

از پیروزی انقلاب اسلامی تاکنون پنج برنامه توسعه تهیه و به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده که بخش سلامت جزء لاینفک این برنامه‌ها بوده است. کمبود امکانات بهداشتی و درمانی و توزیع نامناسب امکانات و منابع فیزیکی و انسانی گروه پزشکی و ارایه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی سبب شد در برنامه اول (۱۳۷۲-۱۳۶۸) توسعه در بخش بهداشت و درمان، تکمیل شبکه خدمات‌رسانی و بهبود استانداردهای بهداشت و درمان برای دسترسی به خدمات یاد شده در دستور کار قرار گیرد. از این رو هدف‌گذاری برای احداث ۳۶۰ مرکز بهداشتی و درمانی روستایی با ۱۴۴۰ خانه بهداشت تابعه، ۱۹۲ مرکز بهداشت شهرستان و ۲۷ مرکز بهداشت استان مورد تأکید قرار گرفت. تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی جزء خط مش‌های برنامه دوم (۱۳۷۸-۱۳۷۴) قرار گرفت در تبصره ۹۴ این برنامه آورده شده: دولت موظف است از محل بودجه عمومی نسبت به تکمیل تاسیسات، تجهیزات و نیروی انسانی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور به ترتیب اولویت خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی، پایگاه‌های شهری و مراکز بهداشتی و درمانی شهری اقدام نماید. به نحوی که توسعه کمی شبکه‌های مذکور تا پایان برنامه دوم کامل و زمینه‌های فیزیکی، تجهیزاتی و توسعه تشکیلاتی انجام و توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور فراهم شود. مهم‌ترین سیاست‌های این برنامه در بخش سلامت عبارت بود از کنترل جمعیت از طریق افزایش سطح آگاهی افراد، لغو قوانین و مقررات و امتیازهای اقتصادی - اجتماعی، مشوق خانوارهای پرجمعیت و تأمین مراقبت‌های اولیه بهداشتی برای عامه مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی بوده است. بخش سلامت برنامه سوم (۱۳۸۳-۱۳۷۹) تحت تأثیر رویکرد بهداشت برای همه و برنامه‌های کنترل جمعیت بود بخش سلامت این برنامه از جامعیت برخوردار نبوده و بیشتر توسعه فیزیکی مدنظر بود و تا حد زیادی در راستای برنامه اول بوده است. در برنامه چهارم (۱۳۸۸-۱۳۸۴) مقرر شد به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر ۳۰ درصد افزایش نیابد. در برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۴-۱۳۹۰) به موضوعاتی چون استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی، تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، درمان بی قید و شرط مصدومان حوادث و سوانح رانندگی، گسترش بیمه همگانی، استقرار سامانه پرونده الکترونیکی پرداخته شده است. در برنامه ششم توسعه (۱۳۹۹-۱۳۹۵) برای اولین بار جهت بخش سلامت اهداف کلی و اهداف کمی تعریف شد و از این نظر این برنامه را می توان نقطه عطفی در برنامه‌ریزی سلامت در کشور دانست. تأکید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور بر تدوین برش استانی برنامه ششم رویکردی جدیدی است که دستیابی به اهداف تدوین شده برنامه ششم را آسانتر خواهد کرد. دانشگاه علوم پزشکی قزوین نیز به عنوان متولی و هماهنگ کننده سلامت استان برنامه پنج ساله ششم خود را در فرمت و جداول سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان به شرح زیر اعلام می‌دارد تا در برش استانی برنامه ششم لحاظ گردد. لازم به ذکر است دانشگاه علوم پزشکی قبلاً برنامه استراتژیک پنج ساله سوم (۱۳۹۹-۱۳۹۵) خود را در راستای برنامه ششم تدوین و ابلاغ نموده است.

دکتر منوچهر مهرام

رئیس دانشگاه

بررسی عملکرد گذشته، تبیین وضع موجود بخش

توصیف و تحلیل وضع موجود

الگوی بیماری و مرگ استان مشابه کشور است همزمان بیماریهای واگیر و غیرواگیر در استان وجود دارد به طور نمونه از سال ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۵ میزان شیوع تب مالت به عنوان یک بیماری واگیر در استان از ۲۶ در ۱۰۰ هزار نفر جمعیت به ۳۷ در صد هزار نفر جمعیت رسیده است و میزان بروز سرطان به عنوان یک بیماری غیر واگیر از ۸۷ در صد هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۹۰ به ۱۰۵ در سال ۱۳۹۲ افزایش یافته است. پیش‌بینی می‌شود در مسیر چشم انداز سال ۱۴۰۴ بروز بیماری‌های واگیر روندی کاهنده خواهند داشت ولی بیماری ایدز، سل مقاوم به درمان و STD ها و بیماریهای غیرواگیر (سکته های قلبی-عروقی، سرطان، افسردگی، پوکی استخوان و...) و حوادث و جراحات رشد بالایی داشته باشند. سیمای مرگ در استان در سال ۱۳۹۳ نشان می‌دهد بیش از ۷۰ درصد علت مرگ در اثر سه عامل غیرواگیر متعلق می‌باشد. سن شروع بیماری‌های غیرواگیر پایین آمده و این باعث افزایش بار بیماری (سال‌های از دست‌رفته عمر به علت مرگ و ناتوانی ناشی از بیماری) شده است و علاوه بر افزایش هزینه‌های سلامت، با از دست رفتن ظرفیت نیروی کار مفید، تهدید جدی برای رشد اقتصادی و تولید ناخالص داخلی استان خواهد بود. روند عوامل خطر رفتاری مشترک ایجاد کننده بیماری‌های مزمن غیرواگیر همچون مصرف مواد دخانی، تغذیه نامناسب (مصرف کم سبزیجات، میوه و ماهی)، کم تحرکی و مشکلات ناشی از آنها همچون چاقی و ازدیاد وزن، پرفشاری خون، افزایش قند و کلسترول خون رو به رشد است. جدول زیر درصد افراد پرخطر ۴۴-۴۵ ساله استان قزوین در مقایسه با استان‌های هم جوار در آخرین بررسی (۱۳۸۸) نشان می‌دهد.

کشور	قزوین	تهران	گیلان	همدان	زنجان	مرکزی	مازندران
۵۲٫۸	۵۶٫۲	۵۹	۵۴٫۲	۴۴٫۱	۴۷٫۴	۴۵٫۲	۴۸٫۲

در مورد اینکه چه درصدی از سلامت مردم در اختیار سازمانی به نام وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های تابعه قرار دارد نظرات مختلفی ارایه شده است و سهم ۱۰ تا ۲۵ درصدی را برای آن قایل هستند. به عبارت دیگر بخش عمده‌ای از عوامل موثر در سلامت مردم خارج از اختیار دستگاه‌های متولی بهداشت و درمان است. دستگاه‌های اجرایی بویژه صنعت، معدن و تجارت و کشاورزی در فرآیند تصمیمات خود و تولید محصولات و خدمات، موجب رشد تهدید کننده‌های محیطی سلامت همچون تورم، فقر، بیکاری، قاچاق، شهرنشینی/حاشیه‌نشینی، خشونت، رشد آسیب‌های اجتماعی، آلودگی هوا-آب-خاک، ترافیک، سروصدا، تولید، واردات و تبلیغ کالاهای غیر سالم و غیرایمن (خودرو و موتورسیکلت غیراستاندارد) می‌شوند.

دانشگاه علوم پزشکی قزوین به عنوان متولی سلامت در استان با چالشهای متعدد روبروست از جمله :

۱-تولید و بکارگیری اطلاعات و شواهد راهبردی سلامت در سیاست ها دچار پراکندگی ساختاری می باشد.

۲- کمبود منابع انسانی توانمند به ویژه افراد استراتژیست و تاثیر گذار.

۳- ساختار کلان و استانی نظام سلامت غیریکپارچه

۴- ضعف اعمال حاکمیت درون بخشی و بین بخشی به علت تضاد منافع سازمانی، فشارهای گروه های سیاسی، ساختارهای تصمیم گیری موازی، ضعف نگرش سیستمیک و فرهنگ سازمانی کارگروهی

۵- منابع مالی تخصیصی تکافوی هزینه های رو به رشد خدمات سلامت را نمی کنند.

۶- عدم همکاری مناسب سازمان های بیمه

وضعیت دانشگاه علوم پزشکی به عنوان متولی ارایه خدمات سلامت در استان

سنگ بنای دانشکده پزشکی قزوین در سال ۱۳۶۳ از طریق مشارکت مردمی و هیأت امنای منتخب بعنوان دانشکده پزشکی قزوین پی ریزی شد. این دانشکده در سال ۱۳۶۴ اولین قدم آموزشی خود را با پذیرش ۷۵ دانشجو در رشته پزشکی از طریق آزمون سراسری برداشت و در سال ۱۳۷۰ با توجه به تصمیمات اتخاذ شده به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین ارتقا یافت. تعداد کارکنان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان قزوین تا تاریخ ۹۴/۰۸/۳ - مجموعاً ۶۳۴۴ نفر می باشند. ۴ تعداد اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین تا تاریخ ۹۵/۲/۲۰ - تعداد ۲۶۴ نفر می باشند (۶ استاد، ۴۶ دانشیار، ۱۷۸ استادیار و ۳۴ مربی). حیطه های فعالیت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان قزوین، آموزش و تربیت نیروهای ارائه دهنده خدمات سلامت، انجام پژوهش در زمینه های طب و سلامت، ارائه خدمات اولیه بهداشت و پیشگیری در قالب مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، پایگاهها و خانه های بهداشت و تسهیلات زایمانی و نیز ارائه خدمات درمانی در قالب واحدهای پیش بیمارستانی (فوریت های پزشکی) و بیمارستان ها در سطح استان قزوین می باشد. بر اساس آخرین اطلاعات در سال ۱۳۹۳ جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی قزوین ۱۲۷۴۵۷۹ نفر می باشد که از این تعداد ۹۶۰۸۳۷ نفر جمعیت شهری و ۳۰۲۰۷۰ نفر جمعیت روستایی و ۱۱۶۷۲ نفر نیز جمعیت غیرایرانی ثبت شده می باشد. دانشگاه دارای هفت معاونت شامل:

معاونت آموزشی:

معاونت آموزشی دانشگاه با هدف تربیت و آموزش دانشجویان در مقاطع مختلف تحصیلی (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، MPH، دکتری عمومی، دکتری تخصصی و Ph.D) و جذب اعضای هیأت علمی توانمند و ارتقاء مرتبه علمی ایشان به مراتب بالاتر تمام تلاش خود را در جهت تأمین نیروی انسانی کارآمد در حیطه بهداشت و سلامت جامعه به کار می بندد. تعداد دانشجویان شاغل به تحصیل دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی قزوین در نیمسال دوم ۹۵-۹۴، ۲۴۹۶ نفر است. ۳۴ دانشجوی غیر ایرانی در این زمان در حال تحصیل در این دانشگاه می باشند. تعداد دانشجویان تحصیلات تکمیلی دانشگاه در تاریخ فوق الذکر، در ۲۹ رشته تحصیلی در مقاطع دستیاری تخصصی پزشکی و دندانپزشکی، کارشناسی ارشد، PhD و MPH ۴۷۲ نفر می باشد. اخیراً دانشگاه موفق به دریافت مجوز برای دوره های فلوشیپ اختلالات خواب کودکان و کارشناسی ارشد بیوشیمی گردید (شروع پذیرش فراگیران این رشته ها از مهر ۹۵).

از بدو تأسیس دانشگاه علوم پزشکی قزوین تا پایان شهریور ۱۳۹۴ مجموعاً ۱۰۱۶۰ نفر در رشته ها و مقاطع مختلف از این دانشگاه دانش آموخته شده اند.

معاونت پژوهشی:

پس از افتتاح دانشکده علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۶۴، مجله دانشکده پزشکی در سال ۱۳۶۶ راه اندازی گردید.

در حال حاضر ۵ مرکز تحقیقات و یک مرکز رشد در زیر مجموعه این معاونت در سطح دانشگاه فعالیت می نمایند که عبارتند از :

★ مرکز تحقیقات متابولیک

★ مرکز تحقیقات رشد و تکامل کودکان

★ مرکز تحقیقات پوسیدگی دندان

★ مرکز تحقیقات SDH (عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت)

★ مرکز تحقیقات سلولی و مولکولی

★ مرکز رشد فناوری زیست پزشکی

سایر واحدهای تحقیقاتی وابسته به این معاونت عبارتند از :

- پایگاه تحقیقات جمعیتی مینودر (مصوب ۱۳۸۴)
- دفتر ارتباط با صنعت (۱۳۷۹)
- واحدهای حمایت از توسعه تحقیقات بالینی در (بیمارستان های کوثر - شهید رجایی - قدس - بوعلی سینا- ۲۲ بهمن و ولایت)

یک شرکت دانش بنیان مصوب و ثبت شده در فعالیت این معاونت به چشم می خورد و دو شرکت دانش بنیان دیگر نیز در حال ثبت می باشند.

مجلات دانشگاه:

۱. فصل نامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین (اندکس Doaj)

۲. مجله انگلیسی Biotechnology دانشگاه (اندکس Doaj)

۳. فصل نامه آموزش پزشکی و توسعه

۴. فصل نامه دانشجویی ادراک

مجله علمی دانشکده پرستاری نیز در دست اقدام می باشد.

تعداد اختراعات ثبت شده از دانشگاه در دوره چهار ساله منتهی به ۱۳۹۴، مجموعاً ۲۶ اختراع بوده است.

تعداد کتب چاپ شده در دانشگاه در دوره چهار ساله منتهی به ۱۳۹۴، مجموعاً ۲۴ عنوان کتاب بوده است.

تعداد طرح های تحقیقاتی مصوب دانشگاه در دوره چهار ساله منتهی به ۱۳۹۴، مجموعاً ۶۸۰ طرح بوده است

تعداد مقالات چاپ و منتشر شده به زبان انگلیسی از اساتید دانشگاه در دوره چهار ساله منتهی به ۱۳۹۴، مجموعاً تعداد ۱۲۶۰ مقاله (متوسط سالانه ۳۱۵مقاله) بوده که ۵۰۶ مقاله از این تعداد در مجلات دارای ایندکس درجه یک ISI , Pubmed , Medline بوده اند.

شاخص H دانشگاه در زمان آخرین بروز رسانی این گزارش (اردیبهشت ۱۳۹۵): ۲۳:

تعداد ارجاعات به مقالات دانشگاه: ۴۸۵

رتبه دانشگاه در آخرین ارزشیابی وزارت: ۱۵

معاونت دانشجویی و فرهنگی:

معاونت دانشجویی ، فرهنگی دانشگاه از سال ۷۵ کار خود را به عنوان یک معاونت مستقل آغاز کرد . این معاونت در جهت آموزش و شکوفایی و استعداد های دانشجویان که از اهداف اصلی دانشگاه است می کوشد با تهیه طرح و برنامه و در نهایت اجرای آن به منظور تأمین نیازهای رفاهی، فرهنگی و نشاط دانشجویان به عنوان پل اصلی ارتباط دانشجو با دانشگاه ایفای نقش نماید.

در ابتدای سال ۱۳۹۵، مجموع فضاهای خوابگاهی دانشجویان دانشگاه ۱۶۳۳۸ متر مربع بوده که ۱۴۹۱ دانشجو (۱۰۶۹ دختر و ۴۲۲ پسر) را در خود جای داده است.

۱۵ کانون و تشکل دانشجویی و غیردانشجویی در دانشگاه فعال می باشند و ۱۰ نشریه دانشجویی نیز با تیراژ مجموعاً ۱۰ هزار نسخه در سطح دانشگاه چاپ و منتشر می گردد. حدود ۶۸ درصد از کل دانشجویان به نوعی در کانون ها و تشکل ها فعالیت دارند یا در برنامه های فرهنگی حضور می یابند. فضاهای ورزشی سرپوشیده دانشگاه ۸۸۰ مترمربع است که با داشتن شاخص ۰/۳ مترمربع به ازای هر دانشجو (در مقایسه با استاندارد ۱ مترمربع به ازای هر دانشجو) نمایانگر کمبود شدید فضای ورزشی در دانشگاه است.

ارائه مشاوره های تحصیلی، مشاوره های سلامت روانی و اجتماعی و برنامه های غربالگری سلامت جسمی و روانی دانشجویان، خدمات مددکاری اجتماعی دانشجویان، برگزاری کارگاه های آموزش مهارت های زندگی، برگزاری مسابقات ورزشی و مراسم متناسب با مناسبت های مذهبی و ملی و ارائه خدمات رفاهی و تسهیلات وام و کمک هزینه تحصیلی به دانشجویان؛ از جمله فعالیت های این معاونت می باشند.

معاونت غذا و دارو:

بر اساس مصوبه اجلاس روسای دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور و در راستای اجرای برنامه سوم توسعه و بخشنامه های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از بهمن ماه سال ۱۳۸۱، معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در محل ساختمان شماره ۲ ستاد دانشگاه بعنوان حوزه ای مستقل با اهداف ارتقاء کیفی و کمی خدمات دارویی، غذایی، آرایشی، بهداشتی و بسته بندی استان و افزایش سطح مشارکت مردم و سایر بخش های توسعه در ارتقاء سلامت و همچنین کمک به ارتقاء سطح فرهنگ و دانش مرتبط با امر غذا و دارو شروع به فعالیت نمود و با تلاش و مساعی مدیریت و کارشناسان حوزه های تابعه موفق شد تا بعنوان اولین معاونت از مجموعه معاونت های دانشگاه علوم پزشکی قزوین از سطح دو کشور به سطح یک ارتقاء یابد و در حال حاضر نیز با تمام توان در جهت ارتقاء خود در بین دانشگاه های سطح یک می کوشد.

در این راستا علیرغم ضعف چارت تشکیلاتی و عدم امکان جذب نیرو و امکانات در خور، طی ارزیابی سال ۸۶ وزارت متبوع، این معاونت در بین ۱۶ دانشگاه سطح یک کشور رتبه پنجم و در بین ۴۴ دانشگاه کل کشور نیز رتبه پنجم را احراز نمود. این معاونت دانشگاه در سال ۱۳۹۵ موفق گردید در ارزیابی عملکرد سالانه معاونت های غذا و داروی کشور (عملکرد سال ۹۴) که توسط سازمان غذا و دارو کشور به انجام رسید رتبه نخست کشوری را در دانشگاه های سطح دو کشور به خود اختصاص دهد.

تعداد کارشناسان شاغل در مدیریت نظارت بر مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی از ۹ نفر در سال ۱۳۸۵ به ۲۱ نفر در سال ۱۳۹۴ رسیده است.

معاونت توسعه مدیریت و منابع:

معاونت پشتیبانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین مجموعه ای است جهت تمهید مقدمات فعالیت های دیگر سازمان که فراهم آوردن تمامی شرایط حیات و تلاش دانشگاه را در جهت تحقق اهداف سازمانی عملی می نماید.

معاونت بهداشتی:

فعالیت این حوزه بعنوان معاونت بهداشتی دانشگاه و مرکز بهداشت استان از سال ۱۳۷۳ آغاز شد. ساختار و تشکیلات حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه: بر اساس ساختار و تشکیلات حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه و تا تاریخ ۹۴/۸/۳، تعداد ۶ مرکز بهداشت شهرستان، ۲۷۴ خانه بهداشت، ۴۳ مرکز بهداشت روستایی، ۲۹ مرکز بهداشت شهری و شهری روستایی، ۲۷ پایگاه بهداشتی ضمیمه، ۳۱ پایگاه بهداشتی غیرضمیمه، ۱۱ مرکز شبانه روزی و ۵ مرکز تسهیلات زایمانی در سطح استان فعال می باشند. همچنین ۳ مرکز آموزش بهورزی زیر نظر این معاونت تربیت بهورز را برای مناطق روستایی بر عهده دارند.

معاونت درمان:

حوزه معاونت درمان یکی از معاونت های راهبردی دانشگاه است که با سه رویکرد نظارت بر فرایند ارائه خدمات درمانی و رسیدگی به شکایات، صدور پروانه ها و مجوزهای مورد نیاز موسسات و مراکز درمانی و پشتیبانی نرم افزاری و سخت افزاری نیازهای درمانی جامعه فعالیت دارد. زیرمجموعه های این معاونت شامل مدیریت نظارت و اعتباربخشی امور درمان، اداره امور پرستاری،

مدیریت امور آزمایشگاه‌ها، اداره تجهیزات پزشکی و همچنین اداره امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی به همراه واحد شورای پزشکی، واحد پیوند اعضا و حمایت از بیماران خاص بخش درمانی استان را حمایت و پاسخگویی می‌نماید.

فوریت های پزشکی (اورژانس پیش بیمارستانی ۱۱۵) استان

تعداد پایگاههای جاده ای / شهری	۳۶
تعداد آمبولانس فعال	۳۶
تعداد آمبولانس پشتیبان	۱۷
تعداد اتوبوس لانس	۱
تعداد موتور لانس	۳
تعداد پایگاه اورژانس هوایی	۱
تعداد بالگرد اورژانس هوایی	۱

دانشگاه دارای ۶ شبکه های بهداشت و درمان در شهرستان ها می باشد:

شبکه بهداشت و درمان ناکستان :

تعداد ۱۵ مرکز بهداشتی درمانی، ۵ پایگاه بهداشتی ضمیمه و ۶ پایگاه بهداشتی غیر ضمیمه در حال ارائه خدمات سلامت می‌باشند.

شبکه بهداشت و درمان البرز:

جمعیت این شهرستان بر طبق سرشماری سال ۱۳۹۰، برابر با ۲۰۳،۲۷۶ نفر بوده است. برای پوشش کامل ارائه خدمات سلامت به مردم شریف این شهرستان تعداد ۹ مرکز بهداشتی درمانی، ۶ پایگاه بهداشتی ضمیمه و ۹ پایگاه بهداشتی غیر ضمیمه پیش‌بینی گردیده که از این تعداد در حال حاضر کلیه مرکز و پایگاه‌های ضمیمه پیش‌بینی شده و تعداد ۵ پایگاه بهداشتی غیر ضمیمه فعال بوده و در حال ارائه خدمات می‌باشند.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان آیک:

جمعیت شهری شهرستان ۶۸۵۹۶ نفر و جمعیت روستایی ۲۹۱۰۰ نفر بوده که با جمعیت ۶۹۳ نفری افغانه ساکن در مناطق شهری و روستایی در مجموع دارای ۹۸۳۸۹ نفر جمعیت می‌باشد. این شبکه دارای ۷ مرکز بهداشتی درمانی که ۶ مرکز آن روستایی و ۱ مرکز شهری و ۱ مرکز شهری روستایی می‌باشد. ضمناً مناطق شهری شهرستان دارای ۵ پایگاه بوده که ۲ پایگاه به صورت ضمیمه و ۳ پایگاه به صورت مستقل ارائه خدمت می‌نمایند.

شبکه بهداشت و درمان آوج:

این شبکه بهداشت و درمان جدیدالتأسیس و منفک شده از بوبین زهرا می‌باشد که در سال ۱۳۹۱ تأسیس گردیده است. کل جمعیت شهرستان: ۳۴۹۵۳ شامل جمعیت شهری: ۹۹۴۲ نفر و جمعیت روستایی: ۲۴۹۵۶ نفر می‌باشد.

شبکه بهداشت و درمان بومین زهرا:

جمعیت این شهرستان بر طبق سرشماری سال ۱۳۹۳، برابر با (بدون افافنه ۱۲۴/۷۵۱) (با افافنه ۱۲۶/۰۲۵) نفر بوده است. این شهرستان تعداد ۱۹ مرکز بهداشتی درمانی، ۷ پایگاه بهداشتی ضمیمه پیش بینی گردید که از این تعداد در حال حاضر کلیه مراکز و پایگاه‌های ضمیمه و یک پایگاه بهداشتی غیرضمیمه در شهر بومین زهرا فعال بوده و در حال ارائه خدمات می‌باشند.

مرکز بهداشت شهید بلندیان شهرستان قزوین:

این مرکز که با تحت پوشش قرار دادن شهرستان مرکز استان، بزرگترین مرکز پوشش خدمات بهداشتی را در میان شهرستان‌ها دارد با داشتن ۴۳ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۷ مرکز بهداشتی درمانی شهری- روستایی و ۸ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۱۰۲ خانه بهداشت، ۴ مرکز شبانه روزی و ۲۹ پایگاه بهداشتی ضمیمه و غیرضمیمه وسعت زیادی از مساحت استان از جمله مناطق طارم سفلی و الموت را تحت پوشش خدمات خود قرار می‌دهد.

دانشکده ها:

این دانشگاه در حال حاضر دارای دانشکده های ذیل می باشد:

۱- دانشکده پزشکی قزوین:

دانشکده پزشکی قزوین از سال ۱۳۶۴ با پذیرش ۷۰ دانشجو در یک ساختمان استیجاری با زیر بنای تقریبی ۵۰۰ متر مربع شروع به کار کرد و هم‌اکنون تعداد دانشجویان در حال تحصیل در رشته پزشکی عمومی ۵۳۰ نفر و در رشته‌های تخصصی مختلف ۱۶۸ نفر هستند و فضاهای فیزیکی که در اختیار این دانشکده قرارداد ۶۶۶۶ مترمربع است. تعداد اعضای هیات علمی شاغل در این دانشکده در حال حاضر ۸۶ عضو هیات علمی استخدامی و ۳۷ هیات علمی طرحی است و در ضمن تعداد کارکنان شاغل در این دانشکده ۶۵ نفر هستند.

۲- دانشکده دندانپزشکی:

این دانشکده با ۲۵۹ دانشجو در مقاطع مختلف رشته دندانپزشکی (آمار نیمسال دوم ۹۵-۹۴)، در ۵ رشته اندودانتیکس، پریودانتیکس، ارتودانتیکس، دندانپزشکی کودکان و دندانپزشکی ترمیمی اقدام به تربیت دستیار تخصصی می نماید.

۳- دانشکده پرستاری و مامایی:

این دانشکده در حال حاضر با دقیقاً ۵۰۰ دانشجو در سه مقطع کارشناسی پیوسته و ناپیوسته پرستاری و مامایی و چهار رشته کارشناسی ارشد (مراقبت های ویژه، روان پرستاری، پرستاری سالمندان و مشاوره در مامایی) فعالیت می نماید.

۴- دانشکده بهداشت:

تعداد دانشجویان مقاطع مختلف این دانشکده در نیمسال دوم ۹۵-۹۴، ۴۴۶ نفر است که ۹۵ نفر آنان در مقاطع کارشناسی ارشد و MPH تحصیل می نمایند.

۵- دانشکده پیراپزشکی:

این دانشکده در حال حاضر، دارای ۴۸۴ دانشجو در: یک مقطع کاردانی در رشته فوریت‌های پزشکی، پنج مقطع کارشناسی پیوسته و ناپیوسته در سه رشته علوم آزمایشگاهی، هوشبری و اتاق عمل و یک رشته کارشناسی ارشد در رشته زیست فناوری پزشکی می‌باشد.

مراکز آموزشی درمانی و بیمارستانها

۱- مرکز آموزشی، درمانی شهید رجایی:

هم اکنون این مرکز با مساحت ۵۸۳۰ مترمربع و زیربنای ۸۵۲۰ مترمربع با ۲۳۰ تخت ثابت (مصوب) شامل بخش‌های جراحی- عمومی، جراحی ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، سوختگی، آی سی یو، اتاق عمل، درمانگاه، آزمایشگاه، رادیولوژی، سی تی اسکن، فیزیوتراپی، داروخانه، درمانگاه‌های تخصصی: ارتوپدی - جراحی - مغز و اعصاب - ترمیمی - تغذیه - طب فیزیکی و قسمت‌های وابسته می‌باشد.

۲- مرکز آموزشی، درمانی بوعلی سینا:

هم اکنون با مساحت تقریبی ۲۹ هزار متر مربع با زیر بنای ۲۳ هزار متر مربع آماده ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی می باشد. دارای بخش‌های داخلی (۳ بخش) - قلب و عروق (۲ بخش) - آی سی یو (۲ بخش) - سی سی یو (۲ بخش) - عفونی - اعصاب - چشم - آنژیوگرافی می باشد.

۳- مرکز آموزشی، درمانی قدس:

در زمینی به مساحت ۳۶۰۰۰ و زیربنای ۴۸۶۲ مترمربع دارای ۱۳۰ تخت مصوب و ۱۳۰ تخت فعال است. بخش‌های موجود در مرکز آموزشی درمانی قدس: اورژانس، اتاق عمل، بیهوشی، بخش NICU، PICU، اطفال یک، اطفال دو، جراحی اطفال، روانپزشکی اطفال، بخش گوش و حلق و بینی، خون و آنکولوژی کودکان و بخش نوزادان.

۴- مرکز آموزشی، درمانی کوثر:

مساحت تقریبی ۴۱۲۰ مترمربع و طبقه که شامل بخشهای زایمان، بعد از زایمان، نوزادان، جراحی زنان، پره ناتال، رومینگین، اتاق عمل، ICU و NICU و تعدادی از واحدهای مربوطه می باشد

۵- مرکز آموزشی، درمانی ۲۲ بهمن:

بیمارستان ۲۲ بهمن که استیجاری و در تملک راه آهن می باشد، با مساحتی حدود ۴۰۷۹/۸۷ مترمربع و زیربنای ۳۰۷۶/۰۶ مترمربع و فضای سبز ۵۰۰ متر مربع و پارکینگی به مساحت ۳۰۰ مترمربع در خیابان راه آهن کوچه پرستار قزوین واقع شده است و در سال ۱۳۸۷ به عنوان تنها مرکز روانپزشکی این استان شناخته شده و از مجموعه بیمارستان بوعلی مجزا شد. در تابستان سال ۱۳۹۱ مرکز درمان سوء مصرف مواد (MMT) نیز به آن افزوده شده است.

۶- مرکز آموزشی، درمانی ولایت:

به مساحت ۵۵۰۰۰ متر مربع و با زیر بنای ۲۴۰۰۰ متر مربع در سال ۸۲ در پی سفر مقام معظم رهبری، در شهرک مینودر مورد تصویب قرار گرفت و ساخت آن در سال ۸۴ آغاز و بهره برداری از آن در بهمن ۹۰ انجام گرفت. این مرکز دارای ۱۱ درمانگاه تخصصی، بخش های اورژانس، تحت نظر، اتاق عمل، قلب، جراحی، داخلی، اورولوژی، شیمی درمانی، CCU و ICU این مرکز در ۸ طبقه طراحی و ساخته شده است.

۷- بیمارستان امیر المومنین (ع) بوبین زهرا:

با تعداد ۶۴ تخت مصوب در خرداد ماه سال ۸۲ به بهره برداری رسیده است. علاوه بر بخش اورژانس بخشهای بستری شامل بخش جراحی عمومی، بیماریهای داخلی، بیماریهای زنان و زایمان، اطفال و نوزادان و CCU نیز در این بیمارستان فعال هستند.

۸- بیمارستان شفا (تاکستان):

این بیمارستان ۹۷ تختخوابی در شهر تاکستان، در بهمن ماه ۱۳۹۴ افتتاح و راه اندازی شد. بیمارستان در زمینی به مساحت ۵۰۰۰ مترمربع و بنای چهارطبقه به زیربنای مجموعاً حدود ۸۵۰۰ مترمربع، به ارائه خدمات تخصصی در رشته های زنان و مامایی، کودکان و نوزادان، جراحی عمومی، داخلی، قلب و عروق، ارتوپدی، مغز و اعصاب (نورولوژی) و گوش و حلق بینی می پردازد. دو متخصص پاتولوژیست و رادیولوژیست نیز در پاراکلینیک این بیمارستان اشتغال به خدمت دارند. علاوه بر بخشهای اورژانس و بستری بیماران، ۱۱ درمانگاه تخصصی، بخش های CCU، ICU و NICU، اندوسکوپی، آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی دیجیتال و CT اسکن ۱۶ اسلایس به مردم منطقه ارائه خدمت می دهند. بیمارستان دارای دو دستگاه آمبولانس تویوتای مجهز می باشد.

مرکز کلینیک و پاراکلینیک تخصصی شهدا (آبیک)

به دلیل نیاز مردم به بخش اورژانس، کلینیک های تخصصی، داروخانه، آزمایشگاه و رادیولوژی، این بخش ها در آن ساختمان راه اندازی گردید تا کمبود مردم در این موارد مرتفع گردد.

خرید خدمت از دو بیمارستان غیر دولتی در شهر های الوند و آبیک

علاوه بر بیمارستانهای وابسته به دانشگاه، دانشگاه علوم پزشکی قزوین از دو بیمارستان یعنی بیمارستان خصوصی ولیعصر آبیک و بیمارستان رحیمیان در شهر الوند (مرکز شهرستان البرز) طی قراردادی خرید خدمت می نماید. طی این قراردادها، بیماران با مراجعه به این بیمارستان ها با دریافت خدمات تشخیصی و درمانی با کیفیت بیمارستانهای خصوصی، تعرفه بیمارستانهای دولتی را می پردازند و مابه تفاوت تعرفه های دولتی و خصوصی توسط دانشگاه به صاحبان و مدیران بیمارستانهای مذکور پرداخت می شود. با این شیوه، کمبود بیمارستان دولتی در این شهرها مرتفع و به دلیل پرداخت تعرفه دولتی فشار اقتصادی بر مردم تحمیل نمی گردد.

کلینیک های ویژه دانشگاه

در زمان آخرین به روز رسانی این گزارش (اردیبهشت ۹۵) تعداد ۱۰ کلینیک ویژه در سطح استان به ارائه خدمات درمان سرپایی با تعرفه ارزان دولتی می پردازند و بیش از ۱۲۵ پزشک متخصص و فوق تخصص در ۳۱ رشته مختلف ارائه خدمت می نمایند.

وضعیت ارائه کنندگان خدمات سلامت بخش خصوصی

تعداد داروخانه های تحت پوشش دانشگاه تا پایان سال ۹۴، ۱۴۸ باب و تعداد داروسازان شاغل در استان در سال ۹۴ حدوداً ۱۸۰ نفر می باشند.

بخش های خصوصی مرتبط با سلامت در استان عبارتند:

تعداد	بخش های خصوصی	تعداد	بخش های خصوصی
۱۶۶	دفاتر کار مامایی (دارنده پروانه)	۶	تعداد بیمارستان های خصوصی
۴۵	تعداد مراکز فیزیوتراپی	۵۵۷	تعداد پزشکان عمومی (دارنده پروانه مطب)
۲۳	بینایی سنجی	۳۰۳	تعداد پزشکان متخصص (دارنده پروانه مطب)
۱۶	شنوایی سنجی	۲۸	پزشکان فوق تخصص (دارنده پروانه مطب)
۲۵	تعداد مراکز مشاوره تغذیه	۲۴۴	دندانپزشکان عمومی (دارنده پروانه مطب)
۸۶	تعداد آزمایشگاه ها	۶۸	دندانپزشکان متخصص (دارنده پروانه مطب)
۱۴۳۳	کادر پرستاری	۳۴	تعداد درمانگاه ها

درصد اشغال تخت در استان به شرح جدول زیر می باشد:

درصد اشغال تخت به تفکیک بیمارستان

ردیف	عنوان	۹۰	۹۱	۹۲	۹۳	۹۴
۱	بهمن قزوین ۲۲	۷۶.۵۵	۷۵	۷۷.۲۴	۷۹.۶۷	۸۳.۹۶
۲	امیرالمومنین (ع) بوئین زهرا	۳۰.۲۵	۳۰.۵۳	۳۲.۴۴	۳۷.۷۶	۴۴.۷
۳	بوعلی سینا قزوین	۷۸.۲۱	۷۲.۵۹	۷۴.۱	۷۹.۶۶	۸۴.۳۴
۴	بیمارستان ولایت قزوین	۴۳.۲۷	۶۰.۶۷	۶۵.۷۸	۷۴.۴۹	۷۶.۷۹
۵	بیمارستان ولیعصر	۴۷.۸۹	۵۸.۳۱	۴۸.۹۴	۴۶.۸۴	۴۸.۲۸
۶	پاستور قزوین	۵۶.۸۲	۵۳.۳۱	۵۶.۳۷	۵۱.۴۲	۴۲.۸۴
۷	تامین اجتماعی تاکستان	۸۹.۰۲	۹۰.۵۱	۸۸.۵۸	۸۲.۴۳	۷۷.۳۱
۸	خیریه رحیمیان البرز	۵۳.۶۱	۳۹.۸۵	۲۸.۲۸	۲۹.۲۴	۲۷.۹۲
۹	دهخدا قزوین	۷۸.۸۴	۷۱.۹۸	۶۳.۱۹	۵۲.۰۱	۴۶.۴۹
۱۰	زکریای رازی قزوین	۷۱.۲۷	۷۳.۶۲	۷۳.۳۲	۷۹.۶۱	۸۱.۸۱
۱۱	شهید رجائی قزوین	۷۷.۴۷	۷۱.۱۴	۶۷.۳۳	۷۰.۷	۷۴.۸۴
۱۲	قدس قزوین	۶۵.۰۶	۶۸.۸۴	۷۲.۲۳	۸۱.۱۹	۸۵.۶۲
۱۳	مهرگان راه اندازی	۳۵	۵۸.۱۵	۶۱.۳۸	۷۷.۳۵	۸۰.۹۳
۱۴	کوثر قزوین	۵۷.۸۶	۵۸.۱۵	۶۱.۳۸	۷۷.۳۵	۸۰.۹۳
۰	جمع	۶۸.۵۸۵۵۲	۶۴.۷۳۱۹۹	۶۵.۳۶۲۳	۶۹.۱۸۲۰۲	۷۰.۱۹۲۸۹

درصد اشغال به تفکیک سازمان متبوع						
ردیف	نام سازمان	۹۰	۹۱	۹۲	۹۳	۹۴
۱	خصوصی	۶۰	۴۹	۵۱	۴۷	۴۲.۷
۲	دانشگاهی	۶۸	۶۵.۵	۶۷	۷۵	۷۸.۸
۳	تامین اجتماعی	۷۶.۵	۷۸.۸	۷۸	۸۰.۵	۸۰.۳

تعداد مراکز بهداشتی درمانی شامل درمانگاههای خصوص، دولتی، خیریه و کلینک های ویژه می باشد که در حال حاضر ۶۶ واحد می باشد.

تعداد تخت فعال استان به تفکیک بیمارستان به شرح زیر می باشد.

ردیف	نام بیمارستان	تعداد تخت	ردیف	نام بیمارستان	تعداد تخت
۱	بوعلی سینا	۲۳۲	۹	رازی	۲۱۹
۲	شهید رجایی	۱۴۸	۱۰	تامین اجتماعی تاکستان	۱۰۴
۳	ولایت	۲۱۶	۱۱	دهخدا	۷۰
۴	قدس	۱۴۰	۱۲	پاستور	۱۰۶
۵	کوثر	۱۴۲	۱۳	مهرگان	۱۱۸
۶	۲۲ بهمن	۶۰	۱۴	ولیعصر آبیگ	۴۹
۷	شفا تاکستان	۷۵	۱۵	رحیمیان البرز	۷۰
۸	امیرالمومنین	۵۰	جمع کل		۱۷۹۹

در حال حاضر دو واحد مطب طب سنتی در استان فعال می باشد و پیش بینی راه اندازی یک واحد کلینیک و ۴ واحد مطب طب سنتی تا پایان برنامه ششم می شود.

تعداد ۳۱۲۹ نفر در بیمارستانهای دانشگاهی شاغل می باشند که از این تعداد ۱۴۳۳ نفر کادر پرستاری (پرستار، اتاق عمل، بیهوشی - بهیار) می باشند که نسبت کل نیروهای شاغل به تخت بیمارستانهای دانشگاهی ۲/۹ می باشد.

الف) امور اجتماعی - سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی

جدول ۱- عملکرد اهداف کمی / شاخص های بخش

هدف کلی	واحد متعارف	سال های برنامه چهارم		رشد / متوسط دوره برنامه چهارم (درصد)	سال های برنامه پنجم					رشد / متوسط دوره برنامه پنجم (درصد)
		۱۳۸۹	۱۳۸۴		۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	
امید به زندگی در بدو تولد	سال	۷۵,۴	۷۲,۵		۷۶,۲	-	-	-	-	
میزان مرگ و میر اطفال زیر پنج سال	در هزار تولد	۱۸,۵۴	۲۱,۹		۱۴,۵۱	۱۴,۶۷	۱۶,۷۶	۱۲,۸۳	-	
میزان مرگ و میر مادران باردار	درصد هزار تولد زنده	۱۹,۷۲	۳۱,۹		۹,۹۳	۱۴,۱	۹,۴	۲۲	۲۱,۴۳	
تخت به هزار نفر جمعیت	نسبت	۱/۱۹	۱/۱۱		۱/۴۳	۱/۳۷	۱/۳۶	۱/۳۳	۱/۳۷	
پزشک به هزار نفر جمعیت	نسبت	۰/۷۱	۰/۵۷		۰/۷۵	۰/۷۳	۰/۹۳	۰/۹۲	۰/۹۱	
تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی فعال	واحد	۴۳	۴۵		۴۳	۴۴	۴۴	۴۳	۴۳	
تعداد مراکز بهداشتی و درمانی شهری فعال	واحد	۳۸	۳۴		۳۹	۳۹	۳۹	۴۰	۴۰	
تعداد مراکز درمانی (کلینیک های ویژه و..)	واحد	۳۵	۳۱		۳۹	۴۱	۵۵	۵۹	۶۶	
تعداد تخت فعال	تعداد	۱۴۳۸	۱۲۴۶		۱۷۳۸	۱۶۸۸	۱۷۰۲	۱۷۰۴	۱۷۹۹	
تعداد بیمارستانهای استان	تعداد	۱۳	۱۱		۱۵	۱۴	۱۴	۱۴	۱۵	
میزان اهدای خون در جمعیت	به ازای هزار نفر جمعیت	-	-		-	-	-	-	-	
تعداد کل پایگاههای سلامت غیر ضمیمه فعال	واحد	۲۵	۲۲		۲۸	۳۱	۳۱	۳۱	۳۱	
پوشش واکسیناسیون زیر یک سال	درصد	۱۰۰	۱۰۹		۱۰۱,۸	۱۰۴,۹۴	۱۰۱,۸	۱۰۳	۱۰۳,۵	
دسترسی جمعیت به خدمات بهداشتی درمانی	درصد	۹۹,۵	۹۶,۸		۹۹,۵۶	۹۹,۵۶	۹۹,۶۵	۹۹,۷	۹۹,۷۳	
خانه بهداشت فعال	تعداد	۲۷۶	۲۷۳		۲۸۰	۲۸۰	۲۸۰	۲۷۸	۲۷۴	
*سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم	درصد	۵۶			۵۰	۴۴	۳۹	۳۴	۳۰	
کل داروی تولید داخل	میلیون عدد	-	-		-	-	-	-	-	
نسبت داروهای تولید داخل به کل داروها (تعداد)	درصد	-	-		-	-	-	-	-	
نسبت داروهای تولید داخل به کل داروها (ریالی)	درصد	-	-		-	-	-	-	-	

گزارش خلاصه ای از دستاوردهای طرح تحول سلامت:

الف- طرح تحول بهداشت:

- اجرای کامل برنامه تحول نظام سلامت در سطح واحدهای بهداشتی درمانی استان
- بهبود شاخص‌های بهداشتی با فعال نمودن خدمات در سطح مرکز و پایگاه‌های سلامت
- کاهش هزینه‌های درمانی
- جلوگیری از هدر رفتن منابع و کنترل هزینه‌های ناشی از خدمات تکراری
- تعمیر و تجهیز مراکز بهداشتی درمانی روستایی و مراکز سلامت جامعه
- استاندارد نمودن تجهیزات واحدهای بهداشتی درمانی ارائه دهنده خدمات به‌ویژه تجهیزات فنی با اعتباری بالغ بر ۸۰ میلیارد ریال
- تأمین ۸۰ درصد زیرساخت‌های لازم جهت اجرای پرونده الکترونیک سلامت (کامپیوتر، اینترنت و...)
- احداث خانه‌های بهداشت: احمدآباد ارداق، احمدآباد آبگرم، جهان‌آباد، حسن‌آباد، دشتک، دور چاک، احداث و تجهیز مرکز بهداشتی درمانی شهری شماره یک الوند، احداث و تجهیز آزمایشگاه مرکز بهداشتی درمانی دانشفهان و دو باب پانسیون پزشک
- ساماندهی جهت انجام دهگردشی اعضای تیم سلامت با تأمین خودروها جهت مراکز (با مشارکت بخش خصوصی) به‌منظور حضور حداقل یک‌روز در هفته پزشک و اعضای تیم سلامت به خانه‌های تحت پوشش هر مرکز و مراقبت از بیماران خاص به‌ویژه سالمندان و گروه هدف
- اشتغال‌زایی و جذب ۲۵۰ نفر نیروی فنی در رده‌های مختلف بهداشتی درمانی
- استقرار ۴۰ نفر کارشناس روان و تغذیه در مراکز سلامت به‌ویژه مناطق حاشیه‌نشین و کم‌برخوردار به‌منظور کاهش بار بیماری‌های غیرواگیر
- بهبود استاندارد واحدهای بهداشتی درمانی تحت پوشش و انجام تعمیر اساسی در تمامی مراکز و خانه‌های بهداشت تحت پوشش با اولویت مناطق محروم و کم‌برخوردار با اعتباری بالغ بر ۷۰ میلیارد ریال
- افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت با افزایش ۵ مرکز و ۱۷ پایگاه سلامت به تعداد واحدهای موجود از طریق بکارگیری از بخش خصوصی
- خرید ۹ مرکز و پایگاه سلامت در سطح استان
- افزایش ۱۰۷۴۱ مترمربع فضای فیزیکی بهداشتی درمانی در سطح استان به‌ویژه در مناطق حاشیه‌نشین و کم‌برخوردار به‌منظور ارتقای کیفی خدمات سلامت
- آموزش بسته خدمتی جدید برنامه تحول سلامت با رویکرد بیماری‌های غیرواگیر NCD برای ۱۰۰۰ نفر از اعضای تیم سلامت
- تقویت سیستم ارجاع در مناطق روستایی به‌منظور کاهش هزینه‌های غیرضروری و تکراری
- تأمین امکانات و فضای مناسب جهت بیتوته پزشکان در مناطق روستایی و مراکز به‌گونه‌ای که تمامی مراکز مجری بیمه روستایی پس از وقت اداری قادر به ارائه خدمات اورژانس در مناطق روستایی باشند
- بهبود کمی و کیفی خدمات دارویی در مناطق روستایی
- فراهم ساختن مشارکت بخش خصوصی در جهت راه‌اندازی و ارائه خدمات در مناطق حاشیه‌نشین
- اجرای تفاهم‌نامه مشترک با مرکز فوریت‌ها جهت تجمیع خدمات پیش‌بیمارستانی و استقرار و راه‌اندازی فوریت‌ها در داخل مراکز بهداشتی درمانی
- برگزاری بازآموزی دوره‌های فوریت‌ها برای تمامی پزشکان و ماماها استان

ب- طرح تحول درمان:

۱- کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- کاهش درصد سهم بیماران از هزینه های بستری به ۶٪ و ۳٪
 - ارائه خدمات تخصصی تشخیصی درمانی در بخش دولتی
 - عدم ارجاع مردم برای انجام آزمایشات تخصصی از طریق تدوین نقشه ارجاع خدمات آزمایشگاهی درون دانشگاهی و پوشش ۹۷ درصدی خدمات آزمایشگاهی در بیمارستانهای دانشگاهی
- ۲- ارتقا کیفیت خدمات هتلینگ در بیمارستان‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- بازسازی و بهسازی فضاهای فیزیکی
 - ایجاد، توسعه و تجهیز بخشهای اورژانس بیمارستانی، روانپزشکی کودکان، تختهای ICU، PICU و NICU، در بیمارستانهای دانشگاهی
 - اضافه نمودن تجهیزات تشخیصی درمانی پیشرفته پزشکی از جمله MRI بیمارستان ولایت
 - توزیع تجهیزات پایه ای
 - و اضافه نمودن ۳۰۵ نفر نیروی انسانی پرستار، علوم آزمایشگاهی، اتاق عمل و ...
- ۳- ترویج زایمان طبیعی

- رایگان شدن زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی
 - حمایت‌طلبی و فرهنگ سازی ترویج زایمان طبیعی در استان قزوین
 - کاهش ۱۴,۲ درصدی شاخص سزارین در پایان سال ۹۴ نسبت به قبل از اجرای برنامه تحول نظام سلامت
 - دستیابی به اهداف تعیین شده در زمینه کاهش شاخص سزارین، شاخص‌های دوستدار مادر و سزارین‌های الکتیو
- ۴- حمایت از ماندگاری پزشکان در بیمارستان‌های مناطق محروم

- مشمول شدن شهرستان بوئین زهرا در تقسیم بندی مناطق محروم از مهرماه ۹۴
 - ارتقا عدالت در دسترسی و بهره مندی مردم به خدمات سلامت ارتقا کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه یافته
- ۵- حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- اجرای برنامه در ۵ مرکز آموزشی درمانی دانشگاه در شهر قزوین
- ۶- ارتقا کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- افزایش تعداد کلینیک های ویژه از ۱ به ۱۰ کلینیک و شروع عملیات ساخت ۴ کلینیک دیگر
- افزایش تعداد رشته های تخصصی و فوق تخصصی از ۱۵ رشته قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت به ۳۰ رشته در پایان سال ۹۴

۷- توسعه خدمات اورژانس هوایی

- راه اندازی ۱ پایگاه اورژانس هوایی در مرداد ماه سال ۱۳۹۳ به منظور تسریع و تسهیل انتقال بیماران و مصدومان در حوادث پرتلفات و غیرمترقبه

مقایسه شاخص های سلامت استان به میانگین کشوری

۱- امید به زندگی:

اصلی ترین شاخصی که وضع بهداشت و سلامت را در کل جمعیت نشان میدهد، امید به زندگی در بدو تولد است. این شاخص متوسط سالهایی است که انتظار میرود یک فرد در بدو تولد، عمر و زندگی در پیش داشته باشد. این شاخص مستقل از ساختار سنی جمعیت بوده و به تفکیک جنسیت محاسبه میگردد. قابل ذکر است در اغلب جوامع به دلیل ساختار جسمی و فیزیولوژیکی، امید به زندگی زنان بیش از مردان است امید به زندگی در کشور از ۷۱،۳ در سال ۱۳۸۴ تا ۷۴ در سال ۱۳۹۴ افزایش یافته است در استان این شاخص از ۷۲،۵ در سال ۱۳۸۴ به ۷۷،۳ در سال ۱۳۹۳ افزایش یافته است امید به زندگی در استان بیشتر از میانگین کشوری می باشد.

۲- مرگ و میر کودکان زیر پنج سال (در ۱۰۰۰ تولد زنده):

مرگ و میر کودکان مانند امید به زندگی یکی از شاخص های مهم سلامت است یکی از مهمترین شاخص های ارزیابی توسعه یافتگی محسوب می شود و از شاخص های مهم بین المللی می باشد خوشبختانه میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال (در ۱۰۰۰ تولد زنده) از ۲۶،۲ در سال ۱۳۸۴ به ۱۵،۵ در سال ۱۳۹۴ کاهش یافته است این رود در استان نیز اتفاق افتاده است بطوریکه این میزان از ۲۱،۹ در سال ۱۳۸۴ به ۱۲،۸۳ در سال ۱۳۹۳ رسیده است. وضعیت استان در این شاخص بهتر از میانگین کشوری می باشد.

۳- میزان مرگ و میر مادران باردار (در ۱۰۰۰۰ تولد زنده):

یکی از شاخص های مهم نظام سلامت می باشد که وضعیت سلامت مادران را نشان می دهد این شاخص در کشور از برنامه چهارم تا کنون روند کاهشی داشته است بطوریکه از ۲۳،۸ مورد در سال ۱۳۸۴ به ۱۵،۵ در سال ۱۳۹۴ کاهش یافته است در استان نیز از ۳۱،۹ به ۲۱ رسیده است وضعیت استان در این شاخص بدتر از میانگین کشوری می باشد.

۴- شاخص نسبت تخت به هزار نفر جمعیت:

این شاخص که نمایانگر ارایه خدمات درمانی می باشد در کشور از ۱،۶۳ در سال ۱۳۸۴ به ۱،۵۲ در سال ۱۳۹۴ کاهش یافته است. در حال حاضر تعداد تختهای استان ۱۷۹۹ تخت می باشد که ۱۰۶۳ تخت در بخش دانشگاهی، ۳۲۳ تخت تامین اجتماعی و ۴۱۳ تخت در بخش خصوصی می باشد و به ازای هر هزار نفر جمعیت ۱/۳۷ تخت موجود می باشد که با راه اندازی بیمارستان ۷۰۰ تختخوابی قزوین و ۱۲۰ تختخوابی الوند دانشگاه تا پایان برنامه ششم این نسبت به عدد ۲ خواهد رسید. در استان نسبت تخت به هزار نفر جمعیت از ۱،۱۱ به ۱،۳۷ افزایش یافته است گرچه روند این نسبت افزایشی است ولی از میانگین کشوری کمتر است که سرمایه گذاری در این بخش را می طلبد.

۵- پزشک به هزار نفر جمعیت:

نسبت پزشک به هزار نفر جمعیت در کشور از ۱،۳۷ در سال ۱۳۸۴ به ۱،۸۴ در سال ۱۳۹۴ افزایش یافته است در حالیکه در استان این نسبت در سال ۱۳۸۴ عدد ۵۷ بوده که به ۹۱۰ در سال ۱۳۹۴ افزایش یافته است لیکن این شاخص نسبت به

میانگین کشور خیلی پایین است و یکی از دلایل آن نزدیکی به تهران است بایستی برای ماندگاری پزشکان در استان تمهیداتی بکار گرفته شود.

۶- تعداد بیمارستانهای کشور:

تعداد بیمارستانهای کشور از ۷۵۰ عدد در سال ۱۳۸۴ به ۹۲۲ در سال ۱۳۹۴ افزایش یافت در استان نیز تعداد از ۱۱ عدد در سال ۱۳۸۴ به ۱۶ عدد در سال ۱۳۹۴ رسیده است تعداد بیمارستان ها استان نسبت به میانگین کشوری مطلوبتر است.

۷- پوشش واکسیناسیون زیر یک سال:

پوشش واکسیناسیون کودکان زیر یک سال کشور از ۹۵٪ در سال ۱۳۸۴ به ۹۹٪ رسیده است میزان این شاخص در استان از سال ۱۳۸۴ (ابتدای برنامه چهارم) تا کنون ۱۰۰٪ بوده است.

۸- سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم:

میزان پرداخت از جیب در کشور از ۵۴٫۹٪ در سال ۱۳۸۴ به ۵۳٪ در سال ۱۳۹۴ رسیده است وضعیت این شاخص در استان نیز مشابه کشور است

تنگناها و چالش ها:

- ۱- عدم هماهنگی و انسجام بین بخشی و عملکرد جزیره‌ای دستگاه های اجرایی
- ۲- نبود ساز و کار برخورد با دستگاه های آسیب رسان سلامت
- ۳- پراکندگی در تولید و بکارگیری اطلاعات و شواهد راهبردی سلامت در سیاست ها
- ۴- فقدان سیاستگذاری متمرکز و یکپارچه در حوزه سلامت و ناهماهنگی مراکز تصمیم ساز
- ۵- کمبود منابع انسانی توانمند به ویژه افراد استراتژیست و تاثیر گذار
- ۶- ضعف اعمال حاکمیت درون بخشی و بین بخشی به علت تضاد منافع سازمانی، فشارهای گروه های سیاسی، ساختارهای تصمیم گیری موازی، ضعف نگرش سیستمیک و فرهنگ سازمانی کارگروهی
- ۷- کمبود منابع پایدار در بخش سلامت با توجه به هزینه های رو به رشد خدمات سلامت
- ۸- هزینه اداری بالا و کارایی نامناسب
- ۹- عدم همکاری مناسب سازمان های بیمه در پرداختی ها مرتبط
- ۱۰- استفاده نکردن از امکانات، ظرفیت ها و توانمندی های بخش خصوصی
- ۱۱- فقدان نظام جامع ثبت و انتشار داده ها و اطلاعات
- ۱۲- بالا بودن پرداخت از جیب مردم در هزینه های سلامت
- ۱۳- ضعف در نظام جامع نظارت و ارزیابی عملکرد
- ۱۴- افزایش خدمات پراکلینیکی به دلیلی تقاضای القایی
- ۱۵- عدم استقرار نظام ارجاع
- ۱۶- برنامه محور نبودن فعالیت های بخش سلامت
- ۱۷- عدم پایش مستمر و گزارش گیری دوره ای از پیشرفت برنامه ها توسط سیاستگذاران

- ۱۸- ضعف دانش، فرهنگ، و مهارت های لازم در تدوین و مدیریت پروژه
- ۱۹- ناتوانی در جذب و نگهداری نیروی انسانی کارآمد به دلیل فقدان منابع و نظام انگیزشی مناسب.
- ۲۰- تمایل مردم به استفاده از خدمات تخصصی سلامت
- ۲۱- عدم توجه به تقدم پیشگیری بر درمان
- ۲۲- فرسودگی فضا های فیزیکی و تجهیزات درمانی
- ۲۳- کمبود تخت بیمارستانی در استان
- ۲۴- افزایش رفتارهای پر خطر در جمعیت از جمله تغذیه نامناسب، مصرف دخانیات، کم تحرکی، اضافه وزن و مصرف الکل
- ۲۵- روند افزایشی بیماری دیابت، فشارخون و نمایه توده بدنی در جمعیت استان
- ۲۶- افزایش آمار بیماران HIV در سطح استان و عدم حمایت اجتماعی آنها
- ۲۷- عدم وجود شبکه جمع آوری فاضلاب و تصفیه خانه شهری و صنعتی
- ۲۸- پایین بودن ضریب محرومیت در برخی مناطق به ویژه آوج، الموت و بوئین زهرا
- ۲۹- افزایش شیوع بار بیماری های قلبی و عروقی، سرطان ها و عدم اطلاع از باقیمانده میزان آفت کش در محصولات کشاورزی
- ۳۰- یکسان بودن پرداختی حق بیمه توسط کلیه افراد جامعه
- ۳۱- فقدان انبار دارویی در استان
- ۳۲- فقدان آزمایشگاه جهت بررسی داروها در استان
- ۳۳- عدم وجود نیروی داروساز در سیستم اداری در معاونت غذا و دارو
- ۳۴- عدم تأیید چارت سازمانی حوزه
- ۳۵- وجود مراکز تولید و توزیع کالاهای بدون مجوز در استان های همجوار
- ۳۶- وجود موازی کاری در حوزه نظارت غذا با سایر دستگاه ها مانند استاندارد، کشاورزی و بازرگانی
- ۳۷- کیفیت طرح های تحقیقاتی دانشگاه و مقالات حاصل از آن در سطح جهانی نیست و بروی علوم نوین و تازه های آن تاکید ندارد. در نتیجه در مجلات برتر به چاپ نمی رسد.

برنامه راهبردی - سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی

ردیف	هدف کلی بخش	واحد	وضع موجود (پایان سال ۱۳۹۳)	پایان برنامه ششم (۱۳۹۹)	راهبرد دستیابی به هدف کلی
۱	افزایش امید به زندگی	سال	۷۶,۲	۷۷	<ul style="list-style-type: none"> - ارتقای حمایت‌های سلامت جسمی، روانی، و معنوی با تمرکز بر محیط زندگی، کار و جامعه - کاهش عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر - توسعه رویکرد مدیریت پیشگیری در همه امور - توسعه همکاریهای بینبخشی میان دست‌اندرکاران و ذینفعان بخش‌های مختلف جامعه - توسعه به اشتراک‌گذاری اطلاعات نظام‌های پایش - تحکیم بنیان خانواده - ترویج آموزش‌های اسلامی، معنوی و اخلاقی به‌منظور افزایش آگاهی‌های عمومی - ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی - ارتقای بهداشت روان جامعه - توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی و رعایت سبک زندگی سالم - حمایت از مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در ارتقای شاخص‌های سلامت
۲	*کاهش بار ناشی از بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر	درصد از DALY	%۷۶	%۷۲,۲	<ul style="list-style-type: none"> - ارتقای حمایت‌های سلامت جسمی، روانی، و معنوی با تمرکز بر محیط زندگی، کار و جامعه - کاهش عوامل خطر بیماریهای غیر واگیر - توسعه رویکرد مدیریت پیشگیری در همه امور - توسعه همکاریهای بین بخشی میان دست‌اندرکاران و ذینفعان بخش‌های مختلف جامعه - توسعه به اشتراک‌گذاری اطلاعات نظام‌های پایش - تحکیم بنیان خانواده - ترویج آموزش‌های اسلامی، معنوی و اخلاقی به‌منظور افزایش آگاهی‌های عمومی - ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی - ارتقای بهداشت روان جامعه - توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی و رعایت سبک زندگی سالم - حمایت از مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در ارتقای شاخص‌های سلامت
۳	*اصلاح شاخص‌های توسعه سلامت کودکان	عدد	۷,۹۳	۵,۹	<ul style="list-style-type: none"> - افزایش مراقبت از کودکان قبل - حین و بعد از تولد - ایجاد نظام مراقبت‌های اجتماعی مدرسه‌محور (نماد) - پایش مستمر تغذیه گروه‌های آسیب‌پذیر (زنان باردار و کودکان) - ارتقای همه‌جانبه تکامل دوران ابتدایی کودکی - ارزیابی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر - توانمندسازی خانوارها در تامین و مصرف غذای سالم - گسترش دسترسی به محیط‌های حامی تحرک و ورزش همگانی - حمایت از مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در ارتقای شاخص‌های سلامت

۴	<p>★افزایش میزان دسترسی و بهره مندی خانوارهای ایرانی به سبد مطلوب غذایی ایمن و سالم</p>	درصد	۳۰٪	۶۰٪	<p>- آموزش گروه های آسیب پذیر در راستای استفاده بهینه از منابع غذایی در دسترس</p> <p>- کمک به تکمیل سبد غذایی گروه ها و مناطق آسیب پذیر</p> <p>- استقرار و پایش مستمر نظام ایمنی غذایی</p> <p>- بهره مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی</p> <p>- بهره مندی عادلانه آحاد مردم از آب پاک و سالم</p> <p>- بهره مندی عادلانه آحاد مردم از امکانات ورزشی همگانی</p> <p>- بهره مندی عادلانه آحاد مردم از فرآورده های بهداشتی ایمن</p> <p>- بهره مندی عادلانه آحاد مردم از هوای پاک</p>
۵	<p>مدیریت بهینه منابع مالی در نظام سلامت با الوویت گروه های آسیب پذیر از طریق:</p> <p>کاهش پرداخت از جیب مردم</p> <p>کاهش درصد خانوارهای مواجه با هزینه های تاسف بار سلامت</p>	درصد	۴۲	۳۰	<p>- تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت</p> <p>- مدیریت بهینه منابع با استفاده از نظام ارجاع و سطح بندی خدمات</p> <p>- کاهش تقاضای القایی در خدمات سلامت</p>
۶	<p>پوشش فراگیر و دسترسی عادلانه به خدمات با کیفیت درمان</p> <p>نیروی انسانی به تخت تخت به هزار نفر جمعیت</p>	نسبت	۲/۸	۳/۵	<p>- بازنگری، ارتقا و تعمیم استانداردهای اعتبارسنجی به کلیه مؤسسات درمانی تشخیصی کشور تا سطوح قابل قبول جهانی</p> <p>- تشویق بخش های غیردولتی به ایجاد زیرساخت های نظام سلامت در ارایه خدمات</p> <p>- توسعه مراکز دسترسی سطح ۲ و ۳ ارایه خدمات</p> <p>- تدوین و بازنگری بسته خدمات پایه و تکمیلای سلامت</p> <p>- ارتقای خدمات حمایتی مراقبتی جانبازان</p> <p>- ارتقای خدمات حمایتی مراقبتی معلولین</p> <p>- باز مهندسی فرایندهای اصلی نظام شبکه بهداشتی و درمانی</p>
۷	<p>ارتقای شاخصهای سلامت باروری و فرزندآوری</p> <p>نرخ باروری کلی</p> <p>زایمان طبیعی</p>	نسبت درصد	۱،۷	۲،۱	<p>- تحکیم بنیان خانواده</p> <p>- ترویج آموزش های اسلامی، معنوی و اخلاقی</p> <p>- ترویج سبک زندگی اسلامی - ایرانی</p> <p>- توسعه عادلانه خدمات سلامت روان</p> <p>- آموزش و نظارت در امر زایمان طبیعی و تقویت مراکز درمان ناباروری</p> <p>- پیشگیری و رفع عوامل تنش آفرین در زندگی فردی و اجتماعی</p>
۸	<p>خود اکتفایی در زمینه طراحی و تولید مواد و فرآورده های دارویی،</p>	درصد	-	-	<p>- ایجاد فضای رقابتی در بازار دارو و تجهیزات پزشکی</p> <p>- حمایت همه جانبه در ایجاد زیرساخت های تولید دارو، واکسن، فرآورده های بیولوژیک و تجهیزات پزشکی</p> <p>- تقویت نظام نظارت بر واردات تولید، توزیع و عرضه دارو</p>

**واکسن، محصولات
زیستی، تجهیزات و
ملزومات پزشکی با الویت
محصولات دانش بنیان**

- گسترش تجویز و مصرف منطقی دارو در کشور
- توسعه فعالیت‌های مراقبت‌های دارویی
- توسعه و به کارگیری زیرساخت‌های الکترونیک به ویژه در ثبت و نظارت کالاهای سلامت و چرخه تأمین و مصرف آن‌ها
- محدود کردن ارایه‌دهندگان خدمات به تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور
- تقویت و توسعه سیستم نظارت و ثبت دارو، واکسن و تجهیزات پزشکی به منظور تضمین کیفیت در سطح تولید، توزیع، ذخیره‌سازی و عرضه
- توسعه برندهای ملی دارو، واکسن و تجهیزات پزشکی
- حمایت از صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی کشور برای ورود و رقابت در بازارهای منطقه‌ای و بین‌المللی
- سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید واردات و مصرف فرآورده‌های سلامت
- کنترل قاچاق فرآورده‌های دارویی و تجهیزات پزشکی

ردیف	هدف کلی بخش	واحد	وضع موجود (پایان سال ۱۳۹۳)	پایان برنامه ششم (۱۳۹۹)	راهبرد دستیابی به هدف کلی
۹	ساماندهی طب سنتی از طریق: درصد خانه بهداشت ارائه دهنده خدمات تأیید شده طب سنتی	درصد	-	-	
	تعداد مراکز ارائه فرآورده های طبیعی، سنتی و گیاهان دارویی	تعداد	۰	۲	
	درصد موسسات پزشکی بخش خصوصی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	درصد	۲	۶	- ایجاد رشته های طب سنتی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور - بررسی متون، مقررات و عوامل مؤثر در طب سنتی کشور - ادغام نظام مند فعالیت طب سنتی در سیستم ارایه خدمات
	تعداد بیمارستان های دولتی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	تعداد	۰	۰	
	تعداد کلینیک های دولتی دهنده خدمات طب سنتی	تعداد	۰	۱	
۱۰	*تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای نظام سلامت تعداد دانشگاههایی که برنامه های توسعه ای خود را بر مبنای بسته های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی باز مهندسی و اجرا نموده اند	درصد	۰	۱	- بررسی نیازهای واقعی نظام ارایه خدمات سلامت در سال های آتی و نیروی انسانی منطبق با نیازهای مذکور - اصلاح شیوه های آموزشی در راستای انطباق مهارت دانش آموختگان با نیازهای جامعه
۱۱	دستیابی به مرجعیت علمی در حیطه های دانش علوم پزشکی در منطقه	تعداد	-	-	- برقراری تعادل میان عرضه و تقاضای نیروی انسانی - ارتقای کیفی آموزش دانشگاه - توسعه هدفمند بر اساس سند آمایش سرزمین - تبدیل شدن به قطب پزشکی منطقه در حیطه ارایه خدمات پزشکی مبتنی بر پژوهش - توسعه بکارگیری پژوهش در تصمیم سازی و ارایه خدمات سلامت - ارتقاء سطح علمی اساتید - ارتقاء پذیرش دانشجویان در آزمون های جامع - ارتقاء کیفی پرتال دانشکده - افزایش چاپ مقالات در مجلات نمایه شده در scopus
۱۲	*ظرفیت سازی منابع انسانی در حوزه پژوهش های سلامت افزایش تعداد محققان علم پزشکی ایران در رتبه بندی یک درصد برترین دانشمندان جهان توسط (ESI)	تعداد تعداد	۰	۱	

	۳	۱ با شاخص h معادل ۱۴		افزایش تعداد محققان علوم پزشکی ایرانی با شاخص h معادل ۱۵ و بالاتر براساس Scopus	۱۳
	۷۵	۵۲	تعداد تعداد	ارتقای کیفی پژوهش علوم پزشکی افزایش تعداد مقالات بر استناد در حوزه سلامت براساس Scopus	۱۴
	۱	۰		افزایش تعداد مجلات علوم پزشکی نمایه شده در , Scopus PubMed	

اهداف کمی - سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی

هدف کلی بخش	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم				
	عنوان	واحد			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
افزایش امید به زندگی	کاهش نسبت مرگ مادران به کمتر از ۱۵ درصد هزار تولد زنده	درصد هزار تولد زنده	۲۲	۲۱,۴۳	۱۸	۱۷,۵	۱۷	۱۶	۱۵
	کاهش مرگ نوزادان به کمتر از ۷ هزار تولد زنده	میزان در هزار تولد زنده	۵,۵۰	۵,۵۳	۶,۵	۶	۵,۶	۵,۲	۴,۹
	کاهش میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ کاهش به کمتر از ۱۰ در هزار موالید زنده	میزان در هزار تولد زنده	۵,۵	-	۵,۴۵	۵,۳	۵,۲	۵,۱	۵
	*کاهش نسبی احتمال مرگهای زودرس (۳۰ تا ۷۰ سال) ناشی از بیماریهای غیرواگیر به میزان ۱۰٪ تا پایان برنامه ششم	درصد	۱۸,۱	-	۱۷,۷	۱۷,۴	۱۷,۲	۱۶,۷	۱۶,۳
	*کاهش میزان مرگ ۳۰ تا ۷۰ سال به مقدار ۱۰٪ تا پایان برنامه ششم	درصد هزار نفر جمعیت	۱۹۱,۲	-	۱۸۷,۴	۱۸۳,۵	۱۷۹,۸	۱۷۵,۹	۱۷۲,۱
کاهش بار ناشی از بیماریها و عوامل خطر	*کاهش نسبی بار ناشی از عوامل خطر و بیماریهای غیرواگیر به میزان ۵٪ تا پایان برنامه	درصد	۷۶	-	-	-	-	-	۷۲,۲
	*کاهش بار بیماریهای واگیر به میزان ۵ درصد تا پایان برنامه	درصد از DALYS	۵,۵	-	-	-	-	-	۵,۲
	کاهش مرگ ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۱۰٪ تا پایان برنامه ششم	درصد هزار نفر	۲۶	-	۲۵,۵	۲۵	۲۴,۵	۲۴	۲۳,۴
	*کاهش بار ناشی از حوادث ترافیکی حداقل به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه ششم	در هزار نفر	۷,۵	-	۶,۷	۶,۴	۶,۱	۵,۸	۵,۵
	کاهش میزان صدمات زایمانی نوزاد به کمتر از ۱۰ در هزار تولد زنده	درصد آسفیکس هنگام تولد	۱۱	۱۰,۵	۱۰	۹	۸	۷	۶
	افزایش توان مقابله با حوادث و بلایای انسان ساخت به میزان ۲۰	درصد	۴۰	۴۵	۴۹	۵۳	۵۷	۶۱	۶۵

هدف کلی بخش		هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم					درصد تا پایان برنامه
		عنوان	عنوان			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	
کاهش بار ناشی از بیماریها و عوامل خطر		مورد/ سال	کاهش بروز بیماری های ارثی، ژنتیکی و ناهنجاری های مادرزادی اولویت دار	۷,۲		۷,۰۴	۶,۹	۶,۷۶	۶,۶۲	۶,۳۸	
		درصد	★کاهش درصد بیماریهای شایع واگیر و غیر واگیر در سالمندان به میزان ۵٪ سال پایه	-	-	۱	۲	۳	۴	۵	
		درصد	ارتقای توان نظام سلامت در مقابله با حوادث غیرمترقبه (سیل، زلزله، رانش، طوفان های گرد و غبار) طبیعی در سطح ۱ به میزان ۴۰ درصد تا پایان برنامه	۲۸		۳۶	۴۴	۵۲	۶۰	۶۸	
		درصد	ارتقای توان نظام سلامت در مقابله با حوادث غیر مترقبه (سیل، زلزله، رانش، طوفانهای گرد و غبار و ...) طبیعی در سطح ۲ و ۳ به میزان ۳۰ درصد تا پایان برنامه	۳۰	۳۵	۴۱	۴۷	۵۳	۵۹	۶۵	
		درصد	★حفاظت در برابر تشعشعات یونیزان و غیر یونیزان (رادون، مراکز پرتویزشکی، پرتوهای فرابنفش خورشیدی، ارتباطات الکترونیکی، فرکانس های به شدت پایین) به میزان ۷۰٪	۲۶	-	۳۴	۴۲	۵۰	۵۸	۶۶	
		درصد	افزایش میزان پوشش بازرسی بهداشت حرفه ای از کارگاه	۸۰,۹	-	۸۱,۷	۸۲,۵	۸۳,۳	۸۴,۱	۸۴,۹	
		درصد	★توسعه محیط های کار سالم و تسریع آن با برقراری تسهیلات بیمه ای از طریق اجرای کامل برنامه مشاغل سخت و زیان آور و در پیوست سلامت	-	-	۳۰	۴۰	۵۰	۶۰	۶۵	

هدف کلی بخش	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم				
	عنوان	عنوان			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
کاهش بار ناشی از بیماریها و عوامل خطر	توسعه مراقبتهای پزشکی شاغلین در مشاغل سخت و زیان آور	درصد	-	-	۲۵	۳۹	۵۳	۶۷	۸۰
	توسعه ارائه خدمات بهداشت حرفه ای از طریق بخش خصوصی به ۲۰٪ تا پایان برنامه	درصد	-	-	۵	۹	۱۳	۱۷	۲۰
	★ کاهش مواجهات مخاطره آمیز با آلاینده های محیط کار به ۱۶٪ تا پایان برنامه	درصد	۲۳	۲۲,۵	۲۱	۲۰	۱۸	۱۷	۱۶
	★ افزایش ارائه خدمات بهداشت حرفه ای به مشاغل خاص به ۸۰٪ تا پایان برنامه	درصد	۵۰	۵۵	۶۰	۶۸	۷۵	۷۸	۸۰
	★ افزایش میزان بازرسی بهداشت حرفه ای کارگاه های درجه ۱ به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه	درصد	۶۲	۶۳	۶۴	۶۶	۶۸	۷۰	۷۲
	★ افزایش میزان بازرسی بهداشت حرفه ای از کارگاه های درجه ۲ به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه	درصد	۶۴	۶۴	۶۵	۶۶	۶۷	۶۸	۶۹
	افزایش دسترسی کارفرمایان به خدمات بهداشت حرفه ای از طریق شرکت های خصوصی بهداشت حرفه ای	درصد	۶۴,۳	-	۶۷,۵	۷۰,۷	۷۳,۹	۷۷,۱	۸۰,۳
	★ اعتباربخشی خدمات بهداشت حرفه ای ارائه شده به کارگاهها و واحدهای شغلی از طریق آزمایشگاههای بهداشت حرفه ای منطقه ای و استانی	درصد	-	-	۳۰,۳	۳۲,۱	۳۴	۳۵,۷	۳۷,۵

هدف کلی بخش	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم				
	عنوان	عنوان			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
کاهش بار ناشی از بیماریها و عوامل خطر	درصد	* کاهش مواجهه شاغلین با ریسک فاکتورهای ارگونومیکی به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه	۲۹,۸	-	۳۰	۳۰,۳	۳۰,۶	۳۰,۹	۳۱,۲
	درصد	حذف و یا کاهش آلاینده های شیمیایی محیط کار در ۷٪ از کارگاههای مشمول تا پایان برنامه	۱۲,۶	-	۲۰,۵	۲۰,۳	۲۰,۱	۱۹,۱۸	۱۹,۶
	درصد	کاهش نسبت شاغلین در مواجهه با صدای مخاطره آمیز محیط کار به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه	۲۹	-	۲۸,۷	۲۸,۴	۲۸,۱	۲۷,۸	۲۷,۵
	درصد	افزایش درصد شاغلین دارای پرونده پزشکی به ۵۵٪ تا پایان برنامه	۷۴	-	۷۵	۷۵,۵	۷۶	۷۶,۵	۷۷
	تعداد	حذف کامل آربست از محیط کار در راستای کنواسیون روتردام	۰	۰	حذف کامل	حذف کامل	حذف کامل	حذف کامل	حذف کامل
	تعداد	حذف کامل جیوه از محیط کار تا سال ۲۰۲۰ در راستای کنواسیون میناماتا	۰	۰	حذف کامل	حذف کامل	حذف کامل	حذف کامل	حذف کامل
	درصد	* ارتقاء شاخص های منتسب به عامل محیطی موثر بر سلامت در محیط های جامعه، خانواده، آموزشی و جمعی به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه	-	-	۲۰	۲۲,۵	۲۵	۲۷,۵	۳۰
	درصد	ارتقاء سیستم نظارت بهداشتی بر محیط های جامعه و مکان های عمومی و مراکز توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی به میزان ۳۰٪ تا پایان برنامه	-	-	۲۰	۲۲,۵	۲۵	۲۷,۵	۳۰

هدف کلی بخش	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم				
	عنوان	عنوان			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
ارتقای شاخص توسعه سلامت کودکان و سلامت مادران	درصد	ارتقاء شاخص DMFT کودکان ۱۲ ساله	۲,۰۹	-	۲,۰۷	۲,۰۵	۲,۰۳	۲,۰۱	۲
	درصد	افزایش نسبت کودکان ۱۲ ساله فاقد پوسیدگی دندان	۲۵	-	۳۰	۳۵	۴۰	۴۵	۵۰
	درصد	بهبود مراقبت تکاملی در بخش های مراقبت نوزادان	-	-	۴۳,۸	۵۰,۴	۵۷	۶۳,۶	۷۰
	درصد	*ارتقاء رشد و تکامل همه جانبه کودکان (ECD)	-	-	۱۰,۱۳	۹,۹۸	۹,۸۵	۹,۷۲	۹,۵۹
	درصد	*افزایش کودکانی که در بدو ورود به مدرسه درجه تکاملی مطلوب دارند حداقل ۲۵٪ نسبت به سال پایه تا پایان برنامه	-	-	۸۲,۸۹	۸۳,۳۱	۸۳,۸۲	۸۴,۱۴	۸۴,۵۶
دسترسی به سبد مطلوب غذایی ایمن و سالم	درصد	کاشی اسیدهای چرب ترانس در روغن دارای مصرف مستقیم خوراکی به ۱٪	۳	۳	۳	۳	۲	۲	۱
	درصد	کاهش اسیدهای چرب ترانس در روغن مصرفی با کاربرد در فرمولاسیون مواد غذایی به حداکثر ۴٪	۱۰	۱۰	۸	۸	۶	۶	۴
	درصد	کاهش درصد نمک در فرمولاسیون مواد غذایی و آشامیدنی صنعتی به میزان ۲۵٪ (با اولویت فرآورده های پرمصرف و پرخطر)	-	۰	۵	۱۰	۱۵	۲۰	۲۵
	درصد	درصد پوشش برنامه غنی سازی آرد با آهن و اسیدفولیک به میزان ۱۰۰ درصد	۷۰	۷۰	۷۵	۸۰	۸۵	۹۰	۱۰۰
	درصد	کاهش درصد قندهای ساده در فرمولاسیون مواد غذایی و آشامیدنی صنعتی به میزان ۲۰٪ (با اولویت فرآورده های پرمصرف و پرخطر)	۰	۰	۴	۸	۱۲	۱۶	۲۰
	درصد	کاهش سهم روغن جامد مصرف	۴۸	۴۸	۴۲	۳۶	۳۰	۲۵	۲۰

								خانوار از کل روغن نباتی مصرف در کشور تا سال ۹۹ به ٪۲۰	
۵۰	۴۴	۳۶	۲۷	۲۰	۱۸	-	درصد	پوشش برنامه پایش باقیمانده سموم آفت کش و ۷۴ کودهای شیمیایی در محصولات پرمصرف کشاورزی با احتمال مخاطره آلودگی بالا تا ۵۰ محصول (بر اساس جدول محصولات تعیین شده)	

هدف کلی بخش	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم				
	عنوان	عنوان			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
دست‌رسی به سبد مطلوب غذایی ایمن و سالم	عدد	اجرای برنامه کنترل در سطح عرضه PMS (با اولویت فرآورده های با ارزیابی خطر بالا (برای حداقل ۱۰۰ قلم فرآورده تغییر یافته است)	۱۰	۴۰	۵۰	۶۰	۷۲	۸۵	۱۰۰
	درصد	کاهش درصد عدم انطباق (بحرانی) محصولات غذایی و آشامیدنی در برنامه پایش محصولات در سطح عرضه PMS (به ۵ درصد) تغییر یافته است)	۲۰	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵
	درصد	افزایش میانگین امتیاز PRPs کارخانجات تولیدی فرآورده های غذایی و آشامیدنی به میزان ۱۰۰ واحد تا پایان سال ۹۹ نسبت به سال پایه	-	۰	۲۰	۴۰	۶۰	۸۰	۱۰۰
	درصد	افزایش ایمنی فرآورده های غذایی و آشامیدنی به میزان ۴ درصد نسبت به سال پایه	-	-	۴	۴	۴	۴	۴
	درصد	کاهش سهم فرآورده های آرایشی و بهداشتی قاچاق و تقلبی به میزان سالیانه ۱۰ درصد	۰	۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰	۱۰
	درصد	افزایش میانگین امتیاز PRPs کارخانجات تولیدی فرآورده های آرایشی و بهداشتی به میزان ۱۰۰ واحد تا پایان سال ۹۹ نسبت به سال پایه	-	۰	۲۰	۴۰	۶۰	۸۰	۱۰۰
	عدد	افزایش تعداد اقلام فرآورده های آرایشی و بهداشتی تحت پوشش برنامه کنترل در سطح عرضه PMS (با اولویت فرآورده های با ارزیابی خطر بالا	۲۰	۱۵	۲۰	۲۵	۳۰	۳۵	۴۰

بخش	هدف کلی	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم				
		عنوان	عنوان			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
مدیریت بهینه منابع مالی در نظام سلامت با اولویت گروهای آسیب پذیر		کاهش پرداخت جیب مردم	کاهش پرداخت جیب مردم	۴۲	۴۱	۴۰	۳۸	۳۵	۳۳	۳۰
		کاهش درصد مواجهه با هزینه های کمرشکن سلامت	کاهش درصد مواجهه با هزینه های کمرشکن سلامت	۶	۳	۳	۲,۵	۲	۱,۵	۱
پوشش فراگیر و دسترسی عادلانه آحاد جامعه به خدمات و مراقبت های سلامت با کیفیت		نسبت تخت به ۱۰۰۰ نفر جمعیت	نسبت تخت به ۱۰۰۰ نفر جمعیت	۱/۳۳	۱,۵	۱,۶	۱,۷	۱,۸	۱,۹	۲
		نسبت کل نیروی انسانی به هر تخت	نسبت کل نیروی انسانی به هر تخت	۲/۸	۲/۹	۲,۹	۲,۹۵	۲,۹۷	۳	۳

هدف کلی بخش	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم				
	عنوان	عنوان			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
خوداتکایی در زمینه تولید مواد و فرآورده های دارویی، واکسن، محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی دارای کیفیت و استاندارد معتبر	درصد	دستیابی سهم ریالی داروهای تولید داخل به ۷۲ درصد کل بازار دارویی کشور	-	-	-	-	-	-	-
	درصد	دستیابی سهم ریالی تجهیزات پزشکی تولید داخل به ۴۰ درصد کل بازار دارویی کشور	-	-	-	-	-	-	-
	درصد	افزایش سهم سرمایه گذاری خارجی در صنایع دارویی به میزان حداقل ۱۰ درصد کل سرمایه گذاری	-	-	-	-	-	-	-
	درصد	افزایش تولید داروهای معتبر بین المللی تولید داخل به ۰/۱ کل بازار	-	-	-	-	-	-	-
	درصد	انطباق با ضوابط بازرسی PIC/S برای حداقل ۲۵٪ صنایع دارویی کشور	-	-	-	-	-	-	-
	درصد	کسب استانداردها و تأییدیه های کیفی بین المللی توسط حداقل ۱۰ درصد صنایع دارویی کشور	-	-	-	-	-	-	-
	عدد	ثبت حداقل ۲۵ مولکول جدید دارویی دارای فناوری بالا و بیولوژیک	-	-	-	-	-	-	-
	عدد	شکل گیری حداقل ۲۵ شرکت دارویی دانش بنیان خصوصی در حوزه واکسن و داروهای بیولوژیک	-	-	-	-	-	-	-
	عدد	تاسیس ۳ پایگاه تولید دارو با برند ایرانی در سایر کشورها	-	-	-	-	-	-	-
	عدد	★انجام مطالعات PMQC برای حداقل ۲۰٪ فرآورده های موجود در بازار	-	-	۵	۷	۱۰	۱۳	۱۷
	نسبت	دستیابی به شاخص نیروی انسانی (بازرس و کارشناس فنی و نظارت و بررسی و ثبت) یک نفر برای هر صد فرآورده در بازار	-	-	۰,۶	۰,۷	۰,۸	۰,۹	۱

هدف کلی بخش	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم				
	عنوان	عنوان	پایان سال ۱۳۹۳	پایان سال ۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
ارتقای شاخص های سلامت باروری و فرزندان	افزایش درصد زایمان طبیعی	درصد	۴۲/۱۱	۴۷/۸۹	۵۳/۵	۵۴/۵	۵۵/۵	۵۶/۵	۵۷/۵
	افزایش بارداری های برنامه ریزی شده به میزان ۱۰٪ نسبت به سال پایه تا پایان برنامه	میزان	۹۷،۲۵	۹۶،۹۹	۹۷،۲	۹۷،۴	۹۷،۶	۹۷،۸	۹۸
	★افزایش رضایتمندی از زندگی زناشویی در چارچوب سلامت باروری و جنسی به میزان ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه	درصد	-	-	افزایش ۲٪	افزایش ۲٪	افزایش ۲٪	افزایش ۲٪	افزایش ۲٪
	★کاهش شیوع ناباروری های اکتسابی به میزان ۵ درصد در مقایسه با سال اول برنامه	درصد	-	-	کاهش ۱٪	کاهش ۱٪	کاهش ۱٪	کاهش ۱٪	کاهش ۱٪
	★کاهش عوارض ناشی از بارداری سقط و زایمان به میزان ۵ درصد تا پایان برنامه	هزار تولد زنده	۸	۷،۸	۷،۷	۷،۶	۷،۵	۷،۴	۷،۳
ساماندهی طب سنتی در نظام ارائه خدمات سلامت	درصد خانه های بهداشت ارائه دهنده خدمات تأیید شده طب سنتی	درصد	۰	۰	-	-	-	-	-
	تعداد مراکز ارائه فرآورده های طبیعی، سنتی و گیاهانه دارویی	تعداد	۰	۲	۰	۰	۱	۲	۲
	درصد موسسات پزشکی بخش خصوصی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	واحد	۲	۶	۲	۳	۴	۵	۶
	تعداد کلینیک های دولتی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	تعداد	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۱
	تعداد بیمارستان های دولتی ارائه دهنده خدمات طب سنتی	تعداد	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
انسانی متناسب با نیازهای نظام	افزایش تعداد دانشگاههایی که برنامه توسعه رشته های خود را مبتنی بر مزیت های منطقه ای و مأموریتشان ارائه	تعداد	۰	۰	-	۱	استمرار	استمرار	استمرار

								نموده اند	
۰	۱	۱	۱	۱	۰	۱	تعداد	افزایش تعداد برنامه های بازنگری شده گروه پزشکی مبتنی بر نیازهای نظام سلامت	

هدف کلی بخش	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم					تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای نظام سلامت
	عنوان	عنوان			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	
	افزایش تعداد اعضای هیات علمی که دوره آموزشی استفاده از مدل های جدید رشته آموزش پزشکی را سپری می کنند	درصد به ازای دانشگاه	۷۱ درصد	۵۸ درصد	۶۰	۶۵	۷۰	۸۰	۹۰	
	افزایش رشته و با برنامه آموزشی (بین رشته ای) جدید هدفمند و مبتنی بر اسناد بالادستی که راه اندازی می شوند	تعداد	۴	۲	۱	۰	۱	۰	۰	
	میزان تحقق سیاست های اجرایی آمایش سرزمین و برنامه ارتقاء اختیارات دانشگاهها	درصد	-	-	۳۰	۶۰	استمرار	استمرار	استمرار	
	افزایش تعداد مراکز آموزشی و مجتمع های آموزش عالی سلامت تاسیس شده نسبت به کل تعداد مورد نظر	تعداد	-	-	-	-	-	-	-	
	نسبت سرمایه گذاری بخش غیردولتی در حوزه آموزش عالی سلامت به بخش دولتی	نسب	-	-	-	-	-	-	-	
	افزایش برنامه های آموزش مهارتی و حرفه ای اعتبار بخشی شده	تعداد	۰	۵	۱۰	۵۰	۷۰	۱۰۰	۱۵۰	
	افزایش مراکز و برنامه	تعداد	-	-	۱	۱	۱	۱	۱	

هدف کلی								
افزایش مراکز اعتبار بخشی شده و مجری آموزش های مهارتی و حرفه ای								
تعداد	۱ دانشکده سه گروه آموزشی	۱ دانشکده سه گروه آموزشی	۱ دانشکده سه گروه آموزشی	۱ دانشکده سه گروه آموزشی	۱ دانشکده سه گروه آموزشی	۱ دانشکده سه گروه آموزشی	۱ دانشکده سه گروه آموزشی	۱ دانشکده سه گروه آموزشی
افزایش فراگیران فعال در مراکز مجری آموزش های مهارتی و حرفه ای و تربیت نیروهای حدواسط								
تعداد	-	-	۲۰	۴۰	۶۰	۸۰	۱۰۰	

هدف بخشی	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم				
	عنوان	عنوان			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای نظام سلامت	نسبت تعداد دانشگاههایی که برنامه های بین المللی سازی آموزش را انجام داده اند به کل دانشگاههای هدف	نسبت	-	-					۱۰۰
	نسبت تعداد کوریکولوم های ترجمه شده به کل کوریکولوم های مصوب	نسبت	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
	افزایش تعداد برنامه های مشترک در حال اجرا با دانشگاههای خارجی	تعداد به ازای هر منطقه آمایش	۰		-	-	-	۱	۱
	نسبت پذیرش دانشجویان خارجی در دانشگاههای علوم پزشکی به کل دانشجویان پذیرفته شده در هر سال	نسبت	۱/۴ درصد	۱/۳ درصد	۱/۳ درصد	۱/۳ درصد	۱/۳ درصد	۱/۳ درصد	۱/۳ درصد
	نسبت تعداد دانشگاههای علوم پزشکی ثبت شده در پورتال Education Iran به	نسبت	-	۱	استمرار	استمرار	استمرار	استمرار	استمرار

							کل تعداد دانشگاههای هدف برنامه	
-	-	-	-	-	-	تعداد	افزایش تعداد دانشگاههایی که اعتبار بخشی بین المللی آنها مورد تأیید قرار می گیرد	
-	-	-	-	-	۰	تعداد	افزایش تعداد دانشکده های آموزش مجازی یا مراکز آموزش مجازی راه اندازی شده با مصوبه شورای گسترش	
-	-	-	-	-	-	درصد	افزایش رشته های آموزشی تخصصی و فوق تخصصی متصل شده به شبکه الکترونیک کارپوشه و کارنما	
%۵	%۴	%۳	%۲	%۱	۰/۳۵	نسبت	نسبت اعضای هیات علمی آموزش دیده در زمینه ارزیابی صلاحیت حرفه ای به کل	

هدف کلی بخش	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم				
	عنوان	عنوان			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای نظام سلامت	*نسبت دانش آموختگان پزشکی عمومی در هر سال که گواهی قبولی آزمون صلاحیت حرفه ای دریافت کرده اند به کل	نسبت	۰	۰	۲۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
	*نسبت دانشگاهها و موسسات آموزش علوم پزشکی اعتبار بخشی شده در کشور	نسبت	-	-	۱۰۰	استمرار	استمرار	استمرار	استمرار
	نسبت مراکز آموزشی درمانی اعتبار بخشی شده در هر استان و کشور	نسبت	۰	۰	۲۰	۴۰	۶۰	۸۰	۱۰۰
	نسبت برنامه های آموزشی	نسبت	۵	۷	۲۰	۴۰	۶۰	۸۰	۱۰۰

ظرفیت سازی منابع انسانی در حوزه پژوهش های سلامت	اعتبار بخشی شده در کشور به کل برنامه ها							
	افزایش آزمایشگاههای مرجع آموزشی راه اندازی شده در کلان منطقه های کشور	تعداد+تعداد سال پایه	۰	۰	۰	۰	۱	۰
	نسبت تعداد پورتال های راه اندازی شده و یا ارتقاء یافته معاونت آموزشی و دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی به هدف	تعداد	۱ پورتال راه اندازی ۴ پورتال ارتقا یافته ۱ سامانه راه اندازی شده ۷ سامانه ارتقا یافته	۱ پورتال جدید	۱ پورتال جدید	۱ پورتال جدید	۱ پورتال جدید	۱ پورتال جدید
	افزایش تعداد محققان علوم پزشکی ایرانی در رتبه بندی یک درصد برترین دانشمندان جهان توسط (ESI)	تعداد	۰	۰	۰	۰	۰	۱
	افزایش تعداد محققان علوم پزشکی ایرانی با شاخص h معادل ۱۵ و بالاتر براساس Scopus	تعداد	۰	۱	۲	۳	استمرار	استمرار
	۱ با شاخص h معادل ۱۴							

هدف کلی	هدف کمی		وضعیت در پایان سال ۱۳۹۳	وضعیت در پایان سال ۱۳۹۴	سال های برنامه ششم				
	عنوان	عنوان			۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹
ارتقای کلی پژوهش علوم پزشکی	تعداد	افزایش تعداد مقالات براسناد در حوزه سلامت براساس Scopus	۵۲	۵۲	۵۵	۶۰	۶۵	۷۰	۷۵
	تعداد	افزایش تعداد مجلات علوم پزشکی نمایه شده در Scopus , PubMed	۰	۰	۰	۱	استمرار	استمرار	استمرار
	درصد	تعداد مقالات منتشر شده علوم پزشکی در پایگاه استنادی Scopus که در ۲۵٪ مجلات برتر هر رشته براساس	۱۴/۵	۱۶/۸	۱۸	۲۰	۲۲	۲۴	۲۶

								شاخص SIR یافت می شود به کل مقالات دانشگاههای علوم پزشکی	
۳	۲	۲	۱	۰	۰	۰	درصد	افزایش پژوهش های بین المللی حوزه سلامت نسبت به کل پژوهش های سلامت (براساس Int.Collaboration در گزارش سالیانه SCImago)	

* داده های کشوری می باشد و وضعیت استان مشخص نیست ولی برآورد می شود که مشابه کشوری می باشد.

راهندها، سیاست ها و اقدام های اساسی - سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی

سیاست کلی	راهنده	سیاست	اقدام اساسی
<p>بند ۲ و ۳</p> <p>سیاست های کلی سلامت</p>	<p>- ارتقاء حمایت های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی با تمرکز بر محیط زندگی، کار و جامعه</p> <p>- کاهش عوامل خطر بیماری های غیرواگیر</p> <p>- توسعه رویکرد مدیریت پیشگیری در همه امور</p> <p>- توسعه همکاری های بین بخشی میان دست اندکاران و ذینفعان بخش های مختلف جامعه</p> <p>- توسعه به اشتراک گذاری اطلاعات نظام های پایش</p> <p>- تحکیم بنیان خانواده</p> <p>- ترویج آموزش های اسلامی، معنوی و اخلاقی بمنظور افزایش آگاهی های عمومی</p> <p>- ارتقاء بهداشت روان جامعه</p> <p>- حمایت از مشارکت سازمانهای مردم نهاد در ارتقای شاخص های سلامت</p> <p>- ترویج سبک زندگی اسلامی-ایرانی</p> <p>- توسعه عادلانه خدمات سلامت روان</p> <p>- آموزش و نظارت در امر زایمان طبیعی و تقویت مراکز درمان ناباروری</p>	<p>- استقرار نظام جامع و یکپارچه سلامت</p> <p>- بازسازی، نوسازی و گسترش شبکه های بهداشت و درمان</p> <p>- توسعه و تکمیل شبکه های بهداشت و درمان</p> <p>- گسترش نظام مراقبت از عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در سطح تمام شهرستانهای کشور</p> <p>- گسترش برنامه مراقبت از تکامل کودکان شامل: ترویج تغذیه با شیر مادر، پایش رشد کودکان، اجرای برنامه های جدید ایمن سازی، مراقبت ادغام یافته ناخوشی های اطفال (مانا)، کنترل و پیشگیری کمبود ریز مغذی ها</p> <p>- گسترش دسترسی مردم به خدمات سلامت دهان و دندان در مراکز وابسته به دولت</p> <p>- ارتقاء برخورداری شاغلین از خدمات سلامت</p> <p>- ارزیابی نظام مند و زنجیره ای کیفیت مواد غذایی در محیط های سه گانه جامعه، خانواده و مراکز عرضه و فروش مواد غذایی</p> <p>- بازنگری و به روز رسانی برنامه های سلامت بر اساس اولویت های نظام سلامت، ارزشیابی ها و شواهد علمی به صورت نظام مند</p> <p>- نظارت و ارتقاء کیفیت مراکز عرضه و فروش مواد غذایی توسط مردم</p> <p>- تهیه پیوست سلامت برای قوانین و طرح های کلان توسعه ای</p> <p>- بررسی های پیمایشی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر و حوادث ترافیکی و جاده ای</p> <p>- اجرای سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در زمینه تعالی جمعیت و خانواده، ارتقا نرخ باروری و سلامت و تکامل کودک</p> <p>- گسترش آموزش های مهارت های زندگی، فرزندپروری، خودمراقبتی و جنسی زوجین</p> <p>- بازنگری و اصلاح نظام ارایه خدمات سلامت روان و مراقبت از بیماران</p> <p>- تعیین سهم و نقش دستگاه ها و سازمان های دولتی، بخش خصوصی و غیردولتی (سمن ها و شوراهای اسلامی) در ارتقای سلامت روان</p>	<p>- تدوین و اجرای برنامه کاهش و کنترل مصرف دخانیات</p> <p>- تدوین و اجرای برنامه افزایش تحرک مردم</p> <p>- تدوین و اجرای برنامه کاهش سوء مصرف مواد</p> <p>- تدوین و اجرای برنامه ترویج سبک زندگی سالم</p> <p>- تدوین و اجرای برنامه کنترل تولید؛ عرضه و تبلیغ خدمات و کالاهای آسیب رسان سلامت</p> <p>- تدوین و اجرای برنامه ارتقای سطح ایمنی و کاهش خطر واحدهای ارایه خدمات بهداشتی درمانی در برابر حوادث و بلایا</p> <p>- تدوین و اجرای برنامه ارتقای آمادگی و تاب آوری جمعیت عمومی کشور</p> <p>- استقرار برنامه کاهش عوامل زیان آور محیط کار</p> <p>- افزودن وارنیش فلوراید برای کودکان و آموزش بهداشت دهان و دندان در بسته خدمات پیشگیری</p> <p>- ادغام مراقبت ها و خدمات بهداشت دهان و دندان در شبکه بهداشتی-درمانی</p> <p>- استقرار سامانه جامع هشدار سریع آلودگی هوا</p> <p>- استقرار برنامه های مراقبتی محیط، جامعه و افراد</p> <p>- تدوین و اجرای برنامه جامع ایجاد توانمندی حل مسئله در جوانان و زوجین</p> <p>- ارایه خدمات ویژه به زوجین نابارور در قالب بیمه</p> <p>- اجرای برنامه سلامت و تکامل سال های اولیه زندگی</p> <p>- تدوین و اجرای برنامه استفاده از بخش خصوصی در ارایه خدمات تحکیم بنیان خانواده</p> <p>- تدوین و اجرای برنامه جامع حمایتی از سالمندان</p> <p>- بازطراحی برنامه های سلامت روان در قالب استاندارد «برنامه های سلامت»</p> <p>- تهیه و پخش تیزرهای آموزشی، تبلیغی و ترویجی سلامت روان با اولویت موضوعات عوامل خطر اجتماعی سلامت روان</p> <p>- راه اندازی سامانه ثبت اطلاعات خدمات بهداشتی-درمانی و کاهش آسیب اعتیاد</p> <p>- تدوین و اجرای پروتکل مدیریت استرس</p> <p>- استقرار برنامه پیشگیری از سوانح و حوادث با تمرکز بر حوادث ترافیکی</p>

سیاست کلی	راهبرد	سیاست	اقدام اساسی
بند ۴ و ۵ سیاست‌های کلی سلامت	<ul style="list-style-type: none"> - توسعه فعالیت‌های مراقبت‌های دارویی - توسعه و به‌کارگیری زیرساخت‌های الکترونیک به ویژه در ثبت و نظارت کالاهای سلامت و چرخه تامین و مصرف آن‌ها - محدود کردن ارایه‌دهندگان خدمات به تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور - تقویت و توسعه سیستم نظارت و ثبت دارو، واکسن و تجهیزات پزشکی به منظور تضمین کیفیت در سطح تولید، توزیع، ذخیره‌سازی و عرضه 	<ul style="list-style-type: none"> - فرهنگ‌سازی عموم مردم و ترغیب مصرف محصولات داخلی و اجتناب از محصولات خارجی - تقویت شرکت‌های دانش‌بنیان، مراکز رشد، پارک‌های علم و فن - آوری و شهرک دانش سلامت - اولویت‌دهی به توسعه و تولید داروها و واکسن‌های خاص (نیازهای بومی، خلق ثروت، چندان‌بودن و ...) - اصلاح قوانین و ضوابط و آیین‌نامه‌ها در راستای حمایت از تولید داخل - گسترش تجویز و مصرف منطقی دارو در کشور - توسعه مطالعات فرآورده‌های دارویی و ملزومات پزشکی در سطح عرضه - استقرار سیستم کنترل کیفیت در خدمات و مدیریت کلیه آزمایشگاه‌های غذا و دارو دانشگاه‌ها - جلوگیری از ترویج و تجویز دارو‌ها و تجهیزات پزشکی از مسیرهای القایی و غیراخلاقی - اجازه تجویز دارو و خدمات تشخیصی و درمانی و توانبخشی صرفاً بر مبنای نظام سطح‌بندی خدمات، راهنماهای بالینی، فارماکوپه و طرح ژنریک - مدیریت تامین تجهیزات پزشکی با اولویت حمایت از تولیدات داخلی استاندارد 	<ul style="list-style-type: none"> - مطالعه و اعلام سالانه داروها و فرآورده‌های استراتژیک - تجهیز آزمایشگاه‌ها و تأمین، آموزش و بروزرسانی نیروی انسانی آزمایشگاه‌ها - شناساندن محصولات به متقاضیان خارجی - تدوین برنامه جامع نظارت بر تولید فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، واکسن، محصولات زیستی و ملزومات و تجهیزات پزشکی - حمایت از کسب گواهی‌های بین‌المللی - اخذ تاییدیه‌های بین‌المللی برای فرآورده‌های دارویی، واکسن، بیولوژیک و - فعال سازی و تقویت واحدهای کنترل تجویز و مصرف منطقی دارو و تجهیزات پزشکی - تدوین برنامه کمی برای کاهش مصرف و هزینه‌های دارو و تجهیزات پزشکی - تعیین مشوق‌هایی جهت تولید و صادرات بخش دارو و تجهیزات - اصلاح نظام قیمت‌گذاری دارو - ایجاد سامانه نسخه الکترونیک - تدوین و تنظیم راهنماهای تجویز و مصرف دارو و سایر کالاهای سلامت - ارائه برنامه‌های تخصصی آموزشی با تمرکز بر بهره‌گیری از شواهد علمی در برخورد با تبلیغات دارویی برای مخاطبین گروه پزشکی - ایجاد نظام کنترل دقیق ارائه داروها و تجهیزات در داروخانه‌ها به منظور کاهش امکان ارایه اقلام خارجی جای دارو‌های نسخه‌شده داخلی - تهیه گزارش از بررسی نسخ جهت بازخورد به پزشکان - تهیه و ارسال گزارشات عملکرد رفتار تجویز داروی پزشکان و انجام مداخلات اصلاحی - تدوین بانک اطلاعاتی جامع استانی تجویز دارو و سایر کالاهای سلامت و بهره‌برداری از آن در برنامه ریزی‌های دارویی - تدوین، ابلاغ و استفاده از راهنماهای بالینی برای فرآورده‌های اولویت‌دار داروها، تجهیزات و ملزومات پزشکی - بازنگری فهرست داروهای مشمول بیمه و یارانه
			-

سیاست کلی	راهبرد	سیاست	اقدام اساسی
بند ۶ سیاست‌های کلی	<ul style="list-style-type: none"> - تأمین امنیت غذایی و تغذیه - ترویج سبب غذایی مطلوب بومی - توانمندسازی خانوارها در تامین و مصرف غذای سالم - نظارت موثر بر تولید و عرضه مواد غذایی - ارتقای شاخص برخورداری به آب آشامیدنی سالم مناطق شهری و روستایی - کاهش و کنترل فرآورده های غیر ایمن - آموزش گروههای آسیب پذیر در راستای استفاده بهینه از منابع غذایی در دسترس - کمک به تکمیل سبد غذایی گروهها و مناطق آسیب پذیر - استقرار و پایش مستمر نظام ایمنی غذایی - بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی - بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از آب پاک و سالم - بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از امکانات ورزشی همگانی - بهره‌مندی عادلانه آحاد مردم از فرآورده‌های بهداشتی ایمن - حمایت از مشارکت سازمانهای مردم نهاد در ارتقای شاخص های سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> - بازنگری سیاست‌ها و فرایندهای تنظیم بازار در جهت هماهنگی با سیاست‌های امنیت غذا و تغذیه - اجرای قانون عوارض بر محصولات و فرآورده های غذایی آسیب‌رسان به سلامت و اختصاص درآمدهای حاصل برای تولید و افزایش دسترسی به مواد غذایی سلامت‌محور - اجرای بسیج های آموزشی و فرهنگ سازی الگوی غذایی صحیح با تأکید بر کاهش مصرف قند، نمک و روغن و افزایش مصرف میوه و سبزی - تدوین و اجرای بسته های آموزشی ویژه رسانه های جمعی - تدوین و اجرای برنامه جامع شناسایی غذاهای بومی، تعیین ارزش تغذیه ای آنها و معرفی به جامعه - توسعه تعاونی‌های روستایی به منظور تأمین اقلام اساسی غذایی (سبزی، میوه، لبنیات و حبوبات) با قیمت مناسب - ایجاد مهارت‌های تغذیه‌ای در دختران در مقاطع بالای تحصیلی به منظور اصلاح الگوی مصرف خانواده - پیاده‌سازی سیستم بهبود کیفیت در واحدهای عرضه و توزیع مواد غذایی - گسترش و بهسازی مراکز نگهداری و ذخیره سازی مواد غذایی (سیلو، انبار، سردخانه) - نظارت بر مصرف هورمون و آنتی بیوتیک در مرغداری‌ها و دامداری‌ها - ساماندهی تغذیه در مهد کودک‌ها، مدارس و مراکز آموزشی و مراکز نگهداری تجمعی، آسایشگاه‌های سالمندان، سربازخانه‌ها و سلف سرویس‌های دانشجویی - تقویت سیستم پایش فرآورده‌های غذایی در سطح عرضه - ساماندهی پایگاه تغذیه سالم مدارس - شناسایی و کنترل شاخص‌های زیست محیطی اثرگذار بر سلامت - اجرای برنامه CBI ابتکارات جامعه محور - پایش شاخصهای ملی و معیارهای منطقه‌ای و جهانی امنیت غذا و تغذیه 	<ul style="list-style-type: none"> - استقرار شبکه ملی پایش غذا (پایش محصولات غذایی، آرایشی و بهداشتی) - برچسب‌گذاری اجباری (ترکیبات و زمان مجاز مصرف) محصولات غذایی، آرایشی و بهداشتی - نظارت و به‌روزرسانی زنجیره ایمنی غذا به صورت یکپارچه و بر اساس ارزیابی خطر - تدوین سبد غذایی مطلوب جامعه، متناسب با گروه‌های سنی - نظارت بر تولید و عرضه مواد غذایی و آشامیدنی با رویکرد و آگاهی به مردم و بخش خصوصی - اجرای برنامه مکمل یاری برای گروه‌های در معرض خطر - اجرای سند کاهش مصرف نمک، شکر و چربی - غنی‌سازی مواد غذایی عمده با هدف افزایش دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای از جمله غنی‌سازی اجباری شیر مدارس با ویتامین D و غنی‌سازی اجباری آرد با ویتامین D و روی علاوه بر آهن و اسید فولیک - اجرای برنامه ملی پیشگیری و کنترل اضافه وزن و چاقی - ادغام خدمات مشاوره تغذیه‌ای در مراکز بهداشتی، درمانی - تدوین، توسعه و اجرای برنامه‌های مکمل‌یاری گروه-های آسیب‌پذیر - تدوین و اجرای برنامه جامع بهسازی منابع و تاسیسات آب - اجرای برنامه تامین آب آشامیدنی سالم در مناطق فاقد دسترسی - اجرای برنامه حفاظت از منابع تامین آب آشامیدنی در برابر آلودگی‌ها - اجرای برنامه ایمنی آب آشامیدنی کشور - اجرای برنامه ارتقای آگاهی، جلب مشارکت مردم در مصرف بهینه آب - اجرای برنامه کاهش سموم و آلاینده ها و کودهای شیمیایی در مزارع کشاورزی - اجرای برنامه کاهش ورود پسماند به مزارع کشاورزی - اجرای برنامه کاهش استفاده از روغن ترانس و اسید های چرب اشباع در صنایع غذایی - اجرای برنامه کاهش استفاده از قند در محصولات غذایی به ویژه در نوشابه ها و آبمیوه ها - اجرای برنامه کاهش استفاده از نمک در صنایع غذایی - اجرای برنامه برچسب گذاری محصولات خوردنی،

سیاست کلی	راهبرد	سیاست	اقدام اساسی
			آشامیدنی و آرایشی
بند ۷ سیاست‌های کلی	<ul style="list-style-type: none"> - توسعه نظارت‌های مردم نهاد - تنظیم مشارکت میان بخش خصوصی و بخش دولتی در ارائه خدمات سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> - حمایت از سازمانهای مردم نهاد - اجرای برنامه توسعه نظارت شوراهای اسلامی شهر و روستا بر تدارک خدمات سلامت - تمرکززدایی در بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی - افزایش نقش نظارتی و دیده بانی تولید - اجرای روش و نقشه مشارکت خصوصی- عمومی در ارائه خدمات سلامت - اجباری شدن بیمه پایه سلامت برای آحاد مردم 	<ul style="list-style-type: none"> - ایجاد امکان دسترسی اطلاعات سلامت سایر سازمان‌های استان به دانشگاه - اجرای بسته‌های خدمت بیمه پایه، مکمل و غیر بیمه ای (آزاد) - اجرای نظام پایش، نظارت و ارزشیابی سلامت - تقویت دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی استان و کارگروه‌های تخصصی - اجرای سند ملی ایمنی زنجیره مواد غذایی از مزرعه تا سفره (تولید، نگهداری، فراوری، توزیع و عرضه) - اجرای سند ملی ارتقا رشد و تکامل دوران خردسالی - اجرای برنامه جامع ارتقای سلامت روان کشور - اجرای برنامه های کنترل و کاهش بیماریهای واگیر مقاربتی (H.P.V، S.T.D، HIV و ...) - اجرای برنامه ارتقای فرهنگ سلامت (تغذیه، تحرک، تناسب اندام، پرهیز از مصرف دخانیات و الکل، رفتارهای پرخطر) - اجرای سند یکپارچه مدیریت عوامل خطر بیماری‌ها (دیابت، سرطان، قلب و عروق، تنفسی، اسکلتی-عضلانی و ژنتیکی) - اجرای سند ملی پیشگیری از سوانح و حوادث - اجرای برنامه ساماندهی گروه‌ها و افراد دارای رفتار های پر خطر
بند ۸ سیاست‌های کلی	<ul style="list-style-type: none"> - تشویق بخش‌های غیردولتی به ایجاد زیرساخت‌های نظام سلامت در ارائه خدمات - توسعه مراکز دسترسی سطح ۲ و ۳ ارائه خدمات - اجرای بسته خدمات پایه و تکمیلی سلامت - ارتقای خدمات حمایتی مراقبتی جانبازان - ارتقای خدمات حمایتی مراقبتی معلولین - باز مهندسی فرآیندهای اصلی نظام شبکه بهداشتی و درمانی 	<ul style="list-style-type: none"> - تدارک خدمات ویژه برای گروه‌ها و بخش‌های آسیب‌پذیر - توسعه اورژانس هوایی جهت پوشش راه‌های فرعی و روستایی - گسترش پایگاه‌های اورژانس شهرها و جاده‌های اصلی به منظور پوشش کامل حوادث و فوریت‌ها بر اساس سطح بندی - استقرار مدل ارتقای سلامت حاشیه نشین‌ها و افراد آسیب‌پذیر و افزایش دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت - استقرار سطح بندی خدمات سلامت - استقرار نظام اعتبارسنجی ارایه‌کنندگان خدمت - توانمندسازی مهارتی کارکنان نظام سلامت - استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردهای کیفی و ایمنی خدمات - استقرار نظام جامع یکپارچه ثبت خطاها، تخلفات و شکایات پزشکی و هماهنگ‌سازی 	<ul style="list-style-type: none"> - اجرای برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جانبازان - اجرای برنامه جامع مراقبتی، حمایتی برای جامعه معلولان کشور - اجرای و اجرای برنامه بهبود ایمنی بیمار و بیمارستان دوستدار ایمنی - اجرای استانداردها و راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد - استقرار نظام ارجاع در خدمات سلامت - ارائه خدمات بی قید و شرط به مراجعه‌کنندگان اورژانس - اجرای روش و نقشه مشارکت خصوصی-عمومی در ارائه خدمات سلامت - توسعه بیمارستانهای هیات امنایی - توسعه بیمارستانهای مشارکتی (دولتی-خصوصی) - توسعه جامع خدمات اورژانس بیمارستانی و پیش‌بیمارستانی - آمایش سرزمین و ایجاد زنجیره تشخیص و درمان سرطان با مشارکت بخش غیر دولتی

سیاست کلی	راهبرد	سیاست	اقدام اساسی
		<ul style="list-style-type: none"> نظام‌های رسیدگی کننده به آن‌ها ساماندهی و یکپارچه‌سازی نظام ارایه خدمات سلامت در بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی بر اساس برنامه سطح‌بندی ساماندهی زنجیره آزمایشگاهی و تصویربرداری با مشارکت بخش غیر دولتی توسعه گردشگری سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> اجرای برنامه سطح بندی تخت‌ها، نیروی انسانی و تجهیزات بیمارستانی طراحی مدل مناسب خرید راهبردی خدمات سلامت و خرید عملکردی کلیه خدمات تدوین و استفاده از راهنماهای طبابت بالینی در نظام ارایه خدمات سلامت استقرار نظام جامع و یکپارچه ثبت خطاها، تخلفات و شکایات پزشکی و همچنین هماهنگ‌سازی نظام‌های رسیدگی کننده به آنها با مرجعیت سازمان نظام پزشکی استقرار پرونده الکترونیک سلامت و نظام جامع مدیریت اطلاعات سلامت
بند ۹ سیاست‌های کلی	<ul style="list-style-type: none"> مدیریت و تخصیص منابع با محوریت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مشارکت عادلانه مردم در هزینه‌های سلامت از طریق سازوکارهای پیش پرداخت و متناسب با درآمد/ دارایی و بهره‌مندی از خدمات متناسب با نیاز 	<ul style="list-style-type: none"> اولویت‌بندی خدمات سلامت در قالب تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه، تکمیلی، آزاد(غیر بیمه ای) و ممنوع توسط وزارت بهداشت اجرای برنامه توسعه بیمه‌های تکمیلی در تناسب با بسته‌های خدمات پایه و ضروری اجرای چارچوب‌های قانونی رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی 	<ul style="list-style-type: none"> استقرار نظام پرداخت ترکیبی با محوریت سرانه و پاداش به ازای کیفیت در سطح اول ارائه خدمات سلامت استقرار نظام پرداخت آینده‌نگر با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد در سطوح دوم به همراه پاداش به ازای کیفیت و کمیت استقرار نظام پرداخت عملکردی به منابع انسانی سلامت به ازای کمیت و کیفیت اجرای برنامه افزایش منابع مالیاتی از طریق تعریف منابع جدید مالیاتی (منابع حاصل از وقف، تورسم درمانی، خمس، ذکات و سایر وجوه شرعی اجرای برنامه اجرایی افزایش سهم دولت و بیمه‌ها در کل هزینه‌های سلامت تغییر در مدیریت مراکز بهداشتی درمانی با رویکرد واگذاری مدیریتی و کاهش تصدی‌گری دولت راه‌اندازی کامل سیستم ثبتی گردآوری داده‌های مالی بخش سلامت اجرای برنامه ویژه برای مدیریت هزینه‌ها و بیماران در معرض هزینه‌های فاجعه‌آمیز تعیین و اجرای مصادیق آسیب‌رسان سلامت تکمیل تمام فازهای چهارگانه طرح نظام نوین مالی با تأکید بر تهیه گزارشات مالی، هزینه‌ای و عملکردی برای کلیه واحدها که مبنای تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد قرار گیرد
بند ۱۰ سیاست‌های کلی	<ul style="list-style-type: none"> تأمین منابع پایدار مالی در بخش سلامت مدیریت بهینه منابع با استفاده از نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات 	<ul style="list-style-type: none"> ساماندهی حمایت خیرین از بیماری‌های صعب‌العلاج بهبود وضعیت عدالت عمودی و افقی در تأمین مالی خدمات سلامت اصلاح نظام پرداخت به ارایه کنندگان خدمات 	<ul style="list-style-type: none"> استقرار پرونده الکترونیک سلامت و نظام جامع مدیریت اطلاعات سلامت اجرای راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات درمانی

سیاست کلی	راهبرد	سیاست	اقدام اساسی
	- کاهش تقاضای القایی در خدمات سلامت	-	
بند ۱۱ سیاست‌های کلی	<ul style="list-style-type: none"> - افزایش آگاهی، مسئولیت- پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه - در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت ایشان - توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی و رعایت سبک زندگی سالم - حمایت از مشارکت مردم در تأمین و ارتقای سلامت کشور 	<ul style="list-style-type: none"> - هدایت مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها در ارتقای سلامت جامعه - توانمند سازی جامعه در خصوص مراقبت از سالمندان - ارایه آموزش‌های لازم به زنان و فعال کردن آنان جهت ارتقای آگاهی خانواده‌ها در زمینه شیوه‌های سالم زندگی با استفاده از امکانات رسانه‌های استانی و جمعی و آموزش و پرورش - توسعه فرهنگ ورزش در بین دختران و زنان، رفع موانع موجود و دسترسی آنان به امکانات مورد نیاز و بهینه‌سازی اوقات فراغت آنان - توسط سازمان‌های ذیربط - ترویج سبک زندگی سالم ایرانی اسلامی در جامعه - اجرای برنامه توسعه موقعیت‌های ارتقادهنده سلامت در محل‌های کار، مدارس، دانشگاه- ها، بیمارستان‌ها، محلات، روستا، شهر و استان - استفاده از سازمان‌های مردم نهاد در سیاست- گذاری و برنامه‌ریزی 	<ul style="list-style-type: none"> - اجرای برنامه ارتقای سواد سلامت ایرانیان - اجرای برنامه توانمندسازی خانواده‌ها برای خودمراقبتی به منظور رعایت سبک زندگی سالم و مدیریت ناخوشی جزئی، بیماری مزمن و حاد - اجرای برنامه آموزش سلامت در مدارس از پیش دبستان تا دبیرستان - اجرای برنامه توسعه آموزش اثربخش بیماران برای خودمدیریتی به ویژه در بیماری‌های مزمن - تهیه برنامه توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع در جوامع محلی - اجرای برنامه توسعه آموزش سلامت همگانی در رسانه‌های ارتباط جمعی با همکاری سازمان صدا و سیما و مطبوعات - اجرای برنامه توسعه آموزش سلامت مبتنی بر شبکه آی تی و فناوری‌های نوین اطلاعاتی و ارتباطی (E Health، MHealth) - اجرای برنامه یک سفیر سلامت در هر خانواده - اجرای برنامه توسعه گروه‌های خودیار، همیار و همسال حامی سلامت

سیاست کلی	راهبرد	سیاست	اقدام اساسی
بند ۱۳ سیاست های کلی	<ul style="list-style-type: none"> - تأمین و نگهداشت منابع انسانی مورد نیاز بخش سلامت - تربیت نیروهای عمومی و نیروهای واسط به جای تربیت تخصص و فوق تخصص در پاسخ به نیازها و بازار سلامت مبتنی بر استانداردهای جهانی - تعامل بین المللی فعال و الهام بخش در تربیت نیروی انسانی شایسته - توسعه سیستم های خبره تصمیم یار - تأمین و نگهداشت منابع انسانی مورد نیاز بخش سلامت - توسعه کمی و کیفی نظام آموزش علوم پزشکی 	<ul style="list-style-type: none"> - توسعه مقاطع تحصیلات تکمیلی مبتنی بر نیاز مانند طب سالمندی، پزشکی خانواده، طب تسکینی و ... - اجرای برنامه های مشترک علمی - آموزشی با مراکز معتبر جهانی - تعامل سازنده با مراکز معتبر علمی داخلی، منطقه ای و بین المللی در زمینه تبادل شواهد علمی و الگوهای نوین آموزشی - استقرار نظام اعتباربخشی و ارزیابی عملکرد ارائه کنندگان خدمات سلامت براساس ظرفیت کمی و کیفی ارائه خدمت و اصلاح نظام پرداخت، ارتقاء شغلی و تشویق براساس آن - بومی سازی دانش آموزش پزشکی و تولید شواهد معتبر - تقویت برنامه های آموزش مداوم ارائه دهندگان خدمات سلامت با رویکرد آموزش مجازی - برنامه توسعه آموزش های بین رشته ای 	<ul style="list-style-type: none"> - بازتعریف رشته ها، رشته ها و گروه های مختلف شغلی با هدف ایجاد و تقویت پست های شغلی واسطه (مثل بهیار، بهداشت - کار دهان و دندان، پزشک خانواده، مراقب سلامت و غیره) و به تناسب آن ایجاد رشته - محل های مورد نیاز برای تربیت این دسته از نیروها - اجرا و نظارت بر برنامه و کوریکولوم آموزشی رشته - های گروه علوم پزشکی، پیراپزشکی و زیستی، متناسب با نیازهای نظام سلامت، استانداردهای بین - المللی و مبتنی بر ارزش های اسلامی - ایرانی هر ۵ سال یک - بار - پذیرش دانشجوی خارجی (۲۰٪ ظرفیت برخی از دانشگاه های علوم پزشکی) - اجرای برنامه برای تأمین نیروی انسانی تخصصی مورد نیاز استان - اجرای برنامه تغییر محتوای آموزشی حرف پزشکی با هدف جامعه نگر کردن آموزش علوم پزشکی - اجرای برنامه تربیت نیروی انسانی زود بازده (جبران کمبود پرستار در کوتاه مدت) و ایجاد آموزشگاه های بهیاری
بند ۱۴ سیاست های کلی	<ul style="list-style-type: none"> - تبدیل شدن به قطب پزشکی منطقه - توسعه بکارگیری پژوهش در تصمیم سازی و ارائه خدمات سلامت - حمایت از تجاری سازی علوم و فنون سلامت با محوریت خلق ثروت - توسعه و تقویت زیرساخت های علم و فناوری - ارتقای کیفی پژوهش های حوزه سلامت - تأمین پایدار منابع مالی پژوهش - ساماندهی نظام تأمین مالی توسعه علم و فناوری سلامت - جذب منابع مالی پژوهش و 	<ul style="list-style-type: none"> - تسهیل ترجمان دانش توسط مجلات علمی - پژوهش با تهیه محتوای تصویری و یا صوتی و یا سایر محتواهای متنی برای انتقال یافته ها - بهبود سازوکار و الزام به کارگیری یافته های پژوهش در حیطه کمیت و کیفیت خدمات سلامت و تصمیم سازی نظام سلامت - سیاست گذاری انجام پژوهش بر داده های الکترونیک سلامت (از جمله پرونده الکترونیک بیماران) و برقراری اتصال ۱ آنها با سایر داده های مرتبط با سلامت - توسعه و حمایت از اجرای طرح های کاربردی و سفارش محور - تسریع و تسهیل فرآیند اجرایی ارزیابی و اعتبارسنجی شرکت های دانش بنیان - حمایت از شرکت های دانش - بنیان و تقویت صندوق های نوآوری و شکوفایی (مالی، معافیت های مالیاتی و ...) - حمایت از رشد و گسترش مراکز رشد و پارک های علم و فناوری در حوزه سلامت 	<ul style="list-style-type: none"> - مأموریت محور شدن قطب های پژوهشی در کشور - برنامه ریزی در جهت تحقق پزشکی فرد محور یا Personalized Medicine - اجرای برنامه حمایت از شرکت های دانش بنیان سلامت محور - اجرای نظام های ثبت نوین بیماری ها و پیامدهای سلامت به عنوان بستری مناسب جهت تولید شواهد ارزیابی وضعیت خدمات پیشگیری و درمانی در سیستم سلامت استان - اجرای برنامه توسعه ظرفیت جذب و به کارگیری دانشگران و فناوران - انتشار همه مجلات حوزه علوم سلامت به صورت الکترونیک - ایجاد بستر اختصاصی اینترنتی - پرسرعت برای شبکه دانشگاهیان نظام سلامت

سیاست کلی	راهبرد	سیاست	اقدام اساسی
	فناوری از مراکز بین‌المللی به ویژه کشورهای منطقه و جهان اسلام - تسهیل سازوکار فرآیند وقف و خیریه در تأمین مالی پژوهش و فناوری - تربیت و بکارگیری دانشگران - ترویج گفتمان علمی - توسعه دسترسی به دانش و تبادل آن	- توانمندسازی و فرهنگسازی توسعه فناوری - توسعه همکاری‌های علمی - فناورانه بین دانشگاه‌های داخل و خارج از کشور - گسترش تعامل با مراکز و نهادهای بین‌المللی با ایجاد پیمان‌های منطقه‌ای و یا عضویت در شبکه‌های همکاری بین‌المللی	

منابع کلان - سلامت و ارتقاء کیفیت زندگی

منابع کلان بخش با استفاده از حسابهای ملی سلامت

عنوان						سهم هر کدام از منابع به میلیارد ریال					
سال						۱۳۹۹	۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶	۱۳۹۵	۱۳۹۴
هزینه های وزارت بهداشت، سازمانهای بهداشتی و درمانی و سازمانهای وابسته						۲۰۸۰	۲۳۳۰	۲۶۰۹	۲۹۲۲	۳۲۷۳	۳۶۶۶
بیمه ها						۱۷۴۰	۱۹۵۰	۲۱۸۵	۲۴۴۷	۲۷۴۰	۳۰۷۰
سایر						-	-	-	-	-	-
جمع بخش دولتی						۳۸۲۰	۴۲۸۰	۴۷۹۴	۵۳۶۹	۶۰۱۳	۶۷۳۶
پرداخت مستقیم						۳۲۲۰	۳۶۰۶	۴۰۴۰	۴۵۲۴	۵۰۶۷	۵۶۷۵
سایر						-	-	-	-	-	-
جمع بخش خصوصی						۸۰	۸۹	۱۰۰	۱۱۳	۱۲۶	۱۴۰
جمع کل هزینه های سلامت						۳۹۰۰	۴۳۶۹	۴۸۹۴	۵۴۸۲	۶۱۳۹	۶۸۷۶

منابع مالی مورد نیاز تحقق اهداف کمی از محل درآمدهای عمومی

میلیارد ریال

ردیف	شرح	از محل درآمدهای عمومی					
		۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	جمع
۱	اعتبارات هزینه ای	۲۰۴۰	۲۲۸۴	۲۵۵۸	۲۸۶۳	۳۲۰۷	۱۲۹۵۲
	فصل بهداشت	۴۷۰	۵۲۶	۵۹۰	۶۶۰	۷۳۹	۲۹۸۵
	فصل درمان	۱۵۰۰	۱۶۸۰	۱۸۸۰	۲۱۰۵	۲۳۵۸	۹۵۲۳
	فصل تحقیق و توسعه در امور سلامت	۷۰	۷۸	۸۸	۹۸	۱۱۰	۴۴۴
۲	اعتبارات تملک دارایی های سرمایه ای	۶۰	۶۸	۷۷	۸۶	۹۶	۳۸۷
	فصل بهداشت	۳۰	۳۴	۳۸	۴۲	۴۷	۱۹۱
	فصل درمان	۲۰	۲۲	۲۵	۲۸	۳۱	۱۲۶
	فصل تحقیق و توسعه در امور سلامت	۱۰	۱۲	۱۴	۱۶	۱۸	۷۰
۳	جمع	۲۰۹۰	۲۳۵۲	۲۶۳۵	۲۹۴۹	۳۳۰۳	۱۳۳۳۹