

چالش ها و راهکارهای توسعه حوزه بهداشت کشور، از دیدگاه معاونان بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی و روسای مراکز بهداشت استان ها

بهزاد دمازی: استادیار، گروه مولفه های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران - نویسنده رابط:

bdamari@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۲/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: بهبود عادلانه شاخص های سلامت کشور در گرو توجه متعادل و منطقی به نیازهای بهداشتی در مقابل نیازهای درمانی است. تصویر بیماری ها و جمعیت در سه دهه گذشته تغییر کرده و نیازمند آن است که خدمات فعلی حوزه بهداشت کشور با نیازهای مردم در حال و آینده نزدیک تطبیق داده شود و در این میان معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی مسئول تطبیق و استقرار برنامه های جدید بهداشتی است و آگاهی از چالش های این معاونت ها به تعیین نقاط تمرکز در توسعه بهداشت کشور کمک خواهد کرد **روش کار:** شرکت کنندگان در این بررسی کلیه معاونان بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور است. سوال اصلی مطالعه عبارت بود از « چالش ها و راهکارهای حوزه بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی کشور در حیطه تولید، منابع و خدمات چیست؟ » و روش جمع آوری اطلاعات پرسشنامه کتبی و جلسات بحث گروهی متمرکز با شرکت کنندگان بوده است.

نتایج: نتایج این بررسی نشان می دهد که معاونت های بهداشتی دانشگاه ها چالش های متعددی دارند که به دلیل مزمن بودن آنها و اضافه شدن بار اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، مضاعف شده است و آثار آن هم در حوزه ستادی و هم در دانشگاه های مجری برنامه پزشک خانواده مشهود است. چالش ها در هر سه حیطه تولیدی، منابع و خدمات از نظر گویه ای توزیع متوازی ندارند و حیطه تدارک خدمات و منابع عمده ترین مشکلات را در بر دارند اما راهکارهای ارائه شده از طرف شرکت کنندگان بر اصلاح تولیدی حوزه بهداشت تاکید دارد و تراکم گویه های مطرح شده در حیطه تولید بیشتر است. دانشگاه ها مقصر اصلی مشکلات پدید آمده را ستاد وزارت بهداشت می دانند.

نتیجه گیری: با توجه به تعدد مشکلات مطرح شده و تمرکز آنها در حیطه تولید، چالش های موجود مانع از استقرار مواد قانونی برنامه پنجم توسعه در بخش بهداشت خواهد بود. برای دستیابی به شاخص های برتر سلامت از نوع عادلانه، به حداقل ده اقدام ملی در حوزه بهداشت دانشگاه ها نیاز است: فعال شدن شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و تشویق پاسخگویی اجتماعی کلیه بخش های دولتی، خصوصی و غیردولتی، تدوین برنامه ده ساله برای حوزه بهداشت و تقسیم کار ستادی، تعیین انتظارات عمومی و اختصاصی سالانه از حوزه بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی در قالب موافقت نامه بودجه ای و ایجاد رقابت سلامت محوری بین استان ها و شهرستان، تعیین تکلیف ساختار خدمات سلامت در سطح شهر و حاشیه شهرها و تطابق آن با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، ارزشیابی برنامه های موجود حوزه بهداشت، بازنگری و یکپارچه سازی آنها، رفع همپوشانی واحدهای موازی در ساختار سازمانی ستادی، افزایش منابع مالی حوزه بهداشت کشور و قدغن کردن هزینه شدن این منابع در مصارفی غیر از برنامه های بهداشتی، رضایت سنجی عمومی مدیران و کارکنان بخش بهداشت و اجرای برنامه نگه داشت و ارتقای سرمایه انسانی بخش بهداشت، استقرار داشبورد وضعیت سلامت تا سطح شهرستان و برنامه ارتقای مدیریت امکانات، تجهیزات و استانداردهای مراکز بهداشتی درمانی از جمله این نیازمندی هاست.

واژگان کلیدی: بهداشت، معاونت بهداشتی، پزشک خانواده، نظام ارجاع

مقدمه

در دو دهه گذشته بر اساس برنامه های بهداشتی مصوب دهه شصت و هفتاد به تدریج خدمات بهداشتی برای مراقبت مادران باردار، کودکان (از جمله واکسیناسیون و تغذیه)، خدمات بهداشت محیط و حرفه ای و مراقبت از بیماری های واگیر تدارک دیده و موجبات کاهش مرگ های زیر یک سال، زیر ۵ سال، مادران باردار، سوء تغذیه کودکان و مرگ ناشی از بیماری های عفونی و در نهایت افزایش امید به زندگی شده است (Rashidian et al. 2012). این موفقیت-ها تنها به فعالیت های بخش بهداشت کشور مرتبط نیست بلکه اقدامات بین بخشی از جمله افزایش دسترسی مردم به زیرساخت های آموزشی فرهنگی، ارتباطی و رسانه ای، آب بهداشتی، برق، جاده و بهبود امنیت غذایی سهم خود را در این بهبود داشته اند. این موضوع به خصوص در روستاها بیشتر نمایان بوده است (Marandi et al. 2012). اما مهاجرت از روستاها به شهرها و افزایش جمعیت شهری و حاشیه شهرها چالش های جدیدتری نه فقط برای مراقبت های مادر و کودک و بیماری های واگیر ایجاد کرده بلکه مشکلات عصر حاضر در زمینه شیوع و بروز بیماری های غیر واگیر و مسائل اجتماعی مختلف را نیز نمایان کرده است (WHO 2008b). در دهه ۸۰ برای مقابله با این چالش ها دو اقدام ملی بهداشتی در نظر گرفته شد مطابق قانون برنامه پنج ساله چهارم شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و کارگروه های متناظر استانی تشکیل شد (Islamic parliament of Iran 2011) و سپس برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع از سطح روستاها و شهرهای زیر بیست هزار نفر شروع شد و کشور دور جدیدی از برنامه های بهداشتی را آغاز کرد. مرور دستاوردهای این دو برنامه در یک دهه گذشته نشان می دهد علی رغم فعالیت ده ساله شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، نتایج سلامت محور، ملموس و قابل سنجشی اتفاق نیافتاده است و

می توان این سال ها را به عنوان شروع کار، توانمند سازی و تمرین کارگروهی بین بخشی در نظر گرفت (Damari et al. 2014a) قانون برنامه پنج ساله پنجم وزارت بهداشت موظف بوده است که اقداماتی برای بهبود شاخص های سلامت انجام دهد که مهمترین این مداخلات موضوع مواد قانونی ۳۲، ۳۷ و ۳۸ بوده است فهرست کلیدی از آنها به شرح زیر بوده است (Islamic parliament of Iran 2011). بر اساس شرح وظایف قانونی دانشگاه های علوم پزشکی، شرح خدمات حوزه بهداشت دانشگاه به شرح جدول شماره ۱ است (MOH 2010). در سال های گذشته مجموعه سیاست ها، برنامه ها و عوامل بیرونی از جمله عوامل سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فن آوری، زیست محیطی و بین المللی به مانند هر بخش دیگری حوزه بهداشت دانشگاه ها را نیز تحت تاثیر قرار داده است و چالش های جدی را ایجاد کرده است، که نمونه ای از آن وجود تحریم های بین المللی و کاهش درآمد کشور بوده است (WHO 2008b). تعیین چالش ها دستیابی به اهداف برتر در حوزه بهداشت و راهکارهای برون رفت از آن در ابتدای شروع به کار طرح تحول سلامت دولت یازدهم به برنامه ریزی ملی برای توسعه بهداشت کشور و ارزیابی های آتی از میزان موفقیت آن کمک خواهد کرد.

روش کار

این مطالعه کیفی بوده و از دو روش پرسشنامه کتبی و بحث گروهی متمرکز در جمع آوری اطلاعات استفاده شده است. روش نمونه گیری در این مطالعه از نوع عمدی (Intentional) بوده و کلیه معاونان بهداشت و روسای مراکز بهداشت استان به عنوان جامعه آماری مدنظر بوده اند. به منظور اطلاع از وضع موجود حوزه بهداشت از منظر معاونان بهداشت و روسای مرکز بهداشت استان ها انجام شده است. این مطالعه برای پاسخ دادن به دو سوال زیر اجرا شده است:

بحث حضور داشتند. همه شرکت‌کنندگان ابتدا به صورت فردی به دو سوال بحث گروهی پاسخ داده‌اند و سپس به نوبت نظرات خود را بیان کرده و نظرات تکمیلی و اصلاحی روی وایت‌برد ثبت و مکتوب شده است. در مجموع برای پاسخ دادن به دو سوال فوق‌شش بحث گروهی متمرکز تشکیل شد. کلیه داده‌ها به دست آمده از هر دو روش در قالب سه تم اصلی و زیر حیطه‌های آن تحلیل شد. این تم‌ها و زیر حیطه‌های آن بر اساس چارچوب کارکردهای نظام سلامت و به شرح زیر تعیین شده بود (WHO 2000).

۱- تولید (اطمینان از راهبری رسمی و داشتن برنامه، ساختار، هماهنگی درون بخشی، جلب حمایت، نظارت و مقررات، حقوق سلامت، همکاری بین بخشی و مشارکت مردم)

۲- منابع (تامین مالی، نیروی انسانی، اطلاعات، تجهیزات و دارو)

۳- تدارک خدمات (ارتقای سلامت، پیشگیری، تداوم درمان و بازتوانی)

در مجموع بیش از هفتاد درصد از معاونان بهداشتی دانشگاه‌ها در بحث‌های گروهی مشارکت داشته‌اند.

نتایج

نتایج در دو بخش چالش‌ها و راهکارها ارائه شده است:

الف) چالش‌های بخش تولید حوزه بهداشت کشور

۱- حیطه فرابخشی: از یک سو وزارت بهداشت در

استیفای تکالیف و وظایف تولیدی نظام سلامت

کم‌توان است و از سوی دیگر ضعف مفرط در

مسئولیت‌پذیری و ایفای تعهدات ملی و استانی

توسط وزارتخانه‌ها و نهادهای اجرایی مشاهده

می‌شود. دغدغه‌ها و اولویت‌های نظام سلامت در

سیاست‌های عمومی دولت جایی ندارد و

مصوبات شورای سلامت استان ضمانت اجرایی

ندارد. نمایندگان مجلس شورای اسلامی و برخی

از مسئولان انتظارات و مداخلات نابجا دارند.

۱- در حال حاضر چالش‌های عمده معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی در ارائه خدمات بهداشتی به مردم چیست؟

۲- راهکارهای برون‌رفت از شرایط فعلی چیست؟

در دو نوبت برای جمع‌آوری اطلاعات اقدام شد. در نوبت اول با مکاتبه رسمی مقامات مسئول، پرسشنامه‌ای تدوین و به کلیه دانشگاه‌ها ارسال شد، در این مکاتبه هدف از ارسال پرسشنامه، روش پاسخ‌دهی مخاطبان به پرسش‌ها شرح داده شده بود و در نهایت شیوه جمع‌بندی و کاربرد نتایج برای مخاطبان شرح داده شد.

برای پاسخ‌دهی به این پرسشنامه ابتدا باید کارشناسان مسئول هر حیطه چالش‌ها و راهکارها را ارائه می‌کردند و سپس جمع‌بندی در شورای مدیران معاونت بررسی و نهایی می‌شد، چالش‌ها و راهکارهای برون‌رفت به تفکیک واحدهای موجود ستادی حوزه بهداشت (حیطه‌های سلامت روانی اجتماعی اعتیاد، بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های واگیر، تغذیه، مدیریت سلامت در بلایا، جمعیت و سلامت باروری، سلامت مادر و کودک و سلامت محیط و کار) در هر دانشگاه جمع‌بندی و ارسال شده بود. میزان پاسخ‌دهی به این پرسشنامه بیش از ۸۰٪ بوده است. در بخش دوم با مکاتبه رسمی مقامات مسئول، معاونان بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی در دو روز متفاوت دعوت شدند، در این نامه برنامه بحث متمرکز گروهی تشریح شده بود. ابتدای کارگاه پس از تشریح اهداف کارگاه و روش انجام کار دانشگاه‌ها به سه گروه تقسیم شدند. مبنای تقسیم حضور متناسبی از دانشگاه‌های تیپ یک، دو و سه در هر گروه بود و هر گروه طی دو بحث گروهی متمرکز به دو سوال اصلی مطالعه پاسخ دادند و پس از پایان هر بحث گروهی نتایج در جمع ارائه شده و نکات تکمیلی از سوی شرکت‌کنندگان اضافه شد. در هر جلسه بحث گروهی یک یا چند نفر از مدیران حوزه ستادی نیز حضور داشتند و شش نفر تسهیل‌گر آشنا به بحث‌های گروهی متمرکز نیز برای نظارت فرآیند

و اثرات خود را در سطح استان به جای می‌گذارد. چارت تشکیلاتی معاونت‌های بهداشتی قدیمی است و پاسخگوی شرایط فعلی نیست. به طور کلی جایگاه فعلی معاونت بهداشتی در دانشگاه ضعیف است. فرآیند بررسی و پیگیری حصول به شاخص‌های استانی و ملی مدون نیست.

۳- مشارکت مردم: واحد جلب مشارکت مردمی (حوزه بهداشت) و واحد خیرین سلامت (رئیس دانشگاه) ارتباط درستی ندارند. در استفاده از امکانات خیرین ضعف مدیریتی وجود دارد. انتظار بیش از حد خیرین سلامت از سیستم بهداشتی و شرطی نمودن مشارکت خود مسئله- ساز شده است. استفاده از امکانات خیرین گاهی سیاسی است و به نفع مردم محروم ممکن است نباشد. خدمات قابل واگذاری به سمن‌ها و تعرفه ارائه خدمات سمن‌ها در بخش بهداشت مشخص نیست. از سیاست گذاری تا اجراء ارتباط و جایگاه سمن‌ها در کشور نامشخص است. سمن‌ها انتظارات غیر منطقی از بخش سلامت دارند. کمبود قوانین روشن برای ارتباط با سمن‌ها وجود دارد. راکد بودن برنامه داوطلبین سلامت در وزارت بهداشت و نبود چشم انداز روشن برای ارتقای برنامه مشارکت مردم مشاهده می‌شود. مشارکت مردم صرفاً در برنامه رابطین سلامت خلاصه شده است. شناخت افراد تاثیرگذار در میان رابطین بهداشتی انجام نمی‌شود و حدود انتظارات از رابطین شفاف نیست. مداخله مردم در پزشکی جامعه نگر از آموزش تا اجراء کم رنگ است. مردم از حقوق سلامت خود آشنایی کافی ندارند و فضای باز برای مشارکت مردم کم است. مردم از اولویت‌های حوزه بهداشت شناخت کافی ندارند و برای مشارکت در برنامه‌های بهداشتی ترغیب نمی‌شوند. در اجرای اصل ۴۴ قانون اساسی در زمینه واگذاری خدمات سلامت به

دستورالعمل و نحوه ارائه خدمات سایر نهادها در حوزه سلامت یکسان نیست و هر سازمانی برای خود خدماتی را تدارک دیده است. دلایل این مسائل را باید در ضعف هماهنگی و همکاری فرابخشی معاونت بهداشتی با سایر وزارتخانه‌ها دانست از جمله اینکه علی‌رغم ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم پیوست سلامت در برنامه‌های کشوری و استانی وارد نشده است به عنوان نمونه صدا و سیما برای پخش برنامه‌های بهداشتی طلب پول می‌کند.

۲- نظارت: پایش واحدهای استانی و شهرستانی توسط ستاد وزارت نظام‌مند نبوده و استمراری ندارد در صورت انجام از نتایج پایش جهت توزیع مجدد منابع در سطح ملی، تشویق و تنبیه و پرداخت‌ها استفاده نمی‌شود، از جمله اینکه منابع مورد نیاز در پروسه نظارت (خودرو، کارشناس، حق مدیریت) محاسبه نشده است، هماهنگی بین فرم‌های ارزشیابی سالانه پرسنل بهداشتی وجود ندارد. نظارت‌ها بر شاخص‌های فرآیندی تاکید داشته و کمتر به شاخص‌های پیامدی (Outcome و Impact) و اثر نهایی تاکید دارد. نظارت بر امور مدیران ارشد و ستادی کم اهمیت است و بسته‌های نظارتی آنان جهت پایش برنامه‌ها ناهماهنگ است، فرهنگ خود ارزیابی ضعف داشته و ضرورت دارد ابزار عینی وجود داشته باشد. به طور خلاصه جای یک برنامه ملی ارزشیابی برای همه سطوح با قابلیت انعطاف پذیری در شرایط بومی خالی است. شاخص‌های بهداشتی در رتبه‌بندی دانشگاه‌ها لحاظ نمی‌شود. ضعف ساختاری و عملکردی واحدهای ستادی در سطح استانی نمود پیدا کرده است. تداخل کاری و موازی کاری درون و برون بخشی با سایر دستگاه‌های اجرایی و سایر معاونت‌های وزارت مشهود است

عمومی در کارکنان مشهود است. عدم تناسب نیروی انسانی موجود با خدمات مورد انتظار به خصوص در حوزه بهداشت مدارس و روان مشهود است.

فرآیند انتصاب و انفصال مدیران معین نیست و دوره‌های آموزشی مدونی برای مدیران بخش بهداشت وجود ندارد. خیلی از اوقات مدیران بهداشتی دانشگاه‌ها در امورات غیر بهداشتی درگیر هستند. به طور کلی کمبود نیروی انسانی از نظر کمی و کیفی وجود دارد و کاریکولوم‌های آموزشی بر اساس نیازهای بخش بهداشت بازبینی نمی‌شود. کمبودها به ویژه در حوزه سلامت دهان، تغذیه و بهداشت روان بیان می‌شود. پست سازمانی برای نیروهای ستادی برنامه پزشکی خانواده تخصیص داده نشده است.

به امر تجربه توجه کافی نمی‌شود. وقتی نیروی انسانی از دست می‌دهیم دیگر قادر به بکارگیری نیستیم. چند پیشه بودن افراد در حوزه معاونت بهداشتی یک موضوع مهم و مانعی برای ارتقای بهداشتی جمعیت تحت پوشش است. توانمندسازی کارکنان، کارشناسان و پزشکان شاغل در نظام شبکه به شدت دچار ضعف است. کارکنان به تحصیلات تکمیلی تمایل بیش از حد دارند که در اجرای امور جاری معاونت‌های بهداشتی مانعی به وجود می‌آید. توانمند سازی کارشناسان به دلیل کمبود امکانات مالی کم رنگ شده است. سیستم آموزشی فعلی ضعیف بوده و ضعف در بروز رسانی فعالیت‌های آموزشی و عدم استفاده از آموزش‌های نوین مشاهده می‌شود. جهت ارتقاء کارشناسان و مدیران در رابطه با آموزش‌های ضمن خدمت نیازمند قانون هستیم. برنامه‌های توانمندسازی بر مبنای نیازسنجی کارشناسان و مدیران انجام نمی‌شود و برنامه جامع توانمند سازی کارکنان وجود ندارد.

قوانین سلیقه‌ای در بحث‌های توانمندسازی وجود دارد، بسیاری از این برنامه‌ها به معاونت توسعه سپرده شده و معاونت بهداشتی مورد ملاحظه قرار نمی‌گیرد. پایش و ارزشیابی ناکافی برنامه‌های توانمندسازی وجود دارد، معلوم نیست برنامه توانمند سازی وقتی اجرا می‌شود

بخش خصوصی ضعف داریم. در تبیین برنامه-های حوزه سلامت بین مردم جهت استفاده از فرصت‌هایی مثل وقف و سایر کمک‌های مردمی ضعف داریم. نظام مراقبت بیماری‌ها در بخش خصوصی ضعف دارد. توانمند سازی مردم بطور جدی مورد ملاحظه نبوده است و برنامه جامعی در وزارت بهداشت برای این موضوع وجود ندارد.

ب) چالش‌های حیطة منابع بخش بهداشت کشور
۱- نیروی انسانی: سابقه خدمت به‌روزان بالا بوده و ناکارآمدی آنها در اجرای برنامه‌های جدید و حجم روز افزون خدمات بهداشتی مشهود است، مشکلات در فرآیند جذب به‌روز (ادغام یافته با جذب نیروی انسانی و فراخوان مشترک) وجود دارد. اکثریت نسبی پست‌های سازمانی بلا تصدی است (عدم صدور مجوز استخدام). دانش و مهارت و جنسیت فارغ‌التحصیلان بکارگرفته شده با وظایف سازمانی کمتر متناسب است. نقل و انتقال خارج از ضوابط نیروی انسانی وجود دارد. پزشک مورد نیاز تامین نمی‌شود و مشکلات فرآیند جذب و ماندگاری نیروهای طرحی بخصوص پزشک وجود دارد. تمایل روز افزون پزشکان به خروج از بخش بهداشت و پرداختن به خدمات پردرآمدی از جمله مراکز درمان اعتیاد (MMT) وجود دارد. پزشکان جهت اشتغال در واحدهای ستادی شهرستان، استان و پست‌های مدیریتی انگیزش ندارند. معاونت بهداشت در توزیع نیروی انسانی طرحی نقشی ندارد. حذف و اختیاری بودن طرح نیروی انسانی در برخی رشته‌ها وجود دارد. ضریب محرومیت منطقه‌ای نامتناسب است.

تشویق و تنبیه برای کارکنان بهداشتی نظام مند نیست و سیستمی برای نگهداشت نیروی انسانی بخش بهداشتی طراحی و اجرا نشده است. ضعف انگیزش

نمی‌شود. به مکمل‌های دارویی بودجه تخصیص داده نمی‌شود و اعتبارات برنامه سلامت باروری کم است، تعرفه‌های بهداشتی (بهداشت محیط) با تاخیر اعلام می‌شود. ردیف‌های متمرکز بخش بهداشت به موقع ابلاغ نمی‌شود. معاونت بهداشت در مصوبات هیأت امنای نقش کم‌رنگی دارد. محدود بودن اختیارات معاون بهداشتی دانشگاه در تامین و توزیع اعتبارات بخش بهداشت یک مسئله اساسی است. تعرفه‌های پاراکلینیک مشکل دارد، اعتبار داروهای حمایتی و مکمل‌ها در خانه‌های بهداشت حذف شده است. ردیف خرید دارو برای خانه‌های بهداشت حذف شده است.

اختیار در پرداخت‌های پرسنلی از محل اعتبارات ابلاغی برنامه‌ای وجود ندارد. در جذب بودجه از سایر منابع خارج از بخش بهداشت برنامه‌ای وجود ندارد. شهرستان‌های جدید و دانشگاه‌های جدید چالشی برای بخش بهداشت و منابع آن به وجود آورده

۳- تجهیزات و فضای فیزیکی: کمبود اعتبارات عمرانی به طور کلی وجود دارد. نیاز به راه اندازی واحدهای جدید طبق طرح گسترش وجود دارد و منابع آن کمبود دارد. فضاهای فیزیکی و خودروها فرسوده و کم هستند و کمبود منابع برای تامین آن وجود دارد. ابنیه جانبی در نقشه‌های تیپ نادیده گرفته می‌شود. تجهیزات و لوازم پزشکی استاندارد پایینی داشته و مستعمل هستند و گاهی وظایف نظارتی با تجهیزات موجود تناسبی ندارد. تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی کالبره نیست و فهرست آنها تجدید نشده است. اعتبار بهبود استاندارد از سال ۱۳۹۰ تخصیص داده نمی‌شود. تجهیز واحدهای آزمایشگاهی اعتبار کمی داشته و کمبود وسایط نقلیه بالاخص موتورسیکلت وجود دارد.

در طراحی و ساخت واحدها عدم توجه به شرایط منطقه‌ای دیده می‌شود. نقشه ساختمانی با نیازمندی‌ها ناهمخوانی دارد و کمبود سالن کنفرانس و وسایل کمک آموزشی مشهود است. نظارت بر نگهداری و تعمیرات اساسی فضاهای فیزیکی وجود ندارد، بخشی از واحدهای

در کجا مورد استفاده قرار می‌گیرد. گاهی اوقات توانمندسازی برای ارتقای کیفیت کار نیست بلکه برای گرفتن امتیاز است. موازی کاری در برنامه‌های توانمندسازی در بخش‌های مختلف دانشگاه وجود دارد. کم‌رنگ بودن جایگاه پژوهش در توسعه سلامت و برنامه‌های توانمندسازی مشهود است. استفاده از ظرفیت‌های دانشگاه‌های آزاد و پیام نور برای توانمندسازی توصیه می‌شود. توانمندسازی مدیران اولویت اول است. برنامه‌ریزی نامناسب و اجرای غلط دستورالعمل ارتقای شغلی وجود دارد. گاهی افراط و تفریط در عرصه توانمندسازی کارکنان مشهود است. وجود تغییرات مکرر در قوانین ارزشیابی کارکنان و نبود برنامه مناسب برای توانمندسازی به‌روزان با توجه به نیازهای روز از دیگر مشکلات توانمندسازی کارکنان است. به دلایل متعدد از جمله مسائل اجتماعی و اقتصادی کاهش میل و رغبت به اشتغال در بخش بهداشت به وجود آمده است.

۲- منابع مالی: به طور کلی کمبود سرانه سلامت و ناهمخوانی با مشکلات امروزی جامعه وجود دارد. تخصیص اعتبارات در ستاد ملی نظام‌مند، عادلانه و به موقع نیست. معاونت‌های بهداشت استقلال مالی ندارند، سطح ملی اصرار در هزینه کرد درآمد اختصاصی دارد. نظارت ناکافی بر درآمدهای اختصاصی و عدم تخصیص کامل آن به حوزه سلامت در برخی دانشگاهها وجود دارد. تبدیل اعتبارات ملی به استانی باعث شده که معاون بهداشتی کمترین نقش را در استفاده از بودجه‌های استانی داشته باشد. اعتبارات برخی برنامه‌ها ناکافی است و متناسب با بار بیماری‌ها یا شیوع و بروز بیماری‌ها و عوامل خطر لازم به مداخله نیست (مثل سلامت روان). منابع برای برنامه‌های مناسبی تخصیص داده نمی‌شود. تفاوت فاحشی در نظام پرداخت پزشکان در بخش درمان (دولتی/خصوصی) و بهداشت وجود دارد.

تملک دارایی دانشگاه به استانداری اختصاص یافته و استانی شده و همین اعتبارات نیز کم است. سهم برنامه‌های آموزشی در ابلاغ اعتبارات برنامه‌ای مشخص

است. هماهنگی نبودن سایر نهادها با برنامه‌های سلامت را باید به این مسئله اضافه کرد. شاخص‌های پایش و ارزشیابی این برنامه‌ها شفاف و هماهنگ نیست. ناهماهنگی بین برخی معاونین بهداشت و درمان در خصوص برنامه‌های سطح دو وجود دارد. قبل از ابلاغ برنامه‌ها از دانشگاه‌ها نظرخواهی نمی‌شود. معاونت‌های بهداشت و درمان در اجرای برنامه‌های سلامت هماهنگ نیستند. برنامه‌های موازی (دیابت و فشار خون) در دسر ایجاد می‌کند. برنامه‌های فعلی بهداشت همه از بالا به پائین می‌آیند. برنامه‌های دهان و دندان و سلامت روان با چالش روبرو است.

برخی از برنامه‌های جدید سلامت از نمونه‌های غیر بومی کپی شده و عدم تطبیق آن با برنامه‌های پایه ای که قبلاً اجرایی شده است وجود دارد. برنامه سلامت شهری و تعداد واحدهای جمعیت تحت پوشش متناسب نیست و اساساً برنامه‌های بهداشتی در مراکز شهری غیر فعال است تا فعال.

بازنگری در برنامه‌های بهداشتی سطوح مختلف ضرورت دارد و از مجریان و خبرگان استانی، بهترین تجربیات سایر کشورها در تدوین برنامه‌ها استفاده نمی‌شود. نیاز به تغییر در برنامه‌های آموزشی به‌روزان و کادر بهداشتی با توجه به برنامه‌های جدید بهداشتی وجود دارد. کم رنگ بودن نگرش کلان و برنامه ریزی در برنامه‌های جاری سلامت مشهود است. ناهماهنگی شاخص‌های ۵۲ گانه عدالت در سلامت با فعالیت‌های ادارات کل حوزه معاونت بهداشت وزارت وجود دارد و تاسیس مراکز تحقیقات مولفه‌های اجتماعی سلامت نامتناسب با ظرفیت دانشگاه‌ها است.

سطوح مختلف خدمات سلامت در اجرای برنامه‌ها ارتباط مناسبی ندارند و کمبود فلوچارت جامع در کل وزارت بهداشت برای تعریف چگونگی ارتباط بین سطوح مختلف وجود دارد. هماهنگی کم و بازخوراند ناکافی از سطوح ۳ به سطوح پایین‌تر در نظام ارجاع دیده می‌شود. نقش به‌روزان به عنوان سطوح اول در روستا نیز کم رنگ

بهداشتی درمانی استیجاری است. محل زیست پزشکان و سایر نیروها در مراکز بهداشتی درمانی غیراستاندارد است. پرسنل از کاربرد تجهیزات شناخت کافی ندارند، واحد و کارشناس تجهیزات در بخش بهداشت وجود ندارد.

۴- اطلاعات: بستر مناسب سخت افزاری و اینترنت با سرعت مناسب در سطوح مختلف ارائه خدمت فراهم نیست و توانمندی کم کارکنان بهداشتی و مدیران در استفاده از فن آوری اطلاعات و تحلیل داده‌ها در سطوح مختلف مشهود است. پرونده الکترونیک سلامت با فعالیت‌های نظام مراقبت‌های اولیه تناسب ناکافی دارد و شرایط استفاده از پرونده الکترونیک سلامت فرآیند بهره‌برداری موثر از آن طولانی شده است. از تسهیلات قانونی برای به کارگیری متخصصین در طراحی، استقرار و استفاده از پرونده الکترونیک متناسب با نظام پی‌اچ‌سی استفاده ناکافی شده است. وزارت خانه در ارائه پس‌خوراند برای مداخله موثر در حل مشکلات پس از تحلیل داده‌ها به شدت ضعیف است. مراکز تولید و انتشار داده‌ها متعدد هستند و مجزا بودن سامانه‌های بیمارستانی، پاراکلینیک و بهداشتی موجب می‌شود دسترسی به نتایج مطالعات و آمار سازمانی و ملی مورد نیاز برنامه ریزی در حوزه سلامت مشکل شود. وجود مشکل در تامین منابع مالی برای گسترش فناوری اطلاعات مشکل داریم. بروز نبودن نظام جمع آوری اطلاعات یک مشکل دیگر است. پژوهش‌ها در حوزه بهداشت کاربردی نیست و معلوم نیست چند درصد از تحقیقات HSR دانشگاه به سوالات معاونت بهداشتی و وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش پاسخ می‌دهد.

ج) چالش‌های حوزه بهداشت در ارائه خدمات

برنامه‌های متعدد بدون اولویت‌بندی و بدون هماهنگی با شبکه ابلاغ می‌شود و اولویت‌های استانی و محلی در این برنامه‌ها ملحوظ نمی‌شود به طور کلی نظام پی‌اچ‌سی در اجرای برنامه‌های سلامت کم رنگ شده است. اجرای موازی برخی برنامه‌ها در واحدهای مختلف به شدت آسیب‌زننده به منابع سطح استانی

شده است. جایگاه بخش خصوصی در اجرای برنامه های سلامت نیز تعریف نشده است.

حذف حوزه اجرایی معاونت های بهداشتی با تمسک به مصوبات هیات امناء ارتباط بین ستاد معاونت و شبکه ها را مختل می نماید. تنزل جایگاه معاونت بهداشتی در سطوح منطقه دیده می شود. اعضاء محترم هیات علمی دانشگاه با سطوح مراقبت های اولیه سلامت همکاری ناکافی دارند. وجود اتباع بیگانه بار اضافی بر سیستم بهداشتی تحمیل کرده است.

راهکارهای ارتقای حوزه بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی

الف) راهکارهای ارتقای کارکرد تولیدی حوزه بهداشت برنامه، نظارت، ساختار و قوانین: تدوین برنامه راهبردی در سطح دانشگاه ها بر اساس برنامه راهبردی وزارتخانه ضروری است. تقویت مرکز مدیریت شبکه به عنوان مرکز هماهنگ کننده لازم است. حمایت های قانونی لازم جهت افزایش ضریب نفوذ مقررات بهداشتی لازم است لذا به روز رسانی قوانین عرصه سلامتی در اولویت است و کار گروهی، باید در حوزه ستاد با مشارکت دانشگاه ها تشکیل شود.

باز بینی آیین نامه و نظارت دقیق بر واگذاری خدمات به بخش خصوصی حیاتی است. بازبینی چارت تشکیلاتی بر اساس نیازهای فعلی حوزه سلامت هم در ستاد و متناظر با آن در دانشگاه ها ضروری است. تعیین متولی متناظر وزارتی در دانشگاه و تعیین حدود اختیارات امور آزمایشگاه ها و دارویی لازم است. برنامه عملیاتی پایش و ارزشیابی در تمام سطوح مدیریتی ضروری است. بازنگری و درخواست از ریاست محترم جمهوری جهت ارتقای کارگروه سلامت استان ها به شورای سلامت استان راهکاری موثر به نظر می رسد. شفاف نمودن تکالیف کلیه ادارات استان در زمینه سلامت (پیاده سازی استراتژی سلامت در همه سیاست ها) یک ضرورت است. حمایت بالاترین مقام استان از کمیته های زیر مجموعه کار گروه سلامت استان و کسب گزارش های مربوط به فعالیت های

کمیته ها به صورت منظم لازم است و جلب همکاری حداکثری و مداوم صدا و سیما با برنامه های کشوری و استانی و ایجاد ضمانت های لازم در این زمینه راهکاری موثر در ارتقای سواد سلامت مردم است. برقراری منظم جلسات کارشناسی موضوعی به صورت مشترک با سازمان های مختلف و حمایت حداکثری مدیران ارشد کشوری و استانی از تصمیمات اخذ شده راهبردی مشخص است. تعیین چارچوب یکسان کشوری، استانی و شهرستانی جهت شورای سلامت استان و عملیاتی نمودن آن ضروری است. موظف نمودن معاونت بهداشت وزارت بهداشت جهت تدوین موضوعات مربوط به امنیت غذایی با هماهنگی سازمان غذا و دارو و وزارت جهاد کشاورزی و ابلاغ مصوبه پیوست سلامت شورای عالی سلامت کشور به کلیه استان ها و دانشگاه های علوم پزشکی کشور از راهکارهای توسعه همکاری بین بخشی محسوب می شود.

برای کاهش دخالت معاونت توسعه در امور مدیریتی و منابع معاونت بهداشتی باید کسب اختیارات لازم مدیریتی جهت معاونت های بهداشتی دانشگاه ها انجام شود لذا می توان کمیته ای در سطح مرکزی وزارت بهداشت را با مشارکت گروه انتخاب شده ای از معاونین بهداشتی مامور کرد تا جهت بحث و بررسی و ارائه پیشنهادات لازم به منظور افزایش اختیارات مدیران کار کنند. برنامه نظارت و اعتبار بخشی برای کلیه خدمات مدیریتی های بهداشتی باید تدوین شود. شبکه فعلی را باید برای کارکردهای جدید مشارکت مردم، همکاری بین بخشی و تضمین اجرایی شدن مولفه های اجتماعی سلامت آماده کرد، کلیه برنامه ریزی های لازم مربوط به SDH به یک مدیریت واحد زیر نظر رئیس دانشگاه واگذار شود.

مشارکت مردم: ایجاد ارتباط منظم بین معاونت بهداشتی و مجمع خیرین، تعیین تعرفه های مناسب برای ارائه خدمات NGOs در سطوح مختلف و مناطق جغرافیایی، لزوم تقویت برنامه های رابطین بهداشتی در ستاد مرکزی و تهیه شناسنامه رابطین ویژه (رابطین با توانایی های تخصصی) در سطح دانشگاه و بازنگری برنامه رابطین از جمله

در حوزه بهداشت باید کمیته‌های HSR و شورای پژوهشی با مشارکت معاونت بهداشتی تقویت شود. بازنگری در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به منظور خودداری از جمع‌آوری داده‌های غیر ضروری، ضروری است. رتبه بندی جهت ایجاد رقابت بین کارکنان و استفاده از حربه‌های گوناگون جهت تشویق و ایجاد انگیزه در کارکنان لازم است. تشویق مدیران بهداشتی در کلیه سطوح جهت حفظ رعایت‌های لازم سیاسی و دوری از هر گونه گروه بندی‌های سیاسی در طی فعالیت‌های شغلی لازم است. برگزاری دوره‌های آموزشی مدیریتی کوتاه مدت، میان مدت و دراز مدت و بعضاً اجباری در کلیه سطوح مدیریتی ضروری است.

آموزش‌های مقطعی مدیران دانشگاهی جهت آشنایی بیشتر آنها با برنامه‌های حوزه بهداشت بخصوص هیئت‌های رئیسه دانشگاه‌ها و همچنین برگزاری دوره‌های آموزشی SDH در کلیه سطوح لازم است. تدوین برنامه‌های آموزش مداوم و سیستماتیک مبتنی بر شواهد جهت تعلیم کارکنان، هماهنگی با معاونت آموزشی و مراکز تحقیقاتی و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین برای ارتقای نظام فعلی آموزش کارکنان، هماهنگی با معاونت محترم توسعه جهت تدوین ضوابط جدید برای آموزش‌های ضمن خدمت و هم‌چنین تهیه محتوی آن و تهیه برنامه جامع توانمندسازی کارکنان توسط کلیه معاونت‌های وزارت بهداشت راهکارهای توانمندسازی است.

ج) راهکارهای ارتقای تدارک خدمات و برنامه‌های حوزه بهداشت

شناسنامه الزامات ادغام برای کلیه برنامه‌های سلامت و هماهنگی با مرکز مدیریت شبکه یک راهکار ارتقای تدارک خدمات است. ابلاغ فرآیندهای خدمات به صورت مشترک (معاونین بهداشت و درمان) ضروری است تا در محیط برنامه‌ها هماهنگ شود. روشن کردن وضعیت خدمات پرستاری و سایر خدماتی که در بخش درمان تعریف شده ولی در بخش بهداشت بلا تکلیف مانده توسط معاونت بهداشتی وزارتخانه لازم است. ابلاغ

راهکارهای تقویت مشارکت مردم است. تبیین برنامه سلامت اجتماعی جهت جلب مشارکت مردمی به منظور حل مشکلات بهداشتی و تقویت و ارتقای مشارکت مردمی تا سطح مداخله یعنی حل مشکل مردم توسط خود آن‌ها در عرصه سلامت از دیگر راهکارها است. شفاف نمودن قوانین و مقررات در خصوص نحوه ارتباط دولتی با سمن‌ها و تهیه برنامه‌های اطلاع‌رسانی جهت عموم مردم در رابطه با حقوق سلامت خود و چگونگی بهره‌گیری از آن یک ضرورت است. فراهم کردن فضای مناسب جهت مشارکت مردم در برنامه‌های بهداشتی، آشنا نمودن مردم جامعه با کلیه برنامه‌های بهداشتی که نیازمند مشارکت آن‌ها می‌باشد و تعیین نقش برای مردم جامعه در برنامه ریزی و همچنین اطلاع‌رسانی منظم با استفاده از امکانات مختلف در این رابطه لازم است. شفاف نمودن ماموریت سمن‌ها در رابطه با فعالیت‌های بخش بهداشت ضروری است. جهت دهی وقف در راستای اهداف سلامت ضروری است. تفکیک وظایف حاکمیتی از وظایف قابل واگذاری به بخش خصوصی راهکاری برای مشارکت بخش خصوصی است.

ب) راهکارهای ارتقای کارکرد تولید و تامین منابع حوزه بهداشت

تدوین کوریکولوم‌های آموزشی با مشارکت معاونت بهداشتی در سطح وزارتخانه و دانشگاه انجام شود. برای جلوگیری از دخالت سیاسیون در عزل و نصب‌ها باید کسب اختیارات لازم و تام توسط مدیریت-های دانشگاهی در انتخاب مدیران زیر مجموعه خود به وجود آید. ابلاغ اختیارات کافی به مدیران بهداشتی جهت انتخاب نیروهای زیر مجموعه خود بر اساس شایسته سالاری و جلوگیری از دخالت سایر بخش‌ها ضروری است. برای کمبود رده‌های مختلف نیروی انسانی باید درخواست از دبیر محترم امور مجامع و هیئت امنای وزارت بهداشت جهت تعیین سهمیه معاونت‌های بهداشتی از مجوزهای استخدامی انجام شود. به منظور کاربست تحقیقات در راستای نیازهای اولویت دار مردم

مشترک برنامه‌ها توسط بالاترین مرجع تصمیم‌گیری برای کلیه سازمان‌های ذیربط و پیگیری اجرای آن لازم است. تعیین شاخص‌های روشن و شفاف برای کیفیت خدمات جهت سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی ضروری است.

بحث

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌ها در مقطع فعلی دچار چالش‌های متعددی هستند که به دلیل رفع نشدن آنها و اضافه شدن بار برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، مشکلات را دو چندان کرده است. چالش‌ها در حیطه تولیدی، تامین منابع و تدارک خدمات از نظر گویه‌ای توزیع متوازی ندارند و حیطه تدارک خدمات و منابع عمده‌ترین مشکلات را در بر دارند از سوی دیگر راهکارهای ارائه شده از طرف شرکت‌کنندگان بر اصلاح تولیدی حوزه بهداشت تاکید دارد و تراکم گویه‌های مطرح شده در بخش تولید است. با اینکه این راهکارها کمک‌کننده است اما نگاه جامع ندارد و برای هر مشکلی عملاً یک راهکار ارائه شده است در صورتی که خیلی از مشکلات ریشه‌های مشترکی دارند که لازم است بر اساس تحلیل‌های کیفی این ریشه‌های مشترک پیدا شده و بر اساس آنها نقاط تمرکز مدیران ارشد در سطح ستادی و دانشگاهی مشخص شود.

عمده چالش‌های از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در مطالعه ریشه در عملکرد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی دارد. به عبارت دیگر دانشگاه‌ها مقصر اصلی مشکلات پدید آمده را ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌دانند که این نگرش خود نیازمند بررسی و سیاست‌گذاری دقیق است، به طوری که حدود تمرکززدایی و مسئولیت‌های ستاد و صف شفاف شود.

با اینکه قبلاً مطالعه‌ای به این شکل انجام نشده است تا امکان مقایسه نتایج وجود داشته باشد اما گزارش

سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸ از تجربه نظام‌های مراقبت اولیه در جهان نشان می‌دهد که اغلب این نظام‌ها مشکلات مشابهی دارند به طوری که همگی به درجات متفاوت چالش‌هایی در چهار ویژگی اصلی نظام‌های مراقبت‌های اولیه داشته‌اند. مردم محوری، تداوم خدمات، جامعیت خدمات و ورود منظم چهار ویژگی مورد مطالعه سازمان جهانی بهداشت برای مراقبت‌های اولیه سلامت موفق است (WHO 2008a). مشکلات و چالش‌های استخراج شده در این مطالعه به ضعف مشارکت مردم و فعال نبودن خدمات در سطح شهرها (ویژگی مردم محوری) اشاره دارد، نبود ضمانت برای ارجاع در سطوح سه گانه برای تداوم خدمات یا شل شدن تداوم خدمت در یک سطح برای مراقبت‌های مختلف همچنین در نظر نگرفتن خدمات مراقبت از بیماری‌های غیرواگیر، سلامت روان و حمایت‌های اجتماعی در بسته‌های خدمتی موجود به ترتیب به ویژگی تداوم خدمت و جامعیت خدمات اشاره دارد. مراجعه افراد در زمان بیماری آن هم از طریق سطوح دو و سه نظام ارائه خدمات در شهرها نشان دهنده نابسامانی تدارک خدمات کافی و موثر در سطح یک است که بر ویژگی ورود منظم از مجموعه ویژگی‌های مورد تصدیق سازمان جهانی بهداشت تاکید دارد.

این بررسی محدودیت‌های نیز دارد از جمله اینکه دستاوردهای فعلی و یا داری‌های معاونت‌های بهداشتی بیان نشده است تا تحلیلی راهبردی از مجموعه قوت‌ها، ضعف‌ها و فرصت‌ها و تهدیدها داشته باشیم، در این بررسی تاثیر عوامل بیرونی مسبب نیز در نظر گرفته نشده است به عبارت دیگر سهم عوامل کلان اقتصادی، اجتماعی و بین‌المللی در ایجاد این مشکلات را نباید نادیده گرفت. با این وجود بر اساس چالش‌ها و راهکارهای به دست آمده در این بررسی و متناسب با مواد قانونی برنامه پنج ساله پنجم (Islamic parliament of Iran. 2011) و شرح وظایف معاونت‌های بهداشتی (MOH 2010) نقاط تمرکز در ارتقای وضعیت فعلی حوزه بهداشت در سه حیطه تولید، خدمات و منابع به شرح زیر است:

حیطه تولیت

۱- فعال کردن شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و ابلاغ مصوبات آن به طور همزمان و ماتریسی توسط دستگاه‌های ملی به استان‌ها به علاوه ترویج رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها از طریق استقرار پیوست سلامت، رتبه بندی سلامت استان‌ها و شهرستانی‌ها در مقاطع ۳ تا ۵ سال برای ایجاد رقابت بین روسای دانشگاه‌ها/دانشکده‌ها، استانداران و فرمانداران و گنجانیدن شاخص‌های بهداشتی در ارزشیابی استانداری‌ها (Damari et al 2014c).

۲- بازبینی و تبیین نقش و تکالیف سایر معاونت‌ها نسبت به حوزه بهداشت در شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت (مطابق و منبعث از سیاست ادغام خدمات سلامت در آموزش و پژوهش (MOH 2012)).

۳- تدوین انتظارات عمومی و اختصاصی سالانه از حوزه بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی در قالب تفاهم نامه یا موافقت نامه با رئیس دانشگاه و سپس پایش و ارزشیابی مستمر (از نوع کلان) حوزه بهداشت دانشگاه‌ها و اعلام رتبه عملکردی و سالانه دانشگاه‌ها بر اساس نظام برنامه ریزی عملیاتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (Damari et al. 2014b).

۴- رفع همپوشانی واحدهای ستادی وزارت بهداشت و نهادینه کردن ساختاری آنها تا سطح شهرستان‌ها با هدف ارتقای جایگاه حوزه بهداشت در هیات‌ها، هیات رئیسه دانشگاه‌ها و شورای سلامت استان. این اقدام موجب نهادینه سازی خدمات بعد سلامت اجتماعی، توجه به مولفه‌های اجتماعی سلامت، توسعه همکاری بین بخشی و مشارکت مردم در دانشگاه‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی خواهد شد (MOH 2014).

حیطه خدمات

۵- تعیین تکلیف نظام ارایه خدمات سلامت به خصوص مراقبت‌های اولیه سلامت در سطح شهر و حاشیه شهرها و تطابق آن با برنامه پزشکی خانواده، از جمله اینکه آسیب شناسی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دو استان پیشرو (مازندران و فارس) انجام شده و تصمیم برنامه محور برای استقرار کامل آن تا ۱۴۰۴ اتخاذ شود، این تعیین تکلیف مقدمه تدوین مواد قانونی برنامه ششم توسعه را فراهم خواهد آورد.

۶- ارزشیابی برنامه‌های موجود حوزه بهداشت، شناسایی شکاف برنامه‌ای و یکپارچه سازی آنها در قالب برنامه های شبکه، توزیع اعتبارات باید بر اساس شیوع و بروز بیماری‌ها و بار آنها مد نظر قرارگیرد، ملحوظ نمودن مولفه مشارکت مردم و همکاری‌های بین بخشی (Rashidian et al. 2013). مورد نیاز در این برنامه‌ها هنگام ارزشیابی ضروری است و جامعیت برنامه‌ها از عامل خطر تا پیشگیری سطح سوم باید لحاظ شده و تقسیم کار شفاف بین معاونت بهداشت و درمان باید صورت پذیرد، طراحی و استقرار نظام ایفای نقش حوزه بهداشت در روزها یا هفته‌های مختلف سلامت در طول سال و در رسانه‌های مختلف حساسیت مردم و مسئولان را برای پیشگیری دو چندان می‌کند.

حیطه منابع

۷- افزایش منابع مالی حوزه بهداشت کشور از روش‌های مختلف و قدغن کردن هزینه شدن این منابع در مصارفی غیر از برنامه‌های بهداشتی.

۸- رضایت سنجی عمومی مدیران و کارکنان بخش بهداشت و سپس برنامه ریزی عملیاتی چهار ساله برای ارتقای کمی و کیفی آنان از جمله توانمندسازی دوره ای آنها.

نتیجه گیری

به دور از هر گونه باورهای موجود در کشور که برنامه‌ریزی را امری بیهوده و تلف کردن وقت می‌پندارد (Tehrani and Varmazyar 2012)، باید ادغان داشت که تقریباً حوزه بهداشت کشور در دو دهه گذشته برنامه راهبردی مصوب نداشته و حتی گزارشی از اجرایی شدن نقشه تحول نظام سلامت که تلفیقی از برنامه‌های درمانی، آموزشی، تحقیقاتی و بهداشتی بوده و مصوب هیات دولت است در دست نیست (Rostamigooran et al. 2013) و معلوم نیست بر اساس شاخص‌های برتر در افق ۱۴۰۴، حوزه بهداشت کشور چگونه باید به این اهداف دست یابد، لذا پیشنهاد می‌شود برنامه کلان و عملیاتی حوزه بهداشت برای ۱۰ سال آینده تدوین و در مرجع فرابخشی تصویب شده و هر سال یکی از گزارش‌های سالانه دیده بانی سلامت کشور به گزارش پیشرفت این برنامه اختصاص یابد، علاوه بر آن در این مسیر و برای موفقیت کشور در حوزه تحول بهداشت لازم است رهبری موثرتری برای حوزه بهداشت کشور اعمال شود.

تشکر و قدردانی

دکتر علی اکبر سیاری، دکتر ناصر کلاتری، دکتر داوود مقیمی، دکتر محمد حسین تقدیسی (مدیر کل آموزش و ارتقاء سلامت)، دکتر سعید فردین فر (معاون اجرایی مرکز بهداشت خراسان رضوی)، دکتر محمدرضا صائینی (معاون بهداشت و رئیس مرکز بهداشت زنجان)، دکتر محمد حسن لطفی (معاون بهداشتی دانشگاه یزد)، دکتر بهروز حمزه (معاون بهداشتی کرمانشاه)، دکتر سید سعید اسکویی (معاون بهداشتی قزوین)، دکتر مریم حسین پور (مدیرگروه گسترش و معاون فنی، قائم مقام معاونت بهداشتی)، دکتر علی اصغر وحیدی (معاون بهداشتی کرمان)، دکتر عباس نصری (معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی لارستان)، دکتر حسین عزیزی (معاون بهداشتی دانشگاه

۹- ساماندهی نظام اطلاعاتی بهداشت و تنظیم داشبورد وضعیت سلامت در سطح عوامل خطر و بیماری‌های در منظر دید کلیه مدیران درون و برون بخش قرار گیرد و برای روزآمدسازی این سیستم فعلی تکمیل و رفع نقص شده و منابع اطلاعاتی بخش بهداشت به نظام دیده بانی سلامت کشور وصل شود تا از نتایج این داده‌ها سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان استفاده کنند. اولویت‌های تحقیقاتی کلان حوزه بهداشت استخراج و پس از اجرا نتایج آن به کار گرفته شود.

۱۰- برنامه‌ای برای ارتقای مدیریت تجهیزات، استانداردها و فضاهای فیزیکی در حوزه بهداشت تدوین و اجرا شود.

ده راهکار فوق هر کدام می‌تواند تبدیل به عملیاتی در قالب تعدادی پروژه شده تا با پایش آنها انتظار تغییرات جدید را در حوزه بهداشت کشور داشت، اما به نظر نمی‌رسد کار تغییر و تحول در حوزه بهداشت به این سادگی باشد، عدم نگاه سیستمیک به مسائل نظام سلامت در طول سال‌های گذشته موجب شده چالش‌ها (ضعف‌ها و تهدیدها) بیش از قوت‌ها و فرصت‌ها خود را نمایان کند و از نگاه راهبردی سازمان را در موقعیت تدافعی قرار دهد که تداوم این نوع نگاه مشکلات را بیشتر و حل آنها را پیچیده‌تر می‌کند، در چنین شرایطی همه مشکلات به نوعی اولویت محسوب می‌شود، اثر هم‌افزایی این مشکلات موجب می‌شود که دست کاری کردن یک مشکل بدون توجه به مشکلات دیگر موفق نباشد، به عنوان نمونه امروزه پرداخت بالا از جیب مردم یک مشکل اورژانس در نظام سلامت است و توجه فوری و سرمایه‌گذاری در سیستم درمان کشور را می‌طلبد از سوی دیگر سرمایه‌گذاری همزمان در حوزه بهداشت کشور و پیشگیری از بیماری‌ها در دراز مدت این موفقیت را پایدار کرده و پرداخت از جیب مردم را در حداقل قابل قبول نگه می‌دارد.

بهداشتی بوشهر)، دکتر احمد جمالی زاده (معاون بهداشتی رفسنجان)، دکتر منوچهر براک (معاون بهداشتی اردبیل)، دکتر مهدی مصلحی نژاد (معاون بهداشتی جهرم)، دکتر رضا حقانی نسیمی (معاون بهداشتی اسفراین)، دکتر محمد مهدی گویا (مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر)، دکتر کمال حیدری (معاون بهداشتی اصفهان)، دکتر سید محمد علوی (معاون بهداشتی اهواز)، دکتر حسین اشرفیان (معاون بهداشتی بابل)، محمد میرزایی (معاون فنی معاونت بهداشتی دانشگاه ایران)، دکتر توکلی (معاون بهداشت دزفول)، دکتر مرتضی جعفری (معاون بهداشتی آبادان)، دکتر رسول انتظاری (معاون بهداشتی ارومیه)، دکتر سید مهدی طباطبائی (معاون بهداشتی زاهدان)، دکتر سعید تأملی (معاون فنی معاونت بهداشتی تهران)، دکتر فخر السادات امامی (معاون بهداشتی البرز)، دکتر امید بامری (معاون بهداشتی زابل)، محمد نعیمی (معاون بهداشتی گلستان)، دکتر راضی ناصری فر (معاون بهداشتی ایلام)، دکتر احمد کوشا (معاون بهداشتی تبریز)، دکتر علی اصغر طاهر (معاون بهداشتی ایرانشهر)، دکتر نادر نیک پرست (معاون بهداشتی خراسان شمالی)، دکتر بابک عشرتی (معاون بهداشتی اراک)، دکتر علی اردلان (مشاور معاون بهداشت)، دکتر سعید مهدوی (مدیر کل آزمایشگاه مرجع)، دکتر عباس نصری (معاون بهداشتی لارستان)، دکتر محسن اعرابی (معاونت بهداشتی مازندران)، دکتر علی سنگی (مدیرکل دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس)، کامل شادپور (کارشناس)، دکتر جعفر جندقی (معاون بهداشتی سمنان).

تربت حیدریه)، دکتر حسین عرفانی (معاون بهداشتی همدان)، دکتر شریف ترکمن نژاد (معاون فنی معاونت بهداشت شهید بهشتی)، دکتر کورش اعتماد (رئیس واحد بیماری‌های غیرواگیر)، دکتر ناصر خسروی (معاون بهداشتی دانشگاه شهرکرد)، دکتر بابک پزشکی (معاون بهداشتی فسا)، دکتر محمد جعفر صادقی (معاون بهداشتی نیشابور)، دکتر محمد نبی محمدی (معاونت بهداشتی گراش)، دکتر سید علیرضا مروجی (معاونت بهداشتی کاشان)، دکتر ارسلان داداشی (معاون بهداشتی گیلان)، دکتر محمود حسین پور (معاون بهداشتی بندرعباس)، نیلوفر مردفرد (کارشناس ارشد مرکز مدیریت شبکه)، دکتر احمد مجتهدی (معاونت بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مراغه)، دکتر محمدرضا شگرف نخعی (معاونت بهداشتی سبزوار)، دکتر محمد صادق علیمردانی (معاونت بهداشتی کناباد)، دکتر فرزام بیدارپور (معاونت بهداشتی کردستان)، دکتر محسن مقدمی (معاون بهداشتی شیراز)، دکتر زهرا عبدالمهدی (مدیر دفتر بهبود تغذیه جامعه)، دکتر کاظم ندافی (مدیر کل سلامت محیط و کار)، دکتر رضا چمن (معاون بهداشتی شاهرود)، دکتر سید رشید غفاری (معاون بهداشتی یاسوج)، امیر علی پاپی (معاون بهداشتی لرستان)، دکتر مجید محمدیان (معاون بهداشتی قم)، دکتر علی رادفر (معاون بهداشتی بم)، محسن شبرو (سرپرست معاونت بهداشت بهبهان)، دکتر مسعود صالحی (رئیس شبکه وزارتخانه)، دکتر کامبیز مهدی زاده (معاون بهداشتی دانشگاه بیرجند)، دکتر عبدالمحمد خواجه نیان (معاون

جدول ۱- شرح وظایف معاونت بهداشتی دانشگاه

ردیف	شرح وظایف
۱	شناخت خصوصیات جغرافیایی و جمعیتی استان، شناسایی منابع، مسائل و مشکلات بهداشتی مربوط به سلامت جامعه و تعیین اولویت‌ها
۲	برنامه‌ریزی برای حل مسائل و مشکلات عمده در چارچوب سیاست‌ها و استراتژی‌های اعلام شده کشوری با در نظر گرفتن شرایط خاص کشوری
۳	برنامه‌ریزی برای ارائه آموزش‌های لازم به منظور حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه بر مبنای نیازها
۴	پیشبینی و پیشنهاد منابع مورد نیاز و تنظیم بودجه عملیاتی بر اساس برنامه‌های استان
۵	فراهم کردن زمینه‌های اجرایی برنامه‌های مصوب و ابلاغ شده به استان در قالب طرح‌های مشخص و زمانبندی شده
۶	نظارت بر اجرای فعالیت‌ها و پایش (کنترل و نظارت) عملیات اجرایی و سنجش کیفیت خدمات نیاززدهای منظم از واحدهای اجرایی
۷	استفاده از شیوه‌های علمی برای اطلاع از وضعیت بیماری‌ها و اقدام به موقع به هنگام بروز اپیدمی‌ها از حوادث پیشبینی نشده
۸	گسترش سیاست عدم تمرکز در توسعه شبکه‌های بهداشتی درمانی استان و ایجاد زمینه‌های لازم برای خودگردان شدن واحدهای اجرایی و تفویض اختیار لازم به واحدهای اجرایی شهرستان‌ها
۹	ایجاد روابط و هماهنگی منطقی میان عملیات مختلف فنی در مرکز بهداشت به منظور تحقق استراتژی ادغام خدمات در تمامی مراحل برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت و ارزشیابی
۱۰	پشتیبانی تدارکاتی از واحدهای اجرایی و پیش‌بینی‌های به موقع برای تامین وسائل، تجهیزات مواد و داروهای مورد نیاز
۱۱	نظارت بر چگونگی خدمات کارکنان مراکز بهداشتی شهرستان‌ها و واحدهای تابعه به منظور برقراری و حفظ روحیه، هماهنگی، انضباط و صمیمیت
۱۲	تلاش در برقراری روابط منطقی میان واحدهای مختلف شبکه‌های بهداشتی درمانی استان، به نوعی - که پشتیبانی واحدهای بالاتر از واحدهای بالاتر از واحدهای اجرایی محیطی و حفظ زنجیره کامل ارجاع میسر گردد.
۱۳	برقراری روابط نزدیک و مناسب با مسئولان و نمایندگان بخش‌های مختلف توسعه در استان به قصد تامین همکاری و هماهنگی‌های بین بخشی جلب مشارکت فعال جامعه در برنامه ریزی، تامین منابع و اجرا و ارزشیابی برنامه‌های بهداشتی آزمایشگاهی در زمینه بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، آب و فاضلاب، هوا، مواد غذایی زیان آور محیط زیست.
۱۴	ایجاد زمینه‌های آموزش عملی برای دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی و مشارکت فعال در اجرای پژوهش‌هایی که به اصلاح نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ابعاد و اجرایی تکنولوژیک انجام شود.
۱۵	گزارش واحدهای تابعه و تحلیل آنها و تهیه بازتاب لازم برای واحدها و اعلام نتایج نظارت بر اجرای مقررات بین‌المللی قرنطینه‌ای در نقاط مرزی

References

- Damari, B., Vosoogh Moghaddam, A. and Bonakdari, S., 2014a. Improving Approaches of Intersectoral Collaboration for Health by Health and Food Security High Council in I.R.Iran. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, **11**(3), pp. 1-16 [In Persian].
- Damari, B., Vosoogh Moghaddam, A., Fathi, M. and Danesh Kazemi, A., 2014b. Redesigning operational planning system (ops) for ministry of health and medical education in iran. *PAYESH*. **13**(1), pp. 21-32 [In Persian].
- Damari, B., Vosoogh moghaddam, A., Shadpour, K. and Zinaloo, A., 2014c. Provincial Health Policy Secretariate: Coordinating and Brokering Structure for Comprehensive Health. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. **11**(4), pp. 15-36 [In Persian].
- Iranian Ministry of health and medical education., 2010. Duties of Health Deputies, Available: [http:// health.skums.ac.ir/ShowPage.aspx?page_=form&order=show&lang=1&sub=19&PageId=1136&codeV=1&tempname=Behdasht](http://health.skums.ac.ir/ShowPage.aspx?page_=form&order=show&lang=1&sub=19&PageId=1136&codeV=1&tempname=Behdasht) [accessed 2015 Jan. 10].
- Iranian Ministry of health and medical education, Educational Development Center., 2012. Integration documents, Available: [http:// http://edc.behdasht.gov.ir/uploads/180_366_Mostanadat_Edgham.pdf](http://http://edc.behdasht.gov.ir/uploads/180_366_Mostanadat_Edgham.pdf) (accessed 2015 Jan. 10).
- Iranian Ministry of health and medical education., 2014. Provincial workbook for health management [In Persian].
- Islamic parliament of Iran., 2011. Law for the Fifth Development Plan of the Islamic Republic of Iran [In Persian].
- Marandi, S.A., Damari, B., Zeinaloo, A., Motlagh, E. and Shadpour, K., 2012. Review of the thirty years experience of the Islamic Republic of Iran on social determinants of health and health equity the future course: roles and orientations of the islamic consultative assembly. *Journal of Medical Council of I.R.I.* **30**(3), pp. 225-236 [In Persian].
- Rashidian, A., Khosravi, A., Khabiri, R., Khodayari-Moez, E., Elahi, E., Arab, M. and Radaie, Z., 2012. Islamic Republic of Iran's Multiple Indicator Demographic and Health Survey (IrMIDHS) 2010, Tehran: Ministry of Health and Medical Education [In Persian].
- Rashidian, A., Damari, B., Larijani B, Vosoogh Moghaddam, A., Alikhani, S., Shadpour, K. and Khosravi, A., 2013. Health Observatories in Iran, *Iranian Journal of Public Health*. **42**(1), pp. 84-87 [In Persian].
- Rostamigooran, N., Esmailzadeh, H., Rajabi, F., Majdzadeh, R., Larijani, B. and Dastgerdi, M.V., 2013. Health system vision of Iran in 2025. *Iran J Public Health*, **42**(1), pp. 18-22.
- Tehrani, I. and Varmazyar, H., 2012. Development plans and planning in Iran. *Majlis Research Centre*. [In Persian].
- World Health Organization., 2000. The world health report 2000, Health systems: improving performance. Available: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf [accessed 2015 Jan. 10].
- World Health Organization., 2008a. The world health report 2008: primary health care: now more than ever, Geneva (Switzerland): The Organization, Available: [http://www.who.int/ whr/2008/whr08_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf) [accessed 2015 Jan. 10].
- World Health Organization., 2008b. Commission on the Social Determinants of Health. Final report. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, Geneva.

Challenges and directions of public health development in Iran from the viewpoint of provincial health deputies and health center

Damari, B., MD. Assistant professor, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran- Corresponding author: bdamari@gmail.com

Received: Jan 3, 2015

Accepted: Feb 1, 2015

ABSTRACT

Background and Aim: Equitable improvement of the national health situation in Iran requires a sufficient and logical balance between preventive and curative needs. Considering the profound changes that have occurred in disease patterns and the population over the last three decades, it is essential to review the ongoing preventive services with due consideration of the current and future needs of the population in an attempt to provide more effective and appropriate services. The provincial health deputies (PHDs, vice-chancellors of the universities of medical sciences), who are responsible for establishing and adjusting new preventive health services, are confronted with many challenges in this matter. A thorough knowledge of these challenges will help greatly in developing strategies aiming at improving the national preventive health services.

Materials and Methods: The participants in this study were the PHDs throughout the country. Data were collected through interviews and focus-group discussions. The main question was "What are the challenges and procedures in the area of preventive health services in the Iranian universities of medical sciences in the stewardship/supervision, resources and services domains?".

Results: Results of the study reveal that PHDs have various challenges that have increased over time because of their persistency and the additional burden of the family physician program and referral system, and the effects are quite apparent in both the staff domain and in the universities where the family physician program is being executed. Although the challenges in all the three domains of stewardship, resources and service provision are not equally distributed, service and resource provision domains suffer most. However, solutions to the problem proposed by the participants emphasize on improvement of stewardship in the domain of public health. The universities consider the Ministry of Health and Medical Education to be the main culprit for these problems.

Conclusion: The existing challenges will prevent establishment of legal articles of the 5th national Development Plan in the health sector. In order to promote the health situation in Iran on an equitable basis (achievement of better health indices), at least ten actions to be taken in the universities of medical sciences at the national level are required: activation of the High Council of Health and Food Security and encouraging social accountability of all the governmental, private, and nongovernmental sectors; developing a ten-year plan for preventive health and intersectoral collaboration; specifying general and specific annual expectations from preventive health departments of medical universities in the form of memoranda of understanding (MoUs) and creating health oriented competition among provinces and cities; adopting a model for provision of health services in cities and suburban areas in coordination with the family health program and the referral system; evaluating and integrating the existing preventive health programs; elimination of overlapping units in the organizational chart at the central level; increasing funds for the national preventive health services programs and not letting use of these funds for other programs; measuring general satisfaction of the preventive health managers and employees and maintaining and promoting human resources of the health sector; expansion of preventive health services coverage down to the district level; and, finally, better management of the facilities, equipment and standards of health centers.

Key words: Health, Provincial health deputies, Family physician, Referral system