تقویت آنها باشند.

تمامی ملزومات ذکر شده و جنبه های مختلف "سلامت در همه سیاستها" در برنامه کنگره "همه برای سلامت" کرمان و "سند سلامت استان کرمان؛ چالشها و راهکارها" دیده شده است. اجرای این پروژه در استان کرمان گامی مهم در تحقق آرمان "سلامت برای همه" است. سازمان جهانی بهداشت حمایت خود را از این برنامه اعلام و روند پیاده سازی آنرا از نزدیک پایش کرده و منتظر دریافت گزارشات مربوط به دستاوردهای آن می باشد.

دکتر امبروجیو ماننتی

نماینده سازمان جهانی بهداشت در ایران

## فهرست مطالب

۱	ضرورت و هدف تدوین سند توسعه سلامت استان
۳	مراحل تصویب سند توسعه سلامت استان
۳	۱- مراحل تصویب پروژه تدوین سند
۳	۲- مراحل واگذاری پروژه تدوین سند
۴	۳- ساختار اجرایی پروژه تدوین سند
۱۱	خلاصه
۱۳	فصل اول: ابعاد اجتماعی سلامت
۱۳	۱-۱- پیشینه
۱۳	۱-۲- تعریف سلامت
۱۵	۱-۳- مفهوم مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH)
۱۸	۱-۴- عدالت در سلامت
۱۸	۱-۵- مشارکتهای بین بخشی
۲۰	فصل دوم: معرفی استان کرمان
۲۰	۲-۱- جغرافیایی و آب و هوایی
۲۱	۲-۲- جمعیت شناسی
۲۳	۲-۳- اقتصادی
۲۴	۲-۴- اجتماعی- فرهنگی
۲۵	فصل سوم: روش شناسی تحقیق
۲۵	۳-۱- برنامه ریزی برای روش شناسی تدوین سند
۲۵	۳-۲- روش تعیین دیدگاه حاکم بر سند و وضعیت مطلوب
۲۶	۳-۳- چشم انداز، مأموریت و ارزش‌های سند
۲۶	۳-۴- روش تحلیل محیطی و تعیین مسائل راهبردی سلامت استان

- ۲۶ ۳-۵- روش تعیین اهداف راهبردی و استراتژی‌های کلان سلامت استان
- ۲۷ ۳-۶- نظام ارزیابی و سنجش عملکرد اجرای سند
- ۲۸ فصل چهارم: تحلیل وضعیت سلامت و عوامل مؤثر بر آن در استان کرمان
- ۲۸ ۴-۱- تحلیل بیماری‌های استان
- ۲۸ ۴-۲- تحلیل عوامل کلان اجتماعی
- ۲۹ ۴-۲-۱) وسعت و گسترده‌گی استان
- ۲۹ ۴-۲-۲) وضعیت آب و هوایی
- ۳۰ ۴-۲-۳) نزدیکی بودن به مرزهای شرقی کشور
- ۳۰ ۴-۲-۴) تفاوت‌های توسعه ای عمیق در استان
- ۳۱ ۴-۲-۵) وجود مخاطرات طبیعی زیاد
- ۳۳ ۴-۲-۶) فرهنگ و باورهای عمومی
- ۳۳ ۴-۲-۷) مهاجرت درون استانی و شهرنشینی
- ۳۳ ۴-۲-۸) تغذیه نامناسب
- ۳۴ ۴-۳- تحلیل اقتصادی و مالی
- ۳۴ ۴-۳-۱) توزیع درآمد
- ۳۵ ۴-۳-۲) بودجه
- ۳۶ ۴-۳-۳) تأمین کنندگان منابع مالی
- ۳۶ ۴-۴- تحلیل نظام تولید سلامت
- ۳۷ ۴-۴-۱) سیاستگذاری
- ۳۹ ۴-۴-۲) روابط بین سازمانی و مشارکت ذینفعان
- ۴۲ ۴-۵- تحلیل وضعیت نظام ارائه خدمات سلامت استان
- ۴۲ ۴-۵-۱) ساختار ارائه خدمات سلامت در استان
- ۶۴ ۴-۵-۲) نحوه ارائه خدمات سلامت در استان
- ۷۱ فصل پنجم: مهمترین چالش‌های سلامت استان
- ۷۱ ۵-۱- اولویت‌های سلامتی استان
- ۸۳ ۵-۲- مشکلات نظام سلامت
- ۹۴ فصل ششم: ریشه‌یابی مشکلات سلامت استان
- ۹۴ ۶-۱- مشکلات اولویت دار سلامتی
- ۹۸ ۶-۲- مشکلات نظام سلامت
- ۹۹ ۶-۳- نقش سازمان‌های مداخله‌گر

۱۱۶	فصل هفتم: راهکار پیشنهادی برای پیاده‌سازی سند
۱۱۶	۱-۷- شیوه مصوب نمودن سند
۱۱۶	۲-۷- شیوه پیاده‌سازی سند
۱۱۹	۳-۷- ساختار کلی مراحل تدوین و استقرار سند توسعه سلامت
۱۲۰	۴-۷- سازماندهی و مدیریت کمیته‌های تخصصی
۱۲۱	نتیجه‌گیری
۱۲۴	آیین‌نامه اجرایی سند توسعه سلامت استان
۱۲۴	نظام برنامه ریزی و تدوین سند توسعه سلامت استان
۱۳۰	متن سند توسعه سلامت استان
۱۳۸	برنامه راهبردی
۱۵۲	فهرست منابع

## ضرورت و هدف تدوین سند توسعه سلامت استان

تغییرات بیش از حد محیط و شرایط درونی و بیرونی، علم و فن آوری و فرآیند جهانی شدن، مدیریت‌ها را ناگزیر به استفاده از روش‌ها و فرآیندهای جدید می‌نماید. امروزه سازمان‌ها باید بتوانند به شکلی پویا نه تنها در مقابل تغییرات واکنش مناسب نشان دهند، بلکه بتوانند از آن‌ها استفاده کرده و در جهت رسیدن به اهداف و پاسخگویی به نیازهای جامعه عمل نمایند.

نظام مدیریتی کشور به خوبی این نیاز را درک کرده و با تدوین چشم انداز بیست ساله (افق ۱۴۰۴)، سند جامعی برای جهت دهی به سیاست‌ها، اهداف، برنامه‌ها و فعالیت‌های کشور ارائه کرده است. در این راستا، دولت مکلف به تدوین چهار برنامه پنج ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی برای رسیدن به افق بیست ساله گردید تا به عنوان چارچوب برنامه‌های بخشی عمل نماید. بدین منظور، مطابق ماده ۱۵۵ برنامه چهارم توسعه کشور<sup>۱</sup>، باید سند ملی توسعه بخشی، سند توسعه استانی و سند ملی توسعه فرابخشی (ویژه) تدوین شود.

با توجه به بخشی از ویژگی‌های جامعه ایرانی در افق ۱۴۰۴، مبنی بر برخورداری از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب و همچنین با استناد به بند ۱۹ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه ابلاغیه مقام معظم رهبری<sup>۲</sup>، به منظور

۱ - "...د: اقدام‌ها و عملیاتی که، در جهت تحقق هدف‌های پیش‌بینی شده در اسناد توسعه بخشی، استانی و ویژه

(فربخشی) ضرورت اجرا می‌یابند، در لایحه بودجه سالانه کل کشور درج و به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد. هـ: کلیه دستگاه‌های اجرایی ملی کشور موظف‌اند، برنامه اجرایی و عملیاتی خود را در قالب اسناد ملی توسعه در چارچوب ضوابط فوق با هماهنگی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تهیه و پس از تصویب در هیأت وزیران به مرحله اجرا درآورند. بودجه سنواتی این دستگاه‌ها بر اساس اسناد فوق تنظیم می‌شود.

و: کلیه دستگاه‌های اجرایی استانی موظف‌اند، برنامه اجرایی و عملیاتی خود را در قالب اسناد توسعه استانی، در چارچوب ضوابط فوق، با هماهنگی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان تهیه و پس از تصویب شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان به مرحله اجرا درآورند. بودجه سنواتی دستگاه‌های استانی بر اساس این اسناد تنظیم می‌شود.

ز: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور مکلف است، نسبت به تلفیق اسناد توسعه بخشی، استانی و ویژه با هماهنگی دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط اقدام و موارد را به تصویب هیأت وزیران برساند. (بخشی از ماده ۱۵۵ قانون برنامه چهارم)<sup>۳</sup>

۲- ۱۹- تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه با توجه به:

۱- ۱۹- یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی

۲- ۱۹- ارتقاء شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی

۳- ۱۹- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت

۴- ۱۹- اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی



ایجاد انسجام و هماهنگی جهت ارتقای شاخص‌های سلامت و توسعه سلامت استان، تدوین سند توسعه سلامت که حاصل برنامه ریزی راهبردی سلامت استان است، ضروری به نظر رسید. بر اساس آیین‌نامه اجرایی کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی، زیرمجموعه شورای توسعه و برنامه ریزی استان (مورخ ۱۳۸۷/۶/۳)، تدوین سند توسعه سلامت استان کرمان باید در کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان پیگیری شود.



## مراحل تصویب سند توسعه سلامت استان

### ۱- مراحل تصویب پروژه تدوین سند

با توجه به پشتوانه‌های قانونی مذکور در خصوص ضرورت تدوین سند توسعه سلامت و تعیین ساختار اجرایی آن از سوی قانونگذار، فرایند تصویب تدوین سند در استان کرمان از سوی دو نهاد دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی (دانشگاه علوم پزشکی کرمان) و دبیرخانه شورای برنامه ریزی توسعه استان (معاونت برنامه ریزی فعلی استانداری کرمان و سازمان مدیریت و برنامه ریزی سابق استان) آغاز گردید.

کانون تفکر سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان به سفارش دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی در تاریخ ۱۳۸۸/۸/۳۰ عملکرد این کارگروه را از آغاز فعالیت مورد بررسی قرار داد و با توجه به آیین نامه این کارگروه و قوانین مربوطه، بدین نتیجه رسید که این شورا در سطح راهبردی حوزه سلامت استان نقش کمرنگی داشته و برای ایجاد انسجام و یکپارچگی بین سازمان‌های مختلف اعم از دولتی یا غیر دولتی لازم است یک برنامه راهبردی که مورد توافق بوده و برای سازمان‌ها سندیت داشته باشد، تدوین گردد.

از سوی دیگر شورای برنامه ریزی توسعه استان کرمان در آذر ماه ۱۳۸۸ بودجه ای را برای تدوین سند توسعه استان و اسناد بخشی در استان تصویب نمود که بر اساس آن برای تدوین این اسناد، ادارات کل مربوطه در استانداری پیگیر تدوین سند در موضوعات اولویت دار استان شدند و بنا به شرح وظایف اداره کل امور اجتماعی و شوراهای استان در معاونت سیاسی امنیتی، موضوع پیگیری تدوین سند توسعه سلامت استان در دستور کار این اداره کل قرار گرفت. لذا با توجه به همزمان بودن دو فرآیند فوق، موضوع تدوین سند توسعه سلامت استان در جلسه مورخ ۱۳۸۸/۱۰/۲۶ کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی، با سهولت به تصویب رسید.

### ۲- مراحل واگذاری پروژه تدوین سند

جهت واگذاری انجام پروژه به دلیل آنکه موضوع تدوین سند از سوی استانداری یک امر پژوهشی لحاظ شده بود، این موضوع نیز در کارگروه تحقیقات و فن آوری استان مطرح و پس از تصویب، اداره کل آموزش و پژوهش استانداری انجام این پروژه را به دانشگاه علوم پزشکی کرمان واگذار نمود و طی عقد قراردادی، استانداری کرمان به عنوان کارفرما، معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به عنوان پیمانکار این پروژه و اداره کل امور اجتماعی و شوراها به عنوان ناظر، مشخص گردیدند.



پس از واگذاری پروژه به معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، این معاونت بعد از طرح موضوع در شورای پژوهشی دانشگاه، پروژه را به دفتر تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت ارجاع داد.

### ۳- ساختار اجرایی پروژه تدوین سند

با تشکیل تیم اجرایی تدوین سند توسعه سلامت استان در دفتر تحقیقات مذکور، فرآیند انجام کار در هفت گام (فصل ۲) و ساختار اجرایی در قالب ۴ تیم تسهیل گر و یک گروه تلفیق (جدول ۱-۱) مشخص گردید. در تاریخ ۸۹/۷/۱ مستندات هر یک از تیم‌های تسهیل گر در طول ۶ ماه کار کارشناسی (بررسی آمار و اطلاعات در حوزه‌های مربوطه، بررسی اسنادی، انجام مصاحبه‌های عمیق، برگزاری گروه‌های کاری متمرکز و جلسات متعدد) به گروه تلفیق ارجاع داده شد. گروه تلفیق نیز پس از بررسی و تطبیق با اسناد بالادستی، پیش نویس طرح را جهت تصویب به شورای سلامت استان ارسال نمود. (ادامه فرایند در فصل ۷ مشخص شده است)

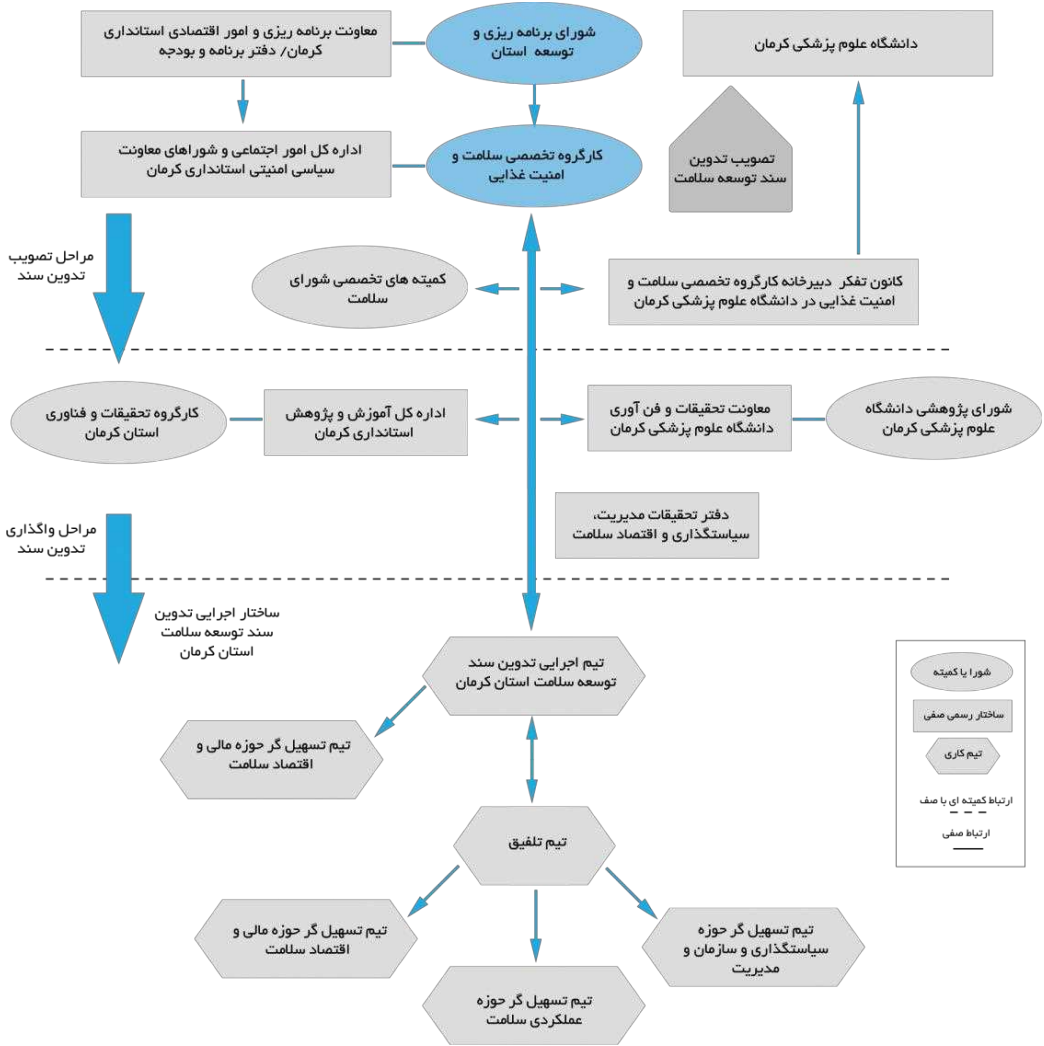
جدول ۱-۱: ساختار اجرایی تیم تدوین سند توسعه استان کرمان

ردیف	عنوان تیم	سرپرست	همکار اصلی	همکار(ان)
۱	گروه تلفیق	دکتر محمود نکونی مقدم	دکتر عباس کامیابی	
۲	تیم تسهیل گر حوزه عملکردی سلامت	دکتر علی اکبر حق دوست	محمد حسین مهرالحسنی دکتر رضا دهنویه دکتر سمیه نوری حکمت	وحید یزدی فیض آبادی ناهید خواجه پور سعیده حاج مقصودی
۳	تیم تسهیل گر حوزه سیاستگذاری و سازمان و مدیریت	دکتر رضا دهنویه	دکتر سمیه نوری حکمت	دکتر عباس کامیابی
۴	تیم تسهیل گر حوزه مالی و اقتصاد سلامت	دکتر محمد رضا امیر اسماعیلی	وحید یزدی فیض آبادی دکتر محمود نکویی مقدم	
۵	تیم تسهیل گر روش شناسی	محمد حسین مهرالحسنی دکتر رضا دهنویه		ناهید خواجه پور





شکل شماره ۲-۱: ساختار اجرایی تیم تدوین سند توسعه استان کرمان



## مجریان طرح :

- **دکتر محمود نکوئی مقدم:** دانشیار و عضو هیأت علمی و مدیر گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی؛ عضو دفتر تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- **دکتر محمد حسین مهرالحسنی:** عضو گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی؛ عضو دفتر تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- **دکتر رضا دهنویه:** استادیار و عضو هیأت علمی گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی؛ عضو دفتر تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان

## همکاران اصلی طرح :

- **دکتر علی اکبر حقدوست:** دانشیار و عضو هیأت علمی گروه اپیدمیولوژی؛ عضو دفتر تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- **دکتر عباس کامیابی:** مشاور ریاست دانشگاه و رئیس کانون تفکر سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ رئیس شورای هماهنگی سازمان نظام پزشکی استان کرمان
- **دکتر محمدرضا امیر اسماعیلی:** استادیار و عضو هیأت علمی گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی؛ عضو دفتر تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- **دکتر سمیه نوری حکمت:** عضو گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی؛ عضو دفتر تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- **وحید یزدی فیض آبادی:** کارشناس گسترش شبکه و دبیر دفتر برنامه ریزی استراتژیک معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
- **ناهید خواجه پور:** کارشناس دفتر تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- **سعیده حاج مقصودی:** کارشناس آمار معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان



## صاحب‌نظران و همکاران خارج از استان :

- آقای دکتر کامران باقری لنکرانی: عضو هیأت علمی گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت
- آقای دکتر حمیدرضا صفی‌خانی: عضو هیأت مدیره بیمه معلم
- آقای دکتر محمدرضا واعظ مهدوی: عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهد
- آقای دکتر عباس وثوق: عضو شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- آقای دکتر محمدرضا روح‌اللهی: محقق و همکار اصلی پروژه تدوین نقشه سلامت کشور
- آقای دکتر سیدرضا مجدزاده: عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و رئیس مرکز تحقیق و توسعه در سیاست‌های دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- خانم دکتر مریم بهشتیان: کارشناس دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- خانم دکتر فاطمه رخشانی: مدیرکل آموزش سلامت وزارت بهداشت، درمان و علوم پزشکی
- آقای دکتر رامین سرجمی: مدیر مرکز توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین
- آقای دکتر علی ماهر: مشاور معاون امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری تهران
- آقای دکتر علی اردلان: عضو هیأت علمی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
- آقای دکتر علیرضا اولیایی منش: رئیس دبیرخانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- آقای دکتر بهزاد دماری: عضو هیأت علمی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
- آقای مهندس حمید اسماعیل‌زاده: کارشناس مرکز تحقیق و توسعه در سیاست‌های دانشگاهی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- آقای دکتر آرش رشیدیان: عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و رئیس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
- آقای مهندس مسعود ابوالحلاج: مدیرکل دفتر برنامه ریزی منابع مالی و بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- خانم مریم رمضانیان: کارشناس دفتر برنامه ریزی منابع مالی و بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- آقای دکتر منوچهر مهram: معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قزوین



- آقای مهندس نوروزعلی عزیزخانی: کارشناس تغذیه مرکز بهداشت استان قزوین و مسئول دبیرخانه سیاستگذاری سلامت استان قزوین

- آقای دکتر سید علیرضا خوانساری: مدیر فنی معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

### صاحبنظران و همکاران داخل استان :

- آقای اسماعیل نجار: استاندار استان کرمان

- آقای دکتر عبدالرضا صباحی: رئیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- آقای دکتر نوذر نخعی: معاون درمان و عضو هیأت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ عضو دفتر تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- آقای دکتر محمد جواد زاهدی: مدیر گروه داخلی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- آقای دکتر رضا ملک پور افشار: معاون تحقیقات و فن آوری و عضو هیأت علمی گروه پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- آقای دکتر رستم سیف الدینی: معاون آموزشی؛ عضو هیأت علمی و مدیر گروه مغز و اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- آقای دکتر محمد خاکساری حداد: معاون پشتیبانی؛ عضو هیأت علمی گروه فیزیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ رئیس دانشگاه بین المللی بم

- آقای دکتر اسد... گردان: معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- آقای دکتر پیام خزائلی: معاون غذا و دارو و مدیر گروه فارماکولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- آقای دکتر عباس پرداختی: معاون غذا و دارو (سابق)؛ دانشیار و عضو هیأت علمی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- آقای حسین شمس الدینی: مدیر کل دفتر امور اجتماعی استانداری کرمان

- آقای دکتر حسین صافی زاده: عضو هیأت علمی و مدیر گروه پزشکی اجتماعی؛ عضو دفتر تحقیقات مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان

- خانم دکتر مریم حسین پور: معاون فنی و مدیر گروه گسترش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان



- آقای دکتر سید وحید احمدی طباطبائی: مسئول واحد آموزش سلامت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- آقای دکتر علیرضا نادری: مدیرکل امور اقتصادی استانداری کرمان (سابق)؛ رئیس دانشکده فنی و عضو هیأت علمی دانشگاه شهید باهنر کرمان
- آقای دکتر ایرج شکوهی: رئیس شبکه بهداشت و درمان بافت
- آقای دکتر محمد جعفری: مدیرکل سازمان بیمه خدمات درمانی استان کرمان
- آقای دکتر امین فخر: مدیر درمان سازمان تأمین اجتماعی استان کرمان
- آقای دکتر رضا عباسی: رئیس سازمان بهزیستی استان کرمان
- آقای دکتر حسین پیوند: مدیرکل سازمان بیمه نیروهای مسلح استان کرمان
- آقای دکتر محمد علی عرب نژاد: معاون بهداشت، درمان و توانبخشی هلال احمر استان کرمان
- آقای دکتر بهنام صادقی: محقق مرکز تحقیقات علوم اعصاب دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- آقای محمد ثمری: کارشناس بیماری‌های غیرواگیر (سابق) و کارشناس روابط عمومی (هم‌اکنون) معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- آقای دکتر روح‌ا... زحمتکش: مدیر گروه مبارزه با بیماری‌ها معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- آقای علی بهرام نژاد: مسئول واحد سلامت روان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- آقای مهندس حمیدرضا گلزاری: مدیر گروه بهداشت محیط و حرفه‌ای معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- خانم پروین رنگاور: مسئول واحد تغذیه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- خانم دکتر مهدیه یزدانپناه: مدیر گروه بهداشت خانواده معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- آقای دکتر سیروس سالاری: معاون اداری مالی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- خانم دکتر محبت محسنی: عضو هیأت علمی دانشکده بهداشت؛ پژوهشگر مرکز تحقیقات فیزیولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- آقای خسرو عزیزی: کارشناس اقتصاد سلامت مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان کرمان
- خانم فرانک بهزادی: دانشجوی دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- آقای دکتر امین صابری نیا: سرپرست مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان



- آقای علی آذرنوش: رئیس اداره حوادث و EOC مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- آقای غلامرضا خادمی پور: مسئول آموزش و پژوهش مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

### سایر همکاران :

- آقای محمدعلی مقبلی: دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- خانم مینا انجم شعاع: کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
- خانم لیلا زارعی: دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- خانم زینب ارجمندی: دانشجوی کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- خانم عاطفه اسفندیاری: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- خانم سحر پروا: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- خانم فاطمه رضانی: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- خانم وحیده صادقی: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان



## خلاصه

سلامت با تعریف جامع آن مقوله‌ای بین بخشی است که برای ارتقای آن بایست نهادهای مختلف در کنار هم کار نمایند. پرواضح است که سلامت نبود بیماری نیست و انسان سالم از نظر جسمی و روحی باید در جامعه‌ای سالم زندگی نماید و حتی بعضی اعتقاد دارند که سه بعد بیان شده سلامت (جسمی، روحی و اجتماعی) فقط زمانی محقق می‌شود که سلامت معنوی نیز وجود داشته باشد. با این تفسیر از مقوله سلامت، باید اذعان داشت که سلامت هدف غایی تمام اجزای یک جامعه و نظام مدیریت کشورها می‌باشد و تمام برنامه‌های توسعه‌ای و ارتقایی باید برای تأمین رفاه، آسایش و ارتقای سلامت جامعه باشد.

بین بخشی بودن این پدیده، مدیریت خاصی را بر سلامت حاکم می‌کند. اگرچه در کشورمان متولی اصلی سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شناخته می‌شود ولی این وزارت با همه گستردگی کاری خود به تنهایی هرگز از عهده مسئولیت‌های سنگینی که ارتقای سلامت جامعه به عهده نظام کشور می‌گذارد بر نخواهد آمد. ضرورت مدیریت بین بخشی باعث گردیده است که در ساختار مدیریت کلان اجرایی کشور، شوراهایی مانند شورای عالی سلامت و امنیت غذایی زیر نظر مستقیم رئیس جمهور تشکیل گردد تا در سطوح بالا، هماهنگی‌های لازم شکل بگیرد.

در نظام مدیریت پیچیده امروز، مدیریت متمرکز هرگز جوابگوی نیازها نیست و لازم است که در محیط نیز برنامه‌ریزی‌هایی منطبق بر نیازها شکل گیرد و به همین دلیل برای مدیریت هماهنگ سلامت در استان‌ها زیر نظر استانداران نیز شورای سلامت تشکیل شده است تا بتواند ارتباطات افقی مذکور را شکل دهد و از حداکثر ظرفیت استانی برای ارتقای سلامت استفاده گردد. در این راستا طرح مذکور برای طراحی یک سند بین بخشی در حوزه سلامت استان کرمان از سوی استانداری به دانشگاه علوم پزشکی کرمان سفارش داده شد تا با ارزیابی وضعیت موجود و با در نظر گرفتن نیازها و مرور اسناد بالا دستی و بهره‌گیری از حداکثر ظرفیت‌های فکری استان و کشور، مستندی به عنوان نقشه راه برای ارتقای سلامت استان تهیه نماید.

بعد از شروع کار، کمیته مرکزی متشکل از افراد خبره و متخصص در بحث مدیریت سلامت تشکیل گردید و این کمیته در جلسات هم‌فکری خود روش شناسی کار را به شکل زیر طراحی و پیاده نمود.

در مرحله اول فهرستی از افراد خبره استانی و کشوری تشکیل و الگوی مصاحبه‌های باز طراحی شد. سپس با مراجعه حضوری با ۱۷ نفر از خبرگان کشوری و ۱۸ نفر از کارشناسان استانی به صورت مبسوط مصاحبه غیرساختاریافته و باز انجام و تمام مطالب بیان شده توسط ایشان پیاده‌سازی شد. سطح مصاحبه‌ها به گونه‌ای بود که افراد بلند پایه و با تجربه بسیار بالا در امور علمی و اجرایی از جمله وزرای سابق بهداشت و درمان و آموزش پزشکی نیز وارد این فرآیند گردیدند. در مصاحبه‌های خارج استانی کانون توجه، دستیابی به یک روش مناسب و استفاده از تجارب سایر استان‌ها



در تدوین چنین اسنادی بوده و در مصاحبه‌های داخل استانی نیز هدف اصلی، تعیین چالش‌های مهم سلامت استان بوده است. در این مصاحبه‌ها عمدتاً چند هدف دنبال شد که عبارت بودند از:

۱. بزرگترین چالش‌های سلامت از بُعد بیماری‌ها

۲. بزرگترین چالش‌های سلامت از بُعد تشکیلاتی

۳. بزرگترین چالش‌های سلامت از بُعد امکانات، منابع مالی و انسانی

۴. بهترین درس‌هایی که از گذشته می‌توان گرفت و برای آینده مورد استفاده قرار داد.

در کنار این مصاحبه‌ها، کلیه اسناد بالا دستی مانند قانون اساسی، سند چشم‌انداز، برنامه‌های توسعه‌ای کشور و حتی وظایف سازمان‌های مختلف مرتبط با سلامت به دقت تحلیل محتوا شد.

از سایر فعالیت‌های انجام شده، بررسی دقیق سند‌های مشابه تهیه شده در سایر استانها، بازدید از برخی استانها و جمع‌آوری مستندات چاپ شده و حتی غیر منتشر شده مرتبط با این سندها بود.

بعد از جمع‌آوری تمامی این مستندات و ترکیب نمودن آنها، تیم تحقیق، وضعیت عمومی و وضعیت سلامت استان را تحلیل و تا حد امکان آینده‌نگاری نمود. در این مرحله سعی گردید فهرستی از تمامی مشکلات موجود سلامت استان در سه بُعد بیماری‌ها و مخاطرات مستقیم سلامت، مشکلات تشکیلاتی و مشکلات منابع تهیه گردد.

در قدم بعد با در نظر گرفتن مستندات، اولویت‌های کار در هر یک از سه حیطه به شرح زیر گزینش شد:

۱. بیماری‌ها و مخاطرات سلامت: شامل حوادث ترافیکی، بیماری‌های قلبی-عروقی، اعتیاد، سرطان‌ها،

افسردگی، مالاریا و اچ-آی-وی

۲. مشکلات مدیریت نظام سلامت: شامل مشکلات موجود در ورودی، فرآیند و خروجی. بعد ورودی شامل

مشکلات کمی و کیفی ورودی‌های نظام سلامت نظیر اطلاعات، منابع مالی و انسانی بود. بعد فرایند به

وجود مشکل در نحوه استفاده از ورودی‌ها اشاره داشت و بعد خروجی به نتیجه حاصل از استفاده از منابع

می پرداخت. بعد از تعیین این اولویت‌ها، شبکه علیتی آنها ترسیم و نحوه طراحی مداخلات اصلاحی

توسط سازمان‌های مختلف استان مشخص گردید.

در ادامه نحوه فعالیت و جهت‌گیری‌های کلی کمیته‌های مختلف اجرایی متشکل از سازمان‌های مختلف تأثیرگذار

بر مشکلات و نیز شیوه و مدل پایش و ارزشیابی عملکردها و همچنین الگویی برای به‌روز نمودن ادواری سند

مشخص گردید. در مراحل آتی سند برای جلب مشارکت حداکثر سازمان‌ها و نهادهای مختلف استان و حتی مردم

برای توجه خاص به این مشکلات و همراهی و همکاری برای ارتقای آنها، راهکارهای اجرایی تنظیم خواهد شد که

در صورت تصویب در شورای سلامت استان می‌توان انتظار داشت این راهکارها به اجرایی نمودن این سند منجر

شود.





## فصل اول: ابعاد اجتماعی سلامت

## ۱-۱- پیشینه

جمهوری اسلامی ایران از بدو استقرار در حدود سه دهه قبل، با توجه به مبانی برگرفته از اسلام و متون اسلامی و فرهنگ ایرانی اسلامی، یکی از اهداف اصلی نظام اسلامی را گسترش و ارتقای عدالت و رفع محرومیت در جامعه قرار داده است. در این راستا، کلیه قوانین کشور شامل قانون اساسی، سند چشم انداز و برنامه‌های پنج ساله توسعه‌ای کشور بر این مهم تأکید نموده اند.

در افق چشم انداز بیست ساله، "ایران ۱۴۰۴، کشوری است توسعه یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فن آوری در سطح منطقه، برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، دارای فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، به دور از فقر، فساد و تبعیض و بهره مند از محیط زندگی مطلوب". سند چشم انداز بیست ساله، نظام جمهوری اسلامی ۱۴۰۴ را به خوبی به تصویر کشیده که بخش مهمی از آن برخورداری از سلامت با کیفیت زندگی مطلوب و با در نظر داشتن عدالت به عنوان شاخص مهم مدیریت می باشد (۱).

همچنین در این سه دهه اقدامات اساسی در جهت نیل به هدف مبارزه با بی عدالتی‌ها انجام شده‌است که از آن جمله می توان به اقدامات انجام شده در راستای رفاه اجتماعی و فقر زدایی، دسترسی به فرصت‌های شغلی، تحصیلات، مسکن، کاهش محرومیت روستاهای کشور و کاهش فاصله‌های استانی اشاره کرد (۲). در دنیا در خصوص بهبود شاخص‌های سلامت، هنوز تفاوت‌های فاحشی در وضعیت سلامت طبقات و گروه‌های اجتماعی مختلف در بین و درون کشورها به چشم می خورد و کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست. تفاوت‌هایی که با انجام مداخلات، قابل پیشگیری اند و زمانی که از آن‌ها اجتناب نگردد، بی عدالتی در سلامت نام می گیرند (۳).

## ۱-۲- تعریف سلامت

برخورداری از یک زندگی سالم و مولد و با کیفیت توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که مسئولیت و تولید آن بر عهده دولت‌ها است و پیش شرط تحقق توسعه پایدار می‌باشد. برای تحقق این امر فراهم سازی امکانات و تسهیلات مناسب برای تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در کلیه مراحل زندگی و زنجیره حیات که از جمله حقوق طبیعی و نیازهای اساسی انسانها به



شمار می‌رود، در مکتب اسلام و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مورد تأکید قرار گرفته است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند<sup>۱</sup>.

مفهوم سلامت و داشتن تعریف مشترک از آن، در تبیین رسالت و مبانی فکری و اجرایی به ویژه در سطح کلان اهمیت اساسی دارد. سلامت در ادبیات بین المللی به صورت زیر تعریف شده است:

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت (WHO) سلامت عبارتست از "احساس رضایت کامل جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه تنها فقدان بیماری و ناخوشی" (۴).

سید هوس<sup>۲</sup> سعی کرد تا تعریفی برای سلامت ارایه دهد که بسیاری از زمینه‌های مورد انتقاد در دو تعریف سازمان جهانی بهداشت و منشور اتاوا از سلامت را پوشش داده و از بین ببرد. از دیدگاه وی ارتقای سلامت وضعیت سلامت هر فرد هم ارز با مجموعه شرایطی است که به فرد این توانایی را می‌دهد تا از فرصت‌های واقعی خود استفاده کرده و از پتانسیل بیولوژیکی خود بهره برد. برخی از این شرایط دارای بیشترین اهمیت برای تمام مردم است و برخی دیگر بستگی به توانایی‌های فردی و وضعیت موجود دارد. این صاحب‌نظر شرایط زیر را به عنوان مواردی که باعث ایجاد سلامت شده و برای همه مردم بیشترین اهمیت را دارد، مطرح کرده است:

۱. نیازهای ابتدایی به غذا، آب، سرپناه و مسکن، قدرت و هدف در زندگی؛
۲. دستیابی به اطلاعات ممکن و قابل حصول در مورد تمامی عوامل تأثیرگذار بر زندگی یک فرد؛
۳. سواد بهداشتی به معنای برخورداری از مهارت، توانایی و اعتماد به نفس برای جذب، درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی. مردم باید توانایی درک اطلاعات بهداشتی و مهارت در زمینه چگونگی استفاده از آنها را داشته باشند؛
۴. تفهیم این مطلب به مردم که هیچگاه یک فرد نمی‌تواند از محیط اطراف خود و دیگر مردم دنیای بیرون، به طور کامل خود را جدا سازد.

<sup>۱</sup>- اصول ۴۳، ۲۹، ۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

<sup>۲</sup>. Seed hawse



بنابراین یک فرد نباید با محیط اطراف خود درگیر شود، حقوق دیگران را زیر پا گذارد و در واقع، در یک کلام باید گفت "یک مسأله اساسی در زمینه سلامت، تفهیم این نکته به مردم است که آنها در قبال اجتماعی که در آن زندگی می کنند دارای وظیفه اند و باید در راستای اجتماع خود حرکت کنند که این امر در نهایت باعث سلامت روانی آنها می شود."

در کل می توان چنین نتیجه گیری نمود که شرایطی که مردم در آن رشد، زندگی و کار می کنند هم چنین سن افراد، همگی بر وضعیت سلامتشان تأثیر گذار هستند. نابرابری در این شرایط خود منجر به نابرابری های سلامت می گردد. خوشبختانه اکثریت قریب به اتفاق این نابرابری ها در سلامت، چه در بین و چه در داخل کشورها، قابل اجتناب اند. موفقیت در عرصه بهبود سلامت و کاهش این بی عدالتی ها بستگی به توجه جدی به علل اجتماعی زمینه ای آن دارد. راه حل های فنی در داخل بخش سلامت نیز بسیار مهم هستند اما باید توجه کنیم که این راه حل ها کافی نیستند. توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت به حیطه های کاری وسیع تر و اقدامات پایدارتری نیز نیاز دارد (۳).

### ۳-۱- مفهوم مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH)<sup>۱</sup>

سلامت و بیماری ریشه در تعامل پیچیده بین افراد، عوامل ساختاری اجتماعی (مثل موفقیت تحصیلی و شغل) و عوامل فرهنگی (مثل باورهای سلامت جوامع گوناگون محلی و خرده فرهنگ های همسانان) دارد که به صورت خطرها یا عوامل حفاظتی خاص دیده می شوند. علاوه بر عوامل مذکور، فشارهای جلب مشتری بازار و اطلاعات مختلف نیز ممکن است بر درک سلامت و خطر اثر گذارد. اگر مجاورت با میکروبها (باکتری یا ویروس)، محصولات (سیگار یا استعمال دخانیات) یا آلوده کننده های شیمیایی در هوا، آب و غذا، به عنوان عوامل مؤثر بر سلامت قلمداد شوند، تعیین کننده های سلامت (مثل آموزش، جنسیت، استعداد ژنتیک و غیره) باید به عنوان مشروط کننده های مؤثر بر احتمال و وسعت مجاورت با عوامل مؤثر بر سلامت، در نظر گرفته شوند (۵).

نتایج تحقیقات مختلف حاکی از آن است که افراد دارای زمینه های وراثتی و اجتماعی متفاوت در تماس با عوامل بیماری زا، درجات مختلفی از سلامت و بیماری را تجربه می نمایند (۶). شیوه زندگی افراد مختلف نشان دهنده انتخاب های آنها در مجاورت با خطرها و عوامل مؤثر بر سلامت آنان می باشد؛ زمان صرف شده داخل



<sup>۱</sup> . Social Determinants of Health (SDH)

خانه‌ها و خارج از خانه‌ها و نوع همسایگی در مکان زندگی فرد نیز همانند عاداتهای غذایی، تحرک فیزیکی و مصرف الکل یا دارو از عوامل مؤثر بر شیوه زندگی هستند.

تجربه سایر کشورها نشان داده است که سلامت عمومی جامعه تأمین نخواهد شد مگر آنکه بعضی از مؤلفه‌ها و تعیین کننده‌های کلان آن مانند فقر، حمایت‌های اجتماعی و همچنین بی‌سوادی نیز مدنظر قرار گیرند؛ چرا که همه ابعاد سلامت تحت تأثیر این عوامل قرار می‌گیرند. تحقیقات انجام شده جهانی حاکی از این است که عوامل مؤثر در سلامت بدین صورت قابل جمع بندی هستند:

● ۱۵ تا ۲۰ درصد عوامل زیستی

● ۱۰ تا ۱۵ درصد عوامل فیزیکی

● ۱۰ تا ۲۵ درصد نظام مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و

● ۵۰ درصد عوامل اجتماعی - اقتصادی (۷)

برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت به شرح زیر هستند:

۱- درآمد خانوار

۲- طبقه اقتصادی خانواده

۳- میزان برخورداری از حمایت اجتماعی

۴- سطح سواد و مهارت

۵- استقلال و شرایط کار

۶- محیط اجتماعی

۷- شرایط محیط زندگی و مسکن

۸- سال‌های امید به زندگی

۹- فرهنگ عمومی / باورهای مذهبی

۱۰- جنسیت

۱۱- حمل و نقل راه و ترابری

۱۲- ایمنی غذایی

مطالعات مختلف ابعاد متفاوتی از متغیرهای اجتماعی مؤثر بر سلامت را در نظام‌های سلامت کشورهای گوناگون شناسایی نموده‌اند؛ بعبارت دیگر، اینکه هر نظام سلامت کدام دسته از این ابعاد را بعنوان اولویت خود انتخاب نمایند، بستگی به ویژگی‌های اجتماعی و وضعیت سلامت آن کشور دارد.



خلاصه ای از نتایج مطالعه تطبیقی که در حاشیه سند حاضر برای شناخت مدل‌های عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در کشورهای منتخب (سوئد، کانادا، آمریکا، استرالیا و موزامبیک) صورت گرفت، در جدول ۳-۱ ارائه شده است (۳-۷-۱۲).

علاوه بر این، در ایران نیز اقداماتی در راستای برنامه‌ریزی جهت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت انجام گرفته است. دبیرخانه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت فهرستی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را ارائه نموده است که این فهرست در حال حاضر نهایی نشده و همچنان مطالعات مختلف برای ارائه مدل بومی ایرانی در حال انجام می‌باشند.

جدول ۳-۱: برخی اولویت‌های عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت در چند کشور منتخب دنیا و ایران

موزامبیک	استرالیا	آتلانتا	کانادا	سوئد	ایران
سواد مادر	سن	تأمین غذا	درآمد و موقعیت اجتماعی	مشارکت در جامعه	تکامل دوران ابتدایی کودک
دسترسی به آب	جنسیت	مسکن	سواد و بی‌سوادی	تأمین اجتماعی و اقتصادی	باور ها و تعهدات مذهبی
سوء تغذیه	نژاد	حمل و نقل	اشتغال و شرایط کاری	زندگی و محیط کاری بهتر	ارائه عادلانه خدمات سلامت
	مذهب	سواد	محیط فیزیکی و اجتماعی	شرایط کودکی و نوجوانی	بیکاری و امنیت شغلی
	سواد	اقتصاد و روابط اجتماعی	شبکه‌های حمایت اجتماعی		تغذیه و امنیت غذایی
	مسکن	مراقبت‌های بهداشتی	توسعه سلامت کودک		آموزش، آگاهی و سواد
	اشتغال و امنیت شغلی		خدمات بهداشتی		مسکن
	درآمد		جنسیت		محیط زیست
			فرهنگ		حمایت اجتماعی
			تغذیه و امنیت غذایی		حاشیه نشینی و مناطق محروم دورافتاده
			محل اقامت (روستا و شهر)		توزیع عادلانه درآمد و امنیت اقتصادی
					حوادث
					استرس



## ۴-۱- عدالت در سلامت

معمولاً در بستر زمان شاخص‌های مرتبط با سلامت ارتقاء می‌یابند و متولیان سلامت خود را موظف به ارتقاء این شاخص‌ها می‌دانند. اما نکته بسیار مهمی که باید در این بین همیشه مد نظر باشد آن است که باید این روند توسعه، با نگاه عدالت محوری همراه باشد و صرف ارتقاء، بدون در نظر گرفتن میزان بهره‌مندی اقشار مختلف جامعه، مطلوب نیست. به همین منظور در سال‌های اخیر به خصوص در بسیاری از کشورهای پیشرفته جهان، سیستم‌های ارائه دهنده خدمات سلامت، هدف اصلی خود را توزیع یکنواخت شاخص‌های سلامت و دسترسی و بهره‌مندی یکسان به خدمات سلامت برای همه اقشار جامعه قرار داده‌اند و در مرحله دوم به دنبال ارتقاء شاخص‌های کلی جامعه هستند.

عدالت در سلامت به اجتناب از تفاوت‌های غیر ضروری و قابل پیشگیری و نیز ایجاد فرصت‌های برابر برای سلامت اشاره دارد. از آن جا که اکثر بی‌عدالتی‌های سلامت ریشه در عوامل اجتماعی مانند طبقه اجتماعی، شغل، درآمد، تحصیلات، جنسیت، محل سکونت و .... دارد، بهترین راه دستیابی به عدالت در سلامت از طریق مقابله با عوامل ایجاد کننده آن شناخته شده است.

در برنامه ریزی برای کاهش بی‌عدالتی باید تأثیر محیطی که افراد در آن متولد می‌شوند و سال‌های ابتدای عمر را در آن سپری می‌کنند، مدرسه و دانشگاهی که در آن تحصیل می‌کنند، خانه و محله‌ای که در آن سکونت دارند، محیطی که در آن کار می‌کنند، جایی که برای تفریح انتخاب می‌نمایند، و هزاران هزار موقعیت‌هایی که در اجتماع و پیرامون آن‌ها وجود دارد و بر سلامتشان تأثیر دارد را شناسایی کرده و در جهت حذف و یا کاهش تأثیرات نامطلوب این عوامل و ارتقاء تأثیرات مثبت آن‌ها حرکت نمود (۱).

## ۵-۱- مشارکت‌های بین بخشی

سلامت یک پدیده بسیار وسیع و گسترده بوده و برای تحقق آن می‌بایست همه دستگاه‌ها و سازمان‌ها و از همه مهمتر خود مردم تلاش نمایند. بر اساس مستندات، کمتر از ۲۵٪ سلامت مردم در اختیار متولیان سلامت است که این امر، ضرورت نگاه جامعه‌نگر به سلامت را پررنگ می‌نماید (۱۲).

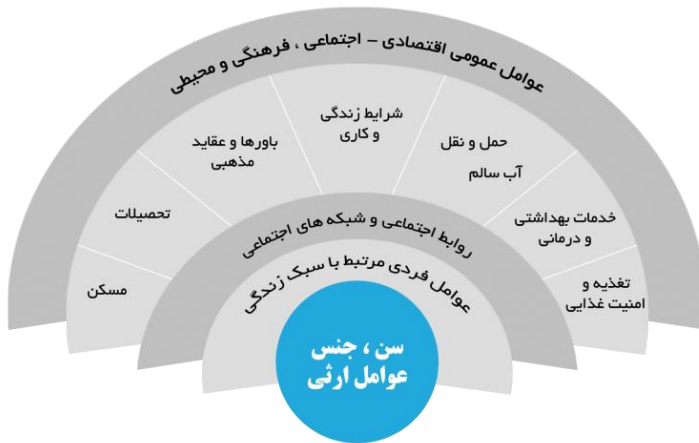
تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت افراد و جوامع هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم، از طریق تأثیر بر محیط، رفتار و میزان دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت است. عوامل اجتماعی به عنوان علت العلل وجود سلامت و یا فقدان آن شناخته شده‌اند و به دلیل همین عوامل اجتماعی، بیماری‌های مزمن افزایش یافته و فشار فزاینده‌ای را بر سلامت جهان وارد کرده و می‌کنند.



به جرأت می توان گفت که مؤثرین گلوگاه برای کاهش این بار، توجه به این عوامل اجتماعی است و تلاش های سازمان ها و ارگان های مسئول باید در جهتی باشد که همه افراد به صورت یکسان و عادلانه از اجتماع و اقتصادی سلامت محور بهره مند شوند. بنابراین می بایست تلاش ها در جهت ارتقاء "عدالت در سلامت" در کشور معطوف شده و در جهت شناسایی عوامل تأثیرگذار بر سلامتی، به تصویر کشیدن نابرابری های آن و سیاستگذاری برای مقابله با عوامل آسیب رسان به سلامت و عوامل ایجاد کننده بی-عدالتی در آن، گام برداشت.

بر اساس مستندات قوی، نکته مهم در مسیر مقابله با عوامل آسیب رسان به سلامت، مشارکت همه سازمان های دخیل در تدوین و اجرای برنامه ها می باشد. بدون جلب مشارکت کلیه ذینفعان، اجرای برنامه های کلان تقریباً امری غیر ممکن و بسیار دشوار است (۲). لذا در تدوین سیاست های کلی سند توسعه سلامت استان کرمان نگاه مشارکت جویانه، به عنوان یک راهبرد کلان، مدنظر قرار گرفته است. شکل زیر مؤلفه های مختلف اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت را نشان می دهد.

شکل ۱-۳: مؤلفه های مختلف اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت جامعه بر اساس مدل Dehlgren, G. and whitehead, M. (۱۳)



## فصل دوم: معرفی استان کرمان

## ۲-۱- جغرافیایی و آب و هوایی

استان کرمان، پهناورترین استان کشور با مساحت ۱۸۳۰۰۸ کیلومتر مربع در جنوب شرقی فلات مرکزی کشور بین ۲۵ درجه و ۵۵ دقیقه تا ۳۲ درجه عرض شمالی و ۵۳ درجه و ۲۶ دقیقه تا ۵۹ درجه و ۲۹ دقیقه طول شرقی از نصف النهار گرینویچ قرار گرفته است. این استان مرتفع از شمال با استان‌های خراسان جنوبی و یزد، از جنوب با استان هرمزگان، از شرق با استان سیستان و بلوچستان و از غرب با استان فارس هم‌جوار می‌باشد.

بر اساس آخرین تقسیمات کشوری، استان کرمان به ۲۰ شهرستان تقسیم شده است. شهرستان‌های استان کرمان عبارتند از: انار، بافت، بردسیر، بم، جیرفت، رابر، راور، رفسنجان، رودبار جنوب، ریگان، زرنند، سیرجان، شهرابک، عنبرآباد، فهرج، قلعه گنج، کرمان، کوهبنان، کهنوج و منوجان. مرکز استان کرمان شهر تاریخی کرمان است که با آسمانی صاف و زلال، بر بلندای کویر لوت قرار گرفته و شب‌های افسانه‌ای آن از شهرت خاصی برخوردار است. رشته کوه باریکی که در امتداد جنوب شرقی یزد واقع شده است، کرمان را به دو قسمت شرقی و غربی تقسیم می‌کند و دشت‌های وسیع استان را از هم جدا می‌سازد و ارتفاعات آن دنباله رشته کوه‌های مرکزی ایران است و تا بلوچستان امتداد دارد.

استان کرمان به علت پستی و بلندی‌ها و شرایط خاص اقلیمی و وضعیت محیطی و طبیعی و وسعت منطقه از تنوع آب و هوایی گرم، شدیداً خشک، نه چندان خشک، سرد و بی‌یلاق، متمایل به استپ و نیمه خشک تا کویری برخوردار است و در مجموع از نظر وضعیت آب و هوایی در بین استان‌های کشور، کم نظیر و منحصر به فرد می‌باشد. (۱۴)

با توجه به شرایط اقلیمی و میزان منابع آب و موقعیت اجتماعی و روش کشت زمین‌ها، استان کرمان را به سه منطقه کشاورزی تقسیم می‌کنند:

(۱) مناطق کشاورزی خشک و کویری (رفسنجان، زرنند، سیرجان و ...)

(۲) مناطق کشاورزی معتدل کوهستانی (بافت، بردسیر و ...)

(۳) مناطق کشاورزی گرمسیری (بم، جیرفت، کهنوج و ...)

از مهم‌ترین محصولات کشاورزی این استان می‌توان گندم، جو، سیب زمینی، پسته، حنا، وسمه، زیره، پنبه و چغندر قند را نام برد. در کرمان انواع محصولات سردسیری شامل گردو، بادام، گلابی، هلو، آلبالو، آلو، گیلاس و سیب درختی و همچنین محصولاتی از قبیل مرکبات (پرتقال، لیمو شیرین، لیمو ترش، نارنگی، نارنج و گریپ فروت) و





خرما تولید می شود. این گونه محصولات در مناطق بم، جیرفت، شهداد و در جنوب خاوری شهرستان بافت کشت می شوند.

مرکبات شهداد مرغوبیت خاص و شهرت خوبی در ایران دارند. از استان کرمان بیش از ۹۵ درصد محصول پسته ایران به دست می آید و این استان بیش از ۸۷/۵ درصد از باغات پسته کشور را به خود اختصاص داده است. در میان شهرستان‌های استان کرمان که باغ پسته دارند، رفسنجان با بیش از ۷۰ درصد کل تولید پسته و تعداد باغ پسته، رتبه اول را داراست. دامپروری به سه روش روستایی، عشایری و صنعتی صورت می گیرد. با این همه به علت خاک نه چندان حاصل خیز منطقه و محدودیت مراتع سرسبز، دامپروری از رونق بالایی برخوردار نیست. (۱۵)

## ۲-۲- جمعیت شناسی

استان کرمان بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، ۲۶۵۲۴۱۳ نفر جمعیت دارد که نسبت به ۴۰ سال گذشته، حدود سه برابر افزایش یافته است. در این دوره جمعیت استان کرمان نیز مانند دیگر استان‌های کشور به موازات رشد و توسعه اقتصادی و اجتماعی به سمت الگوی زندگی اجتماعی تکامل یافته تری به پیش رفت و شیوه زندگی روستایی و عشایری به سمت شهرنشینی گرایش پیدا کرد.

بخشی از جمعیت روستایی به دلیل رشد بالای جمعیت و کمبود امکانات در روستاها، به شهرها مهاجرت کردند و در نتیجه شمار جمعیت شهری ظرف مدت ۲۰ سال بیش از ۲ برابر شده است به گونه ای که نسبت شهرنشینی از ۵۲/۸۹ درصد در سرشماری ۱۳۷۵ به ۵۸/۵ در سرشماری ۱۳۸۵ افزایش یافته است، هرچند قسمتی از این افزایش را می توان به افزایش تعداد شهرهای استان در فاصله دو سرشماری نسبت داد.

جمعیت استان کرمان مطابق جدول (۲-۱)، در سال ۱۳۸۸، ۲۹۰۷۲۰۲ نفر اعلام شده است. (۱۶)



جدول ۱-۲: برآورد جمعیت استان در سال ۱۳۸۸ به تفکیک نقاط شهری و روستایی و غیرساکن

شهرستان	برآورد جمعیت ۱۳۸۸		
	شهری	روستایی	غیر ساکن
بافت	۶۵۸۰۳	۸۶۱۱۵	۱۵۸۲
بردسیر	۵۳۸۹۹	۴۰۲۳۰	۳۸۳۰
بم	۱۰۷۹۵۴	۱۲۴۵۶۵	۷۹۱
جیرفت	۱۲۱۴۵۷	۸۷۷۶۷	۱۴۰۲
راور	۲۳۹۶۴	۱۶۳۲۰	۰
رفسنجان	۱۷۳۷۷۶	۱۰۷۲۹۳	۰
رودبار جنوب	۱۰۱۱۰	۱۰۰۱۳۹	۴۹
زرنند	۷۴۸۹۴	۵۰۶۳۴	۰
سیرجان	۲۰۱۴۲۱	۶۰۶۶۲	۶۲۲
شهربابک	۶۰۴۰۶	۵۹۰۵۰	۳۴۶
عنبرآباد	۲۲۸۳۸	۱۰۶۶۷۹	۳۵۹
قلعه گنج	۱۶۱۱۹	۶۶۲۱۳	۰
کرمان	۶۴۴۳۳۳	۸۱۵۲۱	۹
کوهبندان	۱۷۰۵۳	۷۲۷۳	۰
کهنوج	۵۴۶۹۶	۶۸۸۳۱	۱۳۳
منوجان	۲۰۰۹۴	۴۹۶۹۳	۲۹
ویگان	۶۲۶۲	۷۵۶۴۵	۴۳۹
انار	۱۸۶۶۲	۱۵۲۴۴	۰
کل استان	۱۶۹۳۷۳۹	۱۲۰۳۸۷۲	۹۵۹۱
	۲۹۰۷۲۰۲		

در سرشماری سال ۱۳۸۵ از کل جمعیت استان (۲۶۵۲۴۱۳)، ۱۳۵۳۸۸۵ نفر مرد و ۱۲۹۸۵۴۸ نفر زن بوده اند، یعنی نسبت جنسی ۱۰۴ است. البته این نسبت برای اطفال کمتر از یک سال ۱۰۵ و برای بزرگسالان ۱۱۷ بدست آمده است.



در فاصله سالهای ۸۵-۱۳۷۵ حدود ۹۹۰۰۰ نفر به استان وارد شده که ۱/۸۳ درصد مهاجرین کل کشور را تشکیل می دادند. اکثر مهاجرین خارجی افغانی هستند و مهاجرین داخلی بیشتر از استانهای سیستان و بلوچستان، یزد، تهران، خراسان، هرمزگان، اصفهان، فارس و خوزستان می باشند.

بیشتر مهاجرت‌ها به استان کرمان به علل کار در معادن، تحصیل در دانشگاه‌ها، فعالیت در زمینه‌های کشاورزی، صنایع و کارخانجات و جنبه‌های گوناگون بازسازی در بم می باشد. به خاطر وجود استعدادهای بالقوه در بخش‌های صنعت و معدن و همچنین سایر بخش‌های اقتصادی و فرهنگی استان کرمان، پیش بینی می شود که مهاجرت‌های بیشتری به این استان صورت گیرد (۱۷). براساس سرشماری سال ۱۳۸۵، نرخ باسوادی کل جمعیت استان ۷۴.۰۴ درصد بوده است که این عدد برای زنان و مردان به ترتیب ۷۱/۴۵ و ۷۶/۵۲ درصد بوده است. در بین شهرستانهای استان، بیشترین درصد باسوادی مربوط به شهرستان کرمان با ۸۰/۲۱ و کمترین میزان آن مربوط به شهرستان رودبار جنوب با ۵۴/۲۷ درصد بوده است (۱۸).

### ۳-۲- اقتصادی

استان کرمان به دلیل داشتن منابع متنوع معدنی فلز و غیرفلز یکی از غنی ترین استان‌های معدنی کشور محسوب می شود و جایگاه استان کرمان در زمینه تولید و صادرات مواد معدنی در مقایسه با سایر استان‌های کشور در ردیف اول می باشد. مس کاتد، مولیبدن، فرو کروم، کرومیت، کنستانتره آهن و کنستانتره مس، از مهمترین مواد معدنی استان می باشند. مواد معدنی از قبیل ذغال سنگ، مس، آهن، کروم، روی، سرب و ... می توانند تأمین کننده مواد خام بخش صنعت در صنایع تبدیلی با ارز آوری بالا برای کشور باشند و همچنین می توانند نقش بسزایی در توسعه صادرات غیر نفتی، اشتغال و ارزش افزوده و توسعه صنعتی استان داشته باشند. کشاورزی یکی از ارکان مهم اقتصادی استان را تشکیل می دهد و بر اساس سرشماری سال ۸۵، افراد شاغل در بخش کشاورزی حدود ۲۸/۱ درصد از کل جمعیت شاغل استان را به خود اختصاص داده است.

استان کرمان همواره به عنوان یکی از قطب‌های کشاورزی کشور به ویژه در زمینه تولیدات باغی و زراعی مطرح بوده است. مهمترین محصولات کشاورزی استان شامل پسته، مرکبات، محصولات جالیزی و خرما می باشند که در تولید برخی از انواع محصولات نظیر هندوانه، خیار و پسته، استان کرمان در سطح کشور رتبه اول را داراست. از دیگر ویژگی‌های اقتصادی استان، نزدیکی به بنادر جنوبی و قرار گرفتن بر سر راه ترانزیت کالا می باشد (۱۹).

از نظر وضعیت تولید ناخالص داخلی، در سال ۱۳۸۶، استان کرمان با سرانه تولید ناخالص داخلی ۳۱ میلیون ریال، ۲/۸ درصد از تولید ناخالص داخلی کشور را به خود اختصاص داده است و از این نظر در بین استانهای کشور رتبه نهم را دارا می باشد (۲۰).



کرمان دارای قدمت تاریخی زیادی است و به گفته بعضی از مورخان و پژوهشگران سابقه سکونت و استقرار انسان در آن به هزاره چهارم قبل از میلاد می‌رسد و به شهادت اوراق تاریخ در طی قرون متمادی، دوران پرنشیب و فرازی را طی نموده و شاهد دگرگونی‌های زیادی در گذرگاه‌های تاریخ حیات خویش بوده است. شهر کرمان از حیث قدمت تاریخی، یکی از قدیمی‌ترین و باسابقه‌ترین شهرهای کشور باستانی ایران و جزو یکی از پنج شهر تاریخی این مملکت است. به گفته «ژان اوبن» اگر کسی تاریخ این شهر را به دقت بخواند چنان است که همه تاریخ ایران را خوانده است. شهری که با مردم سخت کوش و شجاع آن به علت پایمردی به منظور حفظ و استقلال و حاکمیت ارضی، ملیت و مذهب خویش در دوران تاریخ دیرینه و سراسر افتخار اما توأم با رنج، مرارت و سختی‌های خویش، همواره مورد تاخت و تاز متجاوزان و حکام خودکامه قرار گرفته و در این رهگذر علاوه بر خسارات و خرابی‌هایی که بر ثروت ملی آن وارد آمده، از لحاظ نیروی انسانی نیز متحمل از دست دادن گروه کثیری از همه قشرهای جامعه‌اش شده است، به نحوی که یکی از مورخان خارجی به نام «فرد ریچارد» در این مورد می‌نویسد: «این شهر اهمیت قابل ملاحظه‌ای دارد و غیر از شهر تبریز که در مرز شمال واقع است، بر هیچ شهری به اندازه این شهر از منجیق فلک فتنه نباریده.» و سرانجام، شهری که در طول تاریخ در اثر حملات و زد و خوردهای متوالی اجانب از یک سو و خشونت‌های طبیعی چون سیل، زلزله، قحطی، خشکسالی و شیوع بیماری‌های گوناگون از سوی دیگر متحمل خسارات جانی و مالی فراوان شده که آثار شوم آنها بر چهره شهر و مردم آن به جای مانده است. به هنگام ضرورت نیز نشانه‌های شجاعت، پایمردی، حوصله، بردباری، حس تعاون، نوع پروری، همدلی و همکاری برای رفع مشکلات در بین مردم آن به چشم می‌خورد که این خود احیاگر نام این شهر و مردم خون‌گرم و نیکو خصال آن می‌باشد.

از معروف‌ترین بناهای تاریخی و جاذبه‌های گردشگری استان می‌توان از قلعه دختر، قلعه اردشیر، ارگ بم، گنبد جلیله، بقعه پیربرجق، امامزاده زید، پیربابا مسافر، مسجد جامع مظفری، مرقد شاه نعمت‌الله ولی، مجموعه گنجعلیخان، مجموعه وکیل و ... را نام برد.

در حال حاضر نیز استان کرمان با داشتن مراکز آموزش عالی متعدد شامل دانشگاه شهید باهنر، دانشگاه علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشگاه‌های علوم پزشکی رفسنجان و جیرفت و مراکز آموزش عالی دیگر به عنوان مکانی دانشگاهی محسوب شده و همه ساله پذیرای جویندگان علم از سراسر کشور می‌باشد.



## فصل سوم: روش‌شناسی تحقیق

### فرآیند اجرایی و روش‌شناسی پروژه تدوین سند

#### ۳-۱- برنامه ریزی برای روش‌شناسی تدوین سند

بعد از تشکیل تیم اجرایی سند، تیم روش‌شناسی تشکیل گردید و طی یک ماه با انجام مطالعات کتابخانه‌ای، مصاحبه عمیق با نخبگان علمی و اجرایی دست‌اندرکار در تدوین اسناد حوزه سلامت به خصوص در خارج استان، بررسی گزارشات اجرایی اسناد و برنامه‌های راهبردی (سند چشم‌انداز، برنامه‌های توسعه چهارم و پنجم، نقشه جامع علمی کشور در حوزه سلامت کشور، سند توسعه بخش سلامت برنامه پنجم توسعه، سند توسعه سلامت استان‌های قزوین، یزد و سمنان) و برنامه‌های راهبردی سلامت در خارج از کشور (استرالیا، مالزی، ترکیه، آمریکا، انگلستان، شیلی، کشورهای شرق آسیا، کشورهای منطقه کارائیب، مصر و مکزیک) و همچنین انجام مطالعه تطبیقی بین اسناد مورد مطالعه، نهایتاً طی چند جلسه گروه کاری متمرکز، ساختار، فرآیند و روش تدوین سند توسعه سلامت استان با توجه به اهداف و انتظارات تعیین شده به شرح ذیل مشخص گردید:

#### ۳-۲- روش تعیین دیدگاه حاکم بر سند و وضعیت مطلوب

با انجام بررسی اسنادی اسناد بالادستی مرتبط با حوزه سلامت، دیدگاه حاکم و الزامات و خط‌مشی‌های کلی حاکم بر سند توسعه سلامت استان مشخص و تبیین گردید. این اسناد با استفاده از فرم استاندارد شده‌ای مورد بررسی قرار گرفتند؛ که در این راستا به ترتیب اهداف توسعه هزاره سوم، چشم‌انداز بیست‌ساله، برنامه توسعه چهارم و پنجم، سند بخش سلامت برنامه توسعه پنجم و نقشه راه سلامت و سند توسعه سلامت استان مورد بررسی قرار گرفت. سپس در جلسات مکرر گروه کاری متمرکز روش‌شناسی و انجام مصاحبه‌های عمیق با نخبگان کشوری و استانی دیدگاه ارتقاء سلامت با تأکید بر مؤلفه‌های اجتماعی سلامت به عنوان دیدگاه حاکم بر سند توسعه سلامت استان‌های دیگر مشخص گردید. همزمان با این مراحل مطالعه کتابخانه‌ای و جلسات کارگاهی و هم‌اندیشی در خصوص ارتقاء سلامت و مؤلفه‌های اجتماعی سلامت انجام گرفت. در نهایت این دیدگاه در جلسه شماره ۳۴ مورخه ۱۳۸۹/۲/۲۵ شورای سلامت به تصویب رسید.



### ۳-۳- چشم انداز، مأموریت و ارزش های سند

بر اساس خروجی و نتایج بدست آمده از گام های تعیین دیدگاه حاکم، وضعیت مطلوب و جهت گیری های سند در قالب چشم انداز، مأموریت و اهداف کلان و ارزش های سند، در جلسات گروه کاری متمرکز و هم اندیشی تبیین گردید و بعد از تعیین موارد، نظر خبرگان از طریق مکاتبه مورد بررسی قرار گرفت.

### ۳-۴- روش تحلیل محیطی و تعیین مسائل راهبردی سلامت استان

برای انجام تحلیل محیطی و تعیین مسائل استراتژیک استان در سه لایه سلامت، سیاستگذاری و سازمان و مدیریت حوزه سلامت، منابع مالی و اقتصاد سلامت، مراحل ذیل صورت پذیرفت. لازم به توضیح است که بیشترین زمان تدوین سند توسعه سلامت استان را این مرحله به خود اختصاص داد:

- ✓ انجام تحلیل اسناد بالادستی با رویکرد تحلیل محیطی در سطح جهان، کشور و حوزه سلامت
- ✓ مطالعه کتب، انجام پژوهش و مطالعات، بررسی مقالات و گزارشات موجود قابل دسترس در خصوص وضعیت استان و نیز عوامل شکل دهی مشکلات مهم آن
- ✓ بررسی آمار و اطلاعات و شاخص های گوناگون استان
- ✓ مصاحبه عمیق با خبرگان علمی و اجرایی داخل استان در خصوص تحلیل وضعیت استان
- ✓ گروه کاری و مصاحبه گروهی با کارشناسان خبره حوزه بهداشت و درمان، سازمان و مدیریت و حوزه مالی و اقتصاد سلامت

و در نهایت در چندین جلسه گروه کاری متمرکز تحلیل محیطی تعیین مسائل صورت پذیرفت. سپس نتایج سه تیم تسهیل گر در گروه تلفیق مورد بررسی قرار گرفته و ضمن تطبیق گزارشات با اسناد بالادستی، به اولویت بندی مسائل با لحاظ سه حوزه مذکور پرداخته شد. جهت اولویت بندی مسائل علاوه بر نتایج مصاحبه خبرگان، معیارهای میزان کشندگی، میزان ناتوانی ایجاد شده، میزان گستردگی، الزامات و برنامه های بالادستی و میزان همکاری مورد نیاز بین بخشی و جایگاه استان در آن مشکل، در مقایسه با سایر استان ها در نظر گرفته شد.

### ۳-۵- روش تعیین اهداف راهبردی و استراتژی های کلان سلامت استان

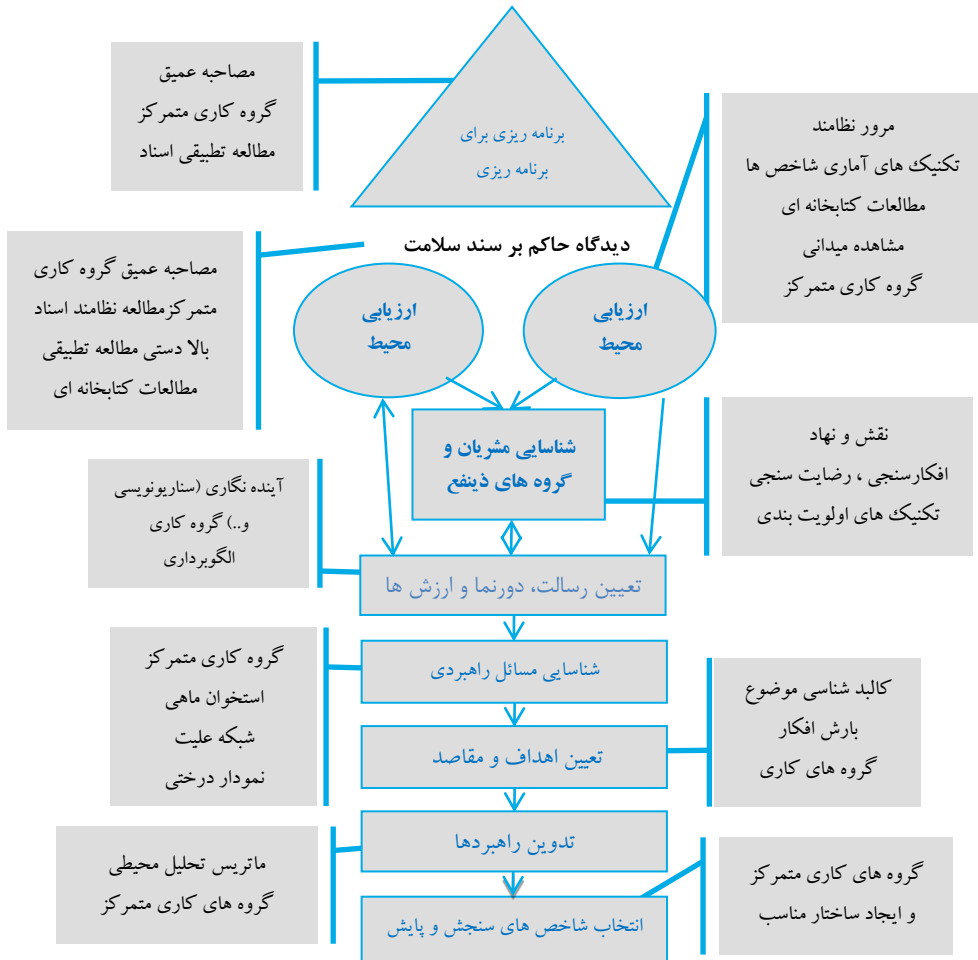
بعد از تعیین مسائل راهبردی و اولویت بندی آنها ضمن مطالعات کتابخانه ای و مصاحبه با افراد خبره، هریک از مسائل ابتدا کالبد شناسی گردید و در چند جلسه گروه کاری متمرکز شبکه علیتی هر یک از مسائل، جهت تعیین جهت گیری های اجرایی و نقاط مهم برای مداخله تأثیرگذار تهیه گردید.



بعد از تهیه شبکه‌علیت هر یک از مسائل در سطوح مختلف مداخله‌ای، نقش هر یک از دستگاه‌ها و سازمان‌ها، اعم از دولتی و غیردولتی در حل مسائل مربوطه مشخص گردید. در این مرحله پیشنهادات اجرایی و ساختار لازم جهت پیاده‌سازی مفاهیم سند مشخص شد. استراتژی‌های تحقق اهداف در کمیته‌های مربوطه، مشخص و با رد و بدل شدن تفاهم‌نامه‌ها بین دستگاه‌های ذیربط تثبیت خواهد گردید.

### ۶-۳- نظام ارزیابی و سنجش عملکرد اجرای سند

جهت ارزیابی اجرای سند و برنامه‌های راهبردی آن و همچنین بازنگری سند و برنامه‌های عملیاتی آن در زمان‌های معین، ساختار لازم در قالب "دبیرخانه توسعه سلامت استان" در دانشگاه علوم پزشکی کرمان ایجاد گردید که ضمن تهیه شاخص‌های ورودی، فرآیند و خروجی پیشرفت برنامه‌ها، گزارشات لازم در خصوص اجرای سند را در شورای سلامت مطرح، و اقدامات اصلاحی را پیشنهاد می‌نماید.



## فصل چهارم: تحلیل وضعیت سلامت و عوامل مؤثر بر آن در استان کرمان

در این فصل سعی شده است وضعیت سلامت استان و عوامل مؤثر بر آن از جوانب گوناگون از جمله: بیماریهای استان، عوامل کلان اجتماعی، وضعیت اقتصادی و مالی، نظام تولید سلامت به صورت مبسوط شرح داده شود. در ادامه نیز، وضعیت درمانی استان در بخش سرپایی و بستری و نقش بخش دولتی، خیریه‌ها و بخش خصوصی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

### ۱-۴- تحلیل بیماری‌های استان

اگرچه لیست بیماری‌ها و مخاطرات اصلی سلامت در استان بلند و طولانی است، ولی متأسفانه مستندات علمی کافی، در حال حاضر در دست نیست که میزان و شدت این بیماری‌ها را به صورت کمی محاسبه نموده باشد. البته در یک نگاه کلی از نظر کارشناسان و متخصصین فن به نظر می‌رسد الگوی بار بیماری‌های استان و کشور تشابه بسیار زیاد داشته باشند و با این توضیح مهمترین علل مرگ و میر در استان شامل بیماری‌های قلبی و عروقی، تصادفات و سرطانها است. همچنین بیماری‌هایی که بیشترین ناتوانی را در جامعه ایجاد می‌کنند نیز احتمالاً همانند الگوی کشوری و با تفاوتی جزئی شامل اعتیاد، افسردگی، بیماری‌های مفاصل (دردهای زانو، کمر و ...) می‌باشند. از نگاه عوامل خطر اگر به بیماری‌ها توجه شود احتمالاً بزرگترین عوامل خطر بیماری‌ها و مرگ و میرها در استان عبارتند از فعالیت کم بدنی، مصرف سیگار، اعتیاد، تغذیه نامناسب و نهایتاً آسیب پذیر بودن شخصیت و نداشتن مهارت کافی افراد جامعه در مدیریت استرس‌ها و فشارهای روانی-اجتماعی. پر واضح است که اگر بخواهیم به عوامل خطر سطح بالاتر از دیدگاه اجتماعی بپردازیم، عواملی مانند فقر، بیکاری، مسکن و سرمایه اجتماعی قابل ذکر است که در ادامه بحث به آنها خواهیم پرداخت.

### ۲-۴- تحلیل عوامل کلان اجتماعی

در این قسمت سعی خواهد شد ابتدا مختصات ویژه استان که تأثیر مستقیمی بر سلامت دارند بررسی و در مرحله بعد به بزرگترین چالش‌های سلامت استان که تصادفات و حوادث، سوء مصرف مواد و یا اعتیاد به مواد مخدر، بیماری‌های غیرواگیر (خصوصاً بیماری‌های قلبی-عروقی و در مرحله بعد سرطان‌ها) اشاره گردد.





## ۱-۲-۴) وسعت و گستردگی استان

در تقسیم‌بندی فعلی کشور، استان کرمان پهناورترین استان محسوب می‌شود و این وسعت زیاد استان در عین ایجاد فرصت‌های مختلف، تهدیدهایی را نیز برای سلامت به دنبال دارد.

با توجه به جمعیت نزدیک به ۲/۹ میلیونی استان (در سال ۱۳۸۹)، تراکم جمعیت استان بسیار کم بوده و به خصوص در مناطق روستایی، فواصل بین آبادی‌ها بسیار زیاد است. این فاصله زیاد، ارائه خدمات مختلف از جمله خدمات سلامت را با دشواری‌های بسیار زیادی روبرو نموده است.

همچنین وسعت زیاد و در نتیجه طولانی بودن جاده‌ها، حجم مسافرت‌های درون استانی را افزایش داده و در مقابل قدرت و توان سیستم‌های متولی را در بهینه‌سازی و استانداردسازی جاده‌ها کاهش می‌دهد و در نتیجه به صورت طبیعی نه تنها خطرات تصادفات جاده‌ای بالا می‌رود، بلکه افراد برای دریافت خدمات تخصصی و حتی خدمات عمومی سلامت، مجبور به قبول مسافرت‌های نسبتاً طولانی می‌شوند.

## ۲-۲-۴) وضعیت آب و هوایی

آب و هوای عمده قسمت‌های استان گرم و خشک است و این آب و هوا در عین حال که می‌تواند در جلوگیری از بروز همه‌گیری بسیاری از بیماری‌ها یک نقطه مثبت تلقی گردد، خود در بعضی موارد یک تهدید محسوب می‌شود. تهدید وقوع بعضی بیماری‌ها مانند مالاریا و لیشرمانیا (سالک)، به صورت بومی در آب و هوای اکثر قسمت‌های استان باقی‌مانده است و برای کنترل، حذف و یا ریشه‌کنی آن‌ها بایست تلاش بسیاری صورت پذیرد و حتی در صورت ریشه‌کنی به دلیل شرایط مساعد، در صورت عدم دقت و رعایت استانداردها، خطر بازگشت این بیماری‌ها همیشه وجود خواهد داشت. عمده این بیماری‌ها در قسمت‌های جنوب استان به صورت بومی وجود دارند؛ اگرچه در مورد سالک، متأسفانه گستره انتقال آن وسیع است و انتقال حتی در مناطقی از شهر کرمان نیز وجود دارد.

از جمله بیماری‌های دیگری که با توجه به آب و هوای استان باید همیشه مد نظر باشند، هاری و تب مالت (بروسلوز) می‌باشند. از نظر تعداد گزش حیوان و موارد مبتلا به هاری در حیوانات و انسان، معمولاً استان کرمان همه ساله جزو ۳-۲ استان پرخطر محسوب می‌گردد و این موارد در اکثر نقاط استان خصوصاً منطقه جیرفت و شهرستان‌های مجاور آن بیشتر دیده می‌شود.

تب مالت نیز با توجه به اقلیم استان، به صورت بومی، خصوصاً در شهرستان‌های بردسیر، سیرجان و شهر بابک وجود دارد و سالانه هم در دام‌های اهلی و هم در جمعیت انسانی بار قابل ملاحظه‌ای ایجاد می‌کند.

بیماری‌های حصبه و کچلی قارچی، از جمله بیماری‌های بومی جنوب استان به ویژه شهرستان منوجان می‌باشد که به نوعی با شرایط اقلیمی مرتبط است.



از سایر مشکلات سلامت مرتبط به آب و هوا می‌توان به بالا بودن میزان آفات توکسین به صورت تاریخی در استان، خصوصاً در شهرستان‌های شمالی استان نام برد که خوشبختانه، اخیراً با توجه به وارد شدن امکانات بهتر برای نگهداری مواد غذایی و ارتقاء استانداردهای مربوطه احتمالاً تماس مردم با این سم کاهش یافته است ولی باید اذعان داشت که اثرات مواجهه تاریخی با این سم احتمالاً در دهه‌های آینده نیز باعث بروز بیماریهایی که مهمترین آن سرطان کبد است، خواهد شد.

لازم به ذکر است که آخرین تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که سرطان دستگاه گوارش در استان کرمان کمتر از متوسط کشوری است و در این بین یک استثنای مهم، سرطان کبد است که احتمالاً شاید تا حدود سه برابر متوسط کشوری باشد.

### ۳-۲-۴) نزدیک بودن به مرزهای شرقی کشور

نزدیکی زیاد استان به مرزهای شرقی و در نتیجه ورود غیرقانونی مهاجران عمدتاً افغانی به استان، یکی از چالش‌های اساسی محسوب می‌گردد. بسیاری از بیماری‌ها از جمله مالاریا، سل، فلج اطفال و حتی بیماری‌های مشترک بین انسان و دام مانند تب کریمه‌کنگو از بیماری‌های خطرناکی است که این مجاورت برای استان به ارمغان می‌آورد.

مخفی بودن این جمعیت مهاجر و پخش بودن آن‌ها در استان، ساماندهی آن‌ها را بسیار دشوار نموده و در نتیجه زمینه را برای انتقال محلی بیماری‌ها از این گروه مهاجر به جمعیت عمومی استان، فراهم می‌کند. از طرفی این جمعیت عمدتاً در حال جابجایی می‌باشد و در نتیجه دسترسی به ایشان را سخت می‌کند.

نکته مهم دیگر فقیر بودن این مهاجرین و عدم امکان دسترسی آسان ایشان به خدمات پیشگیرانه و درمانی است، در نتیجه شرایط گسترش بیماری‌ها مهیاتر می‌گردد.

البته این نزدیکی به مرزها خود ریشه یکی از بلاهای جدی استان یعنی اعتیاد و مصرف مواد مخدر نیز می‌باشد؛ به شکلی که علی‌رغم تلاش‌های گسترده، مهار این معضل به دلیل دسترسی آسان به مواد مخدر و ارزان بودن آن‌ها مقدور نیست.

### ۴-۲-۴) تفاوت‌های توسعه ای عمیق در استان

یکی از چالش‌های مهم و اساسی استان در بسیاری از زمینه‌ها و از جمله سلامت، وجود تفاوت‌های بسیار زیاد در توسعه یافتگی مناطق مختلف است. این تفاوت‌های عمیق و تاریخی در سطح سواد، دسترسی به خدمات سلامت و توزیع ثروت، باعث شده است که امید به زندگی در مناطق مختلف استان تفاوت قابل ملاحظه‌ای داشته باشد.



در حالی که در مناطق شمالی استان دسترسی به متخصص و امکانات پیشرفته درمانی تقریباً متناسب با وضعیت عمومی کشور است، در تعداد قابل ملاحظه‌ای از شهرستان‌های جنوبی متأسفانه در هیچ یک از رشته‌ها پزشک متخصص وجود ندارد و خدمات بیمارستانی فقط محدود به یکی - دو شهر بزرگ است. این تفاوت عمیق باعث شده که شاخص‌های سلامت مناطق جنوبی استان مانند مرگ و میر مادران و کودکان و سوء تغذیه بسیار بیشتر از متوسط کشور بوده و معمولاً در لیست، در بین چند منطقه بسیار نامطلوب قرار گیرند. پر واضح است زمانی که این چالش در کنار چالش‌های دیگری مانند وسعت بسیار زیاد استان و نامناسب بودن جاده‌های ارتباطی و خشک‌سالی‌های طولانی قرار می‌گیرد، روش‌های کاهش این فاصله غامض‌تر و اجرا نمودن آن‌ها بسیار دشوارتر می‌گردد.

#### ۵-۲-۴) وجود مخاطرات طبیعی زیاد

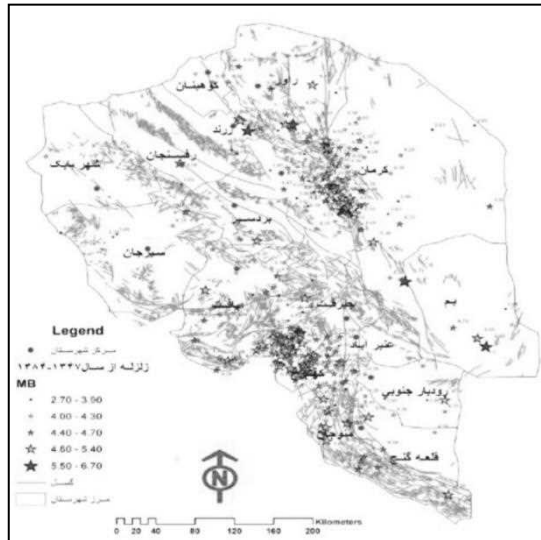
متأسفانه استان کرمان یکی از مناطق پر حادثه کشور بوده و بسیاری از انواع مخاطرات طبیعی و حتی ساخت بشر در این استان به وفور وجود دارد. شاید زلزله و خسارت‌های ناشی از آن، همیشه به عنوان بزرگترین خطر استان در این حیطه، در ذهن ما نقش می‌بندد. اگرچه زلزله و به تبع آن خسارت‌های مربوطه می‌تواند یک خطر بالقوه برای همه مناطق استان به شمار آید و متأسفانه در سالهای اخیر خسارت غیر قابل جبرانی به استان وارد نموده است، ولی نباید از سایر خطرات مانند خشکسالی، سیل، طوفان و آتش‌سوزی غافل شد.

جدول ۱-۴: مشخصات نقاط شهری استان در ارتباط با خطوط گسل (منبع: آمایش استان کرمان)

شهرهای واقع در محدوده یک کیلومتری گسل (غیر مجاز به لحاظ شهرسازی)			شهرهای واقع در روی خط گسل			جمعیت شهری	تعداد شهر
درصد جمعیت	جمعیت	تعداد شهر	درصد جمعیت	جمعیت	تعداد شهر		
۸۴ / ۷۳	۱۲۵۱۶۵۸	۲۶	۶۰ / ۶۴	۱۰۹۶۱۱۵	۱۵	۱۶۹۴۸۱۱	۵۷

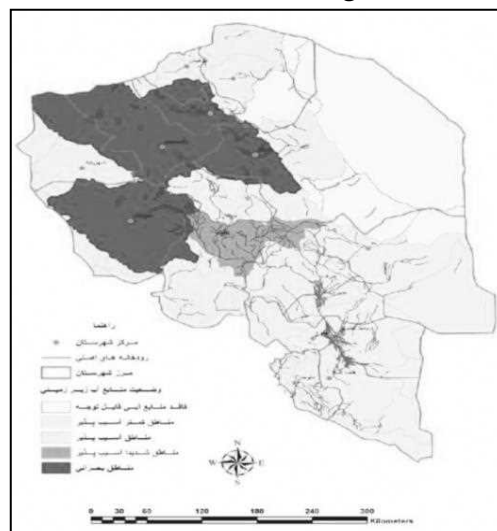


شکل ۱-۴: وقوع زلزله از سال ۱۳۴۷ تا ۱۳۸۴ در استان کرمان (منبع: آمایش استان کرمان)



متأسفانه در دهه‌های اخیر، خشک‌سالی هزاران میلیارد ریال به اقتصاد استان ضربه زده و زمینه مهاجرت گسترده از استان را فراهم آورده‌است؛ درآمد اقشار بسیاری از جامعه را تحت تأثیر قرار داده و کمبود آب، حتی برای آشامیدن در سالهای آینده، به یک دغدغه جدی برای همه مسئولین تبدیل شده‌است. این در حالی است که متأسفانه هنوز در استفاده بهینه از منابع آبی موجود نیز برنامه‌ریزی نشده است و آب‌های مفید بسیاری در استان به هدر می‌رود.

شکل ۲-۴: وضعیت منابع آب زیرزمینی در استان کرمان (منبع: آمایش استان کرمان)



## ۶-۲-۴) فرهنگ و باورهای عمومی

متأسفانه باورها و اعتقادات نامناسب در استان- هرچند که محدودند- نقش مهمی در به وجود آمدن مشکلات سلامت ایفا می‌کند. به عنوان مثال نگاه و برخورد جامعه با موضوعی مانند اعتیاد قطعاً در گسترش این بلای خانمان‌سوز، تأثیر زیادی داشته است؛ چراکه در بسیاری از افراد و گروهها، اعتیاد به عنوان یک ضد ارزش به شمار نمی‌آید و در نتیجه نوع نگرشی که در قشر جوان به اعتیاد ایجاد می‌گردد، گاه مثبت است.

از سایر موارد جدی فرهنگی، شکل و نحوه رانندگی و رعایت قوانین و مقررات مربوطه است. زمانی که فرهنگ رانندگی با اشکالات جدی همراه بوده و عوامل محیطی مانند مسافت‌های طولانی در استان و مشکلات جاده‌ها با هم ترکیب می‌شوند، باعث بروز خسارت‌های جدی به جامعه می‌شوند.

چنین باورهای نامطلوب در زمینه تغذیه، کم توجهی به روش‌های پیشگیرانه در بروز بیماری‌ها و استفاده از روش‌های غیرعلمی و غیر صحیح در درمان بیماری‌ها نیز به وضوح دیده می‌شود.

## ۷-۲-۴) مهاجرت درون استانی و شهرنشینی

متأسفانه نتیجه و برآیند بسیاری از معضلات بیان شده در بندهای فوق مانند خشکسالی، فقر و عدم توسعه‌یافتگی بعضی مناطق و کمبود شدید آب و در نتیجه از بین رفتن کشاورزی، باعث شده تا مهاجرت مردم به شهرهای بزرگ و از جمله مرکز استان زیاد باشد و رشد ناهمگون و ناموزون شهرها و متأسفانه گسترش حاشیه‌نشینی از تبعات آن خواهد بود.

متأسفانه شاخص‌های سلامت در مناطق حاشیه شهرها بسیار نامطلوبتر از مناطق روستایی است و بسیاری از بزه‌کارها و رفتارهای غیر اخلاقی و غیر قانونی در این مناطق رشد می‌یابد. دسترسی بسیار محدود به خدمات و فقر و بیکاری از جمله مواردی است که به سرعت باعث بروز اپیدمی‌های گسترده در مناطق حاشیه‌ای شده و کنترل آنها را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

## ۸-۲-۴) تغذیه نامناسب

البته موضوع مذکور مختص استان کرمان نبوده و به صورت کشوری، الگوی مصرف غذایی، دارای ایرادات جدی است. مصرف کم سبزیجات و میوه در سبد غذایی خانوار، مصرف محدود مواد غذایی تازه، تمایل به مصرف مواد غذایی آماده، ترکیب نامناسب پروتئین‌های گیاهی و حیوانی و اشکالات جدی در نگهداری و طبخ مواد، بایستی به صورت جدی مدنظر قرار گیرد.



البته آمار کشوری نشان می‌دهد که وضعیت سوء تغذیه در کودکان و کوتاهی قد در استان کرمان بسیار بدتر از متوسط کشوری بوده و از این نظر استان کرمان جزو چند استان بحرانی نخست در کشور است و این امر ضرورت توجه خاص به تغذیه کودکان را بسیار پررنگ می‌نماید.

البته در مقابل، درصد قابل ملاحظه‌ای از جمعیت استان دچار چاقی و اضافه وزن هستند و این معضل در بین کودکان نیز در حال افزایش است.

لازم به ذکر است که سوء تغذیه و چاقی کودکان تأثیرات بسیار زیادی بر سلامتی ایشان در بزرگسالی داشته و نه تنها ممکن است به کاهش ضریب هوشی ایشان بیانجامد، بلکه آنها را مستعد بیماری‌های زیادی مانند دیابت و پرفشاری خون در سالهای بعد نیز می‌نماید.

اختصاصاً، توجه به مواجهه مردم استان به سموم آفات دفع نباتات به خصوص در مناطق کشاورزی و حتی آفات و کسین نیز از اهمیت بسیار زیادی برخوردار بوده و متأسفانه تاکنون به صورت دقیق و برنامه‌ریزی شده به آن پرداخته نشده است.

### ۳-۴- تحلیل اقتصادی و مالی

این بخش از سند به تحلیل اقتصادی و مالی بخش سلامت استان اختصاص یافته است، در این قسمت ابتدا مطالبی در مورد نحوه توزیع درآمد در استان ذکر می‌گردد و در مرحله بعد بودجه مرتبط با بخش سلامت و تأمین کنندگان مختلف منابع مالی سلامت استان مورد بررسی قرار می‌گیرند.

### ۱-۳-۴ توزیع درآمد

وضعیت توزیع درآمد در سطح استان عادلانه نمی‌باشد و مستندات موجود در زمینه ضریب جینی<sup>۱</sup> نشان می‌دهد که این شاخص به تفکیک نقاط شهری و روستایی استان در سال ۸۵ به ترتیب برابر با ۰/۴ و ۰/۳۹ بوده که این میزان در مقایسه با سال ۸۴ افزایش داشته و نابرابری بیشتری را نشان می‌دهد.

میزان خط فقر نسبی سال ۸۵ برای نقاط شهری استان کرمان ۲۷۰۳۳۹۳۷ ریال در سال و نقاط روستایی ۱۷۹۸۸۴۸۷ ریال در سال می‌باشد و بر اساس این ارقام در سال ۸۵ ۲۴/۷ درصد از خانوارهای شهری و ۳۳/۹ درصد از

۱. ضریب جینی یک واحد اندازه گیری پراکندگی آماری است که معمولاً برای سنجش میزان نابرابری در توزیع درآمد یا ثروت در یک جامعه آماری استفاده می‌شود. این ضریب با نسبتی تعیین می‌شود که ارزشی بین صفر و یک دارد: یک ضریب جینی پایین برابری بیشتر در توزیع درآمد و یا ثروت را نشان می‌دهد، در حالیکه ضریب جینی بالاتر توزیع نابرابر را مشخص می‌کند.



خانوارهای روستایی زیر خط فقر قرار گرفته اند. بر اساس مطالعه‌ای که یداللهی و همکاران در سال ۲۰۰۸ در زمینه توزیع درآمد در استان کرمان انجام داده اند، ۳۲/۶ درصد خانواده‌های مورد مطالعه از نظر درآمدی در سطح فقر، ۴۴/۱ درصد در سطح متوسط درآمدی و ۲۳/۳ درصد در سطح بالای متوسط قرار داشته اند. بالا بودن درصد خانوارهای فقیر (۳۲.۶) یکی از عواملی است که در سطح استان کرمان از نظر تأثیر بر وضعیت سلامت حائز اهمیت می باشد. هرچند وجود نهادهای حمایتی نظیر کمیته امداد امام خمینی (ره) تا حدودی از شدت تأثیر فقر در استان کاسته است، اما تعداد افراد تحت پوشش این نهادها چندان قابل توجه نبوده است.

بعنوان نمونه بر اساس سالنامه آماری سال ۸۷، کمیته امداد امام خمینی در سال ۸۷ در سطح استان کرمان، در طرح شهید رجایی ۱۰۵۶۶۸ نفر، طرح مددجویی ۲۶۹۵۷۸ نفر (۱۹۰۶۱۲ نفر دایمی و ۷۸۹۶۶ نفر موقتی) و طرح‌های درمانی و بیمه نیز ۶۹۹۰۶ نفر (۶۸۵۲۸ نفر دایمی و ۱۳۷۸ نفر موقتی) بوده اند که با توجه به جمعیت حدود ۲/۹ میلیون نفری استان (در سال ۱۳۸۹)، درصد افراد برخوردار از کمک‌های حمایتی کمیته امداد امام خمینی رقم قابل توجهی را شامل نمی شود، از این رو یکی از بخش‌هایی که باید در برنامه توسعه استان در ۵ سال آینده مورد توجه قرار گیرد، تلاش در جهت کاهش درصد خانوارهای فقیر در سطح استان می باشد؛ زیرا فقر پدیده‌ای است که روی بسیاری از حوزه‌های استان (فرهنگی، اجتماعی، انتظامی و سلامت) تأثیرگذار است و بر اساس مدل مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت، یکی از عوامل مهم مؤثر بر سلامت شناخته شده است.

#### ۲-۳-۴) بودجه

منابع مالی حوزه سلامت که از محل بودجه عمومی تأمین می شود، به دانشگاه‌های علوم پزشکی استان و سازمان‌های بیمه اختصاص می یابد. بررسی و مقایسه بودجه اختصاص یافته به دانشگاه‌های علوم پزشکی در بودجه‌های سنواتی سالهای ۸۷ تا ۸۹ نشان می دهد که علی رغم اینکه از سال ۸۹ بودجه دانشگاه علوم پزشکی جیرفت از دانشگاه علوم پزشکی کرمان جدا شده است، اما بودجه دانشگاه علوم پزشکی کرمان نسبت به سال ۸۸ افزایش یافته است. به نظر می آید با توجه به روند سنتی تخصیص منابع سلامت، می توان سهم سلامت استان را از بودجه عمومی افزایش داد. البته در کنار بودجه عمومی باید به افزایش سهم سلامت از محل بودجه‌های استانی به همراه مدیریت مناسب منابع مالی نظام سلامت، که به نظر اکثر کارشناسان در حال حاضر به خوبی مورد استفاده قرار نمی گیرد، توجهی خاصی مبذول داشت.



## ۳-۴) تأمین کنندگان منابع مالی

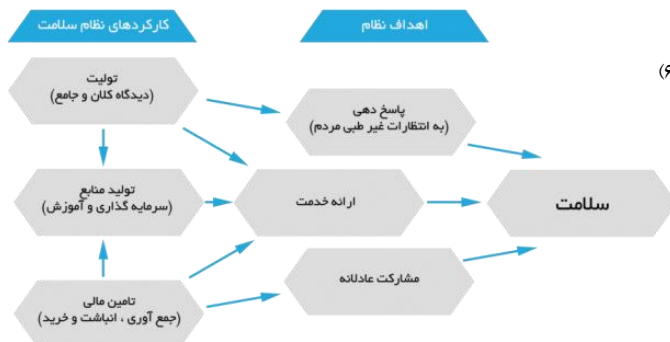
نظام‌های سلامت برای تأمین منابع مالی مورد نیاز بخش سلامت، بر منابع مالی مختلفی از جمله مالیات، بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های خصوصی، پرداخت مستقیم از جیب، خیرین و سازمان‌های بین‌المللی تکیه می‌کنند. در سطح استان، منابع مالی بخش سلامت عمدتاً از روش‌های منابع دولتی اختصاص یافته به دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان، رفسنجان و جیرفت، بیمه‌های تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی، سایر بیمه‌ها، بنیاد شهید و امور ایثارگران و پرداخت‌های خانوار تأمین می‌شود که در این بین سهم پرداخت‌های خانوار، دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمه‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی پررنگ‌تر می‌باشد. جدول ۲-۴ هزینه‌های پرداختی توسط تأمین کنندگان مختلف منابع مالی را نشان می‌دهد.

جدول ۲-۴: سهم بخش‌های مختلف تأمین کننده منابع مالی در حوزه سلامت استان کرمان در سال ۱۳۸۷

منبع تأمین مالی	میزان (مبلغ) (ریال)	درصد (اعداد تا دو رقم اعشار)
بودجه دولتی بهداشت و درمان	۱,۳۹۶,۳۵۴,۰۰۰,۰۰۰	۱۷,۲۹
هزینه‌های بهداشت و درمان کمیته امداد	۴۹,۳۹۷,۱۴۲,۰۰۰	۰/۶۱
هزینه‌های بهداشت و درمان بنیاد شهید	۹,۶۳۳,۰۰۰,۰۰۰	۰/۱۲
هزینه‌های بهداشت و درمان سازمان بیمه خدمات درمانی	۳۴۹,۴۰۹,۶۲۸,۱۵۰	۴/۳۳
هزینه‌های بهداشت و درمان بیمه تأمین اجتماعی	۶۵۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۸/۰۵
هزینه‌های بهداشت و درمان خانوار	۵۶۲۱,۲۴۳,۵۷۶,۴۸۰	۶۹/۶
جمع کل	۸,۰۷۶,۰۳۷,۳۴۶,۶۳۰	۱۰۰

## ۴-۴) تحلیل نظام تولید سلامت

بر طبق چارچوب ارائه شده توسط سازمان جهانی بهداشت، هر نظام سلامتی دارای چهار وظیفه و کارکرد مهم یعنی تولید، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت است. در این بین، تولید اهمیت حیاتی نسبت به سایر وظایف داشته و روی سایر عملکردها تأثیر زیادی می‌گذارد. فرایند تصمیم‌گیری در مورد نیازهای اولویت دار سلامت استان و اطمینان از برآورده شدن اولویت‌ها در حیطه کار تولید است (شکل ۳-۴).



شکل ۳-۴: کارکردها و اهداف نظام سلامت (۶)



در ادامه بصورت مختصر در زمینه برخی از اجزای مرتبط از جمله سیاستگذاری، روابط بین سازمانی و مشارکت ذینفعان، مدیریت دانش و ارتباطات در بخش سلامت استان، مطالبی ارائه گردیده است.

#### ۱-۴-۴) سیاستگذاری

نهادهای اصلی سیاستگذار در سطح سلامت استان عمدتاً به شرح زیر می باشند:

#### الف- شورای برنامه ریزی و توسعه استان

این شورا به منظور هماهنگی و تصمیم گیری در امور برنامه ریزی، توسعه و عمران استان و نظارت بر این فعالیت‌ها و هدایت و تصویب طرح‌ها در چارچوب سیاست‌ها و برنامه‌های مصوب تشکیل شده است. به منظور پیشبرد اهداف و انجام وظایف شورا، کارگروه‌های تخصصی به شرح زیر فعالیت می کنند:

- امور زیربنایی
- امور اقتصادی و تولیدی
- امور اجتماعی و فرهنگی
- تحول اداری، بهره‌وری و فن آوری اطلاعات
- آمایش، محیط زیست و توسعه پایدار
- اشتغال و سرمایه گذاری
- بانوان و خانواده
- مسکن و شهرسازی
- میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری
- سلامت و امنیت غذایی

رئیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان و یا نمایندگان وی در کارگروه‌های تخصصی امور اقتصادی و تولیدی، امور اجتماعی و فرهنگی و کارگروه تخصصی بانوان و خانواده عضویت دارند. کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی یکی از ۱۰ کارگروه شورای برنامه ریزی و توسعه استان بوده و به عنوان عالی‌ترین نهاد تصمیم سازی سیاست‌های کلان سلامت استان، مطرح می باشد.

#### ب- کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان

اعضای کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان عبارتند از: استاندار (رئیس کارگروه)، رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان (دبیر)، رئیس سازمان جهاد کشاورزی استان، مدیر کل بازرگانی استان، مدیر کل صنایع و معادن استان، مدیر کل سازمان تأمین اجتماعی استان، رئیس دادگستری استان، رئیس



سازمان صدا و سیما، مرکز استان، مدیرکل سازمان حفاظت محیط زیست استان، رئیس سازمان تربیت بدنی استان، رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی در استان، مدیران عامل شرکت‌های آب و فاضلاب شهری و روستایی، مدیرکل کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان‌های ذیربط حسب مورد.

به منظور پیشبرد اهداف و انجام وظایف کارگروه مذکور، کارگروه‌های تخصصی بر حسب نیاز در شهرستان‌های استان تشکیل می‌شوند. کارگروه شهرستان به ریاست فرماندار و مسئولان متناظر با اعضای کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان در سطح شهرستان تشکیل، و در راستای وظایف کارگروه استان فعالیت می‌کند.

دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان در محل دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان قرار دارد. به طور کلی وظایف شورای سلامت و امنیت غذایی استان شامل موارد زیر می‌شود:

۱. اجرای مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در سطح استان
۲. جمع‌آوری اطلاعات و اولویت بندی مشکلات استانی و انعکاس پیشنهادات در رابطه سلامت و امنیت غذایی به دبیرخانه شورای عالی
۳. بررسی و تصویب پیشنهادات و برنامه ریزی راهبردی ارائه شده توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان یا سایر دستگاه‌های ذیربط استان در زمینه ارتقاء خدمات سلامتی و امنیت غذا در سطح استان
۴. هماهنگی در اجرایی کردن مصوبات مربوط به پیشگیری از عفونت ایدز و پیشگیری و هدایت آنها

### ج- دانشگاه‌های علوم پزشکی استان

در حال حاضر در سطح استان ۳ دانشگاه علوم پزشکی کرمان (دانشگاه تپ یک)، رفسنجان (تپ دو)، جیرفت (تپ سه) در حال فعالیت بوده و بی شک سیاستگذاری منسجم سلامت در سطح استان، نیازمند برقراری ارتباط مناسب بین این دانشگاه‌ها خواهد بود.

### د- سایر سازمان‌های سیاستگذار

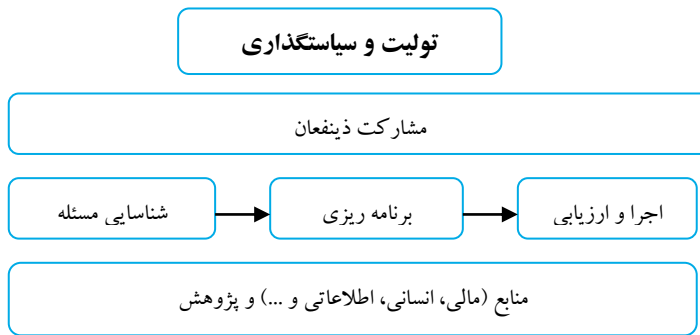
از جمله سایر سازمان‌های فعال در عرصه سیاستگذاری سلامت استان می‌توان به بیمه‌های خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد، سازمان نظام پزشکی، اداره دامپزشکی، بهزیستی، هلال احمر، بخش خصوصی و خیریه‌ها اشاره نمود که در قسمت ساختار بخش ارائه خدمت در استان توضیحات بیشتری در مورد آنها ارائه شده است.



## ۲-۴-۴) روابط بین سازمانی و مشارکت ذی‌نفعان

در نگاهی دقیق می‌توان انواع ارتباطات لازم جهت سازمان‌های مرتبط با سلامت را در قالب شکل زیر ترسیم نمود (شکل ۴-۴). این ارتباطات می‌بایست منجر به مشارکت کلیه ذی‌نفعان در مراحل مختلف شناسایی مسئله، برنامه‌ریزی جهت رفع مشکل و اجرا و ارزیابی آن باشد. همچنین این ارتباطات در حوزه‌های مختلف مالی، انسانی، اطلاعاتی، پژوهشی می‌تواند شکل گیرد.

شکل ۴-۴: مدل ساده شکل‌گیری ارتباط مناسب بین ذی‌نفعان سلامت در استان



هرچند که در بخش سلامت پاره‌ای کمیته‌های بین‌بخشی نظیر کمیته استانی مبارزه با بیماری‌های غیر واگیر، کارگروه استانی پیشگیری و کنترل عفونت ایدز، کمیته سلامت روان، کمیته شیر، کمیته حفاظت از منابع آب، کمیته بحران، ... در حال فعالیت می‌باشند، اما کمیت و کیفیت این ارتباطات به هیچ وجه جوابگوی نیازهای سلامت استان نمی‌باشد.

در بعد مشارکت ذی‌نفعان، مشکلات قابل توجهی در سه سطح شناسایی مسئله، برنامه‌ریزی و نیز اجرا و ارزیابی در سطح استان وجود دارد و با توجه به ماهیت بین‌بخشی بسیاری از مسائل سلامت می‌بایست به نحوی این مشارکت افزایش پیدا کند. همچنین در این رابطه مکانیسم روشنی نیز برای مشارکت گروه‌های مختلف مردم و مصرف‌کنندگان خدمات وجود ندارد. جزیره‌ای عمل کردن سازمان‌ها در بسیاری از موارد منجر به تحمیل هزینه‌های زیاد بر سیستم سلامت استان می‌گردد. همچنین به علت تغییرات زیاد در نیروی انسانی و مدیریت‌ها، مشارکت‌های بین‌بخشی اندکی هم که در زمینه برخی مشکلات سلامت ایجاد می‌گردد با مشکل مواجه می‌گردد.



در بعد پژوهش نیز همکاری و ارتباطات مناسبی بین سازمان‌های مرتبط وجود ندارد و همکاری مناسبی در تعیین الویت‌های سلامت استان، انجام پژوهش و استفاده از نتایج آن در جهت ارتقاء وضعیت سلامت استان وجود ندارد. یکی دیگر از مشکلات ارتباطی، به ارتباط نامناسب دانشگاه‌های استان با بخش سلامت (ارتباط دانشگاه و صنعت) برمی‌گردد، که این باعث دورشدن پروژه‌ها، پایان نامه‌ها و کارهای پژوهشی انجام شده در سطح دانشگاه از واقعیت‌ها و مشکلات محیط سلامت استان می‌گردد.

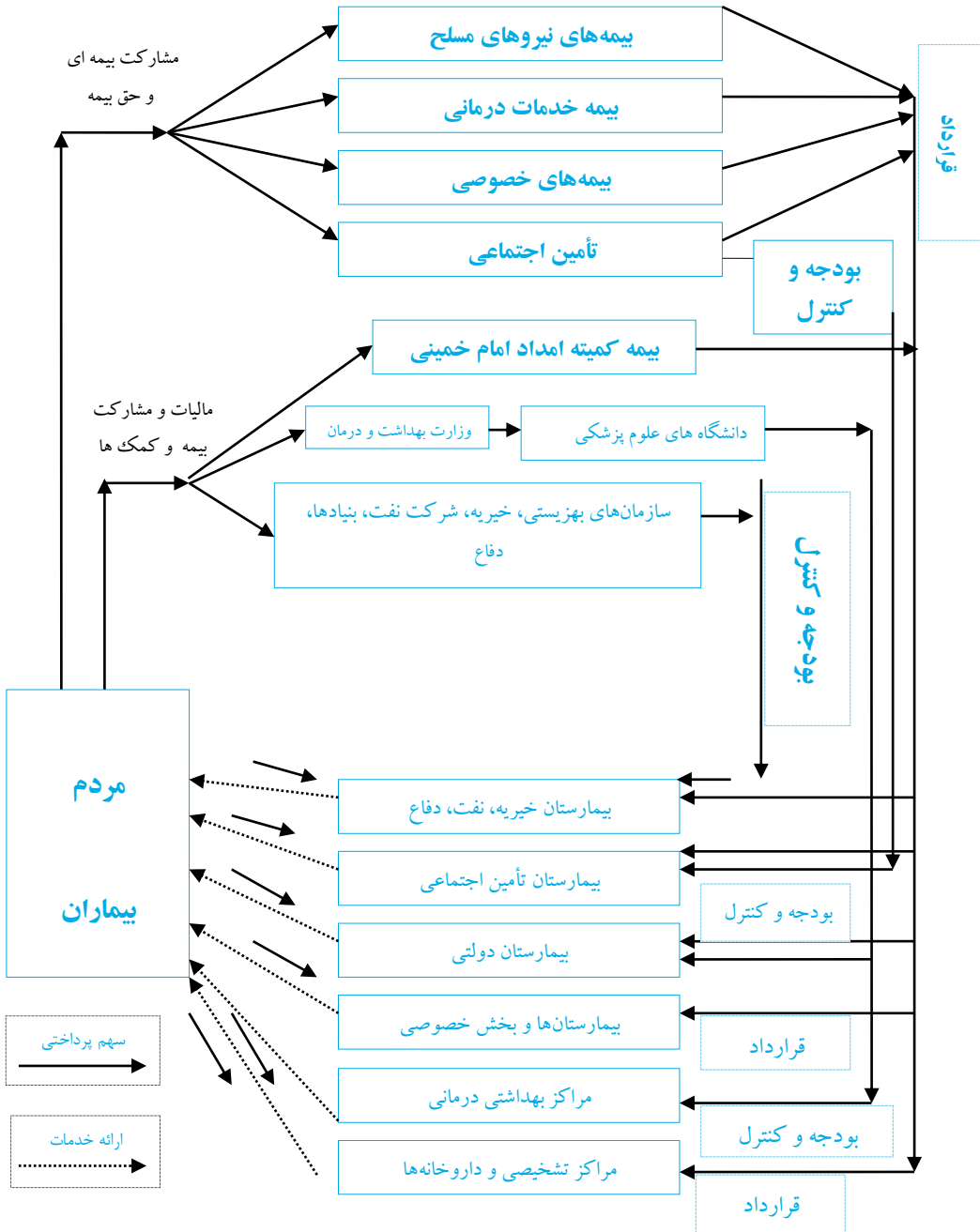
همچنین ارتباطات در جهت تسهیم نیروی انسانی در قالب طرح‌های مختلف ارتقاء سلامت استان به علل مختلف نظیر درگیری نیروی انسانی در سایر وظایف محوله و اولویت پایین سلامت و در نظر نگرفتن مشوق‌های لازم دچار مشکل می‌شود. در زمینه تبادلات اطلاعاتی درون و برون بخشی لازم، جهت ارتقاء سلامت استان نیز بخش سلامت استان با مشکلات عدیده‌ای مواجه می‌باشد.

یکی از راه کارهای مرتفع نمودن مشکلات ارتباطی فوق، تسری دولت الکترونیک در سازمان‌های مختلف مرتبط با سلامت و فراهم آوردن زمینه جریان اطلاعات بین بخش‌های مرتبط با سلامت در استان است.

یکی از مهمترین شکل‌های ارتباطات بین سازمانی در بخش سلامت استان در قالب ارتباطات مالی و نظارتی بین گروه‌های مختلف شکل می‌گیرد. شکل ۴-۵ نحوه تبادلات مالی بین سازمان‌ها و نیز نظارت اعمال شده توسط سازمان‌های بالادستی را در بخش سلامت استان را نشان می‌دهد



شکل ۴-۵: ارتباطات بین سازمانی در بخش سلامت استان در قالب ارتباطات مالی و نظارتی



## ۴-۵- تحلیل وضعیت نظام ارائه خدمات سلامت استان

در استان کرمان نیز همانند سایر نقاط کشور، نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی به عنوان یکی از سیاست‌های اصیل نظام سلامت تقریباً تمام فعالیت‌های بهداشتی و درمانی را تحت تأثیر قرار داده است. سطوح دسترسی موجود در این نظام، مبتنی بر عدالت در دسترسی به خدمات سلامت تبیین گردیده است.

جدول ۳-۴: وضعیت دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در استان کرمان در سال ۱۳۸۸

سال تاسیس	تعداد کل شاغلین اعم از قراردادی تا رسمی	وسعت منطقه تحت پوشش	جمعیت تحت پوشش	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
۱۳۵۶	۱۲۴۶۷ نفر	۱۱۷۸۳۶ کیلومتر مربع	۲۴۲۹۴۲۷ نفر	کرمان
۱۳۶۵	۱۷۱۱ نفر	۱۳۰۰۰ کیلومتر مربع	۲۸۲۸۴۱ نفر	رفسنجان
۱۳۸۸	۱۳۴۵ نفر	۵۰۰۰۰ کیلومتر مربع	۷۲۰۰۰۰ نفر	جیرفت

در این فصل ابتدا به تعریف ساختار ارائه خدمات سلامت در بخش‌های مختلف پرداخته و سپس به تحلیلی موجز در نظام ارائه خدمات، با نوعی تقسیم‌بندی کلی بسنده خواهد شد.

## ۴-۵-۱) ساختار ارائه خدمات سلامت در استان

## ۱-۱-۵-۴) بخش دولتی

## ۱-۱-۵-۴-۱) دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی:

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی علاوه بر وظایف آموزشی، تولید بهداشت و درمان را در استان بر عهده دارند. هر چند که دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان بعنوان دانشگاه مادر عمده وظایف تولیدی استان را عهده دار است، اما همزمان دو دانشگاه دیگر شامل دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان و جیرفت در تقسیم‌بندی استانی مناطق تحت پوشش خود را راهبری می‌نمایند.

جدول ۴-۴: توزیع بهورزان شاغل در خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشتی استان در سال ۱۳۸۸

شهرستان	بهورز مرد	بهورز زن
انار	۱۲	۱۶
بافت	۵۳	۹۱
بردسیر	۲۲	۳۵
بیم	۴۸	۶۷
جیرفت	۴۴	۷۹
راور	۶	۱۸
رفسنجان	۵۱	۹۷
رودبار	۱۷	۳۹
ریگان	۲۱	۳۱
زرنند	۳۶	۵۸
سیرجان	۴۱	۶۱
شهربابک	۳۰	۳۷
عنبرآباد	۳۶	۶۰
قلعه گنج	۲۲	۴۶
کرمان	۳۵	۸۷
کوهبنان	۶	۱۲
کهنوج	۲۶	۴۲
منوجان	۲۴	۵۵
استان	۵۳۰	۹۳۱

ساختار ارائه خدمات سلامتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی از سطوح محیطی به مرکز به گونه‌ای توسعه یافته است که در مرکز ساختار، فعالیت‌های «درمانی» نسبت به فعالیت‌های «بهداشتی» تقویت بیشتری یافته است. سطوح ارائه خدمات در بخش دولتی از خانه بهداشت به عنوان اولین جایگاه نظام تندرستی به «مراکز بهداشتی درمانی روستایی» و سپس بیمارستان‌ها و مراکز مدیریتی ختم می‌گردد و در شهرها نیز از پایگاه بهداشتی آغاز شده و رویه مشابهی را طی می‌نماید. به منظور آشنایی با این واحدها به شرح مختصری از وظایف و ارکان اشاره خواهد شد.



## خانه بهداشت

بهداشت محیطی ترین واحد ارائه خدمت در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور است. هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیایی به ویژه راه‌های ارتباطی و جمعیت، ممکن است یک یا چند روستا را تحت پوشش خدمات خود داشته باشد که به عنوان روستاهای اقماری و روستایی که خانه بهداشت در آن قرار دارد، روستای اصلی قلمداد می‌شود.

## الف) نیروی انسانی

ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه در خانه‌های بهداشت توسط بهورز انجام می‌گیرد. اصولاً بهورزان «خدمات ادغام یافته» سلامتی را در حد اولیه و ضروری به جمعیت تحت پوشش ارائه می‌نمایند. طبق استاندارد تعریف شده در نظام گسترش شبکه و با توجه به حجم خدمات، به طور متوسط به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در هر خانه بهداشت یک بهورز می‌تواند خدمات بهداشتی مورد نیاز را ارائه نماید (بهورزان افراد دارای مدرک تحصیلی سیکل یا دیپلم می‌باشند که بومی منطقه بوده و دو سال در آموزشگاه بهورزی آموزش دیده اند). ولی بر اساس شرایط فرهنگی و نیز نوع وظایف در نظر گرفته شده برای بهورزان، معمولاً ۲ بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت کار می‌کنند و باید بتوانند مراقبت‌های بهداشتی اولیه بهداشتی و درمانی مورد نیاز حدود ۲۰۰۰ نفر را ارائه دهند.

البته متمرکز بودن این جمعیت در یک نقطه یا پراکنده بودن آن در چند روستا، نقش تعیین کننده‌ای در حجم و گردش کار خانه بهداشت داشته و متناسب با آن ضوابطی برای نیروی انسانی شاغل در آن در نظر می‌گیرند. تا پایان سال ۱۳۸۸ حدود ۱۴۶۱ بهورز اعم از زن و مرد در خانه‌های بهداشت و نیز پایگاه‌های بهداشتی ستاره دار مشغول به خدمت بوده اند.

## ب) وظایف

وظایف بهورزان در خانه‌های بهداشت بسیار متنوع و در قالب دو وظیفه عمده بهداشتی و درمانی انجام می‌شود. وظایف درمانی بهورزان شامل درمان علامتی برخی از بیماری‌های ساده که برای آن آموزش دیده و داروهایی نیز تحت اختیار دارند تا ارجاع بیماران به پزشک مرکز بهداشتی درمانی روستایی است. اما عمده وظایف آنها شامل مراقبت و ارائه خدمات پیشگیری به گروه‌های پرخطر از جمله نوزادان، کودکان، زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله همسر دار، زنان باردار، زنان زایمان کرده، بیماران روانی، گروه‌های خاص دانش آموزی، شاغلین و... نیز توسط بهورزان ارائه می‌شود. اصولاً گروه‌های هدف بهورزان در سطحی بسیار جامع تعریف گردیده است و بر این اساس می‌توان وظایف کلی ذیل را برای آنها دسته بندی نمود:





- سرشماری سالانه و ثبت اطلاعات
- آموزش بهداشت عمومی
- تشکیل گروه‌های داوطلب و شوراهای محلی بهداشت
- مراقبت از زنان باردار
- مراقبت از کودکان
- تنظیم خانواده
- آموزش و مراقبت تغذیه ای
- ایمن سازی
- نظارت بر موازین بهداشت حرفه ای
- بازدید از منزل
- بیماریابی
- کمک‌های اولیه درمانی و پیگیری درمان
- بازتوانی و کمک به معلولان
- همکاری با دانشجویان
- ارجاع بیماران به سطوح بالاتر از پزشک مرکز، مراکز درمانی دولتی وابسته
- بهداشت محیط عمومی روستا، بهسازی محیط و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی

### مرکز بهداشتی درمانی روستایی

مجموعه ای از خانه‌های بهداشت در یک منطقه جغرافیایی، تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی واقع می‌گردد و این مرکز، تنها واحد پزشکی دولتی مستقر در مناطق روستایی است که بوسیله پزشک عمومی اداره می‌شود. این واحد ضمن نظارت بر فعالیت خانه‌های بهداشت و هدایت آنها نیازهای درمانی تخصصی و بستری جمعیت تحت پوشش خود را از طریق ارجاع و ارتباط با بیمارستان شهرستان تأمین می‌کند. هر مرکز بهداشتی درمانی با توجه به شرایط جغرافیایی حداقل ۶۰۰۰ نفر را تحت پوشش خود قرار می‌دهد. خدمات ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی، عمدتاً شامل ارائه خدمات پیشگیری و تشخیصی مرتبط با فعالیت کاردان‌های مورد نظر، پذیرش بیماران سرپایی و ارجاع بیماران به مراکز تخصصی است.



## الف- نیروی انسانی

شاغلین مراکز بهداشتی درمانی روستایی شامل: پزشک (پزشک خانواده)، بهداشتکار دهان و دندان یا دندانپزشک، کاردان، تکنسین یا کارشناس علوم آزمایشگاهی، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه‌ای، بهیار یا پرستار، تکنسین امور دارویی، بهیار، کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده، کاردان یا کارشناس مبارزه با بیماری‌ها، متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی، ماما، متصدی امور عمومی و راننده و خدمتگذار هستند. در حال حاضر تنها جایگاهی که به طور کامل دارای تیم سلامت و پزشک خانواده است، این مراکز می‌باشند که به ازای حداقل هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت یک پزشک و به ازای هر ۸۰۰۰ نفر، یک ماما ارائه خدمت می‌نمایند.

## ب- وظایف

عمده وظایف مراکز بهداشتی درمانی روستایی بدین شرح است:

- جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار
- کنترل و پیگیری اجرای برنامه‌ها
- همکاری با گروه‌های اعزامی از مرکز بهداشت
- پذیرش بیماران
- مشارکت در فعالیت‌های آموزش
- اعزام تیم‌های سیار
- اجرای برنامه‌های بهداشتی
- تحقیق و پژوهش



جدول ۵-۴: توزیع نیروی انسانی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان در سال ۱۳۸۸

شهرستان	پزشک	دندانپزشک	ماما	کاردان بهداشت بیماریها	کاردان بهداشت محیط	کاردان بهداشت خانواده	کارشناس بهداشت بیماریها	کارشناس بهداشت محیط	کارشناس بهداشت خانواده	تکنیسین بهداشتی	بهداشتکار دهان و دندان	سایر
انار	۱	۱	۲	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۷
بافت	۱۰	۰	۰	۳	۴	۴	۰	۲	۱	۲	۲	۴۲
بردسیر	۱	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۰	۰	۱	۲	۴
بم	۱۰	۱	۵	۳	۳	۵	۰	۲	۰	۶	۱	۲۴
جیرفت	۹	۳	۰	۴	۲	۳	۲	۳	۲	۴	۲	۲۸
راور	۴	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۷
رفسنجان	۱۹	۴	۱۴	۰	۴	۳	۰	۰	۱	۰	۶	۴۰
رودبار	۷	۰	۱	۵	۰	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۳
ریگان	۳	۰	۰	۴	۳	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۸
زرنند	۲	۰	۰	۳	۰	۷	۰	۰	۰	۰	۳	۲۶
سیرجان	۹	۴	۰	۴	۲	۵	۲	۱	۱	۰	۳	۲۸
شهربابک	۳	۰	۰	۱	۱	۴	۱	۰	۰	۰	۱	۱۱
عنبرآباد	۶	۰	۰	۶	۰	۵	۰	۱	۰	۱	۲	۶
قلعه گنج	۲	۰	۲	۳	۰	۴	۲	۰	۰	۰	۰	۵
کرمان	۶	۰	۰	۰	۱	۲	۲	۲	۰	۱	۳	۵
کوهبنان	۱	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲
کهنوج	۱	۰	۱	۳	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۱	۶
منوجان	۶	۰	۱	۶	۰	۶	۰	۰	۰	۰	۱	۱۶
استان	۱۰۰	۱۳	۲۷	۴۶	۲۴	۵۸	۹	۱۲	۵	۱۶	۲۸	۲۶۸



## پایگاه بهداشتی

کلیه خدمات بهداشتی که در روستا توسط خانه‌های بهداشت ارائه می‌شود، در مناطق شهری به عهده پایگاه بهداشت می‌باشد. مدیریت و هماهنگی داوطلبین بهداشتی که از نیروهای مردمی و در جهت آموزش و پیگیری برخی از خدمات بهداشتی هستند، در پایگاه‌های بهداشتی صورت می‌گیرد. رابطین بهداشتی، جمعیتی هستند که بصورت سازماندهی شده و مردمی، بصورت مستقیم در نظام بهداشتی ایفای نقش نموده و مشابه آن را نمی‌توان در سایر بخش‌های بهداشتی و درمانی یافت. یک پایگاه بهداشتی بطور متوسط جمعیتی در حدود ۱۲۵۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهد. لازم به ذکر است تعداد پایگاه‌های بهداشتی در سطح استان تا پایان سال ۱۳۸۸، ۱۰۹ پایگاه بوده و در مجموع تعداد ۵۹۴۳ داوطلب بهداشتی را سازماندهی نموده است.

## الف - نیروی انسانی

شاغلین هر پایگاه شامل ماما، کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده هستند و ممکن است به این مجموعه کاردان یا کارشناس بهداشتی با گرایش مبارزه با بیماری‌ها و خدمتگزار اضافه شود. در صورت وجود تعداد بالای واحدهای صنفی و کارگری در منطقه تحت پوشش، می‌توان کاردان یا کارشناس با گرایش بهداشت محیط و حرفه‌ای را نیز به مجموعه افزود.

## ب - وظایف

همانگونه که اشاره گردید وظایف شاغلین پایگاه‌های بهداشتی تقریباً شبیه به بهورزان است، اما سه تفاوت ویژه در اجرای وظایف می‌توان برشمرد:

- در پایگاه بهداشتی علاوه بر خدمات بهداشتی ارائه شده که در خانه بهداشت ذکر گردید، امکان گذاشتن آی. یو. دی و تهیه پاپ اسمیر نیز فراهم می‌باشد.
- مراجعه کارکنان به منازل الزامی نیست و پیگیری خدمات می‌تواند از طریق داوطلب بهداشت (رابط بهداشتی) و یا بوسیله تلفن و مکاتبه انجام گیرد.
- کارکنان پایگاه بهداشت شهری وظیفه پرداختن به خدمات درمانی حتی در حد داروی او.آر.اس را ندارند؛ ولی می‌توانند مراجعه کنندگان بیمار را با صدور معرفی نامه به مراکز بهداشتی درمانی یا پزشکان بخش خصوصی ارجاع دهند. نوع خدمات ارائه شده توسط کارکنان پایگاه‌های مذکور در برخی موارد بسته به سطح تحصیلات ایشان متفاوت می‌باشد.



جدول ۴-۶: توزیع نیروی انسانی شاغل در پایگاه‌های بهداشتی استان در سال ۱۳۸۸

تهران	ماما	کاردان مبارزه با بیماریها	کاردان بهداشت محیط	کاردان بهداشت خانواده	تکسین بهداشتی	کارشناس مبارزه با بیماریها	کارشناس بهداشت محیط	کارشناس بهداشت خانواده	سایر
انار	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
بافت	۱	۰	۱	۱	۱	۰	۲	۰	۱
بردسیر	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
بم	۴	۳	۱	۶	۲	۰	۱	۱	۱
جیرفت	۴	۱	۲	۴	۶	۰	۱	۰	۱
راور	۱	۱	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰
رفسنجان	۳	۰	۰	۸	۰	۰	۲	۴	۳
رودبار	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
ریگان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
زرنند	۰	۰	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰
سیرجان	۸	۱	۳	۱۰	۵	۳	۲	۱	۰
شهربابک	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
عنبرآباد	۲	۱	۱	۱	۱	۰	۰	۰	۰
قلعه گنج	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
کرمان	۲۵	۰	۴	۲۶	۱۲	۳	۱۰	۲۰	۷
کوهبنان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
کهنوج	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
منوجان	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
استان	۴۷	۷	۱۲	۵۸	۲۷	۶	۱۶	۲۵	۱۲

### مرکز بهداشتی درمانی شهری

این واحد برحسب تراکم جمعیت، یک یا چند پایگاه بهداشت شهری را تحت پوشش خود قرار می‌دهد. کلیه وظایف مرکز بهداشتی درمانی روستایی در قبال خانه‌های بهداشت را این مرکز در قبال پایگاه‌های بهداشتی شهری برعهده دارد. تفاوت عمده این واحد با مرکز بهداشتی درمانی روستایی، در مراجعه مستقیم بیماران به



این مرکز است، تا زمانی که دستورالعمل مراجعه بیمه شدگان شهری تغییر نیافته است. مراجعه بیمار به این مراکز لازم نیست حتماً از طریق ارجاع از پایگاه‌های بهداشت صورت گیرد. بیماران می‌توانند بطور مستقیم به پزشکان این مراکز مراجعه کنند. بدلیل فعال بودن سایر بخش‌های درمانی اعم از خصوصی، دولتی و خیریه در شهرها، فعالیت‌های درمانی در مراکز بهداشتی درمانی شهری بدلیل کاهش مراجعات، محدود بوده و عمده فعالیت این مراکز به وظایف بهداشتی و پیشگیری معطوف گردیده است. هر مرکز بهداشتی درمانی شهری، جمعیتی حدود ۵۰/۰۰۰ نفر را تحت پوشش قرار می‌دهد.

### الف- نیروی انسانی

شاغلین مراکز بهداشتی درمانی شهری شامل پزشک عمومی، بهداشتکار دهان و دندان یا دندان‌پزشک، پرستار یا بهیار، ماما، کاردان، کارشناس یا تکنسین علوم آزمایشگاهی، کارشناس یا کاردان رادیولوژی، داروساز یا تکنسین امور دارویی، کاردان بهداشت، متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی، متصدی امور عمومی و راننده و خدمتگزار هستند.

### ب- وظایف

عمده وظایف شاغلین مراکز بهداشتی درمانی شهری بدین شرح است:

- جمع‌آوری اطلاعات و آمار
- کنترل و پیگیری اجرایی برنامه‌ها در پایگاه‌ها
- شرکت در فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و آموزش دانشجویان
- کمک به مراقبت از زنان باردار نیازمند به مراقبت‌های ویژه
- بازدید از مدارس و سنجش سلامت دانشجویان توسط پزشکان به ویژه در دو مقطع دبستان و راهنمایی
- پذیرش بیماران و در صورت لزوم ارجاع آن‌ها به بیمارستان
- ارائه خدمات بهداشت دهان و دندان در جمعیت تحت پوشش به ویژه در مدارس تحت پوشش



جدول ۴-۷: توزیع نیروی انسانی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی شهری استان در سال ۱۳۸۸

شهرستان	پزشک	دندان پزشک	ماما	کار دان بهداشت مجیط	کار دان بهداشت خانواده	کار شناس مبارزه با بیماریها	کار شناس بهداشت محیط	کار شناس بهداشت خانواده	تکبیین بهداشتی	بهداشتکار دهان و دندان	سایر
انار	۶	۱	۳	۲	۵	۰	۰	۰	۱	۰	۵
بافت	۱۱	۳	۶	۴	۷	۱	۳	۰	۶	۱	۲۵
بردسیر	۶	۱	۳	۳	۷	۰	۲	۲	۳	۲	۱۲
بم	۱۰	۵	۶	۸	۱۲	۰	۰	۰	۰	۰	۱۹
جیرفت	۷	۳	۲	۱	۳	۰	۴	۰	۵	۲	۱۹
راور	۱	۰	۱	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۷
رفسنجان	۲۷	۵	۱۵	۳	۲۰	۰	۶	۴	۸	۱	۷۴
رودبار	۳	۰	۳	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰
ریگان	۱	۰	۳	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۵
زرنند	۸	۲	۶	۳	۸	۰	۰	۰	۴	۰	۲۱
سیرجان	۹	۳	۵	۲	۵	۱	۱	۲	۶	۳	۲۰
شهربابک	۹	۰	۴	۲	۷	۰	۰	۰	۷	۳	۲۴
عنبرآباد	۳	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۴
قلعه گنج	۱	۰	۳	۲	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۳
کرمان	۴۱	۱۷	۲۰	۶	۷	۵	۱۲	۱۸	۸	۶	۱۰۰
کوهستان	۲	۱	۲	۱	۳	۰	۱	۰	۳	۰	۹
کهنوج	۵	۲	۵	۳	۵	۰	۰	۰	۰	۰	۹
منوجان	۲	۰	۳	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۷
استان	۱۵۲	۴۳	۹۰	۳۳	۹۶	۷	۲۸	۲۶	۵۲	۱۸	۳۶۳

### مرکز بهداشت شهرستان و مدیریت شبکه بهداشت و درمان

در ادامه سطوح مذکور، مرکز بهداشت شهرستان و مدیریت شبکه بهداشتی درمانی، به عنوان سطوح مدیریتی و هماهنگ کنندگان فعالیت‌های بهداشتی و درمانی ایفای نقش می نمایند ذکر این نکته ضروری به نظر می رسد که در استان کرمان بر خلاف سایر استان‌های کشور، رئیس مرکز بهداشت، معاون بهداشتی مدیر شبکه محسوب نمی شود و تا حد زیادی استقلال نسبی دارد که این امر به جهت توجه به سطوح محیطی و تمرکز ویژه بر نیازهای عملیاتی از اهمیت بسیاری برخوردار است. مراکز بهداشت عمدتاً مدیریت و رهبری



خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری را عهده دار بوده و شبکه‌های بهداشت و درمان بصورت غیر مستقیم مراکز بهداشت را تحت نظارت داشته و از طرف دیگر تولید درمان شهرستان تحت پوشش، خصوصاً مرکز شهرستان را از بعد بستری به عهده دارد.

جدول ۸-۴: توزیع نیروی انسانی شاغل در مراکز بهداشت استان اعم از واحدهای ستادی و آموزشگاه بهورزی در سال ۱۳۸۸

مرکز بهداشت شهرستان	ستاد مرکز بهداشت	آموزشگاه بهورزی
استان	۶۱ ۷	۷۹
منوجان	۲۵	-
کهنوج	۴۶	۶
کوهپایان	-	-
کرمان	۸۴	۷
قلعه گنج	-	-
عنبرآباد	۲۷	-
شهربابک	۴۳	۹
سیرجان	۴۱	۷
زرنده	۵۱	۱۰
ریگان	-	-
رودبار	-	-
رفسنجان	۹۰	۱۱
راور	۲۹	-
جیرفت	۴۵	۷
بج	۴۸	۷
بیردسر	۳۸	۵
بافت	۴۱	۱۰
انار	۹	-

### معاونت بهداشتی و مرکز بهداشت استان

مراکز بهداشت استان مجموعه‌هایی هستند که برنامه‌های بهداشتی استان را از طریق مراکز بهداشت شهرستان‌ها رهبری می‌نمایند و در تشکیلات اداری دانشگاه‌های استان دارای جایگاه «معاونت بهداشتی» هستند. این واحدها عمدتاً روند اجرایی مراقبت‌های بهداشتی در گروه‌های سنی، جنسی، شغلی و مکان‌های عمومی مربوط به برنامه‌های مختلف براساس سیاست‌های کشور و نیازهای استان را مدیریت و نظارت می‌نمایند. بر این اساس، تدوین و آماده سازی راهکارهای مناسب هر برنامه، بهداشتی و نیز پایش و ارزشیابی این برنامه‌ها با تکیه بر تحقیق در مسائل مختلف بهداشتی منطقه و آموزش ضمن خدمت کارکنان، از اقدامات اساسی این معاونت محسوب می‌شوند.





نیروی انسانی موجود در این واحدها حسب نیاز فنی از رده‌های کاردانی تا کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری متفاوت بوده و در گروه‌های کارشناسی شامل:

۱- پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها (بیماری‌های واگیر و غیر واگیر)

۲- بهداشت محیط و حرفه ای

۳- سلامت خانواده و جمعیت

۴- سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس و بهداشت دهان و دندان

۵- گسترش شبکه و نیز سایر واحدهایی همچون: واحد آموزش بهداشت، امور آزمایشگاه‌ها، بهداشت روان، بهبود تغذیه، امور دارویی و آموزشگاه بهورزی با وظایف خاص اداره می‌شود (۲۱، ۲۲، ۲۳).

## معاونت درمان

معاونت‌های درمان دانشگاه‌های استان نیز وظیفه نظارت بر امور درمانی حوزه سلامت را در جمعیت تحت پوشش بر عهده دارند. این وظایف از منظر تشکیلاتی، از طریق رهبری شبکه‌های بهداشتی در شهرستان‌ها اعمال می‌گردد؛ لیکن در مراکز شهرستان محل استقرار، در بخش دولتی (دانشگاهی) بیمارستان‌های آموزشی ملزم به انجام این وظایف می‌باشند. گستره وظایف معاونت‌های درمان شامل نظارت بر حسن اجرای ضوابط و نیز برنامه ریزی برای ارتقاء سطح کارایی مؤسسات آموزشی و درمانی تابعه و ارزشیابی و اعتبار بخشی بیمارستانها و نظارت بر امور مؤسسات درمانی و خدمات پاراکلینیکی، اعم از دولتی و غیر دولتی است. علاوه بر این حوزه معاونت درمان بر نحوه اجرای برنامه‌های مربوط به سلامت مادران، کودکان و نوزادان کنترل داشته و نسبت به بررسی و مطالعه در زمینه نیازهای شبکه‌های بهداشتی درمانی استان و نیز گسترش نیروی انسانی و تأمین تجهیزات مربوطه فعالیت می‌نماید. از دیگر وظایف مهم این معاونت، صدور مجوز تأسیس مؤسسات بهداشتی درمانی، بررسی حدود صلاحیت حرف پزشکی در ارائه خدمات، کنترل کیفی خدمات مختلف، خصوصاً آزمایشگاه‌های تشخیص طبی و ... است.



## ۲-۱-۱-۵-۴) اداره کل بیمه خدمات درمانی استان کرمان

با مأموریت تعمیم پوشش بیمه پایه درمان برای کلیه اقشار بیمه نشده جامعه، به منظور دسترسی به خدمات و مراقبت‌های تشخیصی درمانی، جمعیتی بالغ بر ۱/۷۰۰/۰۰۰ نفر (تا انتهای سال ۱۳۸۸) از کارمندان رسمی دولت (اعم از شاغل و بازنشسته)، روستاییان، خویش فرما (مختص اتباع خارجی با حق سرانه معین شده از سوی دولت)، بیمه ایرانیان (یکی از صندوق‌های بیمه ای اداره کل بیمه خدمات درمانی استان می باشد، که افراد فاقد پوشش بیمه ای قبل از بستری شدن، با پرداخت حق بیمه معین شده از سوی دولت نسبت به دریافت دفترچه اقدام کرده و جهت دریافت خدمات از مزایای بیمه ایرانیان بهره‌مند می‌شوند.

جدول ۹-۴: موسسات طرف قرارداد اداره کل بیمه خدمات درمانی استان در سال ۱۳۸۸ به تفکیک شهرستان

موسسه - شهرستان	عمومی	منخصص	فوق تخصص	دندان پزشکی	داروخانه	آزمایشگاه	پرتو پزشکی	توانبخشی	درمانگاه	بیمارستان	مرکز جراحی محدود	جمع
بافت	۱۲	۷	۰	۵	۷	۱	۰	۲	۴	۱	۰	۳۹
بردسیر	۹	۴	۰	۰	۷	۱	۰	۱	۲	۱	۰	۲۵
بم	۱۶	۲۰	۰	۵	۱۴	۲	۲	۱	۲	۲	۰	۶۴
جیرفت	۱۶	۲۳	۰	۷	۸	۳	۲	۵	۳	۲	۰	۶۹
راور	۴	۱	۰	۱	۲	۰	۰	۲	۱	۱	۰	۱۲
رودبار	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۳
رفسنجان	۱۹	۲۴	۳	۱	۲۱	۵	۱	۴	۱۰	۳	۱	۹۲
زرنج	۱۱	۱۶	۰	۵	۷	۲	۱	۴	۳	۲	۰	۵۱
سیرجان	۲۹	۳۲	۰	۱۱	۲۱	۵	۳	۸	۵	۲	۰	۱۱۶
شهربابک	۸	۵	۰	۱	۷	۱	۰	۲	۳	۱	۰	۲۸
عنبرآباد	۳	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۶
قلعه گنج	۲	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۴
کرمان	۱۰۴	۱۸۹	۳۱	۳۲	۱۰۱	۲۲	۱۷	۱۴	۲۰	۱۱	۶	۵۴۷
کوهبنان	۳	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۶
کهنوج	۹	۶	۰	۲	۴	۱	۱	۱	۲	۱	۰	۲۷
منوجان	۲	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۵
جمع	۲۴۸	۳۲۷	۳۴	۷۰	۲۰۶	۴۳	۲۷	۴۴	۶۱	۲۷	۷	۱۰۹۴



لازم به ذکر است که خدمات ارائه شده تحت پوشش این بیمه پایه، مشابه بیمه کارمندان دولت بوده و تفاوت تنها در میزان حق بیمه پرداختی توسط افراد مشمول می باشد) و سایر اقشار (همچون ایشارگران، مددجویان بهزیستی، دانشجویان، طلاب، اصناف و ...) را تحت پوشش قرار داده است. بیمه شدگان این سازمان از خدمات درمانی سرپایی و بستری بخش‌های خصوصی و دولتی در حد تعرفه‌های دولتی استفاده نموده و مابه التفاوت تعرفه بخش خصوصی و دولتی، در صندوق کارکنان دولت توسط بیمه‌های تکمیلی و در سایر موارد توسط خود فرد پرداخت می گردد. این اداره کل با یازده اداره در سطح شهرستان‌های بزرگ و پنج نمایندگی رسمی و باجه‌های وابسته در شهرستان‌های جدیدالتأسیس زیر نظر سازمان بیمه خدمات درمانی کشور مشغول به فعالیت می باشد. این اداره کل در طول پنج سال گذشته بعنوان خریدار خدمات پزشک خانواده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و بخش خصوصی همراه با بیمه درمان رایگان جمعیت روستایی و عشایری و همچنین ساکنین نقاط زیر بیست هزار نفر اهمیت ویژه ای یافته است.

### ۳-۱-۱-۴) اداره کل بهزیستی استان

یکی از مهمترین دستگاه‌های حمایتی است که علاوه بر ارائه خدمات عمومی حمایتی نسبت به توان بخشی آسیب دیدگان جسمی و روانی و اجتماعی، پیشگیری از معلولیت و آسیب‌های اجتماعی، کنترل و ساماندهی آسیب‌های اجتماعی و نیز حفظ کیان خانواده‌های آسیب پذیر، فعالیت می نماید؛ این خدمات معمولاً رایگان است.

جدول ۱۰-۴: انواع خدمات و پوشش‌های حمایتی بهزیستی استان کرمان - مرتبط با سلامت - در سال ۱۳۸۸

تعداد موارد یا افراد تحت پوشش	خدمات مرتبط با سلامت
۱۱۶۴۱۴	پوشش خدمات پیشگیری از معلولیت‌ها
۹۴۷۵	پوشش خدمات حمایتی معلولین
۲۰۸۳	موارد حمایت از سالمندان و معلولین در مراکز نگهداری
۸۳۳۸	موارد خدمات اورژانس اجتماعی - خانه سلامت - کودکان خیابانی
۱۱۶۴۱۴	پوشش خدمات پیشگیری از معلولیت‌ها (پیشگیری از تبلی چشم، غربالگری شنوایی، مشاوره ژنتیک و آگاه سازی)
۲۰۵۷۴	موارد خدمات توان بخشی (فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، اندام سازی و اعطای وسایل کمک توان بخشی)
۳۶۱۹۳۸	پوشش خدمات پیشگیری از اعتیاد و آسیب‌های اجتماعی (آموزش مهارت‌های زندگی، پیشگیری، درمان و کاهش آسیب، خدمات مشاوره ای)



#### ۴-۱-۱-۱-۴) بنیاد شهید و امور ایثارگران

بنیاد امور ایثارگران استان علاوه به وظایف عمومی جهت حمایت از ایثارگران و خانواده‌های ایشان، مسئولیت حفظ و ارتقاء سطح سلامت و توان بخشی جامعه تحت پوشش را بهعهده دارد. خدمات معاونت بهداشت و درمان این بنیاد در بخش‌های بهداشت، آموزش، بیمه همگانی، بیمه مکمل و صندوق ذخیره فنی، خدمات درمانی (سرپایی و بستری)، تأمین دارو، تهیه و تأمین و توزیع تجهیزات پزشکی در جهت ارتقاء سلامت و توان بخشی جامعه هدف و در راستای اهداف اصلی سازمان تعریف شده است. تخصیص این خدمات حمایتی بسته به گروه‌های مختلف از جمله آزادگان، خانواده‌های شاهد و نیز میزان جانبازی متفاوت است.

#### ۴-۱-۱-۱-۵) اداره کل انتقال خون استان کرمان

اداره کل انتقال خون استان کرمان در سال ۱۳۶۲ با هدف تأمین خون مورد نیاز مراکز درمانی و بیماران سطح استان تأسیس گردید. این اداره کل طی ۲۷ سال اخیر نظر به اینکه تنها متولی در تأمین خون و فرآورده‌های خونی مورد نیاز استان می‌باشد، به پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه‌های مختلف از جمله گسترش ارائه خدمات، ارتقاء سطح علمی و بروز رسانی فن آوری‌های مورد استفاده دست یافته است. هم‌اکنون اداره کل انتقال خون استان کرمان دارای چهار پایگاه اهدای خون در سطح شهرستان کرمان بوده و نیز پنج پایگاه اقماری اهدای خون در شهرستان‌های سیرجان، رفسنجان، جیرفت، بم و کهنوج را تحت پوشش خود دارد. اهم وظایف این اداره کل در راستای رسیدن به هدف تأمین خون سالم و کافی عبارتند از: بهینه‌سازی نظام اهدای خون، بهینه‌سازی مصرف خون و فرآورده‌های خونی، استقرار نظام تضمین کیفیت و مراقبت از خون، توسعه فن آوری IT و استقرار نظام مدیریت اطلاعات و آمار، توسعه فن آوری‌های نوین انتقال خون، بهینه‌سازی نظام آموزش و پژوهش، توسعه صنعت پلاسما و جلب حمایت همه جانبه سایر ارگان‌های ذیربط. تأمین سلامت خون و فرآورده‌های خونی تولید شده با توجه به افزایش شیوع بیماری‌های منتقله از طریق خون، رکن اصلی فعالیت این سازمان می‌باشد و در راستای تأمین این هدف، غربالگری اهداکنندگان خون، آموزش اهداکنندگان خون و استفاده از آخرین نسل کیت‌های آزمایشگاهی در دستور کار این سازمان قرار دارد.

#### ۴-۱-۱-۲) بخش‌های عمومی غیر دولتی و نظامی

##### ۴-۱-۱-۲-۱) اداره کل تأمین اجتماعی استان کرمان

به عنوان دومین ارائه‌کننده درمان در استان جمعیتی بالغ بر ۹۲۷۰۰۰ بیمه‌شده اعم از اصلی، تبعی و مستمری بگير را تا پایان سال ۱۳۸۸ در حوزه سلامت استان تحت پوشش قرار داده است. این اداره کل از طریق مدیریت درمان تأمین اجتماعی وظیفه راهبری مراکز تابعه در بخش درمان مستقیم و نیز خرید خدمت از مراکز دولتی و



غیردولتی را برعهده دارد. درحوزه درمان مستقیم از سه بیمارستان آیت ... کاشانی (با ۲۰۲ تخت فعال)، بیمارستان غرضی سیرجان (با ۱۳۷ تخت فعال) و بیمارستان امام علی (ع) (با ۱۰۶ تخت فعال) و ۱۳ مرکز بهداشتی درمانی (در شهرهای بم، کهنوج، جیرفت، بافت، سیرجان، رفسنجان، کوهبنان، شهربابک، بردسیر و مراکز بهداشتی درمانی شماره ۱، ۲، ۳ و ۴ در شهر کرمان) برای ارائه خدمات تشخیصی و درمانی به صورت رایگان به بیمه شدگان تأمین اجتماعی (با اخذ فرانشیز براساس تعرفه‌های دولتی برای سایر بیمه‌ها) استفاده می نماید. درحوزه درمان غیرمستقیم دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی کرمان متولی خرید خدمت به بیمه شدگان، از طریق عقد قرارداد با کلیه مراکز تشخیصی درمانی اعم از دولتی و خصوصی است که در این راستا با حدود ۱۳۹۵ مؤسسه طرف قرارداد می باشد.

جدول ۱۱-۴: فعالیتهای درمان مستقیم مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان کرمان در سال ۱۳۸۸

تعداد مراجعات فیزیوتراپی	تعداد مراجعات پر توکاری	تعداد مراجعات آزمایشگاهی	تعداد نسخ دارویی	تعداد جراحی‌ها	تعداد زایمان	تعداد بستری شدگان	تعداد مراجعات سرپایی (بزرگ و دندانپزشک)
۲۳۴۲۴	۱۰۵۷۱۱	۲۹۹۰۶۳	۱۶۴۶۳۲۹	۱۹۲۵۵	۹۳۴۵	۴۰۷۱۱	۱۸۷۵۷۵۹



جدول ۱۲- ۴: مؤسسات طرف قرارداد تأمین اجتماعی استان در سال ۱۳۸۸ به تفکیک شهرستان

شهرستان - مؤسسه	عمومی	متخصص	فوق تخصص	دندان پزشکی	داروخانه	آزمایشگاه	پرتو پزشکی	نوابشی	درمانگاه	بیمارستان	محدود	مزاجراحی	جمع
بافت	۱۵	۹	۰	۴	۸	۲	۰	۰	۱	۱	۰	۴۰	
بردسیر	۷	۴	۰	۰	۴	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۱۷	
بیم	۱۸	۲۱	۰	۶	۱۵	۳	۴	۱	۱	۲	۰	۷۱	
جیرفت	۱۹	۲۳	۰	۷	۹	۵	۳	۰	۲	۲	۰	۶۸	
راور	۴	۱	۰	۱	۲	۰	۰	۰	۱	۱	۰	۹	
رودبار	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
رفسنجان	۲۰	۲۸	۳	۱	۲۴	۶	۳	۱	۸	۳	۱	۹۸	
زرنند	۱۱	۲۱	۰	۵	۷	۴	۱	۰	۱	۱	۰	۵۱	
سیرجان	۳۳	۳۵	۰	۱۳	۲۱	۷	۴	۱	۳	۱	۰	۱۱۸	
شهربابک	۹	۵	۰	۳	۷	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۲۷	
عنبرآباد	۲	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۳	
قلعه گنج	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	
کرمان	۱۱۹	۲۱۲	۳۲	۳۷	۱۰۶	۳۴	۳۲	۲	۱۳	۹	۴	۶۰۰	
کوهبنان	۳	۰	۰	۱	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۵	
کهنوج	۶	۶	۰	۰	۵	۲	۱	۰	۱	۱	۰	۲۱	
منوجان	۲	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۴	
جمع	۲۶۹	۳۶۵	۳۵	۷۸	۲۱۲	۶۵	۴۸	۵	۲۸	۲۳	۵	۱۱۲۳	

## ۲-۲-۱-۵-۴) اداره کل تأمین اجتماعی نیروهای مسلح استان کرمان

اداره کل تأمین اجتماعی نیروهای مسلح استان کرمان به عنوان سازمان تسهیل گر و هماهنگ کننده و نیز اداره خدمات درمانی نیروهای مسلح استان کرمان به عنوان مجری امر در سطح استان، وظیفه ارائه خدمات درمانی و تأمین هزینه درمانی کارکنان، بازنشستگان و مستمری بگیران نیروهای مسلح و سربازان و وظیفه و عائله تحت تکفل آنها اعم از ارتش، سپاه پاسداران و نیروی انتظامی را بر عهده دارد. بیمه شدگان نیروهای مسلح تحت پوشش سه نوع بیمه درمانی قرار دارند که شامل:

الف) بیمه اولیه، که همان بیمه همگانی و پایه عمومی کشور است.



ب) بیمه مکمل، که تمامی بیمه شدگان دارای دفترچه درمانی را همزمان تحت پوشش دارد.

ج) بیمه حمایتی، که جهت بیمه شدگان مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج و معسرین، خدمات ویژه و فراتری نسبت به دو بیمه قبل ارائه می‌دهد.

مراکز وابسته به نیروهای مسلح در سطح استان شامل: بیمارستان سیدالشهدا (وابسته به نیروی انتظامی)، بیمارستان ۵۷۹ خانواده و درمانگاه هوانیروز (وابسته به ارتش)، بیمارستان فاطمه الزهرا، مرکز بهداشتی درمانی محمودی و درمانگاه شهید کلاهدوز (وابسته به سپاه پاسداران انقلاب اسلامی)، علاوه بر ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری با فرانشیز رایگان برای پرسنل نظامی و خانواده آنان، بخشی از ظرفیت خود را به پذیرش سایر بیمه شدگان و نیز عموم مردم با نرخ نیمه خصوصی اختصاص داده‌اند.

جدول ۱۳-۴: مؤسسات طرف قرارداد اداره کل خدمات درمانی نیروهای مسلح استان در سال ۱۳۸۸ به تفکیک شهرستان

شهرستان - موسسه	عمومی	متخصص	فوق تخصص	دندان پزشکی	داروخانه	آزمایشگاه	پرتو پزشکی	توانبخشی	درمانگاه	بیمارستان	مرکز جراحی محدود	جمع
بافت	۸	۷	-	۳	۶	۱	۱	۱	۴	۱	-	۳۲
بردسیر	۵	۱	-	۱	۵	۱	-	-	۱	۱	-	۱۵
بم	۱۵	۲۱	-	۳	۱۰	۲	۳	۲	۶	۳	-	۶۵
جیرفت	۱۶	۲۲	-	-	۱۲	۳	۳	۱	۵	۲	-	۶۴
راور	۵	۱	-	۱	۲	-	-	۲	۱	۱	-	۱۳
رودبار	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	۰
رفسنجان	۶	۱۴	۲	۱	۱۵	۶	۲	۴	۱۰	۴	-	۶۴
زرنند	۱۰	۱۶	-	-	۹	۲	۱	۲	۶	۲	-	۴۸
سیرجان	۱۹	۳۳	-	۵	۲۰	۴	۳	۷	۶	۳	-	۱۰۰
شهربابک	۱۰	۷	-	۱	۷	۱	-	۱	۴	۱	-	۳۲
عنبرآباد	۱	-	-	-	۱	-	-	-	۱	-	-	۳
قلعه گنج	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
کرمان	۷۵	۲۲۰	۲۳	۱۲	۱۰۵	۲۵	۱۷	۱۴	۳۰	۱۱	۶	۵۳۸
کوهبنان	۳	-	-	۲	۲	-	-	-	۲	-	-	۹
کهنوج	۷	۵	-	-	۷	۲	۱	۱	۳	۱	-	۲۷
منوجان	۳	-	-	۱	۴	-	-	-	۱	۱	-	۱۰



ضمناً بیمه شدگان این سازمان می‌توانند با رجوع به سایر مراکز غیر ملکی طرف قرارداد، با پرداخت فرانشیز تعیین شده که در بخش بستری دولتی رایگان و در بخش خصوصی ۳۵-۳۰٪ هزینه درمان است از خدمات مربوطه استفاده نمایند. به نظر می‌رسد که در سال‌های اخیر این سازمان در قیاس با سایر سازمان‌های بیمه‌گر رضایتی نسبی در بیمه شدگان و نیز مراکز طرف قرارداد پدید آورده باشد.

### ۳-۱-۵-۴) بخش خصوصی

بخش خصوصی با همراهی بخش خیریه از نخستین بخش‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی استان محسوب می‌گردند؛ اما به رغم سوابق طولانی نتوانسته است ظرفیت عمده‌ای را در بخش بستری کسب نماید. سهم مؤسسات خصوصی عمدتاً مربوط به خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی است و در بخش بستری سهم کمی را به خود اختصاص داده است. مراجعین به بخش خصوصی با پرداخت کامل هزینه‌ها بصورت آزاد و یا پرداخت مابه‌التفاوت هزینه‌های متقبل شده از سوی بیمه‌های پایه و یا بیمه‌های تکمیلی، خدمات مورد نظر را دریافت می‌نمایند. تعرفه‌های خدمات این بخش توسط شورای هماهنگی سازمان نظام پزشکی استان تصویب و ابلاغ می‌گردد.

به رغم توسعه و تجهیز مراکز درمانی و بهره‌مندی از توان علمی تیم سلامت در بخش دولتی، اقبال مؤسسات خصوصی در درمان سرپایی بالاتر بوده و اعتماد بیشتری را به خود جلب نموده‌اند. فعالیت‌های بخش سرپایی عمدتاً مربوط به مطب‌ها، دفاتر کار، آزمایشگاه‌های تشخیص بالینی، داروخانه‌ها، مراکز پرتونگاری و سایر مؤسسات ذیربط است. این در حالی است که «درمان بستری» در بخش خصوصی از نظر ساختارهای متناسب و مورد نیاز، رشد چندانی نداشته و محدود به دو بیمارستان قدیمی ارجمند و راضیه فیروز و بیمارستان تازه تأسیس مهرگان بوده است؛ البته ریشه این دو بیمارستان قدیمی، از نظر ماهوی خیریه و وقف محسوب می‌گردد و به تدریج ساختار آنها به نوع خصوصی استحاله یافته است.

### ۴-۱-۵-۴) بخش خیریه

به نظر می‌رسد سابقه فعالیت خیریه‌ها به معنای عام آن، از کلیه بخش‌های دولتی و غیردولتی قدیمی‌تر باشد. هر چند که تفکیک بخش‌های خیریه به معنای اصیل بدلیل آمیختگی با سایر بخش‌های دولتی و غیردولتی بسیار دشوار است، اما نمی‌توان منکر تأثیر «خیریه» یا «وقف» در نظام سلامت استان بود؛ خصوصاً اینکه با کمبود اعتبارات دولتی، زمینه فعالیت این بخش روز به روز مهیاتر می‌گردد.





## ۱-۴-۱-۵-۴) کمیته امداد امام خمینی (ره)

به عنوان بزرگترین تشکیلات خیریه ضمن انواع پوشش های حمایتی برای اقشار نیازمند و آسیب پذیر به منظور تأمین سلامت افراد تحت پوشش نسبت به خرید خدمات درمانی از بخش های دولتی و غیر دولتی، برای بیمه شدگان خویش اقدام می نماید. این نهاد با بهره گیری از نوعی نظام ارجاع و پزشک خانواده سعی نموده است ضمن کنترل هزینه ها نسبت به تأمین خدمات درمانی برای بیش از ۷۰۰۰۰ نفر از بیمه شدگان تحت پوشش و پرداخت بخشی از هزینه های درمانی و جنبی به حدود ۳۰۰۰۰۰ نفر از اقشار نیازمند در سال ۱۳۸۸ اقدام نماید. علاوه بر این اجرای طرح هایی همچون رفع سوء تغذیه کودکان زیر ۶ سال، آموزش بهداشت و بهسازی فضاها و کارگاه های خودکفایی، از دیگر فعالیت های این نهاد در جهت سلامت افراد تحت پوشش بوده است.

جدول ۱۴-۴: جدول موسسات طرف قرارداد کمیته امداد امام خمینی ره در سال ۱۳۸۸ به تفکیک شهرستان

شهرستان	عمومی	مختص	فوق تخصص	دندان پزشکی	داروخانه	آزمایشگاه	پرتو پزشکی	توانبخشی	درمانگاه	بیمارستان	مرکز جراحی محدود	جمع
کرمان	۱۳	۱۰۳	۱۵	۱۰	۴۹	۱۸	۸	۱۱	۶	۱۱	۵	۲۴۹
بافت	۳	۴	-	۲	۵	۱	۱	۱	-	۱	-	۱۸
بردسیر	۳	۴	-	۱	۲	-	-	۱	-	۱	-	۱۲
بم	۶	۱۳	۱	۶	۷	۲	۱	۲	-	۲	-	۴۰
جیرفت	۴	۱۹	۱	۴	۵	۳	۱	۱	-	۲	-	۴۰
راور	۲	-	-	۱	۱	-	-	-	۱	۱	-	۶
رابر	۱	-	-	-	۱	-	-	-	-	-	-	۲
رفسنجان	۳	۸	-	-	۵	۲	۱	۲	۱	۳	-	۲۵
زرنند	۲	۳	-	۳	۳	۱	-	-	-	۲	-	۱۴
سیرجان	۷	۲۰	۱	۲	۱۲	۵	۱	۶	۲	۲	-	۵۸
شهربابک	۲	۳	-	۱	۵	۱	-	-	-	۱	-	۱۳
عنبرآباد	۲	-	-	۱	۲	-	-	-	-	-	-	۵
کهنوج	۴	۴	-	۱	۲	۱	۱	۱	-	۱	-	۱۵
جمع	۵۲	۱۸۱	۱۸	۳۲	۹۹	۳۴	۱۴	۲۵	۱۰	۲۷	۵	۴۹۷



### ۲-۴-۱-۵) جمعیت هلال احمر استان

یکی از سازمان های امداد و نجات است که در زمان حوادث طبیعی و غیر طبیعی به کمک آسیب دیدگان می‌شتابد و علاوه بر نقش امداد در تأمین بخشی از نیازهای بهداشتی درمانی، به خصوص در زمان حوادث، فعالیت دارد. عمده فعالیت جمعیت در بخش درمان در زمان حوادث معطوف به راه اندازی بیمارستان صحرائی، تیم های درمانی واکنش سریع، تیم های بهداشت باروری و تیم های بهداشت روانی است. جمعیت هلال احمر در زمان عادی دارای مراکز توان بخشی از جمله: مراکز فنی ارتوپدی، مراکز داروخانه و فوریتهای دارویی، مراکز واکسیناسیون حجاج و زائرین عتبات عالیات و مراکز درمانی است؛ همچنین مسئولیت هیأت پزشکی حج و زیارت، آموزش همگانی ایدز، امداد و کمک های اولیه در قالب کلاس های آموزشی چهره به چهره را نیز بر عهده دارد. حضور حدود ۱۵۰ نفر داوطلب پزشکی و پیراپزشک در هلال احمر استان، یکی از بزرگترین بسترهای موجود در همیاری جامعه پزشکی است. در حال حاضر برخی از مراکز درمانی این جمعیت به علت نداشتن مجوز غیر فعال می باشند.

### ۳-۴-۱-۵) سایر مؤسسات خیریه

فعالیت سایر بخش های خیریه در استان، بطور عمده معطوف به درمان سرپایی، اقدامات تشخیصی و ندرتاً درمان بستری است. مؤسسات خیریه بطور معمول با اعمال تعرفه های دولتی یا نیمه خصوصی و یا با تقبل تمامی هزینه ها در مواردی خاص، سعی در کاهش آلام بیماران نیازمند دارند؛ همچنان که واحدهای مددکاری در بیمارستان های دولتی و نیز تخفیف های رایج و تحت اختیار مدیران بیمارستان های دولتی و خصوصی نیز ناظر به این واقعیت است.

هم اکنون بیش از ۴۰۰ مؤسسه خیریه در استان در زمینه های مختلف فعالیت دارند که مجوز فعالیت خود را عمدتاً از استانداری، فرمانداری، بهزیستی، نیروی انتظامی و فرهنگ و ارشاد اسلامی دریافت نموده اند. متأسفانه به دلیل گستردگی اهداف اغلب این مؤسسات در اساسنامه های اولیه، تفکیک فعالیت اختصاصی آنان در زمینه سلامت دشوار است. بخشی از این مؤسسات در زمینه های توان بخشی و تحت پوشش و حمایت بهزیستی استان، بخشی از آنان در زمینه بیماران خاص و بخش هایی دیگر به خدمات مستقیم و عمومی درمانی پرداخته اند. نام برخی از این مؤسسات در استان بدلیل نوع فعالیت و سوابق قبلی شناخته شده تر است؛ از جمله: مراکز وابسته به بنگاه نیکوکاری حضرت سجاد (درمانگاه ها و بیمارستان الزهرا)، مرکز درمانی بیماری های خاص وابسته به مؤسسه خیریه ثامن الحجج، درمانگاه حضرت سید الشهداء و درمانگاه حضرت ابوالفضل وابسته به مؤسسه خیریه مشیز و درمانگاه موقوفه نوریه.



### ۵-۱-۵-۱ سایر بخش های مرتبط

#### ۵-۱-۵-۱-۱ شورای هماهنگی سازمان های نظام پزشکی استان

یکی از ارکان سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و متشکل از رؤسای هیأت مدیره نظام پزشکی شهرستان ها می باشد. این شورا، فارغ از سایر وظایف مقرر در قانون، دارای حق تعرفه گذاری خدمات پزشکی برای بخش های غیردولتی استان (مطابق چارچوب تعیین شده توسط شورای عالی سازمان نظام پزشکی کشور) است.

جدول ۱۵-۴: تعداد متخصصان و کارشناسان سازمان نظام پزشکی به تفکیک شهرستان

سازمان نظام پزشکی	شهرستان تخصص پوشش	فوق تخصص	متخصصین		دکترای حرفه ای				ماما	بینایی سنج	شنوایی سنج	کار درمان	گفتار درمان	فیزیوتراپ	تقدیه
			دندانپزشکی	پزشکی	دندانپزشکی	داروساز	آزمایشگاهی علوم								
کرمان	کرمان	۴۷	۳۷۳	۵۲	۷۴۱	۲۱۲	۱۳۷	۱۳	۳۱۰	۱۷	۱۶	۸	۱۴	۴۶	۱۴
	بردسیر	۰	۶	۰	۲۲	۴	۰	۱	۹	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	راور	۰	۱	۰	۹	۱	۰	۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰
بافت	بافت	۰	۱۴	۰	۶۵	۷	۷	۰	۱۹	۲	۱	۰	۱	۰	۰
	رابر	۰	۰	۰	۱۵	۱	۱	۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰
م	بم	۰	۳۰	۰	۷۴	۱۳	۱۰	۱	۴۵	۲	۱	۰	۰	۵	۰
	ریگان	۰	۰	۰	۷	۰	۰	۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	فهرج	۰	۰	۰	۸	۰	۰	۰	۶	۰	۰	۰	۰	۰	۰
پیریز	جیرفت	۰	۴۲	۰	۸۹	۱۴	۶	۱	۷۶	۱	۰	۳	۱	۵	۱
	عنبرآباد	۰	۲۱	۰	۰	۰	۲	۰	۷	۰	۰	۰	۰	۰	۰
رفسنجان	رفسنجان	۶	۶۴	۲۳	۲۳۱	۵۲	۲۹	۷	۶۳	۷	۲	۱	۷	۷	۵
	انار	۰	۰	۰	۱۰	۸	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
زرنند	زرنند	۰	۲۴	۰	۳۹	۹	۸	۰	۲۰	۱	۱	۲	۱	۵	۰
	کوهناب	۰	۰	۰	۷	۲	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
سیرجان	سیرجان	۰	۴۵	۰	۱۶۰	۴۸	۲۹	۴	۶۷	۵	۲	۳	۱۱	۳	۰
	شهر بابک	۰	۹	۰	۳۵	۱۱	۵	۱	۱۴	۲	۱	۱	۱	۲	۰
کهنوج	کهنوج	۰	۷	۰	۱۹	۴	۸	۱	۲۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰
	منوجان	۰	۰	۰	۱۸	۲	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	قلعه گنج	۰	۰	۰	۱۲	۰	۰	۰	۱۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	رودبار جنوب	۰	۰	۰	۲۳	۱	۲	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰



هر یک از سازمان های نظام پزشکی شهرستان ها شامل: کرمان، رفسنجان، سیرجان، جیرفت، زرنند، بم، بافت و کهنوج نیز مطابق با اهداف تعیین شده، وظیفه حمایت همزمان از حقوق بیماران و نیز شاغلین حرف پزشکی را برعهده داشته و با سازماندهی ارکان انتظامی نسبت به رسیدگی به شکایات انتظامی واصله اهتمام می نمایند.

پس از تصویب قانون جدید تشکیل سازمان نظام پزشکی در سال ۱۳۸۳ و پیش بینی اختیارات ویژه برای این سازمان از جمله صدور پروانه های فعالیت پزشکی برای مطب ها و دفاتر کار، نقش این سازمان هر چند با تنش های فراوان در عرصه سلامت افزایش یافته است. هر یک از سازمان های نظام پزشکی در شهرستان ها توسط هیأت مدیره ای اداره می شوند که هر چهار سال با برگزاری انتخابات تعیین می گردند. لذا نقش این سازمان ها به دلیل وجاهت عمومی در جامعه پزشکی قابل تعمق و بهره برداری ویژه است، بخصوص اینکه این سازمان ها تا پایان سال ۱۳۸۸ جمعیت حدود ۴۵۰۰ نفر از جامعه پزشکی را تحت عضویت خویش داشته اند.

## ۲-۵-۱-۵) سایر سازمان های ارائه دهنده خدمات مستقیم درمانی

برخی از دستگاه های موجود در استان به رغم اهداف و فعالیت های غیراختصاصی و غیر مرتبط با نظام سلامت، مستقیماً در امر ارائه خدمات درمانی سرپایی نیز فعالیت می نمایند که از جمله می توان به سازمان آموزش و پرورش استان، شرکت ذغال سنگ، شرکت مس شهید با هنر کرمان و مؤسسه خدمات درمانی و حمایتی بازنشستگی کارکنان فولاد اشاره نمود که با استفاده از مراکز ملکی توانسته اند بخشی از نیازهای بهداشتی و درمانی سرپایی شاغلین خویش را مستقیماً پاسخگو باشند. میزان مراجعات سرپایی و نیز نیروی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی این دستگاه ها از سهم بالایی برخوردار نمی باشد.

## ۲-۵-۴) نحوه ارائه خدمات سلامت در استان

استان پهناور کرمان متناسب با تنوع جغرافیایی باید زیرساخت های درمانی خوب و با توزیع مناسب، داشته باشد. برای تحلیل این قسمت، درمان را در سه بخش سرپایی و بستری و اورژانس مورد بررسی قرار می دهیم.

### ۱-۲-۵) درمان سرپایی

اگرچه نسبت به متوسط کشور در بسیاری از تخصص های بالینی و البته پزشک عمومی وضعیت استان در حد متوسط است، ولی مشکل عمده، در توزیع پزشکان و مراکز ارائه خدمت می باشد. کمبود بسیار زیاد و محسوس کادر درمانی در جنوب و مناطق محروم و دور افتاده استان به شدت به چشم می خورد. در کنار این کمبود، متأسفانه ماندگاری و



میانگین مدت فعالیت این گروه، خصوصاً پزشکان در مناطق دور افتاده که بیشترین نیاز را نیز دارند، بسیار پایین است و مزایای نسبی در نظام پزشک خانواده، نتوانسته است به اندازه کافی جاذبه ایجاد نماید.

البته توزیع نامناسب پزشکان و کادر درمانی صرفاً مربوط به پزشکان عمومی یا پزشکان خانواده نیست و این نقیصه به صورت بارزتری در کادر تخصصی نیز مشهود است. البته این معضل منحصر به نقاط دور افتاده نبود و در درون شهرهای بزرگ مانند شهر کرمان نیز مشهود است. تمرکز مطب‌های پزشکان به مناطق مرکزی و خالی شدن سایر محله‌ها از خدمات پزشکان عمومی و خصوصاً متخصص در شهر کرمان به خوبی به چشم می‌خورد.

بخش خصوصی عمده ارائه خدمات خود را به بخش سرپایی اختصاص داده است و با توجه به نگاه خاص خصوصی و فارغ از توجه ویژه به علل بیماری‌ها و درمان ریشه‌ای آنها، به دنبال ارائه خدمتی سریع و آسان به جامعه است. البته در این میان نمی‌توان به رقابت نابرابر بخش خصوصی و دولتی، از منظر قدرت سرمایه‌گذاری بدون دغدغه و با ریسک بالا غافل ماند و این وضعیت از نحوه توزیع تجهیزات سرمایه‌ای که عمدتاً در بخش دولتی متمرکز گردیده است، کاملاً مشهود است. در چنین نظامی متأسفانه اجرایی نمودن نظام ارجاع نیز به سختی ممکن بوده و با معضلات جدی همراه است.

جدول ۱۶-۴: جدول توزیع تجهیزات سرمایه‌ای پزشکی در استان تا پایان سال ۱۳۸۸

نوع دستگاه	نحوه توزیع		
	دولتی	عمومی غیر دولتی	خصوصی
ام آر آی	۳	-	-
سی تی اسکن	۷	-	۳
آنژیوگرافی	۲	-	۱
دیالیز	۵۶	-	۲۰
ونتیلاتور	۱۰۰	-	-
رادیوتراپی	۲	-	-
دانسیتومتری	-	-	۲

## ۲-۲-۵-۴) درمان بستری

اگرچه عمده خدمات بستری در حال حاضر توسط بخش دولتی ارائه می‌گردد ولی به دلایل مختلف متأسفانه رضایتمندی بیماران از خدمات بخش دولتی پایین است و شاید یکی از دلایل عدم توفیق بخش درمان بستری در ارائه محیط علمی و مؤثر و با رضایتمندی بالا، کمبود جدی اعتبارات باشد.



زمانی که این نیاز با اشکال در توزیع تخت‌های بیمارستانی به شکل غیر استاندارد و ضعف در نظام سطح‌بندی و ارجاع همراه می‌گردد، کیفیت کار افت قابل ملاحظه‌ای می‌یابد.

عدم رشد کافی بخش خصوصی در استان نیز به شکل محسوسی قابل لمس است و به همین دلیل درصد قابل توجهی از بیماران متقاضی استفاده از خدمات بستری برای دریافت خدمات گاه بسیار ابتدایی، ترجیح می‌دهند در تهران و یا سایر استان‌های بزرگ کشور خدمات خود را دریافت نمایند.

جدول ۱۷-۴: جدول توزیع تخت‌های بستری در بخش‌های دولتی و غیر دولتی در سال ۱۳۸۸

نیروهای مسلح	تأمین اجتماعی	خصوصی و خیریه	دولتی		
۱۵	۲۷	۱۶	۱۳۶	تعداد تخت PCCU, CCU	
۸	۶	۵	۷۹	تعداد تخت ICU	
-	-	-	۲۶	تعداد تخت NICU	
۱۶۰	۳۶۸	۲۳۵	۱۹۵۲	تعداد تخت بستری عمومی	
۱۸۳	۴۰۱	۲۵۶	۲۱۹۳	ظرفیت فعال	تخت کل تخت بستری
۴۱۰	۵۴۶	۲۷۵	۲۵۳۸	ظرفیت اسمی	

جدول ۱۸-۴: توزیع مؤسسات درمانی در بخش‌های دولتی و غیردولتی در استان در سال ۱۳۸۸

خیریه	خصوصی	عمومی		دولتی	مؤسسات درمانی
		سایر نهادها	تأمین اجتماعی		
-	۶	-	-	-	مرکز جراحی محدود
۱	۳	۳	۳	۱۴	بیمارستان
۴	۴۶	۱۱	۴	۸۵	آزمایشگاه تشخیص طبی
۱	۲۰۴	۵	۳	۱۲	داروخانه
۱	۲۸	۶	۳	۲۴	رادبولوژی
-	۸	-	-	-	دفتر پرستاری
-	۶۹	-	-	۱۱	مرکز ترک اعتیاد



جدول ۱۹-۴: فعالیت بیمارستانهای دولتی استان کرمان سال ۱۳۸۸

بیمار سرپایی	بیمار بستری	متوسط اقامت	درصد سزارین	درصد اشغال تخت	تعداد تخت			نام بیمارستان	نام شهرستان
					تطبيق یافته	فعال	ثابت		
۱۸۱۳۲۰	۲۱۵۷۹	۳.۵	۴۹	٪۷۰	۶۰۸	۳۶۳	۴۶۲	افضلی پور	کرمان
۱۴۸۴۰۰	۱۷۱۸۳	۲.۹	-	٪۵۱	۷۱۳	۳۵۶	۵۰۳	شفا	
۲۰۳۸۲۱	۱۵۸۱۳	۲.۵	-	٪۷۳	۴۱۴	۲۱۸	۳۵۸	شهید باهنر	
۹۲۲۸	۳۲۶۳	۱۰.۷	-	٪۷۲	۳۰۳	۲۲۶	۲۰۰	شهید بهشتی	
۱۰۹۳۹۲	۸۷۵۸	۲.۶	۴۰	٪۶۰	۲۰۶	۱۰۷	۹۶	خاتم الانبیا	یافت
۲۲۱۴۷۱	۱۶۶۰۳	۱.۷	-	٪۶۷	۲۸۹	۱۵۷	۱۵۰	پاستور	بیم
۰	۴۸۴۲	۱.۱	۴۲	٪۸۷	-	۱۹	۵۰	مهدیه	
۱۱۶۵۲۶	۴۱۱۵	۲.۵	۳۰	٪۴۲	۱۵۶	۷۰	۹۶	حضرت قائم	بردسیر
۹۹۶۹۴	۴۸۳۰	۲.۲	۳۸	٪۳۹	۱۴۵	۷۵	۸۴	سینا	زرنند
۶۶۳۱۰	۷۶۸	۲.۷	۲۳	٪۲۷	۹۴	۲۳	۳۲	علی ابن ایطالب	راور
۱۵۹۴۱۰	۱۰۱۱۵	۲.۵	۳۶	٪۵۴	۲۷۲	۱۳۱	۱۲۲	امام رضا(ع)	سیرجان
۱۲۰۸۴۰	۴۴۸۵	۱.۸	۵۳	٪۳۵	۱۴۰	۶۶	۸۵	ولی عصر	شهر بابک
۱۷۵۴۱۸۸	۱۵۰۲۶۲	۱۵۹۱۸	۴۹ درصد	۶۳ درصد	---	۲۱۹۳	۲۵۳۸	---	جمع کل

باید به این نکته نیز اشاره نموده که با مسن شدن جمعیت و افزایش بعضی از عوامل خطر بیماریها خصوصاً بیماریهای غیر واگیر، نیاز به انواع خدمات خصوصاً خدمات درمانی بستری افزایش می یابد و به نظر می رسد به دلیل گران بودن طراحی و اجرای پروژه های بیمارستانی و کافی نبودن اعتبارات، احتمالاً کمبود تخت های بیمارستانی، سال به سال بیشتر و اعتراضات بیشتر خواهد شد.



جدول ۲۰-۴: فعالیت بیمارستانهای غیردولتی استان کرمان سال ۱۳۸۸

نام شهرستان	نام بیمارستان	تعداد تخت		تخت روز	درصد اشغال تخت	تعداد زایمان طبیعی	اعمال جراحی		تعداد بیماران	
		ثابت	فعال				سزارین	سایر	بستری	سرپائی
کرمان	ارجمند	۵۰	۷۴	۱۰۲۶۳	٪۳۸	۷۳۳	۲۱۲۹	۳۶۸۶	۷۱۱۵	۱۴۱۶۸
	راضیه فیروز	۵۰	۴۸	۶۴۰۱	٪۳۶/۵	۲۵۵	۵۷۶	۳۶۱۲	۴۳۶۵	۶۷۷۵
	آیت... کاشانی	۲۲۶	۱۷۶	۴۱۶۶۵	٪۶۴/۸	۲۹۹۱	۱۵۷۷	۵۵۴۲	۱۳۲۱۲	۶۲۶۸۴۸
	الزهرا	۱۲۵	۶۴	۵۲۳۹	٪۲۲/۴	۵۱	۸۴	۳۷۹	۲۰۷۹	۸۳۶۰
	حضرت فاطمه	۹۶	۸۱	۲۱۸۳۷	٪۷۳/۸	۱۵۴۴	۱۱۴۰	۵۲۷۳	۱۰۰۱۴	۲۴۴۵۸۵
	۵۷۹ ارتش	۲۵۰	۲۴	۵۷۰۲	٪۶۵	۰	۰	۵۱۷	۱۲۱۰	۵۷۷۸۴
	سیدالشهداء	۶۴	۷۸	۲۱۸۱۵	٪۷۶/۶	۸۷۶	۴۶۴	۴۷۷۰	۷۸۱۷	۲۲۰۰۰۰
بیم	افلاطونیان	۵۰	۷۰	۹۹۸۵	٪۳۹	۸۱۴	۷۵۷	۱۷۹۰	۵۴۱۳	۲۴۵۷۸
زوند	امام علی (ع)	۱۶۰	۹۲	۲۲۰۰۳	٪۶۵/۵	۱۲۷۰	۷۷۹	۳۶۷۰	۸۷۵۸	۲۸۹۷۳۳
سیرجان	غرضی	۱۶۰	۱۳۳	۲۸۷۳۳	٪۵۹	۱۸۰۱	۱۰۱۷	۴۳۰۲	۱۰۲۰۲	۲۹۸۴۲۶
جمع کل		۱۲۳۱	۸۴۰	۱۷۳۶۴۳	٪۵۶/۶	۱۰۳۳۵	۸۵۲۳	۳۳۵۴۱	۷۰۱۸۵	۱۷۹۱۲۵۷

### ۳-۲-۵-۴) درمان اورژانسی

خوشبختانه در بسیاری از مناطق استان، کمبود مراقبت‌ها و درمان‌های سرپایی در حال کاهش می‌باشد ولی همانند سایر حیطه‌های درمان، توازن کافی و هدفمند خدمات اورژانسی وجود ندارد و در محدود مراکز تخصصی برای بیماران اورژانسی، حداقل استانداردها رعایت می‌شود. این در حالی است که همانطور که قبلاً ذکر شد که نیاز استان به درمان‌های اورژانسی به دلیل بار بالای حوادث و بیماری‌های قلبی - عروقی که نمود حاد دارند، باید بسیار بهتر و دقیقتر باشد. این مشکل را می‌توان از دو بعد مورد بررسی قرار داد: اول از نظر سرعت و نحوه انتقال بیماران اورژانسی به مراکز درمانی و دوم از منظر کیفیت خدمات اورژانسی. استقرار پزشکان خانواده در مراکز بهداشتی درمانی روستایی که اولین مبدأ پذیرش بیماران اورژانسی محسوب می‌گردند و توسعه و تجهیز اورژانس‌های جاده‌ای هر چند به بهبود زمان و کیفیت انتقال بیماران منجر شده است اما در مقابل، کیفیت ارائه خدمات اورژانس در مراکز درمانی خصوصاً در بیمارستان‌های مرجع از حد مطلوبی برخوردار نیست.





#### ۴-۲-۵-۴) خدمات بهداشتی

با توجه به توسعه شبکه بهداشت و درمان خصوصاً در سطوح محیطی، به نظر می رسد ارائه خدمات بهداشتی به جمعیت هدف، در قیاس با سایر خدمات سلامتی، از وضعیت بهتری برخوردار باشد. این وضعیت خصوصاً با طرح بیمه روستایی و استقرار پزشک خانواده در روستاها به دلیل تأمین منابع نسبی جهت تقویت زیرساخت‌ها پیشرفتی نسبی داشته است. اما این خدمات از دو منظر بصورت متوازن ارتقا نیافته است. در ابتدا بایستی به محرومیت شهرستان‌های جنوبی استان اشاره نمود که فارغ از ریشه یابی این محرومیت و به رغم اقدامات انجام شده در چند ساله اخیر همچنان در قیاس با شهرستان‌های مرکزی و شمالی، از نظر دریافت خدمات بهداشتی عقب ماندگی محسوسی دارند. از سوی دیگر بایستی به عدم تغییر ماهیت خدمات بهداشتی، متناسب با تغییر در نیازهای واقعی پیشگیری، اشاره نمود. هر چند که اقبال نظام بهداشتی استان به پیشگیری از بیماری‌های واگیردار از سال‌ها قبل به عنوان یکی از دستاوردهای نظام سلامت مطرح بوده است، اما با تغییرات وقوع یافته در سیر بیماری‌های غیرواگیر و افزایش مرگ و میر ناشی از سوانح، بیماری‌های قلبی و اعتیاد متأسفانه برنامه پیشگیری و کاهش عوامل سبب ساز این بیماری‌ها به گونه‌ای منطقی و متوازن رشد نیافته است.

برنامه پزشک خانواده یکی از استراتژی‌های اساسی نظام سلامت استان به شمار می رود که می تواند در ارتقاء سلامت مردم تأثیر به‌سزایی داشته باشد. ناتوانی در جذب پزشک برای مناطق محروم و وجود اختلاف نظر و دیدگاه‌های متفاوت در حوزه اجرایی و حوزه تأمین منابع مالی از مشکلات بزرگ این برنامه محسوب می گردند. در حال حاضر آزادی و اختیار عمل بیمه شده برای انتخاب پزشک بدلیل محدودیت دسترسی به پزشکان متعدد مقدور نگردیده و اصولاً اثرات پیاده سازی این برنامه به دلیل نگاه درمانی حاکم بر این برنامه موجب نگرانی کارشناسان گردیده است. به رغم برخی از موفقیت‌های حاصل از اجرای این برنامه، اما اثربخشی آن بدلیل ناقص بودن چرخه درمان به شدت تحت تأثیر قرار گرفته و گهگاه چرخه ارجاع، معکوس می گردد.

جدول ۲۱-۴: تعداد مراکز فعال دارای پزشک قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده

سال	سال	نام	سال	سال	نام	سال	سال	نام	سال	سال	نام
۱۳۸۸	۱۳۸۳	شهرستان	۱۳۸۸	۱۳۸۳	شهرستان	۱۳۸۸	۱۳۸۳	شهرستان	۱۳۸۸	۱۳۸۳	شهرستان
۱۰	۱۰	سیرجان	۴	۲	فهرج	۳	۱	کوهبنان	۱۲	۷	زرنند
۱۴	۹	بافت	۱۸	۱۳	کرمان	۷	۶	بردسیر	۹	۶	شهر بابک
۵	۲	رابر	۳	۱	ریگان	۱۳	۹	بیم	۴	۱	راور



جدول ۲۲-۴: نیروی انسانی شاغل در برنامه پزشک خانواده در سال ۱۳۸۸

شهرستان	پزشک	ماما	پرستار	کاردان/کارشناس علوم آزمایشگاهی	کاردان/کارشناس رادیولوژی
انار	۶	۴	۰	۰	۰
بافت	۱۵	۱۸	۱	۵	۰
بردسیر	۱۰	۹	۰	۱	۰
بیم	۲۰	۲۰	۰	۴	۰
جیرفت	۱۷	۱۵	۱	۲	۰
رابر	۵	۵	۱	۰	۰
راور	۴	۴	۰	۱	۰
رفسنجان	۳۳	۲۶	۰	۰	۰
رودبار	۱۵	۱۱	۱	۰	۰
ریگان	۷	۷	۰	۰	۰
زرنند	۱۲	۱۳	۳	۲	۰
سیرجان	۱۶	۱۵	۱	۰	۰
شهر بابک	۷	۸	۰	۰	۰
عنبرآباد	۱۳	۱۳	۱	۱	۰
فهرج	۶	۶	۱	۰	۰
قلعه گنج	۱۱	۱۰	۰	۲	۰
کرمان	۲۲	۲۲	۰	۱	۰
کوهبنان	۲	۳	۰	۰	۰
کهنوج	۹	۱۱	۱	۲	۰
منوجان	۱۲	۱۱	۰	۳	۳



## مهمترین چالش‌های سلامت استان

در این فصل با توجه به تحلیل مصاحبه‌های انجام گرفته با صاحب نظران داخل و خارج استانی و بررسی نتایج مطالعات انجام گرفته، مهمترین چالش‌های سلامت استان کرمان که نیاز به توجه جامع برای حل آنها وجود دارد در قالب دو عنوان کلی اولویت‌های سلامتی استان و مشکلات نظام سلامت استان تعیین گردیدند. اولویت‌های سلامتی استان بر اساس معیارهای بار بیماری و قابلیت پیشگیری، به ترتیب اولویت عبارتند از: حوادث و سوانح، بیماری‌های قلبی عروقی، اعتیاد، بدخیمی‌ها، افسردگی، مالاریا و اچ آی وی.

از سوی دیگر، مهمترین مشکلات نظام سلامت استخراج شده عبارتند از: مشکلات حوزه ارائه خدمات، مالی و سیاستگذاری سلامت در استان کرمان. در ادامه به بررسی اختصاصی هر یک از موارد مذکور پرداخته شده است.

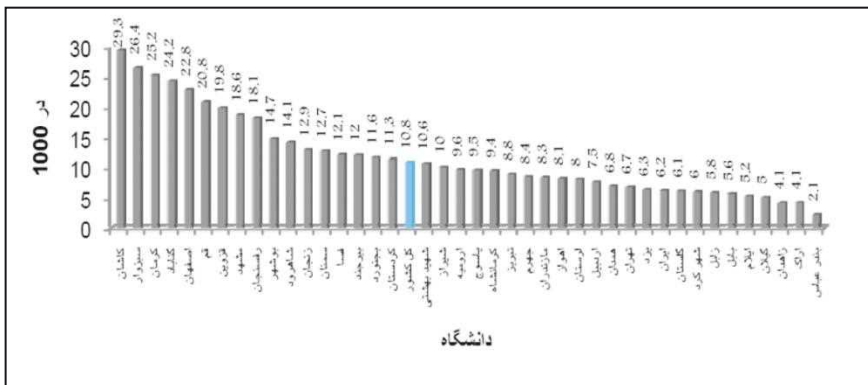
### ۵-۱- اولویت‌های سلامتی استان

#### ۵-۱-۱) حوادث و سوانح

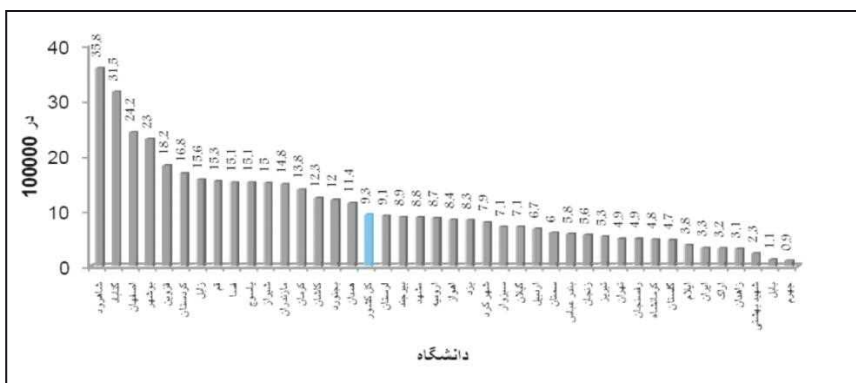
متأسفانه در استان کرمان انواع متنوعی از حوادث و سوانح از جمله حوادث خانگی، حوادث محل کار و حوادث و سوانح راهنمایی و رانندگی به خصوص در جاده‌ها به شدت سلامت جامعه را تحت تأثیر قرار داده است. در این قسمت نباید هیچ یک از انواع سوانح از جمله سقوط از ارتفاع، مسمومیت، برق گرفتگی، آسیب‌های شغلی و حوادث عمدی (از جمله خودکشی) را از نظر دور داشت چراکه بار آنها بسیار زیاد است. ولی خسارات مالی و جانی حوادث جاده‌ای بسیار بیشتر از سایر حوادث است و نیاز به توجه خاص دارد.

دلایل بالا بودن حوادث جاده‌ای در قسمت قبل به صورت گذرا بیان شد. طولانی بودن جاده‌ها و غیر استاندارد بودن آنها، عدم رعایت قوانین و مقررات، غیر استاندارد بودن بعضی از خودروها و مشکلات فرهنگی و باورها در کنار یکدیگر، باعث پیچیده شدن این معضل شده‌اند و لذا نگاه علاج‌جویانه فقط و فقط در گرو یک همکاری و هماهنگی بین سازمانی است و مثلاً تقویت اورژانس‌های بین شهری، فقط نوش دارو بعد از مرگ سهراب است و بس.





نمودار ۱-۵: میزان خام بروز مصدومین به تفکیک دانشگاه علوم پزشکی در هر ۱۰۰۰ نفر، سال ۱۳۸۴ (منبع: شاخص‌های سیمای سلامت در ایران)



نمودار ۲-۵: میزان خام مرگ و میر ناشی از حوادث به تفکیک دانشگاه‌های علوم پزشکی در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۸۴ (منبع: شاخص‌های سیمای سلامت در ایران)

\* میزان مرگ و میر خام ناشی از حوادث ترفیکی در سال ۱۳۸۹ به گزارش سازمان راه و ترابری استان ۶۱۴ مورد گزارش شده که نسبت به سالهای گذشته کاهش داشته، اما با این حال همچنان از متوسط کشوری بالاتر می‌باشد.

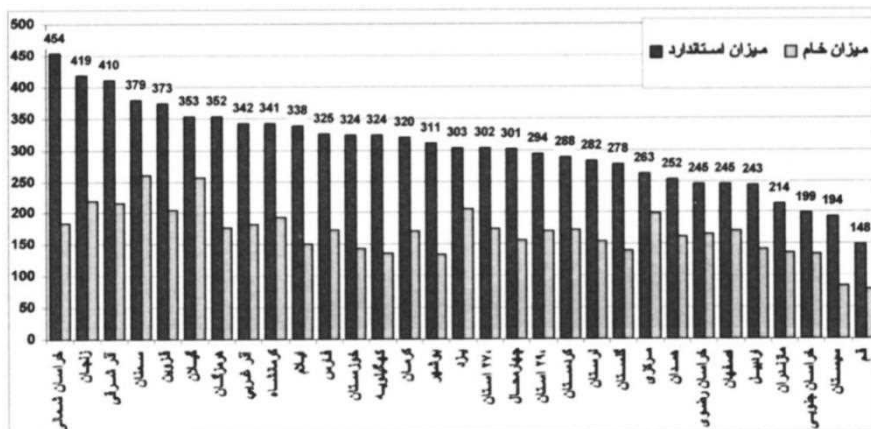
## ۲-۱-۵) بیماری‌های قلبی - عروقی

متأسفانه جامعه ما در مرحله گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها است و در این مرحله هنوز اثرات و تأثیرات نامطلوب عدم توسعه یافتگی بر بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های واگیر وجود دارد و هم زمان بار بیماری‌های غیر واگیر و از جمله بیماری‌های قلبی - عروقی نیز افزایش می‌یابد.

در حال حاضر این بیماری‌ها شایعترین علت مرگ در کشور و در استان به شمار می‌آیند و متأسفانه میانگین سنی افراد مبتلا نیز در حال کاهش است. این پدیده نامطلوب به دلیل گسترش زیاد عوامل به وجود آورنده آن در جامعه می‌باشد. مصرف سیگار، فعالیت کم بدنی، تغذیه نامناسب، مانند مصرف زیاد چربی‌های غیر مطلوب، دست به دست



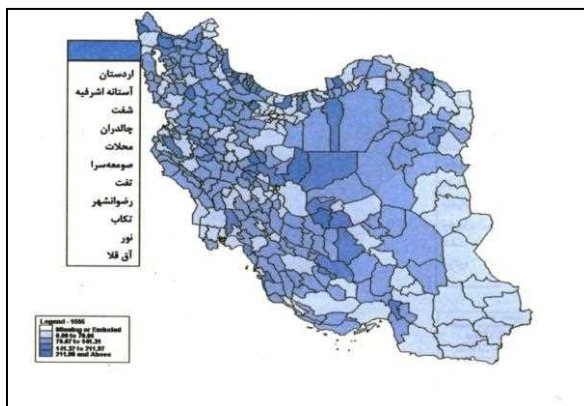
هم داده و باعث افزایش سندرم متابولیک شامل چاقی، فشارخون بالا و دیابت می شوند و زمینه را برای سکنه های قلبی و مغزی فراهم می آورد.



نمودار ۳- ۵: میزان خام و استاندارد شده مرگ ثبت شده ناشی از بیماری های قلبی و عروقی در ساکنین مناطق شهری و روستایی برای ۲۹ استان (استاندارد شده با استفاده از نسبت های سنی برآورد شده از طرف WHO) در سال ۱۳۸۳؛ برنامه ثبت مرگ- میزان در ۱۰۰۰۰۰ نفر (منبع: سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور)

بررسی های مختصر نشان می دهد که در دهه های آینده نیز به دلیل گسترده شدن عوامل خطر بیان شده و البته تغییر هرم سنی جامعه به سمت گروه میان سالان و افراد مسن، انتظار می رود بیماری های قلبی - عروقی کماکان بیشترین قربانی را از شهر و استان کرمان بگیرد. مطالعات کشوری حاکی از آنست که میانگین سنی سکنه قلبی و مغزی در کشور ما حدود ۱۰ سال پایین تر از کشورهای غربی است و همچنین شیوع عوامل خطر اصلی این بیماری ها (پرفشاری خون و دیابت) در کشورمان، بسیار بالاتر از ارقام سایر نقاط دنیاست.

شکل ۱-۵: توزیع میزان مرگ ناشی از سکنه قلبی (در صد هزار نفر) به تفکیک شهرستان های کشور برنامه ثبت و طبقه بندی علل مرگ- سال ۱۳۸۳ (منبع: سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور)



## ۳-۱-۵) اعتیاد

جمهوری اسلامی ایران کشوری وسیع و دارای سابقه غنی فرهنگی و اجتماعی است. در طول سه دهه اخیر کشورمان شاهد تغییرات بسیار عمیق اجتماعی بوده است؛ به این معنی که در حال گذر از جامعه در حال توسعه و سنتی به سمت جامعه صنعتی بوده ایم. این فرآیند گذر در تعامل با خصوصیات منحصر به فرد فرهنگی و اجتماعی ایران، منجر به مشکلات قابل توجهی شده است که اعتیاد به مواد مخدر از نمونه های آن است. با در نظر گرفتن سابقه چند صد ساله مصرف مواد افیونی در ایران و همسایگی با بزرگترین تولید کننده تریاک در جهان می توان به شدت آسیب پذیری جامعه پی برد. متأسفانه در سال های اخیر مصرف مواد مخدر و البته مواد صناعی و محرک ها (از قبیل اکستازی و کریستال) در کشور و دنیا، رشد قابل ملاحظه ای یافته است طبق برآوردهای سازمان های بین المللی (UNODC<sup>۱</sup>)، میزان مصرف تریاک و شبه تریاک در کشور ما بالاترین نرخ را در سطح دنیا دارد. کشور ما در حال حاضر با سه چالش عمده در رابطه با مصرف مواد مواجه است:

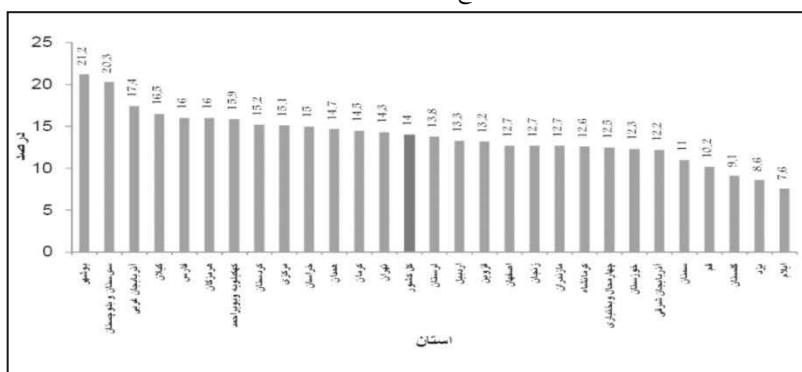
الف: فراوانی مصرف مواد رو به افزایش است.

ب: میانگین سن شروع مصرف مواد رو به کاهش است.

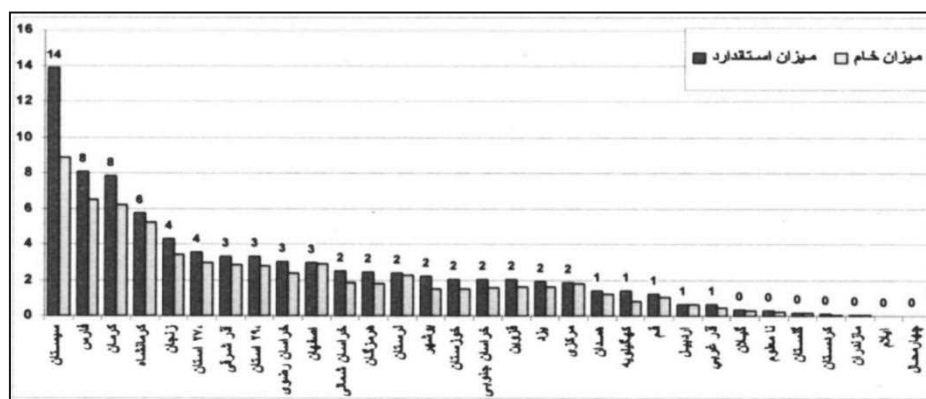
ج: الگوی مصرف در حال تغییر است و انواع تزریقی، صناعی و مصرف الکل رو به گسترش است.

در این بین به نظر می رسد که میزان مصرف برخی از این مواد در استان کرمان قطعاً از متوسط کشوری بالاتر است و اگرچه اعداد و ارقام دقیقی در این زمینه وجود ندارد، ولی به دلایل بیان شده در قسمت قبل مانند نزدیکی به مرزها، عبور و مرور غیر قانونی به استان و باورهای فرهنگی جامعه به صورت تاریخی مصرف مواد مخدر به اشکال مختلف در استان بسیار بالا بوده است.

نمودار شماره ۴-۵: مصرف دخانیات به تفکیک استان، سال ۱۳۸۳ (منبع: شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران)



ورود و مصرف گسترده مواد سنتتیک جدید و اکستازیها، در کنار مصرف مواد مخدر قدیمی و به اشکال جدید مانند تزریقی و مدل‌های خاص استنشاقی، آن هم در جمعیت جوان استان، این پیام را می‌دهد که احتمالاً در آینده نه چندان دور این بلا عمیق‌تر و گسترده‌تر می‌شود. اعتیاد، زمینه بروز بسیاری از بیماریهای جسمی مانند افزایش خطر بیماریها و سرطانهای مختلف را به صورت مستقیم فراهم می‌آورد ولی آنچه بیشتر نگران‌کننده است؛ اثرات غیر مستقیم آن مانند تأثیرات نامطلوب آن، بر سلامت خانواده و سلامت اجتماعی، کاهش نیروی مولد جامعه، گسترش بزهکاری، فقر و حتی اشاعه بیماری‌هایی مانند آلودگی به اچ-آی-وی و هیپاتیت‌های ویروسی است.



نمودار ۵-۵: میزان خام و استاندارد شده مرگ ثبت شده ناشی از اعتیاد و سوء مصرف مواد در ساکنین مناطق شهری و روستایی برای ۲۹ استان (استاندارد شده با استفاده از نسبت‌های سنی برآورد شده از طرف WHO) در سال ۱۳۸۳؛ برنامه ثبت مرگ- میزان در ۱۰۰۰۰۰ نفر (منبع: سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور)

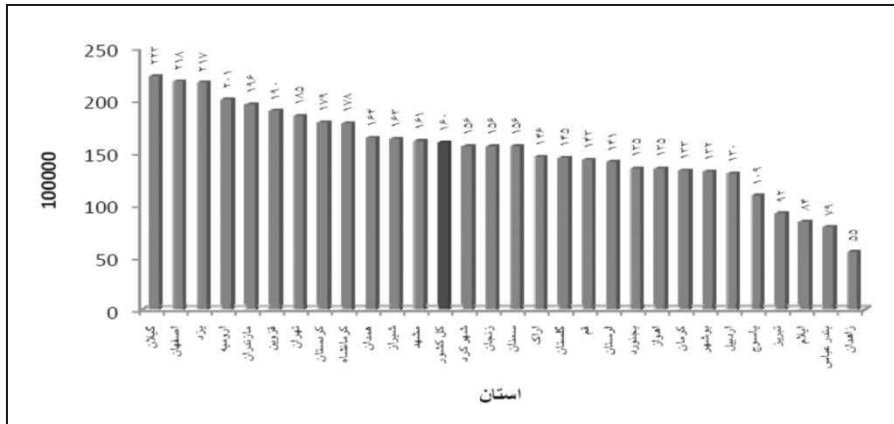
از آنجایی که این معضل سلامت چند وجهی است، لذا برای کنترل آن نیز باید واحدها و نهادهای مختلف در جامعه با هم و هماهنگ کار نمایند تا این معضل کنترل گردد.

#### ۴-۱-۵) بدخیمی‌ها

به نظر می‌رسد که در استان، بین ۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر در سال به بدخیمی‌های مختلف دچار می‌شوند. اگرچه خوشبختانه بعضی از بدخیمی‌های مهم کشور مانند سرطانهای مری، معده، دهانو روده بزرگ در استان کرمان بروز پایین‌تری دارند ولی این به معنی کم اهمیت بودن آنها نیست و بایست برای از بین بردن ریشه‌های بروز آنها اقدامات جدی صورت گیرد.

در مقابل بعضی از بدخیمی‌ها مانند سرطان خون، کبد، سرطان ریه، سرطان پستان و سرطان پروستات در استان از متوسط کشوری شایعتر است و همه ساله تعداد قابل ملاحظه‌ای از مردم را مبتلا می‌کند.

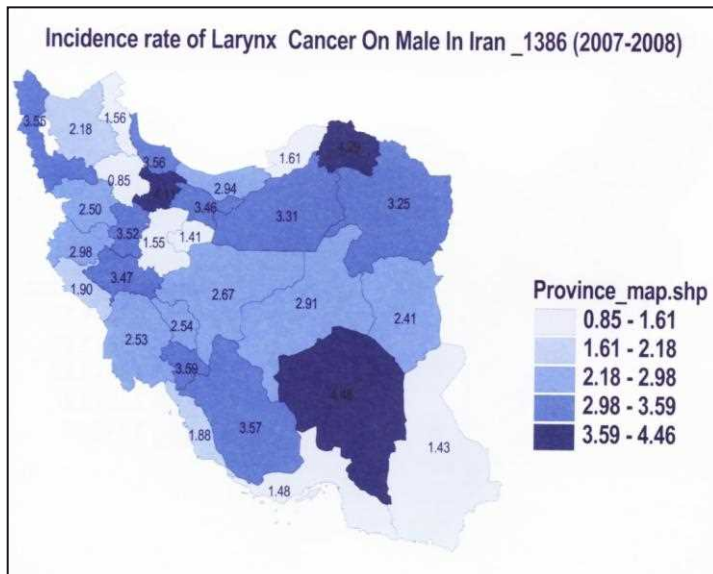




نمودار شماره ۶-۵: میزان خام موارد شناسایی شده سرطان در دانشگاه های کشور در هر صد هزار نفر، سال ۱۳۸۳ (منبع: شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران)

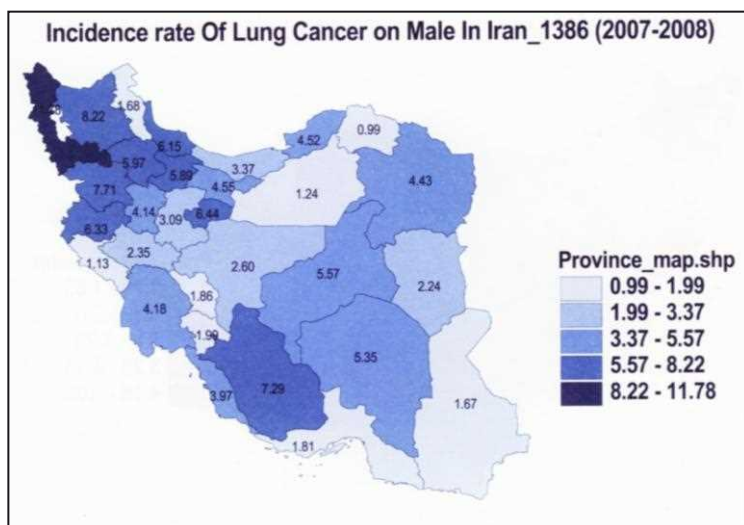
البته شیوه دریافت خدمات و حمایت های تشخیصی، درمانی و حمایت های عاطفی و اجتماعی و همچنین کمک و مساعدت در تأمین هزینه های کمر شکن سرطان ها از یک طرف و مسافرت ها و اقامت های بسیار زیاد در شرایط نامساعد برای بسیاری از مردم شهرستان های استان برای دریافت خدمات در شهر کرمان از طرف دیگر، از مسائل بسیار مهمی است که باید در مدیریت این بیماری مد نظر قرار گیرد.

شکل ۲-۵: میزان ثبت شده سرطان حنجره در جنس مذکر- ایران ۱۳۸۶

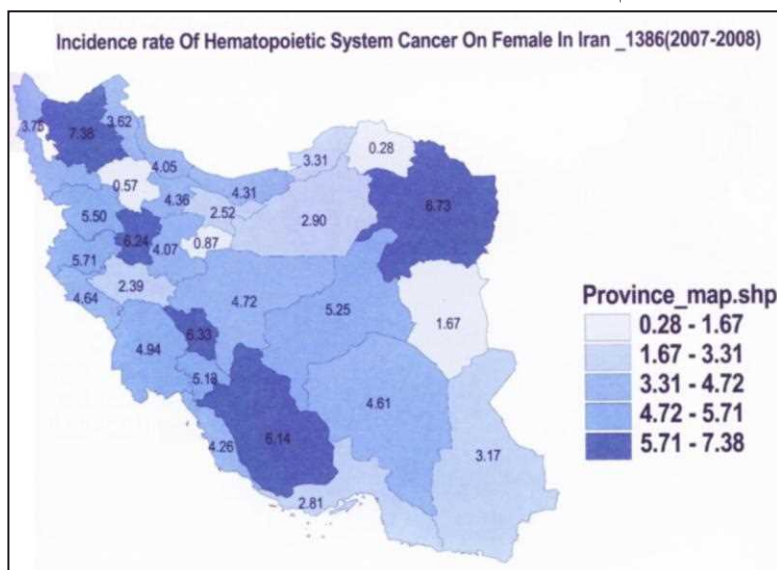




شکل ۳-۵: میزان ثبت شده سرطان ریه در جنس مونث-ایران ۱۳۸۶

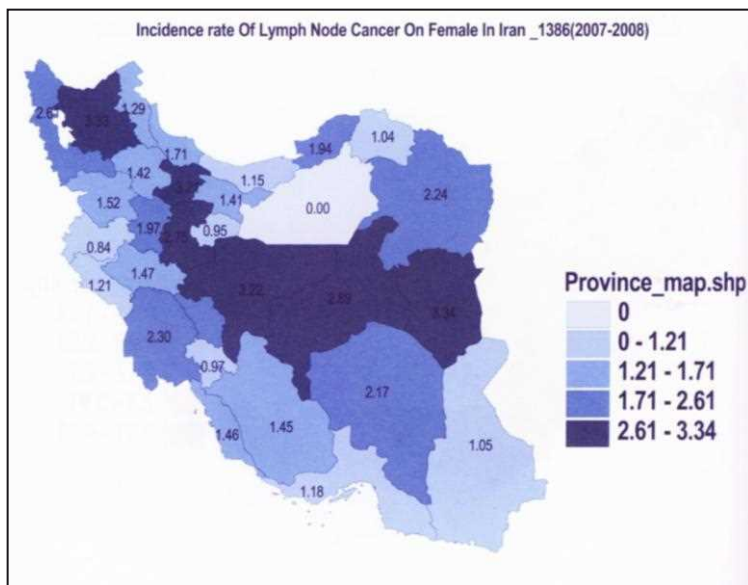


شکل ۴-۵: میزان ثبت شده سرطان سیستم خونساز در جنس مونث-ایران ۱۳۸۶

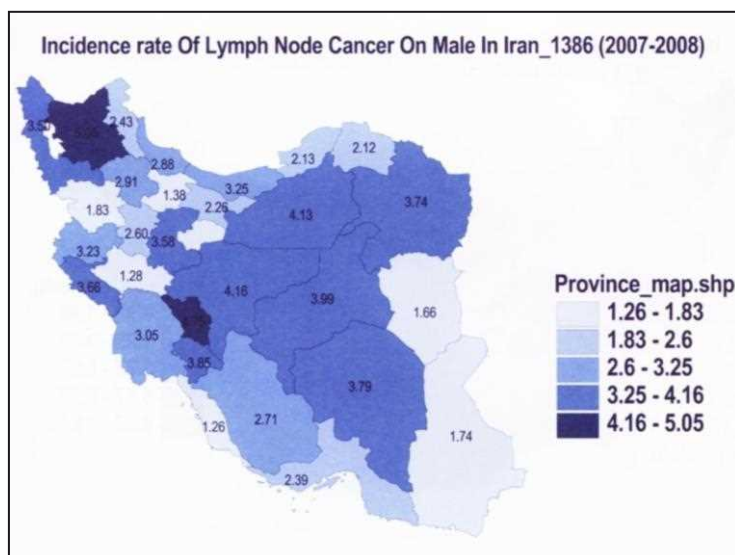




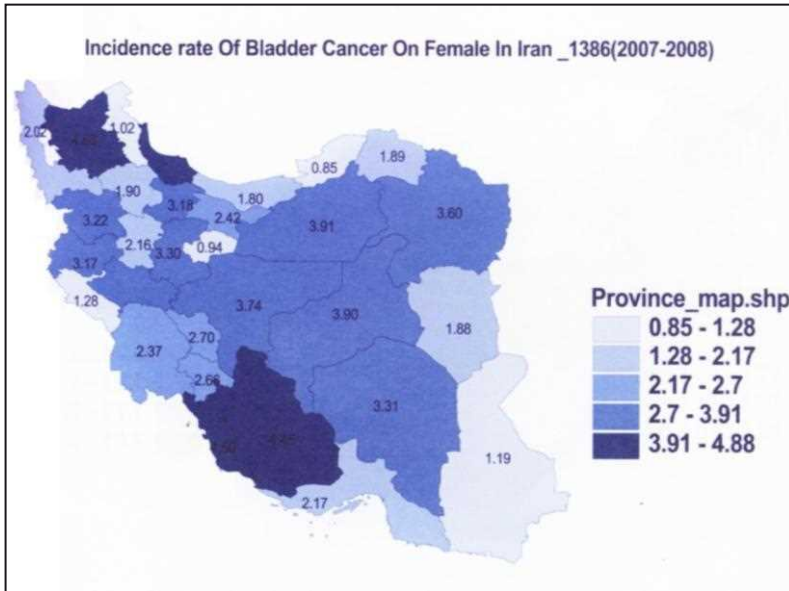
شکل ۷-۵: میزان ثبت شده سرطان غدد لنفاوی در جنس مؤنث- ایران ۱۳۸۶



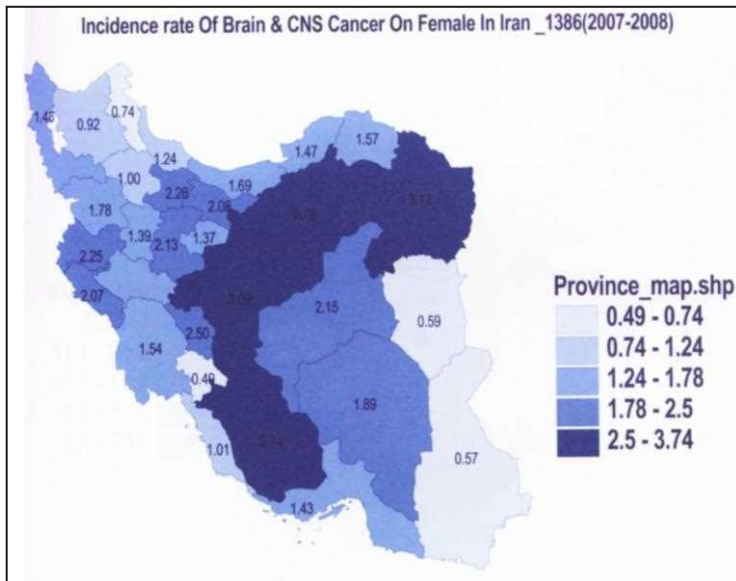
شکل ۸-۵: میزان ثبت شده سرطان غدد لنفاوی در جنس مذکر- ایران ۱۳۸۶



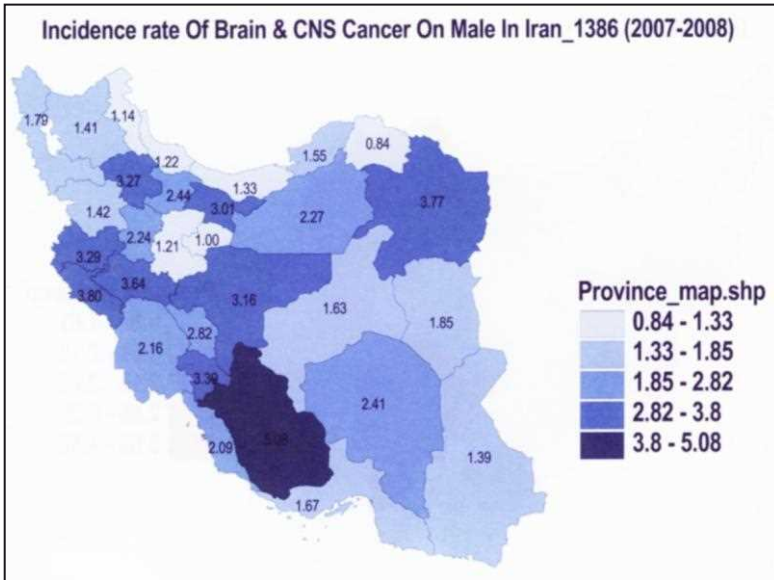
شکل ۹-۵: میزان ثبت شده سرطان مثانه در جنس مؤنث- ایران ۱۳۸۶



شکل ۱۰-۵: میزان ثبت شده سرطان مغز و سیستم عصبی مرکزی در جنس مؤنث- ایران ۱۳۸۶



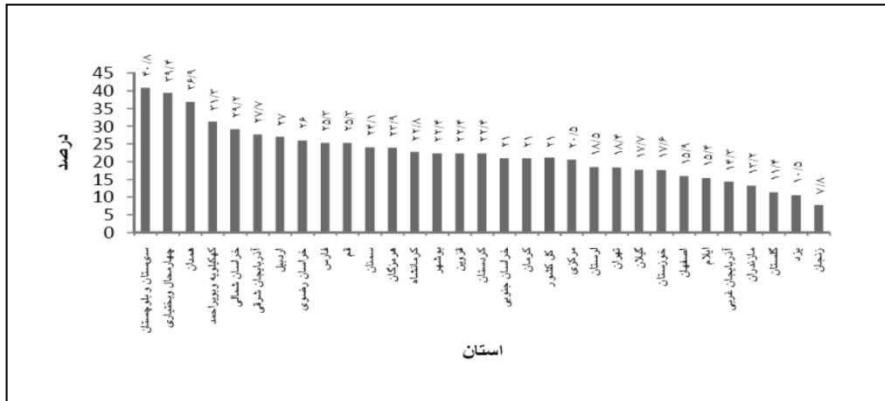
شکل ۱۱- میزان ثبت شده سرطان مغز و سیستم عصبی مرکزی در جنس مذکر- ایران ۱۳۸۶



### ۵-۱-۵) افسردگی

متأسفانه شیوع افسردگی به صورت بیمارگونه و یا حتی خلق افراد جامعه در استان، از متوسط کشوری بالاتر است و این در حالی است که این معضل در سطح کشور نیز از بار زیادی برخوردار است. اگرچه مرگ ناشی از افسردگی عمدتاً به صورت خودکشی زیاد نیست ولی ناتوانی هایی که به این دلیل ایجاد می شود در جامعه به صورت مستقیم و غیر مستقیم تأثیرات زیادی بر اقتصاد و سلامت جسمی و سلامت اجتماعی وارد می کند. لازم به ذکر است که یکی از کانون های فعال و متأسفانه مهم خودکشی کشور در شمال استان کرمان در شهرستان های زرنند، راور و کوهبنان واقع شده و از این جهت نیز بایست برای مهار این پدیده نامناسب اقدام شود.





نمودار شماره ۷-۵: درصد شیوع افسردگی در جمعیت بیشتر از ۱۵ ساله بر اساس اطلاعات بررسی سلامت و بیماری، سال ۱۳۷۸

## ۶-۱-۵) مالاریا

اگرچه بار بیماری مالاریا در استان در مقایسه با استان سیستان و بلوچستان و همچنین هرمزگان بالا نیست ولی جنوب استان یک کانون آلودگی در کشور محسوب می‌شود و برای کنترل آن باید توجه خاص مبذول گردد. این مهم به خصوص به دلیل برنامه کشوری و منطقه‌ای حذف مالاریا ضرورت پررنگ تری می‌یابد. لازم به ذکر است که ایران بعد از چندین کشور منطقه خاورمیانه اعلام آمادگی نموده‌است تا وارد مرحله حذف شده و انتقال محلی مالاریا را به کلی از بین ببرد و این تعهد بین‌المللی برای استان نیز الزاماتی ایجاد نموده‌است که باید در سند سلامت به آن پرداخته شود.

## ۲-۱-۵) ای-آی-وی

میزان شیوع این آلودگی در استان تقریباً هم سطح کشور می‌باشد ولی با توجه به روند رو به افزایش این آلودگی و با توجه به تغییر الگوی انتقال آن به راه‌های جنسی و با توجه به جوان بودن استان، زیاد بودن مهاجرت‌های کاری و یا تحصیلی در استان، تغییر فرهنگ، همچنین بالا بودن میزان مصرف مواد مخدر و متأسفانه رایج شدن مصرف داروهای روانگردان، به نظر می‌رسد، احتمالاً این آلودگی در سال‌های آینده تغییر چهره داده و افراد فعال و جوان جامعه را بیشتر درگیر نماید و همچنین با وجود آنکه در حال حاضر درصد زنان آلوده کمتر از ۱۰٪ است ولی در آینده افزایش خواهد یافت، این افزایش در زنان، منجر به افزایش آلودگی در کودکان نیز خواهد شد.

افزایش این آلودگی به خودی خود یک معضل سلامت محسوب می‌شود ولی با توجه به تأثیرات متقابل آن بر روی بعضی بیماری‌های دیگر مانند سل مقاوم به درمان و حتی سرطان‌ها، احتمالاً زیاد شدن آن به اشاعه بعضی بیماری‌های دیگر نیز منجر خواهد شد.

## ۵-۲- مشکلات نظام سلامت

## ۱-۲-۵) ارائه خدمت

در این بخش به موضوع مشکلات ارائه خدمت به عموم مردم بصورت عام پرداخته خواهد شد و با توجه به فراوانی این مشکلات سعی خواهد گردید ضمن رعایت ایجاز به اصلی ترین آنها اشاره شود.

## ۱-۲-۱-۵) توزیع نامناسب مؤسسات تشخیصی و درمانی در سطح استان

بر خلاف سطح بندی موجود در سیستم بهداشتی که در بخش های قبلی بدان اشاره گردید، متأسفانه نظام درمانی استان قایل به سطح بندی سازمان یافته ای نیست. هر چند که در بخش دولتی در روستاها و شهرهای کم جمعیت، استقرار مراکز بهداشتی درمانی بر اساس استانداردهای جمعیتی و دسترسی عادلانه به خدمات، موجب توزیع همگون خدمات در سطح عمومی گردیده است، اما در بسیاری از موارد پاسخ به نیازهای تخصصی و فوق تخصصی جز با مراجعه بیماران به سمت شهرهای بزرگتر و مرکز استان امکان پذیر نگردیده است.

این وضعیت منحصر به استقرار بیمارستان ها و مراکز تشخیصی و درمانی تخصصی و فوق تخصصی نمی باشد، بلکه در توزیع جغرافیایی بخش سرپایی از جمله مطب های پزشکی نیز صادق است؛ به گونه ای که کمبود بسیاری از رشته های اصلی تخصصی و خدمات وابسته در نقاط دور افتاده استان بصورت جدی معضل ساز گردیده است. البته در مقابل، وجود معدودی از مؤسسات درمانی (خصوصاً در بخش دولتی و خیریه) در بخش های کم جمعیت بدون توجه به هزینه اثربخشی و مطالعات امکان سنجی، به دلیل دشواری در تأمین نیروی متخصص و تجهیزات مورد نیاز، بلا تکلیف مانده و پاسخ به توقعات عمومی را با مشکل مواجه ساخته است.

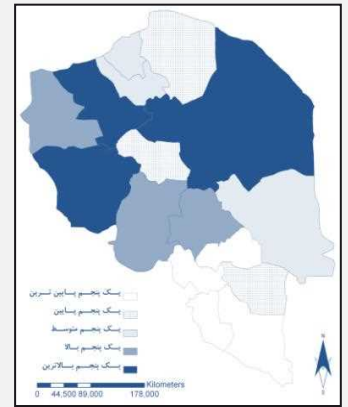
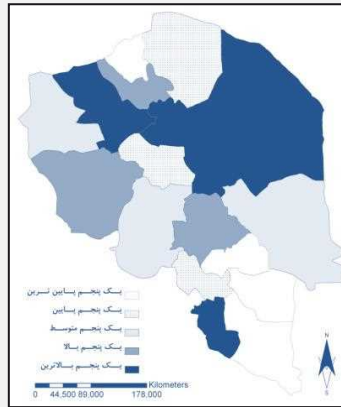
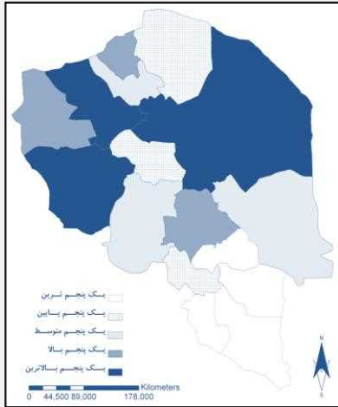


شکل ۱۲-۵: توزیع جغرافیایی گروه‌های مختلف پزشکی در سطح استان در سال ۱۳۸۸

دندانپزشکان عمومی و متخصص

پزشکان متخصص و فوق تخصص

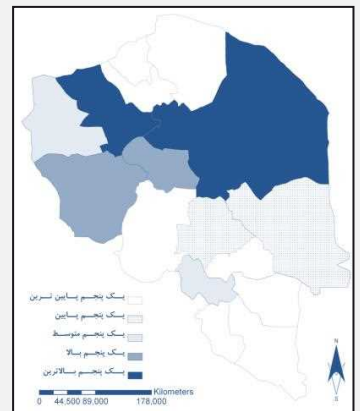
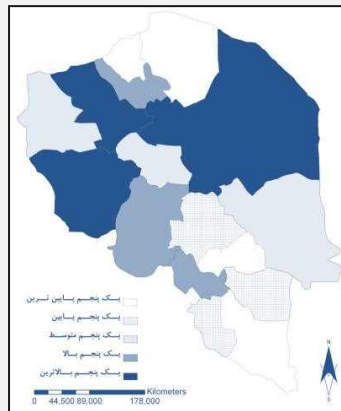
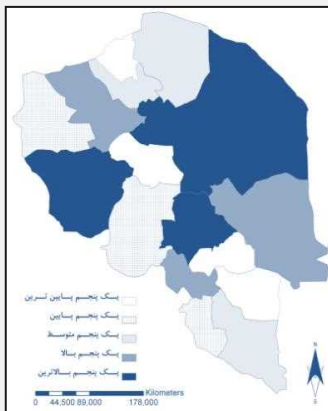
پزشکان عمومی



کارشناسان مامایی

داروسازان عمومی و متخصص

آزمایشگاهیان



## ۲-۱-۲) ۵-۲-۱-۲) صعوبت دسترسی مردم به مؤسسات درمانی در سطح شهرها

به رغم برطرف گردیدن نیاز عمومی به بسیاری از رشته‌های تخصصی در شهرهای بزرگ و خصوصاً مرکز استان، دسترسی مکانی مردم به آنان دچار مشکل است. تراکم مطب‌های تخصصی و فوق تخصصی در شهر کرمان، یکی از مصادیق بارز این معضل است. تراکم مطب‌ها در محدوده میدان آزادی، خیابان استقلال، چهار راه طهماسب آباد و





ابتدای خیابان جهاد از مصادیق فقدان برنامه مناسب در توزیع همگون خدمات درمان سرپایی نسبت به جمعیت عمومی شهر است. توسعه و افزایش مؤسسات در این مناطق پر ازدحام و نامشخص بودن مرجع و ضوابط خاص قانونی در محدودسازی تراکم و نهایتاً توسعه سایر مؤسسات جدید به مناطق کم ازدحام و با دسترسی بیشتر، وضعیت امیدبخشی را در آینده نزدیک الهام نمی دهد. البته آنچه که موجب تشدید این معضل گردیده است، مراجعات مستقیم بیماران به سطوح تخصصی و فوق تخصصی قبل از گذشتن از سطوح عمومی و ابتدایی تر است.

شکل ۱۳-۵: نقاط پرتراکم مؤسسات تشخیصی درمانی سرپایی در شهر کرمان



### ۳-۱-۲-۵) آگاهی ناکافی مردم نسبت به خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده در مراکز و مؤسسات بهداشتی درمانی

با توجه به عدم وجود نظام اطلاع رسانی جامع و مؤثر، میزان آگاهی عمومی از نوع خدمات بهداشتی و درمانی و نیز نحوه دسترسی به این خدمات اعم از بخش دولتی و غیر دولتی، به شدت دچار اشکال است. این وضعیت خصوصاً در شهرهای بزرگتر از وضعیت مناسبی برخوردار نیست. از یک طرف پایگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی شهری در انتظار مراجعین، برای ارائه خدمات بهداشتی و نیز خدمات درمانی، از استقبال چندانی برخوردار نیستند و از سویی دیگر برخی از مراکز غیردولتی و حتی دولتی از ازدحام و سرریز مراجعین معترض می باشند. فقدان ساز و کار آگاهی دهنده عمومی جهت شناساندن نوع خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده در مؤسسات مختلف، باعث گردیده است که اطلاعات و باورهای عمومی که لزوماً با برداشت های ناصحیح و یا سوگیری های عوامانه همراه بوده است جایگزین

اطلاعات صحیح شود. از طرف دیگر مؤسسات درمانی جهت شناساندن خویش و رقابت با سایرین، به استفاده از روش‌های تبلیغاتی (گهگاه نامناسب) و یا هدایت بیماران توسط مؤسسات همکار، روی آورده‌اند. این مشکل در مرکز استان و نیز شهرهای بزرگ به دلیل تعدد مؤسسات، با اهمیت تر است؛ خصوصاً اینکه میزان مداخلات پزشکی توسط افراد فاقد صلاحیت علمی و نیز میزان مداخلات بین رشته‌ای در این شهرها رو به رشد است.

#### ۴-۱-۲-۵) فقدان سیستم نوبت دهی مناسب در مؤسسات تشخیصی و درمانی

یکی از دغدغه‌های عموم بیماران نحوه اخذ وقت ملاقات و نوبت گرفتن در مؤسسات تشخیصی درمانی، علی‌الخصوص در بخش سرپایی و تشخیصی است. این مشکل در بخش‌های دولتی، خیریه و نهادهای عمومی به مراتب با صعوبت بیشتری همراه است که یکی از دلایل آن بار مراجعات فزاینده در این بخش‌ها، عمدتاً به دلیل ارزانتر بودن خدمات است. البته نمی‌توان توزیع نامناسب مؤسسات و نیز تصورات عوامانه که گهگاه ازدحام را دلیل بهتر بودن کیفیت خدمات قلمداد می‌کنند در تشدید این مشکل بی‌تأثیر دانست. ساعت‌ها انتظار در صفوف طولانی برای اخذ نوبت، اتلاف وقت بیماران در سالن‌های انتظار برای گرفتن خدمت، تغییر زمان برخی از نوبت‌ها، سفارشی شدن و ناعادلانه بودن نوبت دهی، پرداخت‌های فراقانونی به معدودی از متصدیان پذیرش و... همگی از عوارض فقدان نظام نوبت دهی مناسب در مؤسسات است. البته درمانگران نیز متقابلاً از ضعف فرهنگ عمومی در عدم رعایت زمان تعیین شده و رعایت حقوق دیگران توسط بیماران شاکی بوده و این موضوع چرخه معیوبی را برای انتظام بخشی به فرایند نوبت دهی ایجاد نموده است. در حال حاضر دریافت نوبت در مؤسسات درمانی بیشتر از طریق حضوری و یا تلفنی است و از سیستم‌های نوبت دهی پیشرفته بصورت مجازی و یا الکترونیکی به دلیل کامل نبودن چرخه کمتر استفاده می‌شود.

#### ۵-۱-۲-۵) فقدان نظام مؤثر مشاوره تخصصی

وابستگی شاخه‌های تخصصی علم پزشکی به یکدیگر به گونه‌ای است که در علاج اغلب بیماری‌ها، همکاری و مشاوره تعدادی از متخصصین جهت تشخیص و درمان لازم و مؤثر است. این وضعیت خصوصاً در بیماری‌هایی با علل پیچیده و یا نیاز به بررسی‌های تشخیصی متعدد و یا وجود درمان‌های متفاوت، کاربرد زیادی داشته و ضرورت ایجاد نظام مشاوره را طلب می‌نماید. هر چند که این موضوع خصوصاً در بیمارستان‌های آموزشی در قالب گزارش صبحگاهی دانشجویان و یا گراند راند اساتید و دستیاران جاری است، اما نبود نظام مشاوره گروهی و اکتفا به مشاوره‌های فردی یکی از مشکلات تخصصی موجود در استان محسوب می‌گردد و نتیجه آن را می‌توان در نارضایتی برخی از بیماران ناشی از سرگردانی و ارجاعات بدون نتیجه، حتی به خارج از استان، اشاره نمود.



## ۶-۱-۲-۵) گسستگی و عدم جامعیت خدمات در مؤسسات پزشکی

استفاده بیش از حد و غیر منطقی از خدمات، تقاضای القایی در عرضه خدمات، تخصصی شدن خدمات پزشکی

همانگونه که در بند قبل نیز اشاره شد، وابستگی و پیوستگی رشته های پزشکی به گونه ای است که در عرصه ارائه خدمت نیز، لازم است این جامعیت و پیوستگی رعایت گردد. این در حالی است که هم اکنون نحوه چیدمان بخشهای تخصصی و فوق تخصصی در بیمارستانهای مختلف دچار اشکال بوده و گهگاه نیاز به انتقال و ارجاع بیماران جهت اقدامات تشخیصی و درمانی تکمیلی و حتی ابتدایی است.

این ضعف با چهره ای دیگر در نبود مجتمع های تخصصی جهت تجمیع بخشهای مختلف و سهولت انجام کلیه اقدامات تشخیصی و درمانی اطمینان بخش، خصوصاً در بخش غیر دولتی به چشم می خورد. در این میان می توان به نیاز استان به وجود مجموعه های تخصصی جامع تشخیصی و درمانی، جهت مراجعات دندانپزشکی، ترک اعتیاد، تغذیه، سرطان، پرتو شناسی و بسیاری از موارد دیگر اشاره نمود.

## ۷-۱-۲-۵) افت کیفیت خدمات سلامتی در مؤسسات بهداشتی درمانی:

هر چند که به دلیل عدم وجود نظام کنترلی و نظارت منسجم، نمی توان در مورد کیفیت خدمات بهداشتی درمانی بصورت مستند قضاوت نمود اما نظرات کارشناسی و نیز مردمی، حکایت از افت کیفی این خدمات دارد. از نگاه مردم؛ مشکلات پذیرش در مؤسسات، کاهش زمان ملاقات با پزشکان به دلیل ازدحام و گهگاه ویزیت همزمان بیماران، کم رنگ شدن رعایت حریم بیماران و محرمانگی اطلاعات شخصی، گهگاه برخورد نامناسب کادر درمانی بدون رعایت کرامت انسانی و... از مواردی است که مورد اعتراض بیماران واقع می گردد. متقابلاً از نگاه کارشناسان و جامعه پزشکی؛ افت کیفیت گزارشات تشخیصی و آزمایشگاهی، ضعف در خدمات جانبی و تکمیل کننده از جمله مراقبت های پرستاری، فرسودگی یا ناکارآمدی برخی از تجهیزات پزشکی اعم از تشخیصی و درمانی، کاهش کیفیت و اثربخشی برخی از داروها و سایر موارد متعدد دیگر مورد اعتراض قرار می گیرد، که البته تمامی موارد اشاره شده می تواند نتیجه ای از ضعف کیفیت خدمات باشد.



جدول ۱-۵: جدول مقایسه نسخ دارویی استان و شهرستانها در سال ۱۳۸۸

شهرستان	میانگین اقلام دارویی یا تجویزی	میانگین داروهای تزریقی	میانگین آمپی میکروبیال	میانگین استروئیدها	میانگین ریالی نسخ	بالاترین داروی تجویزی
شهرستان کرمان	۳/۰۱	٪۲۹	٪۴۶	٪۱۷	ریال ۳۸۰۵۳	دگزامتازون
شهرستان شهرستان	۳/۱۲	٪۲۶	٪۵۱	٪۲۱	ریال ۳۴۹۷۵	دگزامتازون
راور	۳/۱۱	٪۲۷	٪۵۱	٪۱۷	ریال ۲۸۱۶۶	دیفن هیدرامین
بافت	۳/۱۵	٪۳۵	٪۵۷	٪۱۸	ریال ۳۰۷۰۷	دگزامتازون
پوردیسیر	۲/۹۰	٪۱۷	٪۵۰	٪۱۱	ریال ۳۱۱۷۳	دیفن هیدرامین
بم	۲/۹۱	٪۲۷	٪۴۱	٪۱۶	ریال ۵۳۱۶۳	دگزامتازون
جیرفت	۳/۲۱	٪۳۶	٪۵۲	٪۲۰	ریال ۳۱۳۴۹	دگزامتازون
کهنوج	۳/۳۱	٪۴۶	٪۵۶	٪۲۳	ریال ۳۱۶۳۹	دگزامتازون
عنبرآباد	۳/۵۰	٪۵۹	٪۶۶	٪۳۳	ریال ۳۲۱۶۱	دگزامتازون
سبزجان	۲/۸۵	٪۲۶	٪۴۴	٪۱۶	ریال ۳۱۱۷۵	دگزامتازون
زرنج	۲/۹۷	٪۲۵	٪۴۵	٪۱۷	ریال ۲۸۵۲۰	دگزامتازون
رفسنجان	۲/۹۵	٪۲۸	٪۳۹	٪۱۷	ریال ۳۳۵۰۳	دگزامتازون
شهربابک	۳/۲۳	٪۳۹	٪۴۹	٪۲۵	ریال ۳۰۳۳۸	دگزامتازون

نبود حمایت ها و برنامه‌های مدون و زمانبندی شده به جهت ارتقاء به روز آموزش های علمی مورد نیاز حرف پرستاری و پزشکی را نیز می توان در برخی موارد علت افت کیفیت خدمات بالینی ارائه شده از سوی تیم سلامت بر شمرد. در بحث اخلاق پزشکی، نظام های پرداخت ناکارآمد و ناعادلانه و عدم تناسب دستمزدهای پرداختی با شان پزشکان و نیز میزان و نوع خدمات ارائه شده از سوی ایشان را به ویژه در بخش دولتی از علل ترویج پرداخت های زیر میزبی می باشد.



یکی از شاخص‌هایی که نشان دهنده کیفیت ارائه خدمات درمانی سرپایی است تجویز منطقی دارو و رعایت استانداردهای کشوری و جهانی است که مطابق آمار منتشره از سوی کمیته تجویز منطقی دارو در استان بیشترین سهم داروی تجویزی در اغلب شهرستان‌ها داروی دگزامتازون است. البته این وضعیت در خصوص اقدامات تشخیصی و آزمایشگاهی نیز صادق است و به نظر می‌رسد بیش از حد عرفی و استاندارد علمی است.

### ۸-۱-۲-۵) کانون‌های پراکنده و متعدد جهت رسیدگی به شکایات و اعتراضات مردمی

یکی از معضلات پراکندگی در تولید مؤسسات بهداشتی درمانی وجود روش‌های متفاوت و کانون‌های متعدد در رضایت‌سنجی و نیز رسیدگی به شکایات و اعتراضات است. نظر سنجی از مراجعین در مؤسسات بهداشتی درمانی، معمولاً بی‌معنی و گهگاه بصورتی ناکارآمد و به قصد رفع تکلیف انجام می‌شود. از سویی دیگر، مراجع رسیدگی به اعتراضات و شکایات نیز متعدد و پراکنده می‌باشند. این مراجع از واحدهای رسیدگی به شکایات در داخل مؤسسات و تا مبادی قضایی و انتظامی در دادگستری، سازمان نظام پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و تعزیرات گسترده است. هر چند که تعداد شکایات ثبت شده در مبادی انتظامی سازمان‌های نظام پزشکی شهرستان‌ها به نسبت حجم خدمات درمانی در سطح استان از میزان بالایی برخوردار نیست، اما روند رو به رشد این شکایات در چند ساله اخیر نشان می‌دهد که تعداد آن در دادسرای انتظامی شهرستان کرمان طی سال‌های ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۸۸ از ۸۵ فقره به ۱۵۶ فقره شکایت رسیده است. البته این وضعیت در شورای حل اختلاف جرائم پزشکی وابسته به دادگستری کرمان در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۹ نسبت به مدت مشابه در سال ۱۳۸۸ ثابت و در حدود ۶۰ فقره بوده است. اگرچه بایستی همزمان به رشد تعداد پزشکان و گسترده شدن خدمات پزشکی و نیز افزایش آگاهی عمومی نسبت به حقوق خویش به عنوان عوامل مؤثر بر افزایش آمار مذکور توجه داشت، اما مسلماً شفاف شدن مسیر شکایات و اطمینان بخشی بیشتر به مردم در رسیدگی عادلانه و سریع به شکایات، در میزان شکایات بی‌تأثیر نخواهد بود.

جدول ۲-۵: آمار شکایات وارده به هیأت‌های بدوی سازمانهای نظام پزشکی در استان از سال ۱۳۸۵ لغایت شهریور ۱۳۸۹

شهرستان	بافت	کهنوج	زرنند	جیرفت	بم	رفسنجان	سیرجان	کرمان
تعداد	۴	۶	۸	۱۲	۱۳	۱۴	۵۴	۳۸۷



### ۹-۱-۲-۵) مشکلات موجود در ثبت جامع اطلاعات و تشکیل پرونده

اگر چه روند تشکیل پرونده بیماران عمدتاً در بخش درمان بستری از سال‌ها قبل به اجرا درآمده است، اما بدلیل اینکه این فرآیند به صورت محسوسی به روشی برای وصول هزینه‌ها از بیماران و شرکتهای بیمه‌گر استحاله یافته است، لذا اغلب پرونده‌های ثبت شده از دقت و کارآیی لازم جهت استفاده در روند سلامتی بیمار برخوردار نیستند. این مشکل در بخش سرپایی به مراتب با مشکلات بیشتری همراه است و حتی در بسیاری از موارد پرونده تشکیل نمی‌گردد. بی‌اطلاعی پزشکان از سوابق و اقدامات قبلی صورت گرفته برای بیمار، باعث دوباره کاری‌های تشخیصی و درمانی و تحمیل هزینه‌های غیر ضروری به بیماران می‌گردد. عدم تشکیل پرونده و یا عدم ثبت دقیق آن از منظر دیگر نیز موجب نقص در سیستم‌های نظارتی و انتظامی گردیده است؛ فرضاً در موارد شکایت بیماران به مراجع انتظامی و یا قضایی، وجود نقص مذکور باعث بروز اشکالات عدیده در کارشناسی و قضاوت شده و حق بیماران ناشی از فقدان مستندات و ادله کافی، تضییع گردیده است.

### ۱۰-۱-۲-۵) بالا بودن هزینه‌های خدمات سلامت

هر چند که دریافت خدمات بهداشتی در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی همچنان بصورت رایگان است و یا با کمترین میزان پرداخت از سوی مراجعین روبروست، اما هزینه‌های خدمات درمانی با رشدی فزاینده مواجه گردیده است. ناتوانی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در کاهش میزان پرداخت هزینه‌ها از جیب مردم عملاً از ارزش دفاتر بیمه کاسته است. هر چند که این معضل در بخش دولتی به دلیل کمک‌های دولتی با مشکلات کمتری مواجه است، اما تمایل عمومی جهت دریافت خدمت از بخش خصوصی، این ناتوانی را شدت بخشیده است. بیمه‌نامه‌های تکمیل درمان که اصولاً به منظور کاهش دغدغه در پرداخت سرباری هزینه‌ها، توسط شرکتهای بیمه تجاری عرضه می‌شود، به دلیل نگاه اقتصادی این شرکتهای رفته رفته ارزش خود را از دست می‌دهند و بیماران که از پوشش بیمه‌ای و حمایتی برخوردار نیستند، مگر در مواردی که دارای تمکن مالی بالایی باشند، توان استفاده از خدمات بخش خصوصی را ندارند.

از سوی دیگر گرانی خدمات درمانی عوارضی را هم به دنبال داشته است که از آن میان می‌توان مراجعه دیر هنگام بیماران به مراکز درمانی معتبر و روی آوردن قشر کم درآمد به خود درمانی و استفاده از درمان‌های غیر علمی نام برد. بدیهی است که افزایش تقاضای القایی بیماران به پزشکان جهت ذخیره دارو و یا مراجعه مستقیم به داروخانه‌ها و مراکز تشخیصی نیز می‌تواند ریشه‌ای اقتصادی داشته باشد.



### ۱۱-۱-۲-۵) نامناسب بودن تسهیلات رفاهی و بهداشتی در مراکز ارائه خدمت

وضعیت غیر بهداشتی برخی از مؤسسات بهداشتی درمانی خصوصاً در بخش دولتی و در سیستم‌های بهداشتی که خود بایستی الگوی بهداشتی باشند و یا در برخی از مؤسسات خصوصی که حتی از بار بالای مراجعات برخوردارند، یکی از مصادیق بی توجهی متولیان سلامت به اصلاح امور از درون است. عدم وجود سرویس بهداشتی و تهویه مناسب، دفع ناقص پسماندهای عفونی، کمبود امکانات اولیه تسهیلاتی حتی جهت انتظار بیماران، از دیگر مشکلات عمومی مراجعین است. گهگاه برخورد‌های نامناسب ناشی از بی انگیزگی درونی کارکنان و نیز تیم درمانی با عموم مردم و عدم رعایت کرامت آنها بر مشکل مذکور دامن می‌زند. اصولاً یکی از عوامل سبب ساز شکایات عمومی به مبادی انتظامی و قضایی، تشدید نارضایتی مراجعین و عدم دریافت پاسخ نامناسب در کنار افت کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی است. (کلیه تحلیل‌های آورده شده، پس از بررسی متون و مستندات موجود و برگزاری جلسات کارشناسی با مسئولین دستگاه‌های ذیربط و اخذ اطلاعات به روز سازمان‌ها و دستگاه‌های مختلف حوزه سلامت استان، به رشته تحریر درآمده است).

### ۲-۲-۵) مالی

مهمترین مشکلات حوزه تأمین مالی سلامت استان تقریباً مشابه با سایر استان‌های کشور می‌باشد و رفع آن‌ها عمدتاً نیازمند سیاستگذاری در سطح کشور است؛ هر چند می‌توان با داشتن ابتکارات و احیاناً همکاری‌های بین‌سازمانی برخی از این مشکلات را مرتفع کرد. برای مثال در زمینه کنترل پرداخت‌های غیر رسمی در سطح استان با هماهنگی و همکاری دستگاه‌های مرتبط، دستاوردهای قابل توجهی محقق شده است، به گونه‌ای که بخش سلامت استان از این نظر کمترین مشکلات را دارد. بررسی متون و مصاحبه با صاحب‌نظران حوزه تأمین مالی سلامت استان، مهمترین مشکلات سلامت استان را در حیطه مالی به شرح زیر نشان می‌دهد:

- ۱- عدم تعیین اعتبارات بیمه‌ای سازمان‌های بیمه‌گر درمانی و سلامت متناسب با تعیین سرانه واقعی به نظر می‌رسد عدم تعیین سرانه واقعی بیمه‌گر درمانی باعث گردیده است که زنجیره‌ای معیوب شکل گرفته و با حرکت در حوزه منابع مالی بخش سلامت، مشکلات بعدی نظیر افزایش پرداخت از جیب، عدم کفایت بیمه‌های پایه، پرداخت‌های زیر میزی و مشکلات تعرفه‌گذاری را ایجاد می‌نماید.
- ۲- نقص در سیاستگذاری، اجرا، ارزشیابی و تأمین منابع، در این بخش به عقیده صاحب‌نظران، منابع مالی بر مبنای مشکلات سلامت استان اولویت‌گذاری و تخصیص داده نمی‌شود و بودجه ریزی و تخصیص منابع عمدتاً سنتی بوده و به همین دلیل گروه‌ها و بخش‌هایی که از توان بهتری در زمینه چانه زنی برخوردارند، منابع بیشتری را جذب می‌کنند؛ البته این مشکل در سطح ملی نیز شایع می‌باشد.



۳- وجود دستگاه‌های متعدد در تصمیم‌گیری برای تعیین تعرفه‌های درمانی و در نتیجه تعیین تعرفه‌های مختلف

۴- عدم تخصیص منابع بصورت یکپارچه و بر اساس مبنایی عینی و روشن

۵- عدم وجود دیدگاه جامع سلامت نگر (بهداشت، درمان و توان بخشی) در بیمه سلامت طبق ماده ۹۱ برنامه چهارم توسعه

۶- عدم اجرای قوانین متعدد موجود در قانون برنامه چهارم توسعه در ساماندهی بیمه‌ها

۷- وجود صندوق‌های متعدد با ساختارها و شیوه‌های متعدد در سازمان‌های بیمه‌گر و سایر سازمانها که در امر بیمه بهداشت و درمان فعالیت می‌کنند (وزارت رفاه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بیمه‌های خودمختار و مستقل، بیمه مرکزی).

۸- کانون‌های متعدد تصمیم‌گیری و داشتن اعتبارات مجزا از هم باعث بی‌نظمی و آنتروپی مثبت در نظام سلامت شده و این امر سبب بروزی عدالتی‌ها در این حوزه گردیده است.

۹- رویکرد نامناسب بیمه‌ای، به طوری که سازمان‌های بیمه‌گر دولتی و عمومی به دلیل عدم سرمایه‌گذاری‌های مناسب و یا سرمایه‌گذاری‌هایی با نرخ بازده نامناسب که توجیه اقتصادی ندارد، تنها به عنوان یک صندوق بیمه‌ای در اخذ منابع مالی از دولت و مردم و انتقال آن به سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات، عمل می‌کنند.

۱۰- بدهی‌های معوقه بیمه‌ای به سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمت که عمده این مراکز در اختیار وزارت بهداشت است؛ این معوقه‌ها باعث کاهش انگیزه نیروی انسانی دولتی شاغل در حوزه بهداشت و درمان گردیده که در نتیجه باعث ایجاد چالش‌ها در منابع و مصارف مالی گردیده است.

۱۱- انتظارات و تقاضاهای روبه افزایش جامعه به لحاظ ارتقاء سطح دانش و اطلاعات آن‌ها همگام با پیشرفتهای پزشکی، که پاسخگویی را با چالش مواجه نموده است. به عنوان مثال، در برنامه بیمه روستایی شاهد افزایش تقاضاها برای تکنولوژی‌های پزشکی هستیم.

البته در زمینه هزینه‌های کمرشکن، پرداخت مستقیم از جیب، شاخص مشارکت مالی عادلانه سایر شاخص‌های مالی مرتبط با سلامت (تورم زیرگروه‌های بهداشت و درمان و...)، به دلیل فقدان مطالعه در سطح استان برآورد دقیقی وجود ندارد؛ با این حال، خبرگان حوزه مالی سلامت استان معتقد بودند که این شاخص‌ها در سطح استان؛ در حدود میانگین کشوری و بعضاً در سطحی مطلوبتر در مقایسه با میانگین کشوری می‌باشد. برای مثال درصد پرداخت‌های مستقیم از جیب به دلیل عدم گستردگی بخش خصوصی بستری در سطح استان و اقدامات کنترلی صورت گرفته، از دیدگاه کارشناسان حوزه سلامت کمتر از میانگین کشوری می‌باشد.





### ۳-۲-۵) سیاستگذاری سلامت در استان

در بخش مربوط به زنجیره علل مربوط به مدیریت نظام سلامت استان به مشکلات سیاستگذاری سلامت در استان اشاره گردیده است. یکی از چالش‌های نظام سیاستگذاری سلامت در استان، عضو نبودن رئیس یا نماینده ای از دانشگاه علوم پزشکی در شورای برنامه ریزی و توسعه استان است. بنابراین دانشگاه از جریان تصمیم‌گیری‌ها و اطلاعات مرتبط و تأثیرگذار بر سلامت، از جمله عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دور می‌ماند. همچنین اطلاعات لازم جهت تصمیم‌گیری در کارگروه سلامت و امنیت غذایی توسط ساختار رسمی متشکل از تیمی کارشناس و خبره فراهم نگشته و عمدتاً مبتنی بر شواهد نمی‌باشد و همین امر اتخاذ تصمیمات بین بخشی تأثیرگذار بر سلامت را دشوار می‌گرداند. به منظور اصلاح نظام تصمیم‌گیری در سطح کلان سلامت استان، بازمهندسی ساختار ستادی (کمیته‌ها، شوراها) در فراهم آوردن اطلاعات مناسب جهت تصمیم‌گیری و شکل‌گیری ارتباطات منطقی بین بخشی راه‌گشا خواهد بود.

همچنین اقدامات موازی و جزیره‌ای کار کردن بخش‌های مرتبط با سلامت و تدوین سیاست‌هایی که در راستا و تقویت‌کننده یکدیگر نمی‌باشند، از دیگر نقاط ضعف سیاستگذاری سلامت در استان می‌باشد. در حال حاضر ارزیابی استانداری از سازمان‌های مختلف در استان بر مبنای شاخص‌های سلامت نبوده و مسلماً اقدام در این مورد و توجه به این شاخص‌ها، محرکی برای ارتقاء همکاری‌های بین بخشی خواهد بود.

همانطور که قبلاً نیز اشاره گردید در بعد مشارکت ذی‌نفعان، مشکلات قابل توجهی در بخش سلامت استان وجود دارد و با توجه به ماهیت بین بخشی بسیاری از مسائل سلامت می‌بایست به نحوی این مشارکت افزایش پیدا نماید. همچنین در این رابطه مکانیسم روشنی نیز برای مشارکت گروه‌های مختلف وجود ندارد. در بعد پژوهش، حوزه انسانی و اطلاعاتی نیز بخش سلامت با مشکلات عدیده‌ای مواجه بوده و این موجب بخشی عمل نمودن سازمان‌های مختلف تأثیرگذار بر سلامت استان می‌گردد. ارزیابی سیاست‌های مرتبط با سلامت نیز یکی از اجزای مغفول در فرایند سیاستگذاری سلامت در استان می‌باشد و ابزار و مکانیسمی جهت بررسی تأثیر سیاست‌های تدوین شده در استان بر سلامت مردم استان وجود ندارد. در مجموع یکی از مشکلات اساسی سیاستگذاری در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی استان، فقدان جامعیت و انسجام اطلاعات مورد نیاز تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیران این حوزه است. اهمیت موضوع از آنجا نشأت می‌گیرد که آگاهی روزآمد مدیران و برنامه‌ریزان و حتی خدمت‌دهندگان نظام سلامت استان از وضعیت مؤسسات بهداشتی درمانی، نوع خدمات، مهارت‌های فنی و تخصصی بخش‌های دولتی و غیردولتی، نیازها و اولویت‌های بهداشتی درمانی و ... خصوصاً در فقدان رشد مناسب بودجه‌های بهداشتی درمانی، از مؤلفه‌های ضروری در نظام برنامه‌ریزی و ارائه خدمت محسوب می‌گردد.



## ریشه یابی مشکلات سلامت استان

### ۱-۶- مشکلات اولویت دار سلامتی

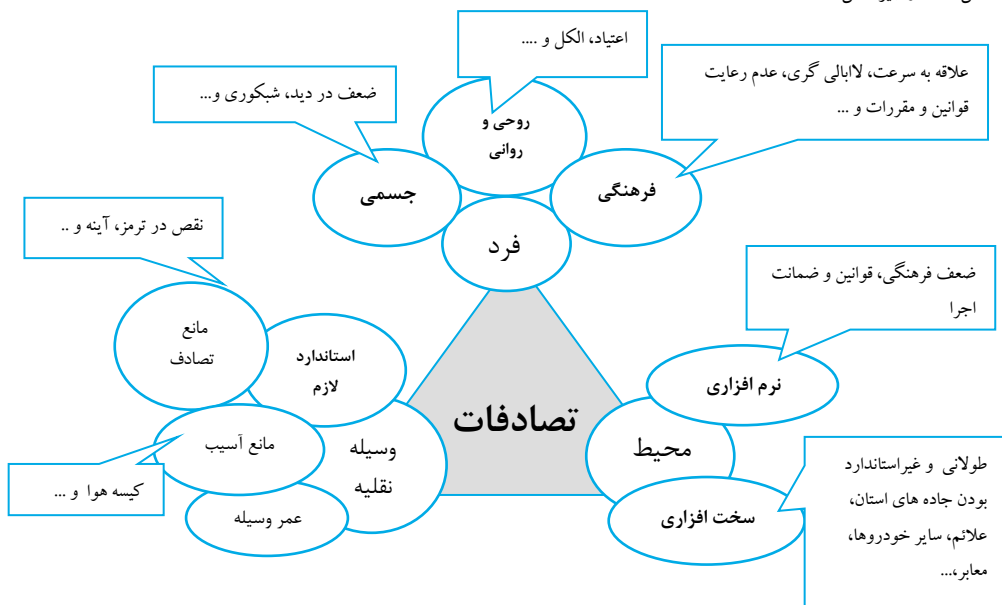
در این فصل سعی گردیده است به زبانی ساده مشکلاتی که در قسمت‌های قبل بدانها اشاره گردید مورد بررسی و ریشه یابی قرار گیرد. جهت سادگی اشکال، مشکلات مربوط به ارائه خدمات سلامت در این شبکه علیت‌ها آورده نشده است اما در بخش مربوط به وظایف سازمان‌های مختلف، این مشکلات و وظیفه سازمان‌های مرتبط مورد توجه قرار گرفته است.



### الف) تصادفات

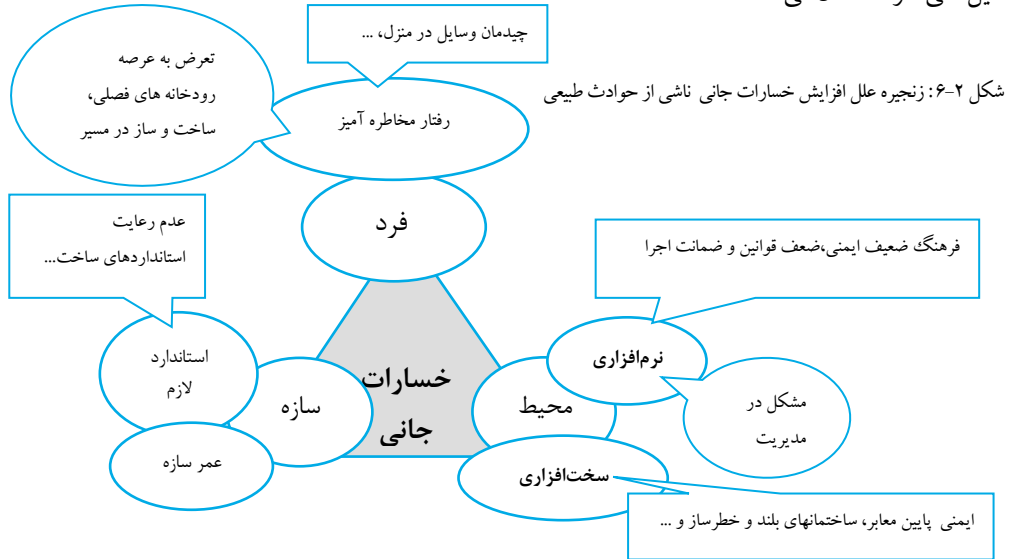
شکل زیر شبکه عللی را که منجر به بروز تصادفات می‌گردد، نشان می‌دهد.

شکل ۱-۶: زنجیره علل تصادفات



## ب) حوادث طبیعی

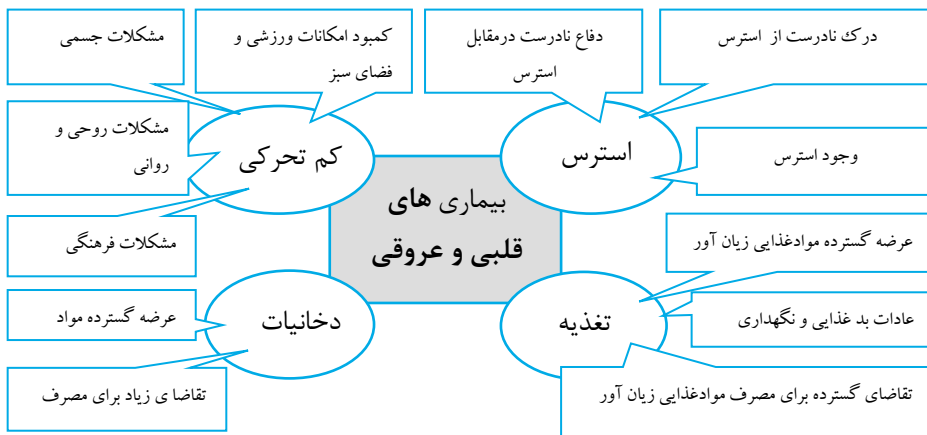
شکل زیر مهمترین عللی را که منجر به افزایش صدمات جانی در هنگام وقوع حوادث طبیعی عمده در استان (زلزله و سیل) می‌گردد، نشان می‌دهد.



## ج) بیماری های قلبی و عروقی

شکل زیر مهمترین عللی را که منجر به افزایش بیماری های قلبی و عروقی می‌گردد، نشان می‌دهد.

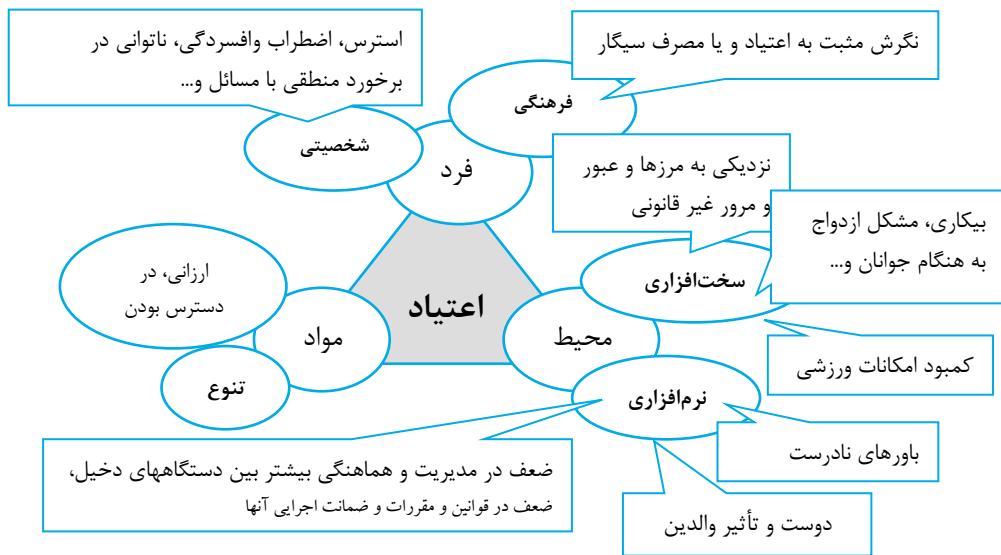
شکل ۳-۶: زنجیره علل ایجاد بیماری های قلبی و عروقی (عوامل غیر قابل مداخله نظیر عوامل ذاتی مشتمل بر افزایش میانگین سنی جامعه و وراثت، ذکر نشده است)



## د) اعتیاد

شکل زیر مجموع عللی را که منجر به افزایش احتمال ابتلا به اعتیاد می گردد، نشان می دهد.

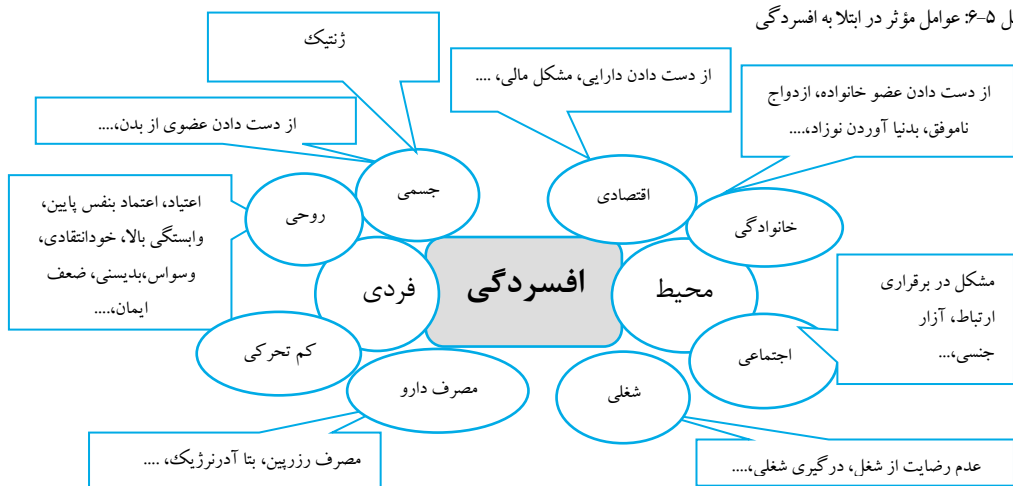
شکل ۴-۶: عوامل مؤثر در ابتلا به اعتیاد



## ه) افسردگی

شکل زیر مجموع عللی را که منجر به افزایش احتمال ابتلا به افسردگی می گردد، نشان می دهد.

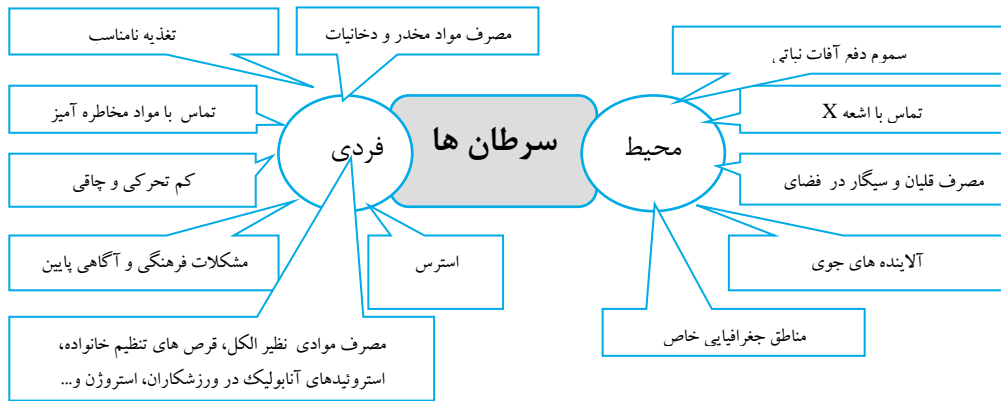
شکل ۵-۶: عوامل مؤثر در ابتلا به افسردگی



## و) سرطان

شکل زیر مجموع عللی را که منجر به افزایش تعداد موارد ابتلا به سرطان در استان (سعی شده تا به برخی عوامل مهم در سرطان‌های ریه، پستان، مثانه، معده، کولورکتال، کبد و پروستات اشاره شود) می‌گردد، نشان می‌دهد. در این رابطه بیشتر سعی گردیده تا به تأثیر عوامل قابل کنترل‌تر توجه شود و از برخی عوامل غیر قابل کنترل نظیر وراثت، سن بالا و ... صرف نظر شده است.

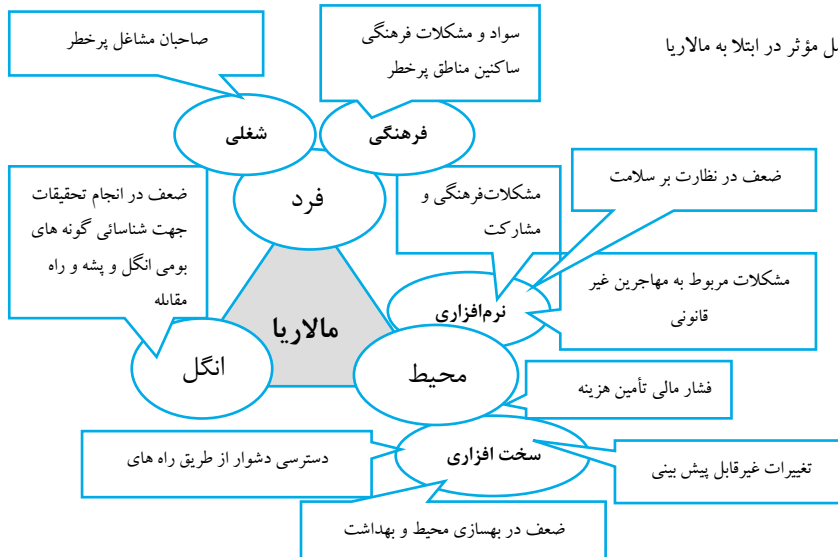
شکل ۶-۶: عوامل مؤثر در ابتلا به سرطان‌های شایع در سطح استان



## ز) مالاریا

شکل زیر مجموع عللی را که منجر به افزایش احتمال ابتلا به مالاریا در استان می‌گردد، نشان می‌دهد.

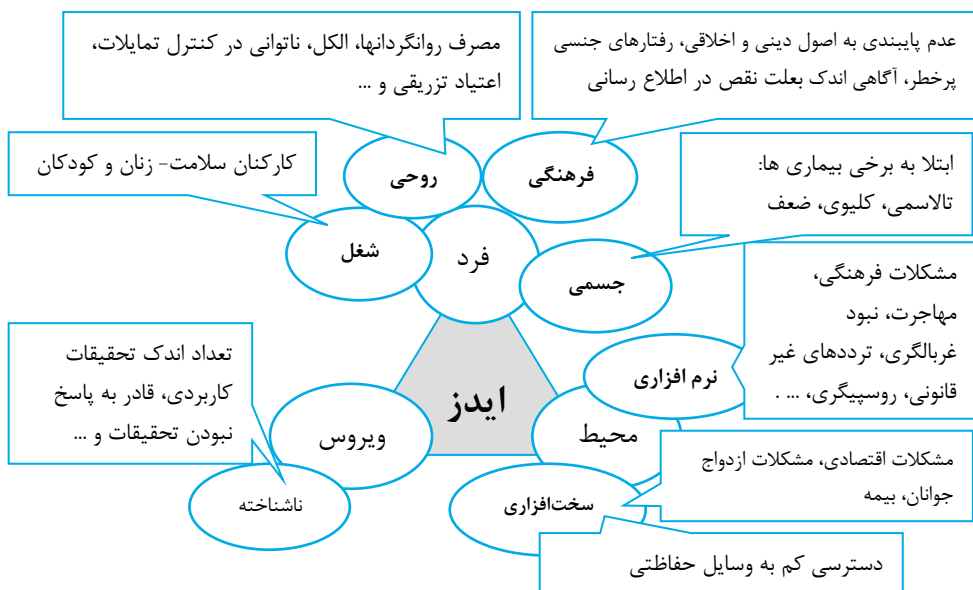
شکل ۶-۷: عوامل مؤثر در ابتلا به مالاریا



## ح) ایدز

شکل زیر مجموع عللی را که منجر به افزایش احتمال ابتلا به ایدز می گردد، نشان می دهد.

شکل ۸-۶: عوامل مؤثر در ابتلا به ایدز (برخی عوامل با قدرت مداخله کمتر نظیر جوان بودن جمعیت ذکر نگردیده است)

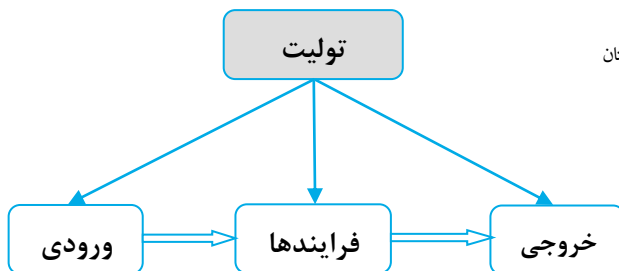


### ۶-۲- مشکلات نظام سلامت

جهت تدوین شبکه علیت مشکلات نظام سلامت استان، سعی گردید تا از ساده‌ترین الگوی موجود یعنی دیدگاه سیستمی و اجزای آن جهت تحلیل وضعیت موجود در استان استفاده گردد. طبق این الگو می‌توان مشکلات اصلی نظام سلامت استان را در قالب اجزای شکل ۹-۶ خلاصه نمود.

در ادامه مطلب، به اجزای مرتبط با این چهار عامل اصلی که بر روی هم موجب مشکلات موجود نظام سلامت در استان می‌گردد در قالب جدول ۱-۶ اشاره گردیده است.

شکل ۹-۶: شبکه علیت مشکلات نظام سلامت استان



جدول ۶-۱: مشکلات موجود در نظام سلامت در استان

عامل	تولیت	ورودی ها	فرایندها	خروجی
عقل زور مجموعه	<ul style="list-style-type: none"> <li>وجود مشکل در ساختار و جایگاه شورای سلامت و امنیت غذایی</li> <li>اولویت دار نبودن سلامت در مقایسه با سایر بخش ها و کار گروه ها</li> <li>تأثیر پذیری سلامت از تغییرات مدیریتی در سطح کلان استان</li> <li>ضعف در وجود دید استراتژیک در سیاست گذاری سلامت استان</li> <li>جایگاه نامشخص تیم کارشناسی و فراهم آورنده اطلاعات جهت تصمیم گیری در شورای سلامت</li> <li>جایگاه نامشخص تیم کارشناسی و فراهم آورنده اطلاعات جهت تصمیم گیری در شورای علوم پزشکی</li> <li>ضعف در تدوین مقررات و دستورالعمل های لازم</li> <li>عدم انجام ارزیابی منظم از عملکرد مرتبط با سلامت دستگاه های دولتی و فقدان نظام لازم</li> <li>فقدان ساز و کارهای مناسب جهت ارزیابی نتایج و پیامدهای حاصل از اجرای قوانین، مقررات و مصوبات مرتبط با سلامت</li> <li>حمایت اندک از سازمان های مردم نهاد فعال در عرصه سلامت استان</li> <li>عدم وجود سد توسعه سلامت</li> <li>عدم مشارکت سایر سازمان ها در اشاعه فرهنگ پیشگیری</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>منابع انسانی (ضعف در وجود نگاه مشارکت جوانانه، کم رنگ بودن اخلاق پزشکی و مشکلات مرتبط با آن نظیر زیر میزی، کمبود برخی پست ها، کمبود نیروی انسانی با سواد برتر جهت مدیریت سلامت بخصوص در جنوب استان، افت و تنزل روحیه و انگیزه کارکنان، ناتوانی در جذب و نگهداری کارکنان توانمند، مهاجرت مغزها در داخل استان و به خارج از استان، مشکلات نظام آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی استان، فقدان برنامه جامع آموزشی مرتبط با سلامت برای کارکنان بخش های دولتی مرتبط و نبود ساز و کارهای انگیزشی مناسب جهت ارتقاء سطح علمی و مهارتی آنان، ضعف در وجود دانش، تمایل به حفظ وضع موجود و مقاومت در قبال تحول و نو سازی و ورود به عرصه های مرتبط با سلامت و ...)</li> <li>اطلاعات و نظام اطلاعاتی: (مناسب نبودن ساختار نظام آمار و اطلاعات سلامت و ...)</li> <li>منابع مالی (کمبود منابع مخصوص برای خدمات پیشگیری، تزیق نامناسب منابع از بخشهای خطر ساز سلامت به بخش سلامت، ضعف در جذب منابع از خیرین و خارج از استان، سرانه غیر واقعی بیمه های پایه و ...)</li> <li>امکانات و تجهیزات: (فوسودگی برخی بیمارستانها، ورود بسی رویه تجهیزات درمانی و ...)</li> <li>فقدان نقشه راه برای هر یک از ورودی های نظام سلامت</li> <li>عرضه داروهای غیر مجاز و خارج از فارماکوپه</li> <li>.....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ایفای نامتناسب نقش توسط تمامی بخش های تأثیر گذار بر سلامت</li> <li>مشارکت کم بخش خصوصی</li> <li>نقش ضعیف خیریه ها</li> <li>مشارکت ضعیف جامعه در فرایندها</li> <li>ضعف در برنامه ریزی جهت توزیع ارائه دهندگان خدمات</li> <li>ضعف در اولویت گذاری پژوهشی و مبتنی بر مشکل نبودن طرح های پژوهشی</li> <li>وجود روزمرگی در سازمان های مرتبط</li> <li>نویت دمی سنتی موسسات ارایه دهنده خدمت</li> <li>نیود نگاه همه جانبه به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت</li> <li>مدیریت نامناسب منابع در بیمارستان ها</li> <li>رویکردهای نامناسب بیمه ای و ضعف در سرمایه گذاری بیمه ای</li> <li>عقب بودن فرایندهای پرداخت سازمان های بیمه گر</li> <li>نیود دیدگاه سلامت نگر در بیمه ها</li> <li>ابهام در پوشش برخی گروههای جمعیتی نظیر حاشیه نشینان و افغانه</li> <li>هدیوشانی بیمه ای</li> <li>اولویت دار نبودن سلامت در تصمیم گیری های مدیران سازمان های تأثیر گذار بر سلامت</li> <li>ارتباطات ضعیف بین بخشی و مدیریت های جزیره ای</li> <li>یادگیری ضعیف از فرایندهای موفق در سایر استان ها و نبود مکثیمی در این رابطه</li> <li>فقدان نظام بودجه ریزی (پرداخت مبتنی بر عملکرد</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>توجه اندک سازمان های تأثیر گذار بر سلامت به خروجی های مرتبط با سلامت</li> <li>اثر بخشی اندک خدمات (زوم تغییر جهت به سمت خروجی های مرتبط با پیشگیری و ...)</li> <li>مشکل در دسترسی به خدمات</li> <li>ملاحظات مرتبط با عدالت</li> <li>به مخاطره افتادن شأن و کرامت انسانی</li> <li>وجود مشکل در کیفیت خدمات</li> <li>کارایی پایین به ویژه در بخش دولتی</li> <li>.....</li> </ul>

## ۳-۶ نقش سازمان های مداخله گر

در این قسمت سعی شده است تا با توجه به ریشه یابی مسائل سلامت استان که در بخش قبل انجام گرفت، مقدمات معرفی و ایجاد تیم هایی متشکل از کلیه سازمان های تأثیر گذار بر عوامل مختلف ایجاد و تشدید کننده مسئله، فراهم



گردد. جهت فراهم آوردن این امکان، ارتباط سازمان های مختلف با مسائل اصلی سلامت استان در قالب جداول ۲-۶ تا ۱۱-۶ ارائه و نقش این سازمان ها در مدیریت مناسب نظام سلامت استان در جدول ۱۲-۶ نشان داده شده است. نکته قابل توجه در این جداول این است که با توجه به پیچیدگی تأثیر عملکرد سازمان های مختلف بر سلامت، ممکن است نام و یا تأثیر برخی از سازمان ها در این جداول از قلم افتاده باشد که با بازخورد خوانندگان محترم و تشکیل کارگروه ها و بازخورد از اعضای آنها، این جداول کاملتر خواهد گردید.

با توجه به مشکلات مطرح شده حوزه های عملکردی و مدیریت نظام سلامت در قسمتهای قبل، وظایف سازمان های مختلف تأثیر گذار بر این مشکلات به شرح جداولی که در ادامه آمده، خلاصه گردیده است.





جدول (۲-۶): انتظارات از سازمان‌ها در مورد مشکل تصادفات

سازمانها		انتظارات	عوامل
مراکز تحقیقاتی	•	ارتقای فرهنگ	•
ادارات دولتی	•	راندگی در فرد	•
سازمان های مردم نهاد	•	کنترل تأثیر عوامل	•
سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت	•	روسی-روانی بر تصادفات	•
پایانه های حمل و نقل	•	کنترل تأثیر عوامل	•
اصناف مرتبط	•	جسمی بر تصادفات	•
اداره کل صنایع	•	اطمینان از وجود استانداردهای لازم در خودروها	•
پایس راه و راهسازی و راندگی	•	نوسازی ناوگان حمل و نقل در استان	•
اداره کل راه و ترابری	•	ارتقای فرهنگ عمومی راندگی و افزایش آگاهی راننده	•
مراجع قضایی	•	اطمینان از وجود قوانین و مقررات	•
آتش نشانی	•	اطمینان از وجود ضمانت اجرایی لازم	•
اداره استاندارد و تجهیزات	•	وجود خیابان ها و معابر استاندارد	•
مسکن و شهرسازی	•	وجود جاده های استاندارد و رفع نقاط حادثه خیز	•
شهرداری و شورای شهر	•	اطمینان از مدیریت منسجم موضوع در استان	•
مساجد	•	ارتقاء خدمات مناسب به افراد حادثه دیده	•
سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی	•		
صدا و سیما و رسانه ها	•		
آموزش و پرورش	•		
مراکز آموزش عالی	•		
اداره کار و امور اجتماعی	•		
پهنمایی	•		
مجهز زیست	•		
موراثتی	•		
سازمان انتقال خون	•		
جمعیت هلال احمر	•		
پزشکی قانونی	•		
سازمانهای بیمه عمر	•		
دانشگاه علوم پزشکی	•		
استاداری	•		



جدول (۴-۶): انتظارات از سازمان‌ها در مورد مشکل حوادث غیر طبیعی خانگی

سازمانها		عوامل	انتظارات
مراکز تحقیقاتی	*	عطل مربوط به فرد	ارتقای فرهنگ ایمنی در افراد جامعه
نظام مهندسی	*	عطل مربوط به وسایل	اطمینان از وجود استانداردهای لازم در وسایل خانگی
آتش نشانی	*	عطل مربوط به محیط	اطمینان از وجود قوانین و مقررات لازم
سازمانهای مردم نهاد	*	عطل مربوط به مدیریت	اطمینان از وجود ضمانت اجرایی لازم
سازمان استاندارد و تحقیقات صنعتی	*	عطل مربوط به حادته دیدگان	اطمینان از ارائه خدمات مناسب به افراد حادثه دیده
اصناف مرتبط	*		
اداره کل صنایع	*		
سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت	*		
اداره کل راه و ترابری	*		
مراجع قضایی	*		
جهاد کشاورزی	*		
سازمان تربیت بدنی	*		
مسکن و شهرداری	*		
شهرداری و شورای شهر	*		
تخیرات حکومتی	*		
سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی	*		
صدا و سیما	*		
آموزش و پرورش	*		
مراکز آموزش عالی	*		
اداره کار و امور اجتماعی	*		
بهریسی	*		
نظام پزشکی	*		
کمیته امداد امام خمینی (ره)	*		
سازمان انتقال خون	*		
جمعیت هلال احمر	*		
پزشکی قانونی	*		
سازمانهای بیمه گر	*		
دانشگاه علوم پزشکی	*		
استاداری	*		



جدول (۵-۶): انتظارات از سازمان‌ها در مورد مشکل حوادث غیر طبیعی شغلی

سازمانها		انتظارات	عوامل
سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت		ارتقای فرهنگ ایمنی در افراد شاغل در کارگاهها	علل مربوط به بود
مراکز تحقیقاتی		اطمینان از وجود استانداردها و وسایل کارگاهها	علل مربوط به وسایل
آتش نشانی	*	ارتقای فرهنگ عمومی مقابله با حوادث در جامعه	علل مربوط به محیط
سازمانهای مردم نهاد	*	اطمینان از قوانین و مقررات لازم	اطمینان از وجود ضمانت اجرایی لازم
سازمان استاندارد و تحقیقات صنعتی	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
اصناف مرتبط	*	اطمینان از قوانین و مقررات لازم	اطمینان از وجود استانداردها
اداره کل صنایع	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
پلیس راهسازی و رانندگی		اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
اداره کل راه و ترابری		اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
مراجعه قضایی	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
اداره زندانها		اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
سازمان تربیت بدنی		اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
مسکن و شهرسازی	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
شهرداری و شورای شهر	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
تعمیرات حکومتی	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
صدا و سیما	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
آموزش و پژوهش	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
مراکز آموزش عالی	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
اداره کار و امور اجتماعی	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
بهره‌رسانی	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
نظام پزشکی	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
کمیته امداد امام خمینی (ره)	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
سازمان انتقال خون	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
جمعیت هلال احمر	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
پزشکی قانونی	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
سازمانهای بیمه عمر	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
دانشگاه علوم پزشکی	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
استانداری	*	اطمینان از وجود استانداردها	اطمینان از وجود استانداردها
		اطمینان از ارائه خدمات مناسب به افراد حادثه دیده	ارائه خدمت به حادثه دیدگان



جدول (۶-۶): انتظارات از سازمان‌ها در مورد مشکل اعتیاد

سازمانها	انتظارات		عملیات
	نوع	محتوا	
مراکز تحقیقاتی			
اداره تربیت بدنی	•	•	•
سازمانهای مردم نهاد	•	•	•
جهاد کشاورزی			
گمرک			
سازمان مبارزه با مواد مخدر	•	•	•
اداره کل صنایع			
تیروری انتظامی			
اداره کل راه و ترابری			
مراجعه قضایی			
اداره زندانها	•	•	•
سازمانهای مساجد	•	•	•
مسکن و شهرسازی			
شهرداری و شورای شهر/روستا	•	•	•
مساجد	•	•	•
سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی	•	•	•
صدا و سیما	•	•	•
آموزش و پرورش	•	•	•
مراکز آموزش عالی	•	•	•
اداره کار و امور اجتماعی	•	•	•
بهره‌ریزی			
نظام پزشکی			
کمیته امداد امام خمینی (ره)	•	•	•
سازمان انتقال خون			
جمعیت هلال احمر			
پزشکی قانونی			
سازمانهای بیمه گر			
دانشگاه علوم پزشکی	•	•	•
استادفاری			



ادامه جدول (۶-۶): انتظارات از سازمان‌ها در مورد مشکل اعتیاد

سازمانها		انتظارات	عوامل
مراکز تحقیقاتی			
اداره تربیت بدنی	•	•	•
سازمانهای مردم نهاد	•	•	•
جهاد کشاورزی			
گسترک			
سند مبارزه با مواد مخدر	•	•	•
اداره کل مساجد	•	•	•
نیروی انتظامی			
اداره کل راه و ترابری			
مراجعه قضایی			
اداره زندانها	•	•	•
سند نیردهای مساجد	•	•	•
مسکن و شهرداری	•	•	•
شهرداری و شورای شهر/روستا	•	•	•
مساجد	•	•	•
سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی			
عدا و سینما	•	•	•
آموزش و پرورش	•	•	•
مراکز آموزش عالی	•	•	•
اداره کار و امور اجتماعی	•	•	•
بهریگی	•	•	•
نظام پزشکی			
کمیته امداد امام خمینی (ره)	•	•	•
سازمان انتقال خون			
جمعیت هلال احمر			
پزشکی قانونی			
سازمانهای بیمه گر	•	•	•
دانشگاه علوم پزشکی	•	•	•
استانداری	•	•	•
		سرمایه گذاری برای ساخت و تجهیز فضاهای ورزشی برای جوانان	
		برنامه ریزی برای آموزش مهارت‌های زندگی و توانمندسازی اقتدار جامعه	
		گسترش مراکز تفریحی اوزان قیمت	
		شناسایی مکانهای پرخطر شهر و تبدیل این مکانها به مکانهای امن	
		حمایت اجتماعی و اقتصادی از افرادى که اعتیاد را ترک نموده اند	
		اطمینان از مدیریت منسجم موضوع در استان	
		تجهیز، حمایت و نظارت بر مراکز درمان معتادان خود معرف خصوصی	
		آموزش دروس پیشگیری و درمان اعتیاد به دانشجویان رشته های پزشکی	
		هماهنگ سازی برنامه‌های پیشگیری و درمان اعتیاد	
		پیشگیری از توسعه آسیب‌های ناشی از اعتیاد	





جدول (۸-۶): انتظارات از سازمان‌ها در مورد مشکل بیماری های قلبی عروقی

سازمانها		انتظارات	عوامل
سازمان ملی جوانان			
سازمان ادارات دولتی	*		
سازمان های مردم نهاد	*		
جهاد کشاورزی			
سازمان بازرگانی			
استان تربیت	*		
سازمان دهکده های دانشمندان سلامت	*		
شیراز			
اداره دامپزشکی			
مراجه قضایی			
کانون های دانشمندان	*		
سازمان تربیت بدنی	*		
مسکن و شهرسازی	*		
شهرداری و شورای شهر	*		
مساجد	*		
سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی	*		
صدا و سیما	*		
آموزش نیروی انسانی	*		
مراکز آموزش عالی	*		
اداره کار و امور اجتماعی	*		
پولیس	*		
نظام پزشکی	*		
کمیته امداد امام خمینی (ره)	*		
سازمان گردشگری	*		
جمعیت هلال احمر	*		
تربیت بدنی سازمان ها	*		
سازمان های بیهوشی	*		
دانشگاه علوم پزشکی	*		
سازمان دخانیات			
استانداری - امور باوقاف در روستا اول			
		ارتقای فرهنگ فعالیت بدنی در سطح جامعه و گروه های خاص	
		افزایش امکان ورزشی و توزیع مناسب آنها در استان	
		افزایش فضای سبز و توزیع مناسب آنها در استان	
		فرایم آوردن زمینه فعالیت بدنی در محیط های کاری و منازل	
		کاهش تقاضا برای مصرف دخانیات در استان	
		کاهش عرضه دخانیات در استان	
		کاهش تقاضا برای مواد غذایی مخاطره آمیز و افزایش تقاضا برای مواد غذایی سالم - (ملاحظات مرتبط با مصرف و وزن ها، نمک، سبزیجات، ...)	
		کاهش عرضه مواد غذایی مخاطره آمیز و افزایش عرضه مواد غذایی سالم	
		آموزش و فرهنگ سازی در زمینه عادات غذایی و نگهداری مواد	





ادامه جدول (۸-۶): انتظارات از سازمانها در مورد مشکل بیماری های قلبی عروقی

عوامل	انتظارات	استرس	ظرف مربوط به مدیریت	بیماران قلبی عروقی
•	استانداری - امور رفاه در رفیق اول	• کاهش استرس در جامعه، محیط کار و خانواده	•	• ارائه خدمات مناسب به بیماران قلبی و عروقی
•	سازمان های بهداشتی	• آموزش جامعه در زمینه مدیریت استرس	• اطمینان از مدیریت منجم موضوع در استان	•
•	سازمان های مردم نهاد	•	•	•
•	جهاد کشاورزی	•	•	•
•	سازمان بازرگانی	•	•	•
•	اصناف مرتبط	•	•	•
•	سازمان بهداشتی خدمات سلامت	•	•	•
•	نیابت	•	•	•
•	اداره دامپزشکی	•	•	•
•	مراجعه قضایی	•	•	•
•	کانون های بازنشستگان	•	•	•
•	سازمان تربیت بدنی	•	•	•
•	مسکن و شهرسازی	•	•	•
•	شهرداری و شورای شهر	•	•	•
•	مساجد	•	•	•
•	سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی	•	•	•
•	حدا و سپهنا	•	•	•
•	آموزش و پرورش	•	•	•
•	مرکز آموزش عالی	•	•	•
•	اداره کار و امور اجتماعی	•	•	•
•	بهره‌برسی	•	•	•
•	نظام پزشکی	•	•	•
•	کمیته امداد امام خمینی (ره)	•	•	•
•	سازمان گردشگری	•	•	•
•	جمعیت هلال احمر	•	•	•
•	تربیت بدنی سازمان ها	•	•	•
•	سازمانهای بیمه گر	•	•	•
•	دانشگاه علوم پزشکی	•	•	•
•	سازمان و خانیات	•	•	•



جدول (۹-۶): انتظارات از سازمانها در مورد مشکل سرطان های شایع در استان

عوامل	انتظارات	سازمانها
عوامل مربوط به فرد	کاهش مصرف دخانیات، تغذیه سالم، تحرک بدنی	سازمان استاندارد و تجهیزات ادارات دولتی مواندسی جهاد کشاورزی سازمان های مردم نهاد استان برنیت اداره کل صنایع تجزیرات جگومین محیط زیست مراج قضایی رانشایی و ارتانگی سازمان تربیت بدنی سایر ارانه همدگان خدمات سلامت شهرداری و شورای شهر مساجد سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی صدا و سیما آموزش و پرورش مراکز آموزش عالی اداره کار و امور اجتماعی بهریسی نظام پزشکی کمیته امداد امام خمینی (ره) سازمان انتقال خون جمعیت هلال احمر شرکت شهرکهای صنعتی سازمانهای پسته گر دانشگاه علوم پزشکی استانداری
عوامل مربوط به جمعیت	ارتقای فرهنگ عمومی مقابله با عوامل خطر ساز و آشنایی با علائم و برخورد با مشکل کاهش آلاینده های جوی اطمینان از وجود قوانین و مقررات لازم اطمینان از وجود خدمات اجرایی لازم اطمینان از وجود استانداردهای لازم در محیط کار	سازمان های ذکر شده مرتبط با این انتظارات در جداول قبلی
عوامل مربوط به مدیریت	اطمینان از مدیریت منسجم موضوع در استان	
حفاظت از بیمار و خانواده آن	اطمینان از حمایت مالی، روحی و روانی از بیمار	
ارائه خدمات به بیماران	اطمینان از وجود و توزیع مناسب تجهیزات و ارائه خدمات مناسب به بیماران	



جدول (۱۰-۶): انتظارات از سازمانها در مورد مشکل بیماری مالاریا

سازمانها	انتظارات	نیروی	بود	انتقل	مجموعه (نیوهای اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی)	علاقه مربوط به مدیریت	ارائه خدمات سلامت
سایر ارائه دهنده‌گان خدمات سلامت							
اداره دامپزشکی		*					*
سازمانهای مردم نهاد		*					*
جهاد کشاورزی		*					*
نیروی نظامی و انتظامی							
سایر اصناف مرتبط			*				
اداره کل صنایع			*				
مجموعه زیست		*					
اداره کل راه ترابری							
مراکز قضایی							
اداره امور اتباع خارجی					*		
آب و فاضلاب شهری و روستایی		*					*
سنگر و شهرسازی		*					*
شهرداری و شورای شهر اروستا		*					*
مساجد		*					
سازمان فرهنگ ارشاد اسلامی		*					
صدا و سیما		*					
آموزش و پرورش		*					
مراکز آموزش عالی		*					
اداره کار و امور اجتماعی		*					
بهرمنی		*					
نظام پزشکی		*					*
کمیته نهاد امام خمینی (ره)		*					
سازمان نظام عورن		*					
جمعیت هلال احمر							
نهضت سواد آموزی		*					
سازمانهای بیمه عمر		*					
دانشگاه علوم پزشکی		*					*
استاداری		*					*
	آموزش جامعه در معرض خطر در مورد روشهای مبارزه با انگل و ناقل از نقای سطح سواد و توانمندسازی جامعه برای مراقبت از خود						
	حمایت از انجام تحقیقات کاربردی مرتبط در مناطق مختلف در معرض خطر	*					
	جلب مشارکت جامعه برای ریشه کنی بیماری	*					
	تسهیل دسترسی به تجهیزات حفاظتی	*					
	ذو برابر تیش پشه در مناطق محروم	*					
	نظارت بر ورود مهاجرین کشورهای همسایه و سلامت آنها	*					
	نظارت بر سلامت دام هایی که از کشورهای همسایه وارد می شوند	*					
	توسعه راههای ارتباطی مناطق محروم و صعب العبور	*					
	بهبودی محیط	*					
	اطمینان از مدیریت منسجم موضوع در استان	*					
	اطمینان از دسترسی افراد در معرض خطر به خدمات مناسب	*					*



جدول (۱۱-۶): انتظارات از سازمانها در مورد مشکل بیماری ایدز

سازمانها	انتظارات	عیونعل
مراکز تحقیقاتی	کاهش غرضه و تقاضای روانگردانها، الکل و مواد مخدر	•
سازمان دخانیات	جلوگیری از اعتیاد معتادان سنتی به روش های تزریقی	•
سازمانهای مردم نهاد	کنترل روابط جنسی پرخطر در جامعه	•
جهاد کشاورزی	برنامه ریزی برای کاهش آمار طلاق و پایداری کانون خانواده	•
سازمان بازرگانی	حمایت از صاحبان مشاغل پرخطر (کارکنان، سلامت، زندانیان، سربازان، دانشگان، جاده ای، زنان، کودکان خیابانی، ...)	•
سند مبارزه با مواد مخدر	توانمندسازی جامعه در زمینه مهارتهای زندگی	•
اداره کل صنایع	گسترش باورهای دینی و اخلاقی	•
پلیس راهسازی و زندگیمی		
نیروی های نظامی و انتظامی		
مرکز قضایی		
اداره زندانها		
سازمان تربیت بدنی		
مسکن و شهرسازی		
شهرداری و شورای شهر		
مساجد		
سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی		
جدا و سیما		
آموزش و پرورش		
مراکز آموزش عالی		
اداره کار و امور اجتماعی		
بهره‌رسانی		
نظام پزشکی		
کمیته امداد امام خمینی (ره)		
سازمان انتقال خون		
جمعیت هلال احمر		
پزشکی قانونی		
سازمانهای بیمه عمر		
دانشگاه علوم پزشکی		
استاداری		



ادامه جدول (۱۱-۶): انتظارات از سازمانها در مورد مشکل بیماری ایدز

سازمانها		انتظارات	عوامل
مرکز تحقیقاتی			<p>محیط (عوامل اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی...)</p> <p>اطمینان از دسترسی گروههای در معرض خطر به وسایل پیشگیری از ابتلا به ایدز</p> <p>اطمینان از رعایت ضوابط بهداشتی آرایشگاهها، مراکز بهداشتی درمانی و سازمان انتقال خون</p> <p>فراهم سازی شرایط لازم برای ازدواج بهنگام جوانان</p> <p>برنامه ریزی برای کاهش بیکاری و حمایت از ایجاد مشاغل زودبازده</p> <p>ایجاد چتر حمایتی اقتصادی برای خانواده های محروم و مبتلایان</p> <p>اطلاع رسانی گسترده در زمینه بیماری</p> <p>پشتیبانی، برنامه ریزی، هماهنگی و نظارت بر فعالیت دستگاهها</p> <p>اطمینان از مدیریت منسجم موضوع در استان</p> <p>بیکارچگی و هماهنگی در ارائه خدمات مختلف</p> <p>دسترسی افراد در معرض خطر به آزمایشات تشخیصی ارزان</p> <p>ورود بخش خصوصی به برنامه های تشخیص، مشاوره و مراقبت ایدز</p> <p>تامین داروها و خدمات مورد نیاز بیماران</p>
ادارات دولتی - واحد تغذیه			
سازمانهای مردم نهاد	•	•	
جهاد کشاورزی			
سازمان بازرگانی			
امداد مرئی	•	•	
اداره کل صنایع			
سازمان بهداشت کار و خدمات سلامت			
سند نیروهای مسلح	•	•	
مراجع قضایی			
اداره زندانها	•	•	
سازمان ثبت اسناد و املاک			
سازمان آتش نشانی			
سازمان هواشناسی	•	•	
شهرداری و شورای شهر	•	•	
مساجد			
سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی	•	•	
صدا و سیما	•	•	
آموزش و پرورش			
مراکز آموزش عالی	•	•	
اداره کار و امور اجتماعی	•	•	
بهره‌ریزی	•	•	
نظام پزشکی	•	•	
کمیته امداد امام خمینی (ره)	•	•	
سازمان انتقال خون	•	•	
جمعیت هلال احمر			
پزشکی قانونی			
سازمانهای بیمه گر	•	•	
دانشگاه علوم پزشکی استانداری	•	•	
			<p>به تدبیر و</p> <p>علل مربوط</p>
			<p>از آن خدمات سلامت</p>



جدول (۱۲-۶): انتظارات از سازمانها در مورد مدیریت نظام سلامت استان

عوامل		تولید		ورودی ها	
انتظارات					
استاداری	• •	• •	• •	• •	• •
دانشگاه های علوم پزشکی	• •	• •	• •	• •	• •
سازمانهای بیمه گر	• •	• •	• •	• •	• •
بخش خصوصی سلامت	• •	• •	• •	• •	• •
جهت هلاک آسبر	• •	• •	• •	• •	• •
سازمان انتقال خون	• •	• •	• •	• •	• •
سازمان انتقال عروق	• •	• •	• •	• •	• •
سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت	• •	• •	• •	• •	• •
نظام پزشکی	• •	• •	• •	• •	• •
بهره‌بسی	• •	• •	• •	• •	• •
اداره کار و امور اجتماعی	• •	• •	• •	• •	• •
مراکز آموزش عالی	• •	• •	• •	• •	• •
آموزش و پرورش	• •	• •	• •	• •	• •
صدور سینما	• •	• •	• •	• •	• •
سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی	• •	• •	• •	• •	• •
مساجد	• •	• •	• •	• •	• •
شهرداری و شورای شهر	• •	• •	• •	• •	• •
مسکن و شهرسازی	• •	• •	• •	• •	• •
سازمان ثبت بدنی	• •	• •	• •	• •	• •
اداره زندانها	• •	• •	• •	• •	• •
مراجعه قضایی	• •	• •	• •	• •	• •
اداره کل راه و ترابری	• •	• •	• •	• •	• •
پلیس راهمایی و رندنگی	• •	• •	• •	• •	• •
اداره کل صنایع	• •	• •	• •	• •	• •
اصناف مرتبط	• •	• •	• •	• •	• •
سازمان بازرگانی	• •	• •	• •	• •	• •
جهاد کشاورزی	• •	• •	• •	• •	• •
شلیات	• •	• •	• •	• •	• •
سازمان های مردم نهاد	• •	• •	• •	• •	• •



ادامه جدول (۱۲-۶): انتظارات از سازمانها در مورد مدیریت نظام سلامت استان

عوامل	انتظارات	فرایند	خروجی ها
سازمان های مردم نهاد			
شیراز			
جهاد کشاورزی			
سازمان بازرگانی			
اصناف			
اداره کل صنایع			
پلیس راهسازی و رانندگی			
اداره کل راه و ترابری			
مراجعه قضایی			
اداره زندانها			
سازمان تربیت بدنی			
مسکن و شهرداری			
شهرداری و شورای شهر			
مساجد			
سازمان فرهنگ و ارشاد اسلامی			
صدا و سیما			
آموزش و پرورش			
مراکز آموزش عالی			
اداره کار و امور اجتماعی			
پرتویی			
نظام پزشکی			
سایر ارائه دهنده کال خدمات سلامت			
سازمان انتقال خون			
جمعیت هلال احمر			
بخش خصوصی حوزه سلامت			
سازمانهای بیمه گر			
دانشگاه علوم پزشکی			
استاداری			
	بهبود سیستم ها و روش ها در بخش سلامت استان		
	توسعه فن آوری اداری و اطلاعات در بخش سلامت استان		
	اولویت گذاری مناسب منابع سلامت استان توسط سازمان ها		
	تخصیص یکپارچه و هماهنگ منابع سلامت		
	ترویج و عملی نمودن دیدگاه سلامت نگر در بیمه ها		
	حفظ کرامت مردم		
	توجه بیشتر سازمان های تأثیر گذار بر سلامت به خروجی های مرتبط با سلامت		
	افزایش کیفیت خدمات سلامت ارائه شده بویژه در بخش درمان		
	افزایش اثربخشی خدمات سلامت ارائه شده در استان		
	کلیه سازمان های تأثیر گذار بر سلامت		



## فصل هفتم: راهکار پیشنهادی برای پیاده‌سازی سند

### ۷-۱- شیوه مصوب نمودن سند

با نهایی شدن گزارش گروه تلفیق و تهیه پیش نویس برنامه توسط تیم اجرایی تدوین سند، پیش نویس مربوطه برای نظرخواهی از ذی‌نفعان اجرایی و نخبگان علمی به صورت مکتوب و مکاتبه الکترونیک برای ایشان ارسال گردید. پیش نویس اولیه با اعمال نظرات منطقی ارسال شده و بعد از ارائه پیش نویس برنامه در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان و ایجاد اجماع نظر اعضا بر آن، به سند سلامت استان تبدیل گردید. هدف از تدوین سند حاضر آن است که کلیه برنامه های استان بر اساس جهت گیری های مطرح شده جهت حل مسائل کلیدی سلامت استان شکل گیرند. برای این منظور بعد از تصویب سند، کارگروه سلامت و امنیت غذایی سلامت استان، کمیته های تخصصی را جهت تکمیل برنامه در سطح عملیاتی و اجرایی تشکیل می دهد این کمیته ها در ادامه تشریح شده است. در نهایت سند تصویب شده همراه با برنامه های عملیاتی ارائه شده توسط کمیته های تخصصی شورای سلامت و امنیت غذایی استان جهت تلفیق با برنامه های حوزه های دیگر استان و تصویب نهایی به شورای برنامه ریزی و توسعه استان ارسال می گردد.

### ۷-۲- شیوه پیاده‌سازی سند

۷-۲-۱) مرحله تدوین برنامه و تصویب آن به عنوان سند توسعه سلامت استان  
کلیه اقدامات و فعالیت های انجام شده توسط تیم اجرایی تدوین سند که در این گزارش آمده است، در این مرحله قرار می گیرد. خروجی این مرحله، تصویب سند توسعه سلامت استان می باشد.

### ۷-۲-۲) مرحله تکمیل و استقرار برنامه

در این مرحله اهداف و مقاصد سند توسعه، جزئی تر شده و به صورت کمی بیان خواهد شد. تدوین برنامه های عملیاتی تحقق این اهداف نیز توسط کمیته های تخصصی کارگروه سلامت و امنیت غذایی صورت پذیرفته و تفاهم نامه ها و موافقت نامه های لازم جهت اجرای برنامه ها بین نهادهای مختلف تنظیم و محقق می گردد. بدین منظور لازم است دوره های ایجاد زبان مشترک و توانمندسازی اعضای کمیته ها، توسط تیم های تسهیل گر صورت گیرد.





نهادینه شدن مفاهیم سند توسعه سلامت و تبدیل آن به گفتمان توسعه سلامت محور استان، که زمینه اصلی استقرار برنامه است، یکی دیگر از اهداف این مرحله می باشد؛ در این راستا همایش "همه برای سلامت" جهت فرهنگ سازی و تبدیل دیدگاه حاکم سند توسعه به گفتمان غالب در بین نقش آفرینان سلامت استان، برگزار خواهد شد (سه ماهه ابتدای سال ۱۳۹۰). همچنین در فضایی علمی همایش بین المللی "مباحث راهبردی در مدیریت نظام سلامت کشور" <sup>۸</sup> که تا پایان سال ۱۳۹۱، توسط دانشگاه علوم پزشکی کرمان برگزار می گردد نیز، مباحث فوق مطرح گردیده و به چالش کشیده خواهد شد.

همانگونه که تاکنون ذکر گردید در تدوین این سند سعی گردید تا با توجه به امکانات و وضعیت موجود سلامت استان، مهمترین اولویت های سلامت استان انتخاب گشته و اقدامات اجرایی بین بخشی برای رفع آنها صورت گیرد. بدیهی است که این رویکرد نباید منجر به فراموش کردن سایر مشکلات سلامت استان گردد و در مراحل بعدی می بایست این مشکلات را نیز کانون توجه سازمان های تأثیر گذار بر سلامت قرار داد.

#### ۷-۲-۳) مرحله اجرای برنامه

در این مرحله سازمان ها و نهادهای دخیل در تحقق اهداف سند توسعه اعم از دولتی و غیر دولتی و همچنین داخلی و خارج از استان، طبق تفاهم نامه های حاصل از مرحله گذشته، مکلف به انجام نقش خود می باشند. زمان شروع این مرحله از آغاز سال ۱۳۹۰، همراه با شروع برنامه توسعه پنجم کشور، آغاز و اجرا می گردد.

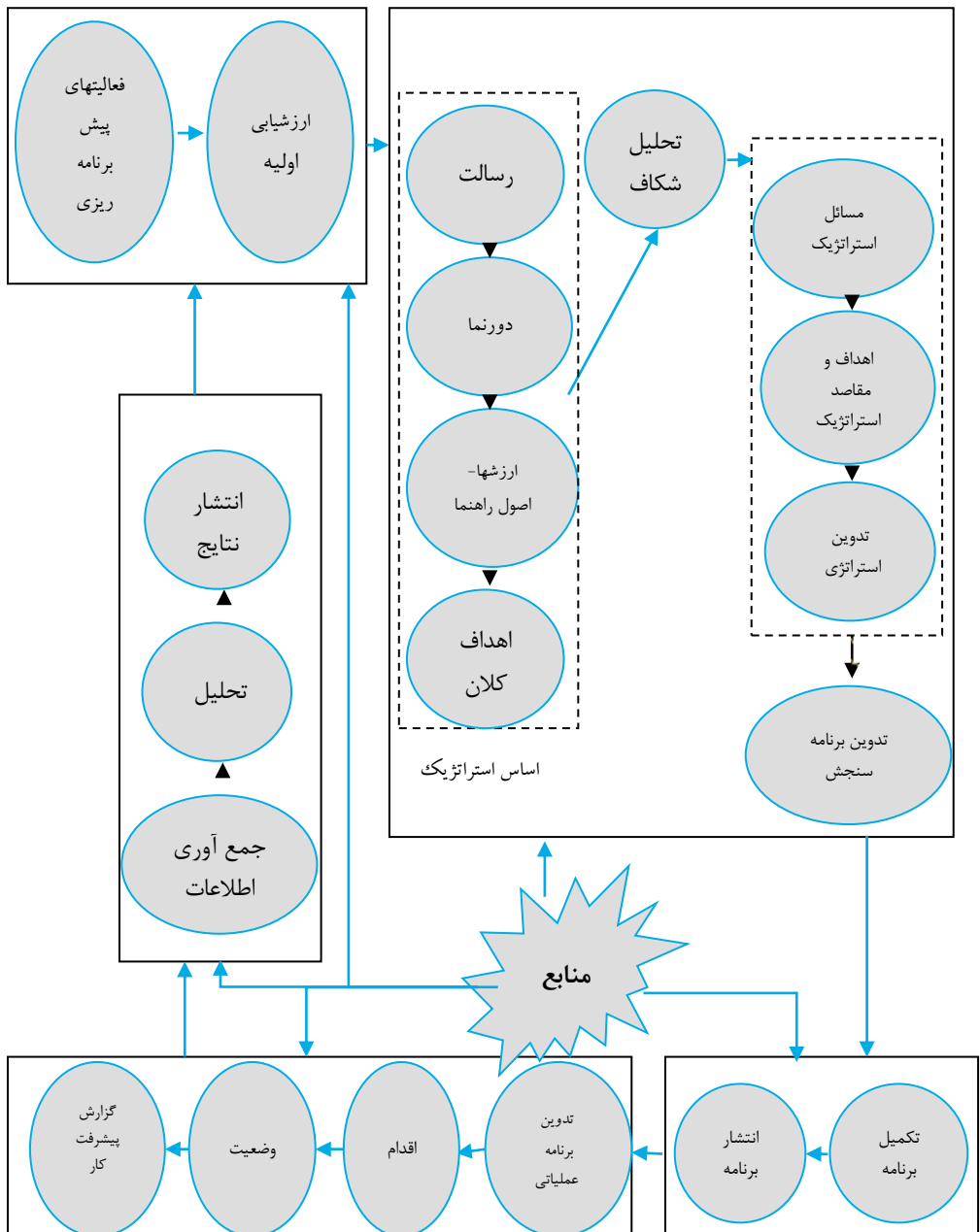
#### ۷-۲-۴) مرحله ارزیابی و بازنگری برنامه

مرحله ارزیابی و بازنگری برنامه همزمان با شروع مراحل تکمیل، استقرار و اجرای سند آغاز می گردد. در این مرحله اطلاعات و گزارشات لازم از محیط پیرامون و وضعیت اجرای پروژه ها، به کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان جهت انجام اقدامات اصلاحی ارائه می گردد. همچنین بازنگری برنامه و سند توسعه سلامت استان در زمان های معین (ابلاغ برنامه های بالادستی جدید، تغییر مسئولین کلیدی، تحقق اهداف برنامه و یا وقوع مسائل پیش بینی نشده و بازنگری سالانه) صورت می پذیرد. انجام وظایف این مرحله عمدتاً توسط دبیرخانه توسعه سلامت استان انجام می شود.

اطلاع رسانی در خصوص تحقق اهداف سند توسعه و پیشرفت برنامه ها منحصراً توسط دبیرخانه توسعه سلامت استان صورت می گیرد.



شکل ۱-۷: تصویر شماتیک مراحل پیاده سازی سند سلامت استان



## ۷-۳- ساختار کلی مراحل تدوین و استقرار سند توسعه سلامت

به منظور اعمال سیاست ها و راهبردهای اسناد بالادستی و الزامات قانونی کشور و همچنین اجرایی نمودن سند توسعه سلامت استان، مدل اجرایی استقرار، ساماندهی و ایجاد نقش های مربوط به آن، طبق شکل ۷-۲ تعریف و ترسیم شده است. این ساختار شماتیک نشان دهنده عناصر "محیط سیاستگذاری و راهبردی، محیط اجرایی، موضوعات ارائه خدمات و فرآیند اجرایی نمودن هر پروژه" می باشد. کلیه مراحل تعریف شده در قسمت قبل در این ساختار قرار می گیرند که در ادامه تشریح می شود.

## ۷-۳-۱) محیط سیاستگذاری و راهبری

در محیط سیاستگذاری و راهبری، نهادهای "شورای عالی سلامت کشور و دبیرخانه آن"، "معاونت نظارت و برنامه ریزی راهبردی ریاست جمهوری" و "وزارتخانه ها" به عنوان سیاستگذار در راستای تحقق سند توسعه سلامت استان قرار دارند.

علاوه بر نهادهای سیاستگذار فوق، "استاندار"، "فائمه مقام استاندار در امور سلامت" و "کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی، دبیرخانه و کمیته های تخصصی آن" به عنوان متولی اصلی، نقش های سیاستگذاری، اجرا، برنامه ریزی و نظارت بر پیاده سازی سند توسعه سلامت استان را ایفا می نمایند.

## ۷-۳-۲) محیط اجرایی

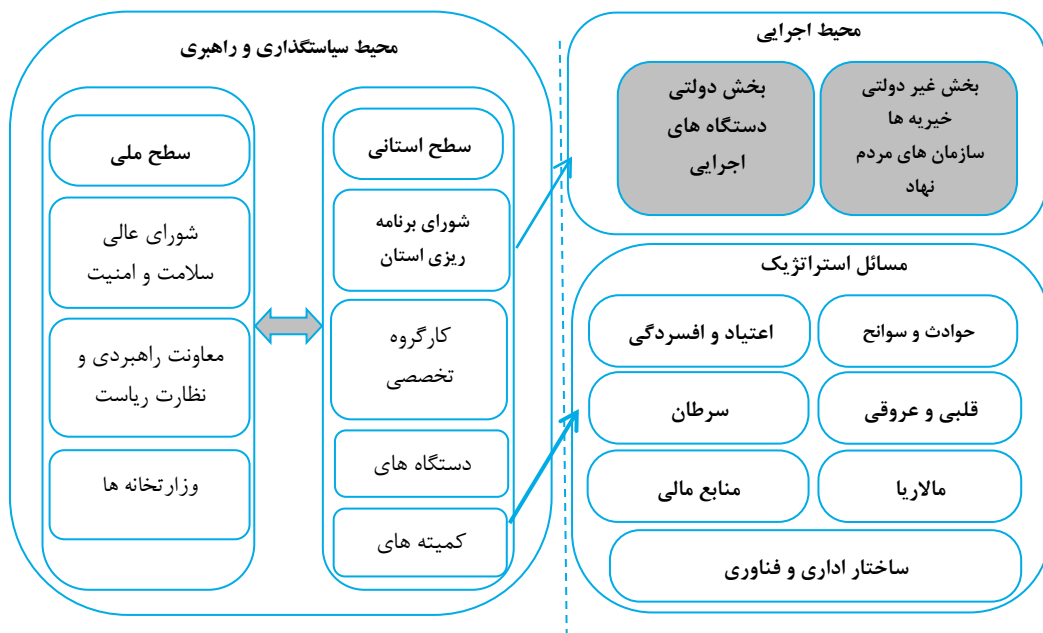
در این مرحله چگونگی واگذاری پروژه ها و مشارکت بخش خصوصی و سازمان های غیر دولتی طبق الزامات معاونت نظارت و برنامه ریزی راهبردی ریاست جمهوری انجام خواهد شد که شامل همکاران خارجی، سازمان های مردم نهاد، خیریه ها و بخش خصوصی استان می باشد.

## ۷-۳-۳) مسائل و موضوعات استراتژیک

موضوعات مطرح شده در این مدل از متن سند توسعه سلامت استان که در فصل ۵ ارائه شده است، برگرفته شده اند. برنامه های عملیاتی و فنی این موضوعات و مسائل توسط کمیته های تخصصی کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان تدوین و اجرا خواهد شد.



شکل ۲-۷: نمای شماتیک ساختار مراحل تدوین و استقرار مفاهیم سند توسعه سلامت



#### ۴-۷- سازماندهی و مدیریت کمیته های تخصصی

بر اساس تهیه شبکه علیت و تعیین نقش هر یک از نهادها و سازمانها برای حل مسائل مطرح شده در سند سلامت استان، گروهها با کمیته های تخصصی برای تکمیل و استقرار برنامه و همچنین ایجاد هماهنگی های لازم در مرحله اجرا، تشکیل خواهند گردید.

این کمیته ها بر اساس مشکلات سلامت مشخص شده در سند توسعه سلامت و بر اساس ماده ۵ آیین نامه شورای برنامه ریزی و توسعه استان تعریف و سازماندهی شده اند که کلیدی ترین قسمت جهت پیاده سازی مفاهیم سند و حلقه-ای مهم است که کلیه حوزه های ساختاری و مراحل تدوین و اجرای سند را به یکدیگر متصل می نماید.

تعریف کمیته های تخصصی عبارت است از: نهاد اجرایی و نظارتی در راستای پیشبرد برنامه عملیاتی سند توسعه سلامت استان در یک حوزه خاص. این کمیته ها هماهنگ سازی بخش راهبردی و اجرایی در راستای تحقق این برنامه ها را در محدوده استان بر عهده دارند.

کمیته های تخصصی مشخصاً مسئول اجرای عملیات میدانی جهت پیشبرد طرحها در استان و غلبه بر مشکلات و گلوگاه های رایج در حوزه توسعه سلامت در استان می باشند.



این کمیته‌های تخصصی که در زیر مجموعه کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان تشکیل شده‌اند، با توجه به زمینه‌های تخصصی خود باید زیر پروژه‌های کوتاه مدت مربوط به سند توسعه سلامت را هدایت نموده و به منظور هماهنگی و تسریع در پیاده‌سازی مفاهیم سند، برنامه‌های اجرایی تدوین نمایند.

هماهنگی و سازماندهی و نظارت بر عملکرد کمیته‌ها بر عهده کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی است که از طریق دبیرخانه توسعه سلامت استان، که همان دبیرخانه کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی است، صورت می‌پذیرد. به منظور پیاده‌سازی مفاهیم سند توسعه سلامت استان جهت اجرا و نظارت بر اجرای آن، پیشنهاد می‌شود کمیته‌های تخصصی در کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان مطابق لیست زیر تشکیل شوند.

۱. کمیته تخصصی حوادث و سوانح
۲. کمیته تخصصی اعتیاد و افسردگی
۳. کمیته تخصصی قلبی و عروقی
۴. کمیته تخصصی سرطان
۵. کمیته تخصصی مالاریا
۶. کمیته تخصصی ایدز
۷. کمیته تخصصی مؤلفه‌های اجتماعی سلامت
۸. کمیته تخصصی تحول اداری و فن آوری حوزه سلامت
۹. کمیته تخصصی منابع مالی و اقتصاد سلامت

### نتیجه گیری

کیفیت سلامت مردم، میزان توزیع عادلانه سلامت در میان طبقات اجتماعی مختلف و نیز میزان حفاظت از افراد محروم در مقابل عوامل آسیب رسان به سلامت، معیار قضاوت توسعه یافتگی کشورها، مناطق و استان‌هاست و افزایش ثروت استان، به تنهایی معیار توسعه یافتگی محسوب نمی‌شود. شرایطی که مردم در آن رشد کرده، زندگی و کار می‌کنند، همگی بر وضعیت سلامتشان تأثیر گذار هستند و نابرابری در این شرایط خود منجر به نابرابری‌های سلامت می‌گردد.

بار بیماری در استان ما پیچیده است. این پیچیدگی بیانگر گوناگونی وضعیت مناطق مختلف استان ما از نظر اقتصادی، شیوه‌های زندگی و سطوح توسعه می‌باشد. استان ما دارای مناطق تاحدی توسعه یافته با بیماری‌های مرتبط با ثروت نظیر بیماری قلبی، چاقی و سرطان می‌باشد که در آنها بطور تقریبی تعداد زیادی از مردم



سیگاری بوده، کمتر تحرک فیزیکی دارند و غذاهای سرشار از چربی می خورند. از سوی دیگر، دارای مناطقی متأثر از فقر با آب ناسالم، فقر بهداشت و ضعف شرایط زندگی می باشد که به این دلیل با میزان‌های بالایی از مرگ و میر مادر و نوزاد، عفونت‌های حاد تنفسی، عفونت‌های روده‌ای و معده‌ای، بیماری‌های قابل واکسیناسیون کودکان، کانون‌هایی از بیماری‌هایی نظیر مالاریا، هپاتیت و سایر بیماری‌ها روبرو می باشد. مدارکی وجود دارد که نشان می دهد آلودگی به HIV و ایدز به عنوان یک عامل تهدید کننده جدید منافع سلامت استان ما، در حال رشد می باشد. حوادث خیابانی و سایر اشکال سوانح نیز مشکل رو به رشدی می باشد. بطور خلاصه، استان دارای شرایط زیر می باشد:

- بیماری‌ها و شرایطی نظیر، حوادث ترافیکی و غیر مترقبه، بیماری‌های قلبی، بیماری‌های عفونی و HIV؛
- شیوه‌های زندگی نظیر استعمال دخانیات، مصرف دارو، تغذیه ناسالم، ضعف رویه‌های بهداشتی؛
- مباحث گسترده‌تر اجتماعی نظیر جمعیت، فقر، وضعیت نامناسب مسکن، کمبود آب بهداشتی، کمبود شرایط زندگی مناسب.
- برخی روندهای زمینه‌ای از جمله توسعه شهرها، افزایش تعداد سالمندان و شیوع بالای بیماری‌های مزمن و همچنین روندهای دیگری چون افزایش توجه به بیماری‌های ذهنی و روانی و بیماری‌های عفونی جدید از موضوعهای مهم مورد توجه در ارتباط با ارتقاء سلامت هستند.
- روندهای جهانی چون جهانی شدن اقتصاد و توسعه بازارهای مالی و تجارت، توسعه رسانه‌ها و بویژه تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات نیز در نگرش و سیاستگذاری برای ارتقای سلامت تأثیر گذارند.
- این تغییرها مبانی ارزشی، شیوه زندگی و شرایط زندگی را در سطح جهان، کشور و استان تغییر می‌دهند و این تغییرها به نوبه خود بر سلامت انسان‌ها تأثیر می گذارند.
- برای مداخله و بهبود در شرایط فوق لازم است توسعه استان، توسعه سلامت محور بوده و معیار سلامت در کلیه تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌های استان در کلیه بخش‌های مختلف در اولویت‌های اول قرار گیرد، تا موجب رشد و توسعه متوازن سلامت در تمامی ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی شده و ضامن توسعه پایدار استان گردد.
- همه ما بخوبی واقفیم که حفظ و نگهداری و ارتقاء سلامت از جمله وظایف هر حکومت است. از طرف دیگر از بین بردن و یا به حداقل رساندن بی عدالتی در سلامت باید بعنوان یکی از بدیهی‌ترین رسالت‌های دولت‌ها باشد و بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد. خوشبختانه مفاهیمی هم چون عدالت، برابری و رفع تبعیض میان گروه‌های مختلف اجتماعی همگی ریشه در تفکر و فرهنگ ما دارد و شایسته است که کشور ما بعنوان کشوری مسلمان در این قبیل مفاهیم پیشگام و الگوی سایر کشورها باشد. لازم به توضیح است که جهت



بررسی عمیق روند ارتقاء سلامت و تصمیم‌گیری‌ها، تنها نباید به تغییرات شاخص‌ها نگاه نمود، بلکه باید میزان ناهمگنی آن در زیر گروه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و جغرافیایی مد نظر قرار گیرد تا از این طریق زمینه افزایش عدالت در سلامت استان ایجاد گردد.

از سوی دیگر بسیاری از عوامل تأثیرگذار بر سلامت در خارج از حیطه اختیارات دانشگاه‌های علوم پزشکی است، لذا لازم است در این زمینه سایر ارگان‌های مرتبط، در همه سطوح همکاری نموده و به تأثیر سیاست‌ها و پیامدهای اقداماتشان بر سلامت، توجه نمایند. به همین دلیل ضروری است نگاه طراحان و برنامه‌ریزان سلامت استان از منحصر نمودن حوزه سلامت به برنامه‌ریزی در درون دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، به جلب حمایت همه جانبه دستگاه‌های اجرایی و مشارکت گروه‌های مردمی تغییر یابد.

در ادامه به عنوان نتیجه کار مطالب این سند، در قالب آیین‌نامه اجرایی سند توسعه سلامت و برنامه راهبردی سند توسعه سلامت آورده شده است. این نکته قابل توجه است که ایده دادن برای رفع مشکلات، لازم ولی ناکافی برای توسعه یک جامعه محسوب می‌شود؛ دشوارتر از آن عملی کردن این ایده‌هاست و هنر مدیران نیز در عملیات نمود پیدا می‌کند. از مدیران کنونی و آینده استان انتظار می‌رود، با صبر و پشتکار خود در عملیاتی کردن اجزای این سند، راه توسعه سالم استان را بیش از پیش فراهم آورند.



## آیین نامه اجرایی سند توسعه سلامت استان کرمان

### مقدمه:

سند توسعه سلامت استان به عنوان یک سند فرابخشی استانی است که در قالب سند توسعه استان و در چارچوب برنامه توسعه پنجم تدوین شده است و راهنمای تصمیم گیری و جهت دهی به منابع استان در کلیه بخشهای توسعه استان می باشد. به موجب این سند کلیه بخش های استان اعم از اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، امنیتی، قضایی، نظام اداری و مدیریتی دولتی و غیر دولتی موظف به رعایت آن در کلیه برنامه ها می باشد. این سند مشتمل بر تعاریف و مفاهیم، حد تفصیل، مراحل تدوین، سازماندهی تدوین برنامه، جهت گیری های اصلی و کلی و چارچوب کلی سند می باشد.

### فصل اول: نظام برنامه ریزی و تدوین سند توسعه سلامت استان

#### ماده ۱: تعاریف و مفاهیم

##### ۱- سند توسعه سلامت

سند فرابخشی سلامت، حاصل برآیند و نتیجه برنامه ها و بسته های اجرایی می باشد که توسط کمیته تلفیق و هماهنگی تهیه و پس از تصویب توسط کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان، برای تصویب نهایی به شورای برنامه ریزی استان ارسال می گردد.

##### ۲- چشم انداز

چشم انداز تصویری از آینده است که در صورت تحقق اهداف و مقاصد حوزه سلامت، به آن دست خواهیم یافت. چشم انداز آرزویی روشن برای آینده، چالش برانگیز، معنی دار برای کلیه ذی نفعان و مایه شوق و امید و کوتاه و بیاد ماندنی می باشد. اجزای چشم انداز شامل مقصود، توجیه و فایده است.

##### ۳- ماموریت (رسالت)

رسالت بیانیه ای است که مشروعیت ایجاد، ادامه و بقاء حوزه فعالیت بخش سلامت را تعیین می کند و به عبارتی فلسفه وجودی و گستره حوزه سلامت و وجه تمایز آن با سایر بخش ها را مشخص کرده





و بیانگر تعهدات حاکمیت در بخش سلامت است. اجزا اصلی مأموریت شامل اهداف، فعالیت و ارزش ها و فلسفه حاکم بر آن می باشد.

#### ۴- ارزش ها و جهت گیری ها

تلاش برای تحول در عرصه های مختلف مؤثر بر سلامت و در مسیر حرکت به طرف جامعه آرمانی (چشم انداز) را مشخص می نماید. این جهت گیری ها برگرفته از نتایج مطالعات نحوه حرکت برای نیل به چشم انداز هستند و در واقع چالش های پیش روی استان می باشد که برای تحقق چشم انداز مطلوب و تحقق هدف های آن باید وجهه همت همگان قرار داده شوند.

#### ۵- هدف

عبارت است از غایت خواست های جامعه اعم از اجتماعی فرهنگی و اقتصادی، منبعث از نظام ارزش های حاکم بر جامعه در انتهای دوره برنامه و برنامه ها. هدف ممکن است کیفی و یا کمی باشد ولی دارای این ویژگی است که در پایان دوره برنامه می توان درجه نسبی تحقق آن را تعیین کرد.

#### ۶- اهداف کلی و کلان

هدف های کلان برنامه در چارچوب هدف های آرمانی چشم انداز و در قالب سیاست های کلی و اصول حاکم تعیین می گردند و ناظر به دوره زمانی برنامه است که باید طی برنامه محقق شوند.

#### ۷- اهداف کمی

هدف های کمی براساس شاخص های کمی هدفگذاری و برای تحقق اهداف کیفی بخش سلامت تعیین می شوند و بر اساس آنها وضعیت مطلوب بخش و یا اجزاء و سازمان های مختلف آن، در زمان مشخص در طول دوره برنامه ریزی مشخص می گردد.

#### ۸- سیاست

دستور و راهنمای تفکر و تصمیم گیری برای مدیران است که انتخاب گزینه های مختلف اجرایی و استراتژی ها را برای تحقق هدف های کلان روشن می سازد. مجموعه ای از معیارها و تدابیر (قانونی، فنی، اجرایی و مالی) هستند که با اتخاذ آن ها، موجبات و تسهیلات لازم جهت تحقق هدف های برنامه فراهم می شود.



#### ۹- سیاست های کلان

مجموعه جهت گیری های کلی و عمده که از بین معیار ها و جهت گیری های متعدد قابل اعمال انتخاب می گردند تا بتوان در بلند مدت به کمک آنها چشم انداز و اهداف مرتبط با آن را محقق ساخت.

#### ۱۰- سیاست های اجرایی

سیاست هایی هستند که در چارچوب آنها اقدامات لازم برای دستیابی به اهداف باید صورت گیرد، در واقع سیاست های حاکم بر بسته ها و برنامه های اجرایی می باشد.

#### ۱۱- راهبردها (استراتژی)

چارچوبی است که مسیر حرکات و اقدامات اصلی برای دستیابی به اهداف را ترسیم کرده و چگونگی تخصیص کلی منابع را برای بدست آوردن موقعیت های مطلوب و خنثی نمودن تهدید ها در حال و آینده بیان می دارد. تدوین استراتژی ها مستلزم برگزیدن یک جهت گیری کلی و تخصیص منابع از میان چارچوب های جایگزین است.

#### ۱۲- بسته های اجرایی

بسته های اجرایی مد نظر در سند توسعه سلامت، برنامه ریزی برای تعدادی از طرح های اولویت دار لازم، به منظور رفع یک مشکل سلامتی است (که در برگیرنده چندین پروژه می باشد). به عبارت دیگر بسته اجرایی به معنی برنامه ریزی توأمان چندین پروژه به هم پیوسته و یا خوشه ای از پروژه های متجانس و به هم مرتبط اولویت دار است که می تواند به یک یا چندین بخش تعلق داشته باشد، ولی برنامه جامع برای حوزه سلامت نیست.

#### ۱۳- برنامه

نمایش منظم و رعایت سلسله مراتب فعالیت های مربوط بهم و مرتبط با یک رشته تصمیمات منظم و مرتبط بر حسب دوره های زمانی مختلف است. به عبارت دیگر برنامه گاه نامه تصمیمات منظم بر اساس سلسله مراتب عملیات است

#### ۱۴- برنامه های اجرایی



برنامه های کلی عملیات اجرایی معطوف به بخش های مختلف و یا یک موضوع و یا بسته اجرایی خاص، شامل نوع و حجم عملیات و اعتبارات مورد نیاز برنامه های عملیات اجرایی مذکور جهت دستیابی به اهداف می باشد.

#### ۱۵- برنامه عملیاتی

مجموعه اقداماتی که برای دستیابی به اهداف مورد نظر باید انجام گیرد که شامل زمان بندی، برآورد منابع مورد نیاز و روش انجام کار است و دارای پروژه و فعالیت می باشد.

#### ۱۶- نظام برنامه ریزی

مجموعه ای از تعاریف و مفاهیم، قوانین و مقررات، سازمان و تشکیلات و روش ها است که به منظور تهیه و تدوین و چگونگی اجرا، نظارت و ارزشیابی برنامه های توسعه طراحی شده است.

#### ۱۷- سلسله مراتب در برنامه

ترتیب مفاهیم و اقدامات در برنامه شامل ماموریت، چشم انداز، ارزش ها و جهت گیری ها، اهداف کلان، سیاست های کلی، اهداف کلان کمی، راهبردها، سیاست های اجرایی، بسته های اجرایی، برنامه های اجرایی، برنامه های عملیاتی سند توسعه سلامت، برنامه های عملیاتی دستگاهها و سازمان ها می باشد.

### ماده ۲) حدود تفصیل

#### ۱- حد تفصیل سند توسعه سلامت:

در تبیین حد تفصیل سند با توجه به در نظر گرفتن بسته های اجرایی "مسئله محور" بودن مورد تأکید است؛ به عبارت دیگر مسئله محور بودن در چارچوب بسته های اجرایی پیش بینی شده مورد نظر است.

#### ۲- حد تفصیل برنامه راهبردی:

حد تفصیل برای بسته های اجرایی تا سطح عناوین برنامه های عملیاتی تعیین شده است که با تهیه برنامه های عملیاتی تکمیل می گردد و در قالب برنامه های اجرایی شکل می گیرد.

#### ۳- حد تفصیل برنامه عملیاتی:

حد تفصیل برای برنامه های عملیاتی تا سطح پروژه و فعالیت تعیین شده است.



### ماده ۳) اصول حاکم بر تدوین سند توسعه سلامت استان

- ۱- بکارگیری روش علمی برای تدوین سند
- ۲- استفاده حداکثری از توان کارشناسی استان در حوزه سلامت
- ۳- مشارکت حداکثری همه سازمان ها، نهاد های حوزه سلامت، نمایندگان مجلس، اساتید حوزه و دانشگاه
- ۴- استفاده از شواهد، مدارک مستند، پژوهش های انجام شده و آمار و اطلاعات و تکمیل آنها با استفاده از نظر خبرگان علمی و اجرایی در تدوین سند
- ۵- ایجاد تفاهم و زبان مشترک بین ارگان های ذیربط در خصوص دیدگاه حاکم بر سند و مسائل سلامت استان و راه حل های آن در حین تدوین سند

### ماده ۴) مراحل تدوین و تکمیل برنامه سند توسعه سلامت استان

- ۱- تشکیل دبیرخانه توسعه سلامت استان از سوی کارگروه سلامت و امنیت غذایی
- ۲- تعیین و تشکیل کمیته های تخصصی ( تیم های تسهیل گر) به منظور تدوین سند توسعه و برنامه راهبردی سند
- ۳- تدوین سیاست های کلی
- ۴- تعیین جهت گیری های اصلی برنامه بر اساس اسناد بالادستی
- ۵- مروری بر عملکرد گذشته و بررسی مشکلات موجود در ابعاد و مؤلفه های تأثیرگذار بر سلامت
- ۶- استخراج اصول حاکم، سیاست های کلی و عناوین بسته های اجرایی
- ۷- تصویر کلان، جداول اهداف کمی کلان، شاخص های کلان و منابع و احکام مورد نیاز بسته های اجرایی
- ۸- ارسال اسناد پشتیبان و سند تهیه شده کمیته های تخصصی (تیم های تسهیل گر)، توسط دبیرخانه توسعه سلامت استان به کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان



- ۹- تصویب سند توسعه سلامت استان و ابلاغ سیاست های کلی و تصویر کلان، جداول اهداف کمی کلان و شاخص های کلان عناوین بسته های اجرایی از سوی کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان
- ۱۰- تعیین و تشکیل کمیته های تخصصی کارگروه سلامت و امنیت غذایی و توزیع بسته های اجرایی میان آنها جهت تکمیل برنامه راهبردی و تدوین برنامه های عملیاتی
- ۱۱- دریافت برنامه های عملیاتی بسته های اجرایی (در سطح پروژه - فعالیت) از کمیسیون های تخصصی کارگروه سلامت و امنیت غذایی توسط دبیرخانه توسعه سلامت استان و پالایش، تلفیق و تنظیم آنها و ارسال به کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان برای تصویب نهایی. کارگروه مذکور برنامه های عملیاتی بسته های اجرایی را به شورای برنامه ریزی توسعه استان پیشنهاد می نماید.
- ۱۲- بعداز تصویب برنامه ها و تبادل موافقت نامه ها، با هماهنگی معاونت برنامه ریزی استانداری طبق قوانین مربوطه، دستگاه های ذیربط موظف به اجرای برنامه های عملیاتی سند توسعه سلامت می باشند.
- ۱۳- دبیرخانه توسعه سلامت استان موظف به اخذ گزارشات مربوط به اجرای برنامه ها و طرح در جلسات شورای سلامت به منظور انجام اقدامات اصلاحی
- ۱۴- می باشد؛ همچنین دبیرخانه توسعه سلامت، سند توسعه و برنامه های راهبردی و عملیاتی سند را در زمان های تعیین شده در آیین نامه این دبیرخانه بازنگری و جهت تصویب به شورای سلامت ارسال می نماید.

### ماده ۵) ارکان و تشکیلات تدوین و تکمیل برنامه سند توسعه سلامت استان

- ۱- شورای برنامه ریزی توسعه استان
- ۲- کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی
- ۳- دبیرخانه توسعه سلامت استان
- ۴- گروه تلفیق و هماهنگی برنامه و سند توسعه سلامت
- ۵- کمیته تخصصی (تیم تسهیل گر) عملکردی حوزه سلامت



- ۶- کمیته تخصصی (تیم تسهیل گر) حوزه تولید و نظام مدیریتی و اداری
- ۷- کمیته تخصصی (تیم تسهیل گر) منابع مالی و اقتصاد سلامت
- ۸- کمیته تخصصی حوادث
- ۹- کمیته تخصصی بیماری های قلبی و عروقی
- ۱۰- کمیته تخصصی اعتیاد
- ۱۱- کمیته تخصصی افسردگی
- ۱۲- کمیته تخصصی مؤلفه های اجتماعی اقتصادی مؤثر بر سلامت
- ۱۳- کمیته تخصصی تولید و تحول نظام مدیریتی و اداری حوزه سلامت
- ۱۴- کمیته تخصصی منابع مالی و اقتصاد سلامت

## فصل دوم: متن سند توسعه سلامت استان

### مقدمه

به منظور ضمانت اجرایی سند توسعه سلامت استان احکام و تکالیف قانونی ۵ ماده و ۱۲ تبصره به شرح ذیل تدوین و برای کلیه ارگان های دولتی و غیر دولتی لازم اجرا می باشد.

**ماده (۱) به منظور ایجاد یکپارچگی و هماهنگی در امر سیاستگذاری، برنامه ریزی، نظارت و توزیع منابع استانی در حوزه سلامت و اتخاذ سیاست های سلامت محور بندهای ذیل اعمال می گردد:**

۱. به منظور اصلاح ساختار و فرآیند سیاستگذاری حوزه سلامت استان، در راستای ایجاد یکپارچگی و هماهنگی در امر سیاستگذاری و برنامه ریزی، اقدامات ذیل صورت می پذیرد:

۱.۱. عضویت ثابت ریاست دانشگاه علوم پزشکی کرمان به نمایندگی از دانشگاه های علوم پزشکی

استان در شورای برنامه ریزی توسعه استان



۱.۲. مصوبات شورای سلامت استان بعد از مدت تعیین شده به منزله مصوبه شورای برنامه ریزی توسعه استان می باشد.

۱.۳. دانشگاه علوم پزشکی کرمان موظف به تشکیل دبیرخانه توسعه سلامت استان می باشد.

۱.۴. به کلیه طرح های توسعه استانی باید پیوست سلامت الصاق گردد

تبصره ۱- دبیرخانه توسعه سلامت استان مکلف به طراحی فرآیند و فرم های لازم برای تهیه و الصاق پیوست سلامت می باشد. لازم به توضیح است پیوست ارزیابی مخاطرات زیست محیطی برنامه ها با پیوست سلامت، ادغام می گردد.

۱.۵. به منظور ارزیابی دستگاه ها و سازمان های اجرایی استان در خصوص جهت گیری ها و اتخاذ سیاست ها و ایجاد محیط های سلامت محور، شاخص های سلامت محور در ابعاد مختلف ارزیابی سازمان ها و دستگاه ها اضافه و نتایج آن در جشنواره شهید رجایی اعلام می گردد.

تبصره ۲- دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری معاونت پشتیبانی استانداری موظف به تهیه و تدوین شاخص های ذیربط و تصویب در شورای تحول اداری استان در سال اول برنامه می باشد.

۲. به منظور حفظ یکپارچگی در مدیریت دانش و اطلاعات حوزه سلامت و استقرار نظام سیاست گذاری و برنامه ریزی مبتنی بر شواهد، اقدامات ذیل به عمل آید:

۲.۱. دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری سایر دانشگاه های علوم پزشکی استان موظف به راه اندازی شبکه دیده بانی سلامت استان می باشد. دیگر دستگاه های مؤثر بر سلامت استان در بخش دولتی و غیر دولتی مکلف به همکاری با این شبکه می باشند

تبصره ۳- این شبکه باید سالانه تصویر سلامت استان را به تفکیک شهرستان های استان اعلام نماید.



تبصره ۴- نظام پایش و مراقبت از بیماری های غیر واگیر (حوادث، اعتیاد، قلبی و عروقی، افسردگی و...) و بیماری های واگیر (مالاریا، سالک) ایجاد گردد.

۲.۲. "ساماندهی پژوهش های کاربردی نظام سلامت" با هماهنگی دبیرخانه توسعه سلامت استان در راستای تهیه بسته های سیاستی، استانداردهای محلی، ارزیابی فن آوری های سلامت استان و مشاوره های تهیه پیوست سلامت در خصوص برنامه های توسعه استان

تبصره ۵- محل تأمین اعتبار این پژوهش ها از محل اعتبارات پژوهشی دانشگاه ها، دستگاه های ذیربط، شورای تحقیقات و فناوری استانداری، ستاد راهبردی توسعه جنوب استان و معاونت علمی و هنری ریاست جمهوری خواهد بود

۲.۳. دانشگاه علوم پزشکی کرمان جهت استقرار سلامت الکترونیک استان براساس طرح مصوب دولت الکترونیک در استان کرمان موظف است سند راهبردی و آیین نامه استقرار نظام سلامت الکترونیک استان را با لحاظ قوانین و مقررات مربوط به امور پزشکی و دارویی، سطح بندی خدمات و نظام ارجاع، تدوین و به تصویب ستاد دولت الکترونیک استان برساند.

تبصره ۶- محل تأمین اعتبار این ماده از محل ساماندهی اعتبارات فناوری اطلاعات دستگاه های ذی ربط و ستاد دولت الکترونیک، اعتبارات پرونده سلامت الکترونیک و مازاد بودجه استانی می باشد.

تبصره ۷- معاونت برنامه ریزی و امور اقتصادی استانداری موظف به پیگیری تبادل موافقت نامه های بین دستگاهی جهت استقرار نظام سلامت الکترونیک مطابق با آیین نامه مصوب می باشد.

۳. به منظور متناسب سازی کمی و کیفی نیروهای انسانی علوم پزشکی با نیازهای سلامت استان بایستی نیازهای آموزشی و پژوهشی و فرهنگی دانشگاه های علوم پزشکی استان بر اساس راهبردهای سند توسعه سلامت، پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح بندی خدمات تعیین و اعمال گردد و عملکرد کمی و کیفی آنها ارزیابی گردد.





تبصره ۸- بدین منظور نقشه علمی سلامت، نقشه توزیع منابع انسانی متناسب با نیازهای منطقه ای، نقشه سطح بندی خدمات بین دانشگاه‌های علوم پزشکی استان متناسب با نیازهای جمعیت تحت پوشش در چارچوب طرح آمایش سرزمینی در سال اول برنامه تهیه و از سال دوم برنامه اعمال گردد.

۴. به منظور شفاف سازی و یکپارچه سازی تأمین و تخصیص منابع مالی در حوزه سلامت استان اقدامات زیر لازم می باشد:

۴.۱. دانشگاه علوم پزشکی کرمان با همکاری معاونت برنامه ریزی و امور اقتصادی استانداری موظف به پیاده سازی طرح حساب های استانی سلامت، تا پایان سال اول برنامه می باشد.

تبصره ۹- کلیه دستگاه ها و سازمان های ذیربط اعم از بخش دولتی و غیر دولتی مکلف به همکاری با دانشگاه علوم پزشکی کرمان برای راه اندازی سامانه مذکور می باشند.

۴.۲. اخذ عوارض از خدمات و کالاهایی که آسیب رسان سلامت هستند و تشویق و ترویج کالاها و خدمات حامی سلامت از محل اعتبارات اخذ شده در استان

۴.۳. سرمایه گذاری های جدید در بخش سلامت، مبتنی بر طرح آمایش سرزمینی از منظر بهداشت و درمان خواهد بود که اولویت سرمایه گذاری در مناطق برخوردار استان با بخش تعاونی، خصوصی و خیریه ها خواهد بود و در بخش محروم، با دولت، سپاه، خیریه ها و تعاونی ها می باشد.

۵. به منظور ایجاد گفتمان عدالت و پیشرفت سلامت محور در استان و توانمند سازی نیروی انسانی لازم است اقدامات زیر انجام پذیرد:

۵.۱. توسعه مدیریت استان جهت، اتخاذ سیاست های سلامت محور در استان

۵.۲. آموزش ضمن خدمت کارکنان دولت، جهت توانمندسازی آنها در خصوص الزامات ارتقاء سلامت

۵.۳. آموزش و توانمند سازی اعضای شوراهای شهر و روستا جهت ایجاد موقعیت های حامی سلامت در فضاها و اماکن عمومی



۵.۴. توانمند سازی خیریه ها و سازمان های مردم نهاد

۵.۵. توانمند سازی مبلغین و اصحاب رسانه در خصوص پیام های سلامت

تبصره ۱۰- مرکز آموزش و پژوهش مدیریت دولتی استانداری موظف به برگزاری دوره های ضمن خدمت و بدو خدمت کارکنان دولت و مدیران استان در خصوص توانمندسازی های لازم در راستای اجرای سند توسعه سلامت استان می باشد.

تبصره ۱۱- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان موظف به طراحی دوره های توانمند سازی جهت اجرای سند توسعه سلامت استان برای گروه های مختلف مذکور در این بند می باشد.

## ماده ۲) به منظور توسعه زیرساخت و پیش نیاز های ارتقاء سلامت، لازم است اقدامات ذیل صورت پذیرد:

۱. تأمین آب شرب سالم استان از طریق انتقال آب شرب به استان، تسریع در پروژه های آب و فاضلاب شهری و روستایی، اصلاح و نوسازی تأسیسات و شبکه های انتقال آب شهری، جلوگیری از هدر رفت آب های زیر زمینی و قابل شرب در مصارف کشاورزی

۲. بهسازی فضاها و اماکن عمومی و ساختمان های محل سکونت اعم از شهری و روستایی، با تأکید بر استقرار نظام یکپارچه مراقبت از مقاومت، ایمنی و راحتی منازل و سلامت مصالح، آمایش اماکن شهری در خصوص سامان دهی کاربری های شهری و اتخاذ معیارهای سلامتی مبتنی بر معماری اسلامی ایرانی، اصلاح و ساماندهی حاشیه نشینی در اطراف شهرها، تأکید بر رعایت استانداردهای ساخت و ساز در مقابل حوادث غیرمترقبه و نظارت دقیق آنها و مقاوم سازی ساختمان های حیاتی استان، استقرار طرح جامع مدیریت زباله های شهری و روستایی، پارک سبز محلات امن، ایمن و سالم



۳. گسترش تولید و توزیع محصولات غذایی سالم تا مصرف سالم در قالب استقرار زنجیره سلامت غذایی با تأکید بر کاهش آلاینده های زیست محیطی و کاهش سموم محصولات کشاورزی گلخانه ای
۴. ایجاد محیط کار ایمن، سالم و با نشاط با تأکید بر تدوین منشور تکالیف تجارت سالم و رتبه بندی صدور مجوز برای صنایع حافظ سلامت
۵. ایجاد حمل و نقل سالم جاده ای و شهری از طریق شناسایی و کاهش نقاط حادثه خیز جاده ها و شهرها، خارج ساختن خوردرو های فرسوده و راه اندازی مراکز معاینه فنی خودرو

### ماده ۳) به منظور ایجاد، گسترش و ارتقاء محیط ها و موقعیت های حامی سلامت لازم است اقدامات ذیل صورت پذیرد:

۱. کلیه دستگاه ها و سازمان های دولتی و غیر دولتی مکلف به ایجاد موقعیت های سالم و ایمن برای کارکنان و مراجعه کنندگان، از نظر فضای فیزیکی، شرایط کاری و بهداشت حرفه ای، تغذیه مناسب، تحرک بدنی، سرمایه اجتماعی و روابط سازمانی و آموزش و مهارت دهی های لازم می باشند.
  - ۱.۱. دستورالعمل، شاخص ها و استانداردهای مربوط به شهرسالم، روستای سالم، اماکن عمومی حامی سلامت، محیط کاری حامی سلامت، مدرسه حامی سلامت، فروشگاه های حامی سلامت و بیمارستان حامی سلامت، باید توسط سازمان های موضوعه با همکاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، در سال اول برنامه تدوین گردد.
  - ۱.۲. ارزیابی براساس استانداردها و آئین نامه های تدوین شده توسط سازمان های مردم نهاد مورد تأیید دانشگاه علوم پزشکی، به صورت سالانه انجام گردد.
  - ۱.۳. اعطای نشان دوستدار سلامت به سازمان های مورد تأیید در ارزیابی ها و اتخاذ تدابیر لازم جهت تشویق این سازمان ها (همچون کاهش در میزان عوارض قانونی و مالیات)



۱.۴. حمایت از سازمان های مردم نهاد در راستای مشارکت در تدوین، اجرا و ارزیابی برنامه های فوق با تأیید صلاحیت از سوی دانشگاه علوم پزشکی

#### ماده ۴) به منظور توانمند سازی فردی و اجتماعی در قالب فرهنگ سازی و ارتقاء سرمایه اجتماعی، در راستای ایجاد سبک زندگی سالم مبتنی بر ارزش های اسلامی، لازم است اقدامات زیر صورت گیرد:

۱. کمیته مشترک حوزه علمیه و سازمان تبلیغات اسلامی، ارشاد و فرهنگ اسلامی، صدا و سیما استان و دانشگاه های علوم پزشکی، مکلف به طراحی و تدوین مؤلفه ها و برنامه های سبک زندگی سالم مبتنی بر مبانی و ارزش های اسلامی، به مدت شش ماه بعد از تصویب این قانون می باشد.

۲. تشکیل شورای سیاستگذاری سلامت صدا و سیما و تبلیغات با عضویت رسانه های مکتوب و تدوین و تصویب آیین نامه رسانه حامی سلامت

۳. مبلغین، اصحاب رسانه و صدا و سیما استان، مکلف به تبیین و ترویج سبک زندگی سالم در قالب های مختلف فرهنگی و هنری می باشند.

۴. تولید و پخش برنامه های تلویزیونی با عنوان زندگی سالم ویژه عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

۵. توانمندسازی اصحاب رسانه حامی سلامت

۶. تقویت ساختار اجتماعی محلات با محوریت مسجد

۷. تقویت نهاد خانواده

۸. برگزاری دوره های سواد بهداشتی و مهارت های زندگی در قالب دوره های مقاطع مختلف آموزش و پرورش و آموزش عالی و همچنین در قالب دوره های ضمن خدمت کارکنان

۹. حمایت از موسسات فرهنگی فعال در زمینه رسانه و ارتباطات سلامت استان در زمینه ترویج سبک زندگی

سالم



۱۰. گسترش، توانمند سازی و حمایت از سازمان های مردم نهاد و خیریه های حامی سلامت در بخش های پژوهشی، آموزشی و رسانه ای در حوزه سلامت

۱۱. ایجاد اتحادیه خیرین استانی که در زمینه مؤلفه های اجتماعی اقتصادی استان فعالیت می نمایند.

۱۲. ایجاد شورای مشارکت های مردمی و تأسیس مجمع خیرین سلامت

تبصره ۱- کمیته های تخصصی کارگروه سلامت و امنیت غذایی موظف به تهیه و تدوین برنامه های فوق و آیین نامه های اجرایی لازم به مدت شش ماه بعد از تصویب قانون می باشند؛ وظیفه پیگیری و هماهنگی های لازم، با دبیرخانه توسعه سلامت استان می باشد.

تبصره ۲- شورای برنامه ریزی و توسعه استان مکلف به تعیین محل تأمین اعتبار طرح های فوق است.

**ماده ۵) به منظور حفظ و ارتقاء سلامت و کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامت با تمرکز بر بیماری های غیر واگیر (حوادث و سوانح، قلبی و عروقی، افسردگی، اعتیاد) و بیماری های واگیر دار (مالاریا، سالک و با تأکید بر مؤلفه های اجتماعی اقتصادی مؤثر بر سلامت، لازم است جهت گیری ها و اقدامات ذیل صورت پذیرد:**

۱. تدوین و عملیاتی نمودن بسته اجرایی مبارزه با حوادث ترافیکی

۲. تدوین و عملیاتی نمودن بسته اجرایی پاسخگویی به حوادث غیرمترقبه با تأکید بر زلزله و سیل در استان

۳. تدوین و عملیاتی نمودن بسته اجرایی مبارزه با اعتیاد و مصرف دخانیات

۴. تدوین و عملیاتی نمودن بسته اجرایی مبارزه با بیماری های قلبی و عروقی

۵. تدوین و عملیاتی نمودن بسته اجرایی جامع ریشه کنی مالاریا

۶. تدوین و عملیاتی نمودن بسته اجرایی جامع ریشه کنی سالک



## برنامه راهبردی سند توسعه سلامت استان ۱۳۹۴-۱۳۹۰

### مأموریت (Mission)

- ✓ حفظ و ارتقاء سلامت ساکنین استان کرمان در ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی با تأکید بر رویکرد عدالت محوری،
- ✓ از طریق اتخاذ و ایجاد ترکیبی از سیاست ها و محیط های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، ساختاری و زیست محیطی حامی سلامت به منظور استقرار سبک زندگی سالم
- ✓ در جهت ارتقاء کیفیت زندگی در راستای ارزش های متعالی نظام مقدس جمهوری اسلامی و تحقق چشم انداز بیست ساله.

### چشم انداز (vision)

- ✓ در افق برنامه، استان کرمان با اتخاذ سیاست ها و مداخلات مدبرانه در کلیه شئون جامعه، توانسته است الگوی مناسبی از توسعه پایدار و سلامت محور بر اساس ارزش های متعالی اسلامی، در سطح کشور ارائه دهد و به عنوان استان نمونه در جهت استقرار سبک زندگی سالم مبتنی بر سبک زندگی دینی و رشد شاخص های کلان توسعه انسانی (امید زندگی، نرخ باسوادی، کیفیت زندگی) و سرمایه اجتماعی در بین جامعه، گام های اساسی بردارد؛ به نحوی که مردم بدانند، بخواهند و بتوانند سالم بمانند و سلامت خود را افزایش دهند و در جامعه ای زندگی کنند که به آنها اجازه سالم بودن، سالم ماندن و سالمتر شدن را بدهد و قدرت تصمیم گیری را برای سلامت خود، خانواده و جامعه ای که در آن زندگی می کنند داشته باشند.



## ارزش‌ها (Values)

با توکل و امید به رضایت الهی و رعایت ارزش‌ها و اصول اسلام، عدالت محوری و مسئولیت پذیری به منظور پاسخگویی و تأمین نیازهای سلامت مردم در راستای کارآمدی نظام مقدس جمهوری اسلامی، ارزش اساسی برای تحقق این برنامه می باشد.

- ✓ سلامت یک منبع مهم برای زندگی است و تنها، هدف زندگی نمی باشد.
- ✓ موضوع سلامت یک موضوع فرابخشی است و بخش سلامت به تنهایی نمیتواند در جهت ارتقاء سلامت گام بردارد. اقدام‌های ضد فقر، محصولات غذایی، آب، بهداشت، مسکن، حفاظت از محیط و آموزش و پرورش، همگی در سلامت سهیم اند و در بحث توسعه انسانی، اهداف نهایی مشترکی دارند.
- ✓ پاسخگویی مناسب به تمامی نیازهای اصلی تمامی مردم در زمینه سلامت، نیازمند وجود ساختاری علمی و روزآمد برای ارتقاء سلامت است. ساختاری که سلامت را به عنوان عضوی از ائتلافی بزرگ برای برخورداری تمامی مردم از آب، غذا، مسکن، قدرت و امید، سواد بهداشتی، دسترسی عادلانه به اطلاعات مورد نیاز برای کنترل سرنوشت فردی و جمعی و توسعه احساس هویت و تعلق خاطر اجتماعی در مردم، توانمند نموده و کارآمد سازد.
- ✓ سلامت خوب، یک منبع مهم برای توسعه، اجتماعی، اقتصادی و فردی و همچنین یک بعد مهم کیفیت زندگی می باشد.
- ✓ عدالت محوری
- ✓ فرهنگ ارتقاء از طریق انعکاس دیدگاه‌ها و مبتنی بر نوآوری‌های بومی و ارزش‌های اسلامی
- ✓ محوریت مردم و خانواده
- ✓ شنیدن صدای مردم و مشارکت دادن اجتماع
- ✓ تعاون و همکاری همگانی بخش‌های مختلف دولتی و غیردولتی برای رسیدن به سلامت
- ✓ مسئولیت و پاسخگویی همگانی، اجتماعی، فردی و خانوادگی برای سلامت
- ✓ پاسخگو کردن و تقسیم پاسخگویی‌ها
- ✓ شفافیت و پاسخگویی
- ✓ توجه به نسل‌های آینده



- ✓ تأکید بر پیشگیری و حفظ سلامت
- ✓ شناخت بیشتر عوامل اجتماعی و محیطی مؤثر بر سلامت
- ✓ جامعیت و فراگیری مراقبت های سلامت: برای همه افراد در تمام سنین
- ✓ اخلاق در نظام سلامت
- ✓ بهره وری
- ✓ کیفیت و ایمنی ارائه خدمات

### اهداف کلان کیفی (Goals)

- G. ۱ افزایش کیفیت زندگی
- G. ۲ افزایش رفاه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مردم
- G. ۳ کاهش بار بیماری و مرگ و میر
- G. ۴ کاهش عوارض بیماری های مزمن
- G. ۵ افزایش رضایت مردم از خود، خانواده، جامعه و خدمات بهداشتی و خدمات سلامتی که به آنها ارائه می شود
- G. ۶ افزایش نشاط در جامعه
- G. ۷ کاهش شکاف نابرابری در جامعه
- G. ۸ کاهش فقر
- G. ۹ کاهش خشونت و عواقب بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی و امنیتی آن در جامعه
- G. ۱۰ کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و افزایش رفتار سالم
- G. ۱۱ افزایش عدالت در جامعه
- G. ۱۲ اصلاح شیوه زندگی
- G. ۱۳ کاهش مخاطرات و آلودگی های زیست محیطی و مخمل سلامت





## محیط داخلی

تأثیر نهایی	رتبه	ضریب تأثیر	نقاط قوت (S) Strengths	ردیف
۱۶	۴	۴	کارگروه فعال تخصصی سلامت و امنیت غذایی در استان	S.۱
۱۲	۴	۳	وجود دیدگاه عدالت محوری و تعهد بالای مسئولین برای کاهش شکاف نابرابری در سطح استان به عنوان یکی از دغدغه ها و اولویت های اول و اصلی	S.۲
۱۲	۳	۴	وجود سه دانشگاه علوم پزشکی در سطح استان و دیگر مراکز فعال در امر آموزش و پژوهش حوزه سلامت	S.۳
۲۸	۴	۷	وجود ستاد راهبردی جنوب استان و اعتبارات ویژه مربوط به توسعه در جنوب استان	S.۴
۶	۲	۳	اجرای طرح آمایش و تدوین اسناد فرابخشی استان در حوزه فرهنگی اجتماعی و توسعه منابع انسانی	S.۵
۱۲	۴	۳	وجود خیریه ها در سطح استان ( اتحاد و هدایت آنها، توزیع آنها در سطح استان) و ساختار مجمع خیرین	S.۶
۶	۳	۲	کنترل نرخ رشد جمعیت در شمال استان	S.۷
۱۲	۳	۴	گسترده‌گی شبکه ارائه خدمات سلامت در جامعه	S.۸
۱۲	۴	۳	توزیع نسبتاً مناسب نیروی انسانی در سطح استان در بخش بهداشت و درمان	S.۹
۶	۳	۲	بسیج سازنده‌گی فعال در مناطق محروم به ویژه جنوب استان	S.۱۰
۱۲۲	۳۴	۳۵	جمع کل نمرات	



## محیط داخلی

ردیف	تأثیر	رتبه	تأثیر	نقاط ضعف (w)	ردیف
۲۰-	۵-	۴		اولویت پایین معیار سلامت در تصمیم گیری ها و سیاستگذاری ها و برنامه های استان	W.۱
۹-	۳-	۳		شناخت و نگرش محدود از ابعاد مختلف سلامت در بین سازمان های مختلف دولتی و غیر دولتی	W.۲
۱۶-	۴-	۴		انسجام و هماهنگی ناکافی بین سازمان های تأثیرگذار بر سلامت استان اعم از خصوصی و دولتی	W.۳
۹-	۳-	۳		نبود اطلاعات کافی و شفاف و قابل اعتماد جهت تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و مستندات در حوزه سلامت	W.۴
۸-	۴-	۲		عدم وجود سیستم نظارت و پایش دقیق شاخص های سلامت و عوامل تعیین کننده سلامت	W.۵
۱۲-	۴-	۳		شکاف و عدم انطباق بین نیازهای واقعی حوزه سلامت و تقاضا و انتظارات از حوزه سلامت (مردم و مسئولین)	W.۶
۱۲-	۳-	۴		ضعف در کنترل نرخ رشد جمعیت در جنوب استان	W.۷
۳۵-	۵-	۷		بالا بودن رتبه استان در شاخص های سلامت (حوادث عمدی و غیر عمدی، حوادث ترافیکی، تغذیه و...)	W.۸
۱۶-	۴-	۴		بالا بودن آلاینده های زیست محیطی حاصل از صنایع و معادن	W.۹
۱۲-	۴-	۳		بالا بودن سموم در محصولات کشاورزی و گلخانه ای	W.۱۰
۱۲-	۴-	۳		ضعف در تولید، محتوا و طراحی پیام های رسانه ای و ارتباطات سلامت	W.۱۱
۱۵-	۵-	۳		ضعف در ساماندهی اتباع خارجی منطقه (بویژه افغانه) و وفور تردد افراد غیر مجاز بیگانه بویژه افغانه	W.۱۲
۶-	۳-	۲		فاصله زیاد دسترسی گروه های مختلف به ارائه خدمات و اطلاعات سلامت در سطح استان	W.۱۳
۱۶-	۴-	۴		فقر فرهنگی و پایین بودن سطح سواد مردم بویژه در جنوب استان	W.۱۴
۱۲-	۴-	۳		فقر و کمبود امکانات رفاهی (راه، بهداشت، آب و برق و...) در جنوب استان	W.۱۵
۹-	۳-	۳		بودجه و امکانات محدود حوزه سلامت بخش دولتی نسبت به گردش مالی کل استان و دیگر بخش ها	W.۱۶
۹-	۳-	۳		آمایش و سطح بندی نامناسب خدمات سلامت و درمانی در سطح استان	W.۱۷
۸-	۴-	۲		ضعف در کیفیت ارائه خدمات درمانی در استان و سفر برای دریافت خدمات به دیگر استان ها (تهران، یزد، شیراز)	W.۱۸
۸-	۴-	۲		بدنه ضعیف ارائه خدمت درمانی در بخش خصوصی	W.۱۹
۲۴۴-	۶۸	۶۲		<b>جمع نمرات</b>	



## محیط خارجی

تأثیرهای	رتبه	ضریب تأثیر	فرصتها (O)	ردیف
۲۴	۴	۶	افزایش اختیارات استانداری ها برای تصمیم گیری های محلی	O.۱
۱۲	۴	۳	جوان بودن هرم سنی جامعه	O.۲
۱۵	۵	۳	افزایش ضریب نفوذ استفاده از رسانه های تصویری و اینترنت از نظر سخت افزاری	O.۳
۲۵	۵	۵	تأکید بر افزایش فعالیت های فرهنگی و ارتقاء سرمایه اجتماعی با محوریت مساجد و معتمدین محلات در طول برنامه هادر اسناد بالادستی و تأثیر آن بر سبک زندگی	O.۴
۱۲	۴	۳	توجه به تحکیم نهاد خانواده در اسناد بالادستی	O.۵
۸	۴	۲	توجه بالایی نظام به تحقق چشم انداز و توجه خاص به سلامت همه جانبه به عنوان محور توسعه پایدار در اسناد بالادستی	O.۶
۲۰	۴	۵	طراحی و اجرای طرح جامع ارتقاء سلامت مبتنی بر مؤلفه های اجتماعی در برنامه توسعه پنجم	O.۷
۲۰	۵	۴	هدفمند شدن بارانه ها برای تقویت قدرت خرید اقشار و دهک های پایین جامعه در طول برنامه	O.۸
۱۲	۳	۴	پایلت دولت الکترونیک در استان و اجرای سلامت الکترونیک و کارت هوشمند سلامت در سطح کشور	O.۹
۹	۳	۳	یکپارچه سازی صندوق های بیمه درمانی در سطح کشور و استقرار بیمه سلامت	O.۱۰
۸	۴	۲	امکان استفاده از سرمایه گذاری های خارجی و بین المللی در بخش سلامت (مالاریا، سرخک، سل، ایدز و...)	O.۱۱
۱۶	۴	۴	فرصت های بالقوه شغلی در صنایع، معادن و...	O.۱۲
۱۸۱	۴۹	۴۴	جمع نمرات	O.۱۳

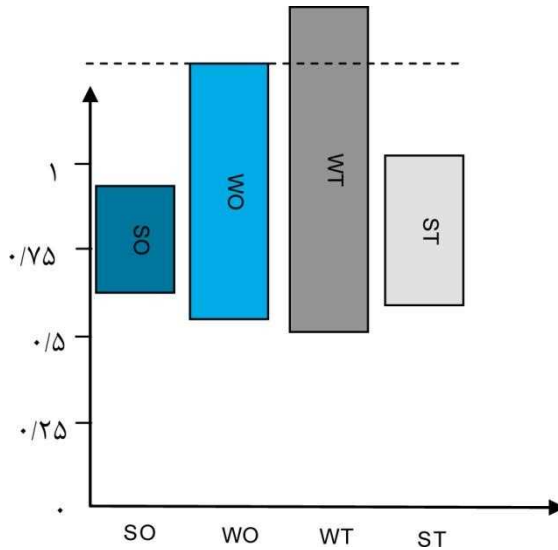
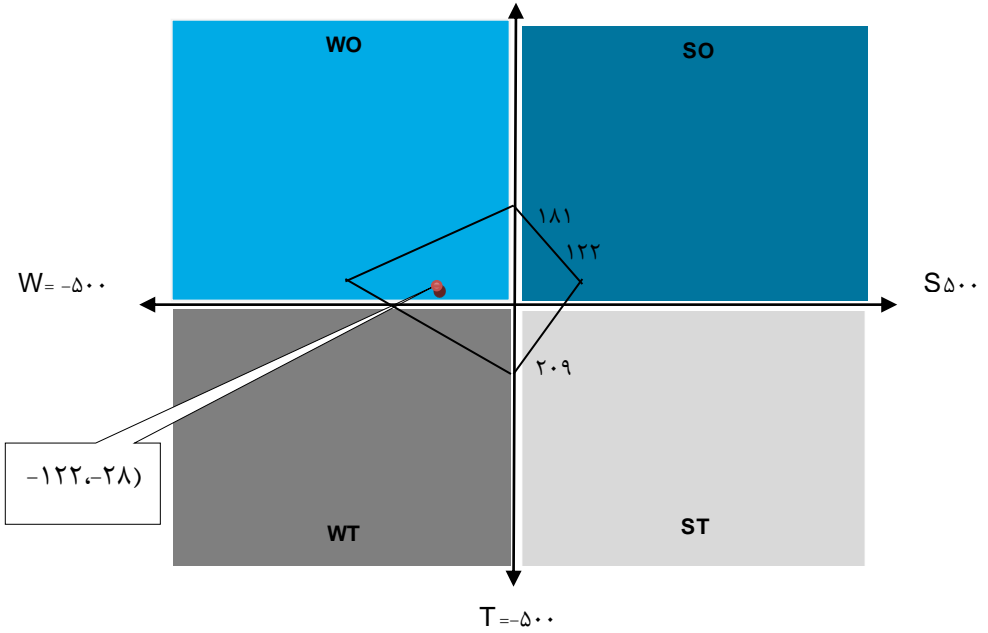


## محیط خارجی

ردیف	تهدیدها (T)	ضریب تأثیر	رتبه	تأثیر نهایی
T.۱	کوبری، خشک بودن و کم آبی منطقه و خشکسالی های پی در پی، کمبود منابع آبی همراه با توسعه کشاورزی	۶	-۴	-۲۴
T.۲	موقعیت استان و همجواری با استان های مرزی دارای مشکلات سلامتی و تردد زیاد بین این استان و تاثیرپذیری استان کرمان از توسعه نیافتگی استان های س و ب و خراسان جنوبی	۴	-۴	-۱۶
T.۳	پراکندگی جمعیت در سطح استان (تراکم پایین) و ضعف در ارائه خدمات	۴	-۳	-۱۲
T.۴	احداث واحدهای صنعتی در محدوده سفره آب های زیر زمینی و تهدیدات زیست محیطی ناشی از آن	۲	-۴	-۸
T.۵	بالا بودن حوادث غیر مترقبه در استان (تعدد زلزله و سیل و آسیب های متعدد ناشی از آن ها)	۴	-۴	-۱۶
T.۶	تغییر الگوی و سبک زندگی اجتماعی (شیوع بالای رفتارهای نامناسب مرتبط با سلامت مانند کم و بی تحرکی، تغذیه نامناسب، تغییر در سفره غذایی خانواده و گرایش بیشتر خانواده ها به غذاهای آماده، افزایش چاقی به دلیل روند توسعه استان و صنعتی شدن)،	۶	-۴	-۲۴
T.۷	تغییر الگوی بیماری ها به سمت بیماری ها غیر واگیر دار	۴	-۴	-۱۶
T.۸	پایین بودن سرمایه اجتماعی و شبکه های اجتماعی در استان	۴	-۴	-۱۶
T.۹	پایین بودن سطح سواد سلامتی در استان، پایین بودن ضریب استفاده از کتاب روزنامه و مجلات در جامعه	۳	-۴	-۱۲
T.۱۰	محتوای پیام های رسانه ای که مخالف سلامت می باشند از نظر نرم افزاری (تبلیغات، دانش و نگرش های و...)	۳	-۳	-۹
T.۱۱	تفاوت های درآمدی و اقتصادی در استان و احساس نابرابری بالا در سطح جامعه که به دلیل افزایش ارتباطات و انتقال اطلاعات است و نمایش ظاهری ثروت در جامعه	۴	-۳	-۱۲
T.۱۲	افزایش زمینه های استرس زا در جامعه و عدم مهارت جامعه در مدیریت استرس ها و شیوه برقراری ارتباط مؤثر	۴	-۴	-۱۶
T.۱۳	افزایش میزان خشونت ها و خشونت های مخفی در نهاد خانواده به دلیل فشار های روانی ناشی از عوامل اقتصادی	۴	-۴	-۱۶
T.۱۴	افزایش پرداخت های کاذب برای حیطه سلامت و توجه بسیار محدود به موارد پیشگیری و ارتقاء سلامت و پرداخت هزینه های سنگین برای استفاده از خدمات نسبتا لوکس که تأثیر زیادی در ارتقاء سلامت فردی و خانوادگی و اجتماعی ندارد.	۴	-۳	-۱۲
	<b>جمع نمرات</b>	۵۶	-۵۲	-۲۰۹



موقعیت راهبردی حوزه سلامت



ماتریس تهدیدها ، فرصت ها ، نقاط قوت و نقاط ضعف ( توز )

لیست نقاط قوت - S	لیست نقاط ضعف - W	فرصت ها - O
S.1: کارگروه فعال تخصصی سلامت و امنیت غذایی در استان	W.1: اولویت پایین معیار سلامت در تصمیم گیری ها و سیاستگذاری ها و برنامه های استان	O.1: افزایش اختیارات استانداری ها برای تصمیم گیری های محلی
S.2: وجود دیدگاه عدالت محوری و تعهد بالای مسئولین برای کاهش شکاف نابرابری در سطح استان به عنوان یکی از دغدغه ها و اولویت های اول و اصلی	W.2: شناخت و نگارش محدود از ابعاد مختلف سلامت در بین سازمان های مختلف دولتی و غیر دولتی	O.2: جوان بودن هرم سنی جامعه
S.3: وجود سه دانشگاه علوم پزشکی در سطح استان و دیگر مراکز فعال در امر آموزش و پژوهش حوزه سلامت	W.3: انسجام و هماهنگی ناکافی بین سازمان های تأثیرگذار بر سلامت استان اعم از خصوصی و دولتی	O.3: افزایش ضریب نفوذ استفاده از رسانه های تصویری و اینترنت از نظر سخت افزاری
S.4: وجود ستاد راهبردی جنوب استان و اعتبارات ویژه مربوط توسعه در جنوب استان	W.4: نبود اطلاعات کافی و شفاف و قابل اعتماد جهت تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و مستندات در حوزه سلامت	O.4: تأکید بر افزایش فعالیت های فرهنگی و ارتقاء سرمایه اجتماعی با محوریت مساجد و معتمدین محلات در طول برنامه ها در اسناد بالادستی و تأثیر آن بر سبک زندگی
S.5: اجرای طرح آمایش و تدوین اسناد فرابخشی استان در حوزه فرهنگی اجتماعی، توسعه منابع انسانی	W.5: عدم وجود سیستم نظارت و پایش دقیق شاخص های سلامت و عوامل تعیین کننده سلامت	O.5: توجه به تحکیم نهاد خانواده در اسناد بالا دستی
S.6: وجود خیریه ها در سطح استان (عدم اتحاد و هدایت آنها، توزیع آنها در سطح استان) و ساختار مجمع خیرین	W.6: شکاف و عدم انطباق بین نیازهای واقعی حوزه سلامت و تقاضا و انتظارات از حوزه سلامت (مردم و مسئولین)	O.6: توجه بالای نظام به تحقق چشم انداز و توجه خاص به سلامت همه جانبه به عنوان محور توسعه پایدار در اسناد بالا دستی
S.7: کنترل نرخ رشد جمعیت در شمال استان	W.7: ضعف در کنترل نرخ رشد جمعیت در جنوب استان	O.7: طراحی و اجرای طرح جامع ارتقاء سلامت مبتنی بر مؤلفه های اجتماعی در برنامه توسعه پنجم
S.8: گستردگی شبکه ارائه خدمات سلامت در جامعه	W.8: بالا بودن رتبه استان در شاخص های سلامت-حوادث عمده و غیر عمدی، حوادث ترافیکی، تغذیه و ...	O.8: هدفمند شدن پاره ها برای تقویت قدرت خرید اقشار و دهک های پایین جامعه در طول برنامه
S.9: توزیع نسبتاً مناسب نیروی انسانی در سطح استان در بخش بهداشت و درمان	W.9: بالا بودن آلاینده های زیست محیطی حاصل از صنایع و معادن	O.9: پالیوت دولت الکترونیک در استان
S.10: بسج سازندگی فعال در مناطق محروم به ویژه جنوب استان	W.10: بالا بودن سموم در محصولات کشاورزی و گلخانه ای در استان	O.10: یکپارچه سازی صندوق های بیمه درمانی در سطح کشور
	W.11: ضعف در تولید محتوای و طراحی پیام های رسانه ای و ارتباطات سلامت	O.11: امکان استفاده از سرمایه گذاری های خارجی و بین المللی در بخش سلامت (مالاریا، سرخک، سل، ایدز و...)
	W.12: ضعف در ساماندهی اتباع خارجی منطقه (بویژه افغانه) و وفور تردد افراد غیر مجاز بیگانه بویژه افغانه	O.12: فرصت های بالقوه شغلی در صنایع، معادن و ...
	W.13: فاصله زیاد دسترسی گروه های مختلف به ارائه خدمات و اطلاعاتی سلامت در سطح استان	
	W.14: فقر فرهنگی و بالا بودن سطح بی سوادی مردم بویژه در جنوب استان	
	W.15: فقر و کمبود امکانات رفاهی (راه، بهداشت، آب و برق و...)	
	W.16: بودجه و امکانات محدود حوزه سلامت بخش دولتی نسبت به گردش مالی کل استان و دیگر بخش ها	
	W.17: آمایش و سطح بندی نامناسب خدمات سلامت و درمانی در سطح استان	
	W.18: ضعف در کیفیت ارائه خدمات درمانی در استان و سفر برای دریافت خدمات به دیگر استان ها (تهران، یزد، شیراز)	
	W.19: بدنه ارائه خدمت ضعیف درمانی در بخش خصوصی	

استراتژی های SO

- ایجاد محیط های حامی سلامت
- شهر سالم، پارک سالم، محیط کاری سالم، بیمارستان سالم، مدرسه سالم

استراتژی های WO

- توانمند سازی نیروی انسانی (مدیران، کارکنان حوزه سلامت)
- توسعه توانمندی اجتماعی
- توسعه توانمندی فردی
- توانمند سازی مردم و جامعه در حوزه ارتقاء سلامت
- تقویت نظام خانواده و محلات
- توانمند سازی سازمان ها و نهاد های مردم نهاد در حوزه سلامت
- ایجاد نظام جامع رسانه و ارتباطات سلامت
- ایجاد فرهنگسرای سلامت



ماتریس تهدیدها، فرصت ها، نقاط قوت و نقاط ضعف (توز)

تهدیدها - T	لیست نقاط ضعف - W	لیست نقاط قوت - S
T.1: کویری، خشک بودن و کم آبی منطقه و خشکسالی های بی در پی، کمبود منابع آبی همراه با توسعه کشاورزی	W.1: اولویت پایین معیار سلامت در تصمیم گیری ها و سیاستگذاری ها و برنامه های استان	S.1: کارگروه فعال تخصصی سلامت و امنیت غذایی در استان
T.2: موقعیت استان و همجواری با استان های مرزی دارای مشکلات سلامتی و ترده زیاد بین این استان	W.2: شناخت و نگرش محدود از ابعاد مختلف سلامت در بین سازمان های مختلف دولتی و غیر دولتی	S.2: وجود دیدگاه عدالت محوری و تعهد بالای مسئولین برای کاهش شکاف نابرابری در سطح استان به عنوان یکی از دغدغه ها و اولویت های اول و اصلی
T.3: و تأثیرپذیری استان کرمان از توسعه نیافتگی استان های س و ب و خراسان جنوبی	W.3: انسجام و هماهنگی ناکافی بین سازمان های تأثیرگذار بر سلامت استان اعم از خصوصی و دولتی	S.3: وجود سه دانشگاه علوم پزشکی در سطح استان و دیگر مراکز فعال در امر آموزش و پژوهش حوزه سلامت
T.4: پراکندگی جمعیت در سطح استان (تراکم پایین) و ضعف در ارائه خدمات	W.4: نبود اطلاعات کافی و شفاف و قابل اعتماد جهت تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و مستندات در حوزه سلامت	S.4: وجود ستاد راهبردی جنوب استان و اعتبارات ویژه مربوط توسعه در جنوب استان
T.5: احداث واحدهای صنعتی در محدوده سفره آبهای زیر زمینی و تهدیدات زیست محیطی ناشی از آن	W.5: عدم وجود سیستم نظارت و پایش دقیق شاخص های سلامت و عوامل تعیین کننده سلامت	S.5: اجرای طرح آمایش و تدوین اسناد فرابخشی استان در حوزه فرهنگی اجتماعی، توسعه منابع انسانی
T.6: بالا بودن حوادث غیر مترقبه در استان (تعدد زلزله و سیل و آسیب های متعدد ناشی از آنها)	W.6: شکاف و عدم انطباق بین نیازهای واقعی حوزه سلامت و تقاضا و انتظارات از حوزه سلامت (مردم و مسئولین)	S.6: وجود خبریه ها در سطح استان (عدم اتحاد و هدایت آنها، توزیع آنها در سطح استان) و ساختار مجمع خیرین
T.7: تغییر الگو و سبک زندگی اجتماعی (شیوع بالای رفتارهای نامناسب مرتبط با سلامت مانند کم و بی تحرکی، تغذیه نامناسب، تغییر در سفره غذایی خانواده و گرایش بیشتر خانواده ها به غذاهای آماده، افزایش چاقی)	W.7: ضعف در کنترل نرخ رشد جمعیت در جنوب استان	S.7: کنترل نرخ رشد جمعیت در شمال استان
T.8: تغییر الگوی بیماری ها به سمت بیماریهای غیر واگیردار	W.8: بالا بودن رتبه استان در شاخص های سلامت (حوادث عمدی و غیر عمدی، حوادث ترافیکی، تغذیه و ...)	S.8: گسترده شبکه ارائه خدمات سلامت در جامعه
T.9: پایین بودن سرمایه اجتماعی و شبکه های اجتماعی در استان	W.9: بالا بودن آلاینده های زیست محیطی حاصل از صنایع و معادن	S.9: توزیع نسبتاً مناسب نیروی انسانی در سطح استان در بخش بهداشت و درمان
T.10: پایین بودن سطح سواد سلامتی در استان، پایین بودن ضربت استفاده از کتاب، روزنامه و مجلات در جامعه	W.10: بالا بودن سموم در محصولات کشاورزی و گلخانه ای در استان	S.10: پیچیدگی فعال در مناطق محروم به ویژه جنوب استان
T.11: محتوای پیام های رسانه ای که مخالف سلامت می باشد از نظر نرم افزاری (تبلیغات، دانش، نگرش ها ...)	W.11: ضعف در تولید محتوای و طراحی پیام های رسانه ای و ارتباطات سلامت	
T.12: تفاوت های درآمدی و اقتصادی در استان و احساس نابرابری بالا در سطح جامعه که به دلیل افزایش ارتباطات و انتقال اطلاعات بوده و نمایش ظاهری ثروت در جامعه	W.12: ضعف در ساماندهی اتباع خارجی منطقه (بویژه افغانه) و وفور تردد افراد غیر مجاز بیگانه بویژه افغانه	
T.13: افزایش زمینه های استرس زا در جامعه و عدم مهارت جامعه در مدیریت استرس ها و شیوه برقراری ارتباط مؤثر	W.13: فاصله زیاد دسترسی گروه های مختلف به ارائه خدمات و اطلاعات سلامت در سطح استان	
T.14: افزایش میزان خشونت ها و همچنین خشونت های مخفی در چارچوب نهاد خانواده	W.14: فقر فرهنگی و بالا بودن سطح بی سوادی مردم بویژه در جنوب استان	
T.15: افزایش پرداخت های کاذب برای حیطه سلامت و توجه بسیار محدود به موارد پیشگیری و ارتقاء سلامت و پرداخت هزینه های سنگین برای استفاده از خدمات نسبتاً لو کس که تأثیر زیادی در ارتقاء سلامت فردی و خانوادگی و اجتماعی ندارد.	W.15: فقر و کمبود امکانات رفاهی (راه، بهداشت، آب و برق و...) در جنوب استان	
	W.16: بودجه و امکانات محدود حوزه سلامت بخش دولتی نسبت به گردش مالی کل استان و دیگر بخش ها	
	W.17: آمایش و سطح بندی نامناسب خدمات سلامت و درمانی در سطح استان	
	W.18: ضعف در کیفیت ارائه خدمات درمانی در استان و سفر برای دریافت خدمات به دیگر استان ها (تهران، یزد، شیراز)	
	W.19: بدنه ارائه خدمت ضعیف درمانی در بخش خصوصی	

استراتژی های ST

- ایجاد سیاست های حامی سلامت
- اصلاح ساختار ستادی حوزه سلامت
- بهبود فرآیند سیاستگذاری حوزه سلامت
- تصمیم گیری مبتنی بر شواهد
- استاندارد کردن فرآیندهای بین بخشی حوزه سلامت و توسعه روابط برون سازمانی
- اصلاح نظام آمار و اطلاعات حوزه سلامت
- استقرار نظام سلامت الکترونیک
- افزایش اثربخشی و ارتقای کیفیت ارائه خدمات سلامت

استراتژی های WT

- توسعه و نگهداری زیرساخت های ارتقای سلامت
- کاهش حجم دولت در حوزه ارائه خدمات سلامت و انجام نقش حاکمیتی
- تقویت و گسترش ساختار های غیر دولتی با اولویت تعاونی و خیریه در ارائه خدمات سلامت
- استقرار نظام پایش و کنترل مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت در بخش های مختلف تأثیرگذار بر سلامت
- ایجاد شاخص های عملکردی حوزه سلامت در کلیه بخش ها



## راهبردهای کلان (Strategies)

### توسعه و نگهداری زیرساخت‌های ارتقاء سلامت

- St. ۱ تأمین پیش نیازهای سلامتی: امنیت، مسکن، آموزش، غذا، درآمد، اکوسیستم پایدار، منابع پایدار و عدالت اجتماعی و برابری
- St. ۲ موضوع ارتقاء سلامت به عنوان یک رویکرد در سطح کلیه ساختارهای دولت و غیردولتی، مرتبط با توسعه کلان اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی بوده و با آماده سازی زیرساخت های لازم برای توانمندسازی مردم و جوامع زمینه حفظ، نگهداشت و ارتقاء سلامت جامعه را فراهم می نماید
- St. ۳ ایجاد شرایط مناسب بین فعالیت های حفظ و ارتقاء سلامت با عوامل سیاستی امنیتی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، محیطی، رفتاری و بیولوژیکی و امور مدیریتی و نظام اداری، حقوقی و قضایی تأثیر گذار بر روی سلامت
- St. ۴ جهت گیری های جدید در توزیع منابع بخش دولتی برای تأمین کارایی و عدالت
- St. ۵ تمرکز بر روی دستیابی عادلانه به سلامت از طریق ایجاد محیط حمایتی، دسترسی به اطلاعات، مهارت های زندگی و وجود فرصت ها برای تصمیم گیری سالم

### ایجاد سیاست های حامی سلامت

- St. ۶ توسعه پایدار (سلامت معیار و اولویت توسعه استان و برنامه ریزی های آن می باشد)
- St. ۷ افزایش مشارکت سایر بخش های توسعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت مردم
- St. ۸ حرکت از بخش سلامت به دولت سلامت (حاکمیت سلامت)
- St. ۹ افزایش سرمایه گذاری برای سلامت
- St. ۱۰ افزایش سیاستهای حامی سلامت
- St. ۱۱ توسعه منطقی و مؤثر ظرفیت های سازمانی و اجرایی
- St. ۱۲ حمایت رسانه ها، به عنوان یک استراتژی مهم ارتقاء سلامت محسوب می شود





**ایجاد محیط های حامی سلامت**

- St. ۱۳ افزایش محیط های شهری سالم (مسکن و شهر سازی سلامت محور)
- St. ۱۴ افزایش محیط های روستایی سالم
- St. ۱۵ افزایش محیط ها و فضای ها و اماکن عمومی حامی سلامت
- St. ۱۶ افزایش محیط های کاری حامی سلامت در بخش های مختلف
- St. ۱۷ افزایش محیط مدارس حامی سلامت
- St. ۱۸ افزایش بیمارستان های حامی سلامت

**توسعه توانمندی اجتماعی**

- St. ۱۹ افزایش مسئولیت اجتماعی در ارتباط با سلامت
- St. ۲۰ افزایش مشارکت مردم در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت
- St. ۲۱ افزایش مشارکت اصناف، احزاب، نهادهای مدنی، نهادهای مردمی و سازمان های غیردولتی در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت
- St. ۲۲ افزایش توان مردم و جامعه برای کنترل سلامت
- St. ۲۳ افزایش سرمایه اجتماعی
- St. ۲۴ افزایش ظرفیت جامعه
- St. ۲۵ تقویت نهاد خانواده
- St. ۲۶ افزایش شبکه ها و ائتلاف های حامی سلامت در جامعه

**توسعه توانمندی فردی**

- St. ۲۷ توسعه منابع انسانی فعال، آگاه و توانمند و خودکار برای تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت
- St. ۲۸ افزایش سواد بهداشتی
- St. ۲۹ افزایش قدرت خود کارایی مردم
- St. ۳۰ افزایش خود مراقبتی و خودیاری و حمایت از خانواده و همسالان در بین اقشار مختلف مردم و جامعه
- St. ۳۱ تسهیل دسترسی عادلانه مردم به اطلاعات سلامت

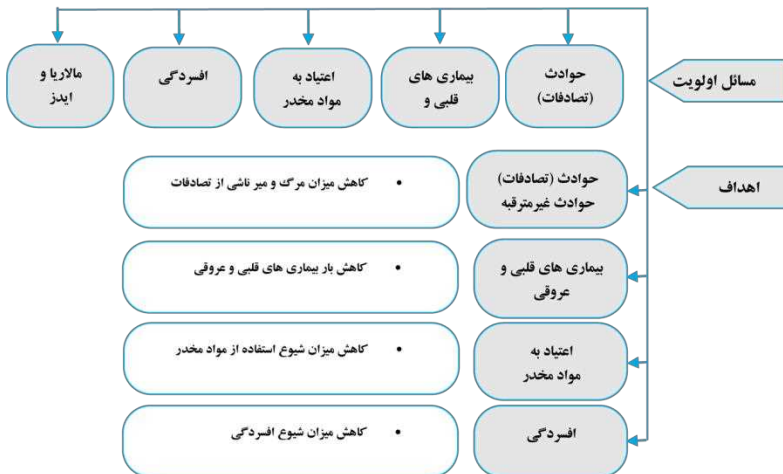
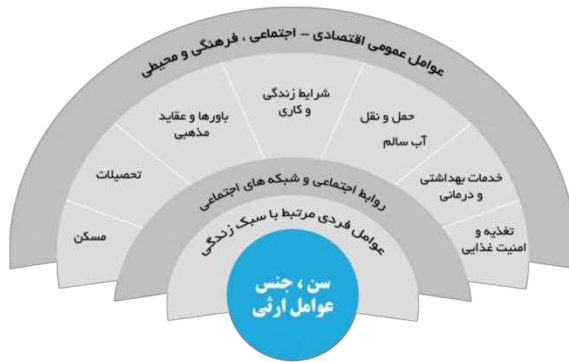
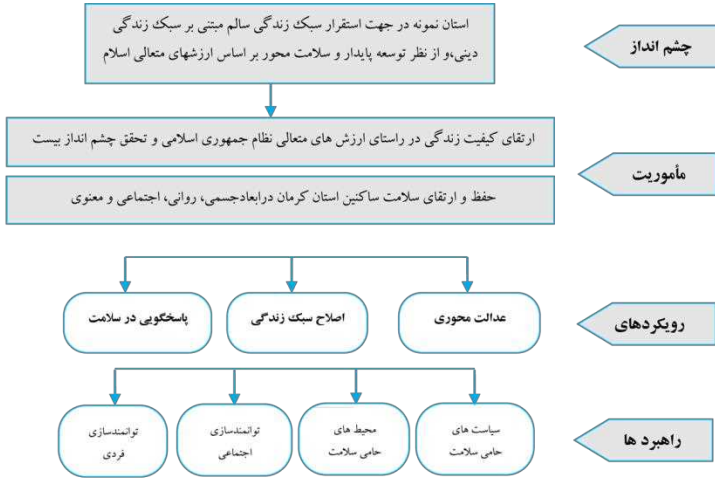


### افزایش اثربخشی و ارتقاء کیفیت خدمات سلامت در جامعه

- St. ۳۲ اطمینان از عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی (امکانات فیزیکی و مالی)
- St. ۳۳ اطمینان از دسترسی به خدمات بر اساس نیاز نه بر اساس توانایی برای پرداخت
- St. ۳۴ اطمینان از دسترسی به موقع به خدمات درمانی
- St. ۳۵ ارتقاء ایمنی و کیفیت در مراقبت های سلامت
- St. ۳۶ افزایش کارایی و کیفیت خدمات (رضایتمندی مردم)
- St. ۳۷ مراقبت های لازم و متناسب با نیاز برای سالمندان در اواخر زندگی
- St. ۳۸ بهبود و دسترسی به اطلاعات جهت حمایت از مراقبت های با کیفیت بالای سلامت
- St. ۳۹ ارتقاء پایداری مالی بلندمدت در نظام سلامت
- St. ۴۰ اطمینان از وجود نیروهای متخصص به میزان کافی و به خوبی آموزش دیده و ارتقاء پژوهش
- St. ۴۱ (شفاف سازی) سازماندهی مجدد نهادهای تأمین کننده سلامت استان
- St. ۴۲ بهبود مدیریت اورژانس و پیشگیری از بلایا و فجایع
- St. ۴۳ افزایش ایفای نقش سیستم های درمانی سنتی



## نقشه راه سلامت استان کرمان در افق ۱۳۹۳



## فهرست منابع

- ۱- باقری لنکرانی، کامران. درآمدي بر عدالت در نظام سلامت. مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت و مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شیراز، فروردین ۱۳۸۹.
- ۲- حقدوست، علی اکبر و همکاران (۱۳۸۹). بررسی روند و تحلیل اسنادی اقدامات کشور در جهت رفع محرومیت و برقراری عدالت در سلامت در طول سال های بعد از انقلاب اسلامی در ایران. به سفارش دبیرخانه عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۳- شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. برنامه استراتژیک پیشنهادی عدالت در سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در جمهوری اسلامی ایران. تاریخ دسترسی: ۱۳۸۹/۸/۱۵، [http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291\\_1041\\_SDH%20STRATEGIC%20PLAN.pdf](http://siasat.behdasht.gov.ir/uploads/291_1041_SDH%20STRATEGIC%20PLAN.pdf)
- ۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت هماهنگی و دبیرمجامع. سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، اسفندماه ۱۳۸۳.
- ۵- داوودی، سعید (۱۳۸۶). سلامت و عوامل تعیین کننده آن. تهران: آثار معاصر.
- ۶- سازمان جهانی بهداشت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰. ترجمه: احمدوند. علیرضا و همکاران (۱۳۸۲). تهران: موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ.
- 7- WHO. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health FINAL REPORT, World Health Organization, 2008: p 25.
- 8- WHO. Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition, edited by Wilkinson. R, Marmot. M. WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2003.
- 9- Public Health Agency of Canada (nd). Canada's response to WHO Commission on Social Determinants of Health. Ottawa, Public Health Agency of Canada (<http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/crg-grc-eng.php>, accessed 14 May 2008).
- 10- Rootman I & Gordon-El-Bihbety D (2008). A vision for a health literate Canada: report of the expert panel on health literacy. Ottawa: Canadian Public Health Association.
- 11- WHO & PHAC (2007). Improving health equity through intersectoral action. Geneva, World Health Organization and Public Health Agency of Canada Collaborative Project.
- ۱۲- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاستگذاری (۱۳۸۹). دستاوردها، چالش ها و افتخارهای پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، جلد ۱. تهران: انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- 13- Dehlgren, G. whitehead, M. Politics and Strategies to promote Social Equity in Health Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.
- ۱۴- پورتال خدمات الکترونیکی استان کرمان. استان کرمان. [www.kerman.ir](http://www.kerman.ir)، تاریخ آخرین بازبینی.
- ۱۵- پورتال استانداری کرمان. آشنایی با استان کرمان. [www.gov.kr.ir](http://www.gov.kr.ir)، تاریخ آخرین بازبینی.
- ۱۶- مرکز اطلاع رسانی آمار - کرمان [www.amar-kr.ir](http://www.amar-kr.ir)، تاریخ آخرین بازبینی.
- ۱۷- گزارش انجمن علمی و گروه آموزشی جغرافیای استان کرمان، ۱۳۸۸.



- ۱۸- معاونت برنامه ریزی استانداری کرمان. سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵.
- ۱۹- معاونت برنامه ریزی استانداری کرمان. *آمایش استان کرمان*. نیمه اول ۱۳۸۹.
- ۲۰- مرکز آمار ایران، چکیده یافته های حساب تولید استانهای کشور در سال ۱۳۸۶.
- ۲۱- گروه ساختار سلامت مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت با همکاری کمیته کشوری بررسی و بازنگری ساختار فرآیندهای نظام شبکه. *ضوابط و اصول کلی در ساختار طرح های گسترش شبکه های سلامت شهرستان*، دی ماه ۱۳۸۵.
- ۲۲- پيله رودی، سیروس. *شبکه بهداشت و درمان شهرستان*. نشر رضویه. مهرماه سال ۱۳۸۵.
- ۲۳- شاخص های ارزیابی عدالت در سلامت، کنگره سلامت شهری- ۴ و ۵ اردیبهشت ۱۳۸۹- تهران، مرکز همایش های رازی.
- ۲۴- اصفهانی، محمد مهدی (۱۳۸۶). *آئین تندرستی*. تهران: تندیس.
- ۲۵- بخشنامه شماره ۱۰۱/۱۹۳۰۰۰ مورخ ۱۳۸۲/۹/۲۰ سازمان مدیریت و برنامه ریزی سابق کشور. *چشم انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴*.
- ۲۶- بودجه سنواتی سال های ۸۷، ۸۸ و ۸۹ استان کرمان.
- ۲۷- دپوت، آلن؛ اسپرینگر، فرد (۱۳۸۸). *فاضل، رضا*. روش های پژوهش برای سیاستگذاری اجتماعی. تهران: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.
- ۲۸- دانایی فرد، حسن؛ الوانی، سید مهدی؛ آذر، عادل (۱۳۸۳). *روش شناسی پژوهش کیفی در مدیریت: رویکردی جامع*. تهران: صفار-اشراقی.
- ۲۹- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. *سند جامع سلامت استان یزد ۹۳-۱۳۸۹*.
- ۳۰- دفتر امور بانوان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دفتر سازمان بهداشت جهانی در ایران. *راهبردهای کلان سلامت زنان در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۸*.
- ۳۱- دفتر هماهنگ کننده سازمان ملل متحد در ایران. *سازمان ملل متحد و اهداف توسعه هزاره*.
- ۳۲- دماری، بهزاد؛ زینالو، علی اکبر؛ مهram، منوچهر (۱۳۸۸). *راهی به سوی توسعه سالم استان، مروری بر برنامه جامع سلامت استان قزوین (۱۳۹۲-۱۳۸۸)*. تهران: انتشارات طب و جامعه.
- ۳۳- رضایی میرقائد، محسن؛ مبینی دهکردی، علی (۱۳۸۵). *ایران آینده در افق چشم انداز*. تهران: سازمان چاپ و انتشارات.
- ۳۴- سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان کرمان. *سند ملی توسعه استان کرمان*. آذر ۱۳۸۵.
- ۳۵- سفیری، خدیجه (۱۳۸۷). *روش تحقیق کیفی*. تهران: پیام پویا.
- ۳۶- شورای برنامه ریزی و توسعه استان کرمان. *سند (طرح) کنترل و کاهش آسیب های اجتماعی استان کرمان*. سال ۱۳۸۸.
- ۳۷- طیبی، سید جمال الدین؛ ملکی محمدرضا (۱۳۸۳). *برنامه ریزی استراتژیک و سنجش عملکرد*. تهران: سیمای فرهنگ.
- ۳۸- *قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور*، مصوب ۱۳۶۸ مجلس شورای اسلامی.
- ۳۹- *قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور*، مصوب ۱۳۸۹ مجلس شورای اسلامی.



- ۴۰- قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، مصوب ۱۳۸۳ مجلس شورای اسلامی.
- ۴۱- قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، مصوب ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی.
- ۴۲- قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، مصوب ۱۳۷۹ مجلس شورای اسلامی.
- ۴۳- لیندسی ولز، دنیس. مدیریت استراتژیک برای مدیران ارشد. ترجمه: طیبی، سید جمال الدین؛ ملکی، محمد رضا (۱۳۸۳) تهران: سیمای فرهنگ.
- ۴۴- معاونت برنامه ریزی استانداری استان کرمان. سالنامه آماری ۱۳۸۶.
- ۴۵- معاونت برنامه ریزی استانداری استان کرمان. سالنامه آماری ۱۳۸۷.
- ۴۶- ملکی، محمدرضا؛ طیبی، سید جمال الدین (۱۳۸۳). تیم مؤثر. تهران: سیمای فرهنگ.
- ۴۷- نقوی، محسن؛ جعفری، ناهید (۱۳۸۶). سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور. تهران: آروبیج.
- ۴۸- الوانی، سیدمهدی؛ شریف زاده، فتاح (۱۳۸۳). فرایند خط مشی گذاری عمومی. تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۴۹- وب سایت سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان کرمان. [www.kmn.ir](http://www.kmn.ir). تاریخ آخرین بازبایی.
- ۵۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. برنامه اصلاح الگوی مصرف در بخش سلامت، ۱۳۸۸.
- ۵۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. سند تحول بخش سلامت کشور در راستای چشم‌انداز ۱۴۰۴ (الگوبرداری از برترین عملکردها بر اساس تجارب ۸ کشور جهان و ایده های نوآور). تیر ۱۳۸۹.
- ۵۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه شورای سیاستگذاری و اصلاح نظام سلامت. نقشه سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۳۸۹-۱۳۹۳، فروردین ۱۳۸۸.
- ۵۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آموزش و ارتقاء سلامت. طرح مطالعه و تدوین نقشه راه سبک زندگی سالم، زمستان ۱۳۸۸.
- ۵۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاستگذاری، شورای عالی انقلاب فرهنگی، کمیته تخصصی سلامت و علوم زیستی. نقشه جامع علمی کشور در حوزه سلامت، ۱۳۸۷.
- ۵۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. گزارش پانزده سال فعالیت جمهوری اسلامی ایران در خصوص اهداف بین‌المللی جمعیت و توسعه، ۱۳۸۸.
- ۵۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. گزارش کشوری ثبت موارد سرطانی، ۱۳۸۶.
- ۵۷- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت. شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، خرداد ۱۳۸۸.
- ۵۸- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. مطالعه ملی بار بیماری ها و آسیب ها در ایران، ۱۳۸۶.



## HEALTH MASTER PLAN OF KERMAN PROVINCE

### چشم انداز توسعه سلامت استان کرمان

در افق برنامه، استان کرمان با اتخاذ سیاست‌ها و مداخلات مدبرانه در کلیه شئون جامعه، توانسته است الگوی مناسبی از توسعه پایدار و سلامت محور بر اساس ارزشهای متعالی اسلامی، در سطح کشور ارائه دهد و به عنوان استان نمونه در جهت استقرار سبک زندگی سالم مبتنی بر سبک زندگی دینی و رشد شاخصهای کلان توسعه انسانی (امید زندگی، نرخ باسوادی، کیفیت زندگی) و سرمایه اجتماعی در بین جامعه گام‌های اساسی بردارد؛ به نحوی که مردم بدانند، بخواهند و بتوانند سالم بمانند و سلامت خود را افزایش دهند و در جامعه‌ای زندگی کنند که به آنها اجازه سالم بودن، سالم ماندن و سالمتر شدن را بدهد و قدرت تصمیم‌گیری را برای سلامت خود، خانواده و جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند داشته باشند.

