



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت و منابع
مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری

گزارش عملکرد و دستاوردها
سال ۹۱



گزارش برنامه ریزی عملیاتی
سال ۹۱ وزارت بهداشت درمان و
آموزش پزشکی

مقدمه

استفاده از برنامه تعریف شده و مدون در هر سامانه‌ای که مدعی «کارآمدی و بهره‌وری» و «رشد و توسعه» است، امری ضروری شمرده می‌شود. برنامه ریزی نمی‌تواند جز در یک چارچوب مدیریت، توجیه شود و مدیریت نیز به مفهوم واقعی آن هرگز نمی‌تواند بدون داشتن برنامه‌ای مدون در وصول به مقصود و منظور خود آنچنان که باید و شاید موفق باشد.

در برنامه‌های تدوین شده، چشم‌انداز نظام سلامت «در سال ۱۴۰۴، جمهوری اسلامی ایران کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه» شالوده اصلی برنامه‌ها قرار گرفته است. که با توجه به آن اهداف کلان و سیاستهای نظام سلامت به شرح ذیل مطرح می‌باشد:

اهداف کلان نظام سلامت در چشم‌انداز ۱۴۰۴:

۱. ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد مردم ایران که همراه با کسب برترین جایگاه در منطقه تا سال ۱۴۰۴ می‌باشد.
۲. تامین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴
۳. دستیابی به جایگاه اول منطقه در مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی تکریم خدمت‌گیرندگان نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴

سیاست‌های کلی نظام سلامت در چشم‌انداز ۱۴۰۴:

۱. توسعه سیاست گذاری، مدیریت و قوانین

۲. بهبود تخصیص منابع مالی، تسهیل و افزایش سرمایه گذاری

۳. افزایش ظرفیت تولید دانش

۴. توسعه انتشار و به اشتراک گذاری دانش تولیدشده

۵. توسعه منابع انسانی

۶. تسهیل کارآفرینی

۷. تسهیل و افزایش ظرفیت تولید کالا و خدمات سلامت

۸. ارتقای هنجارها و فرهنگ عمومی

۹. تسهیل و ایجاد ارتباطات

مقام معظم رهبری نیز در سیاست های کلی برنامه پنجم توسعه اقتصادی-اجتماعی-فرهنگی که با رویکرد «پیشرفت و عدالت» ابلاغ شده، موارد زیر را مورد تأکید قرار داده اند:

- تأکید بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه باتوجه به یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی
- تبدیل نظام بودجه ریزی کشور به بودجه ریزی عملیاتی
- برقراری ارتباط کمی و کیفی میان برنامه های پنج ساله و بودجه های سالیانه با سند چشم انداز با رعایت شفافیت و قابلیت نظارت

در راستای برنامه های توسعه دولت جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق تربیت نیروی انسانی، تأمین و توزیع تجهیزات و « حفظ و ارتقای سلامت جامعه » متولی امکانات لازم و فراهم کردن سرمایه کافی سلامت جامعه برای تحقق این هدف انسانی است ۱. به منظور تحقق این هدف و ارتقا و دسترسی عادلانه و فراگیر آحاد ملت به خدمات بهداشتی -درمانی مناسب، این وزارت با تلاش در جهت توسعه زیرساختها با خرید راهبردی این خدمات از بخش خصوصی مبادرت ورزیده است.

همچنین در ماده ۲۱۷ قانون برنامه پنجم توسعه آمده است:

کلیه وزارتخانه ها و مؤسسات دولتی موظفند برنامه های اجرائی و عملیاتی خود را در قالب بسته های اجرائی برنامه ظرف شش ماه از تاریخ تصویب این قانون تهیه کنند. این بسته ها که پس از تصویب هیأت وزیران جهت اطلاع به مجلس شورای اسلامی ارائه می شود، مبنای تنظیم و تصویب بودجه سنواتی دستگاه قرار می گیرد. برنامه عملیاتی پنج ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبتنی بر سیاست های کلی فوق الذکر و الزامات برنامه پنجم توسعه کشور تهیه شده است و در تدوین آن مدیران و کارشناسان در سطوح مختلف وزارت مشارکت داشته اند.

این بسته ها با هدف ارتقای سطح سلامت آحاد مردم بگونه ای تدوین گردیده است تا بتوانند با در نظر گرفتن کلیه نیازهای سلامتی جامعه اعم از جسمی و روحی، نظام سلامت را در جهت ایجاد زیرساختها و نیز ارائه خدمات مناسب سوق دهند. در همین راستا طرح پزشک خانواده به عنوان یک تغییر واقعی در نظام سلامت کشور که منبعث از برنامه موفق مراقبتهای اولیه بهداشتی و در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی است با اهداف ذیل به اجرا درآمده است:

- ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی
- اولویت بخشیدن به ارتقای کیفیت زندگی افراد با نیازهای ویژه
- بالا بردن شاخص های بهداشتی با تحت پوشش قرار دادن کامل مردم

- تأمین منابع مالی مورد نیاز مراقبتهای اولیه بهداشتی توسط دولت و ارائه سایر خدمات با مشارکت دولت، بیمه ها و مردم
- کاهش هزینه های درمانی ، تردد و سرگردانی روستائیان در مراکز درمانی متعدد شهری
- ساماندهی نظام ارائه خدمات با تأکید بر سطح بندی و نظام ارجاع برای جمعیت تعریف شده
- ساماندهی مدیریت لوازم و تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی، بهداشتی و آزمایشگاهی کشور با تأکید بر طرح سطح بندی
- پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت برای آحاد جمعیت مقیم (موقت و دائمی) در پهنه جغرافیایی کشور
- طراحی و استقرار نظام جامع مدیریت خدمات درمانی با تأکید بر تخصیص بهینه منابع و در نظر گرفتن سطح بندی، نظام ارجاع و ...
- به کارگیری قشر تحصیل کرده و اشتغال زایی
- حرکت در راستای قانون اساسی و سند چشم انداز

ضرورت اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده به عنوان یک موضوع اولویت دار خدمات سلامت در کشورمان مهمترین موضوع و سر فصلی است که در بخش اجتماعی و سلامت برنامه پنجم توسعه مطرح گردیده است. براساس بند الف ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف گردیده است تا در راستای گسترش کمی و کیفی نظام سلامت با اولویت اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده و استفاده از ظرفیتهای بخش خصوصی تا پایان دوره پنجم توسعه در همه شهرها و روستاهای کشور اقدام نماید.

با توجه به موارد ذکر شده موضوع پزشک خانواده به عنوان اولین بسته اجرایی پنج ساله این وزارت مطرح شده و رویکرد و نگرش حاکم بر آن در سایر بسته های تدوین شده نیز مد نظر قرار گرفته است. مهمترین سیاست برای اجرایی شدن موفق این طرح استفاده از ظرفیتهای بخش غیر دولتی، تعاونی و خصوصی است که استفاده از این ظرفیت ها نیاز به زیر ساخت هایی دارد که این زیر ساخت ها در بسته ای دیگر با عنوان "خرید راهبردی خدمات سلامت با مشارکت بخش غیر دولتی و خصوصی" تدوین شده است.

ارائه خدمات سلامت از مهمترین وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب میشود که می بایست در قالب ایجاد سازوکارهای مناسب برای کنترل و کاهش بار بیماریها، تأمین و ارتقای سلامت خانواده، سلامت محیط کار، بازتوانی و نوتوانی در نظر گرفته شود. در همین راستا و جهت نیل به این اهداف بسته ای با عنوان "ارائه خدمات سلامت به جامعه در جهت کاهش بار بیماری ها" تدوین شده است.

در راستای دستیابی به ارائه بهتر خدمات سلامت باید به الزامات آن از جمله امنیت غذا و مواد غذایی که از مهمترین مباحث روز مطرح شده در سطح جهان بوده توجه نمود. از این رو از اهم وظایف بخش سلامت در هر کشوری نظارت بر تولید، توزیع و ارائه مواد غذایی می باشد. علاوه بر نظارت بر مواد غذایی پایش الگوی تغذیه ای جامعه نیز در کاهش ابتلا به بیماری ها و بخصوص چاقی که از جمله بیماری های رو به افزایش در جوانان در دهه اخیر می باشد تأثیر بسزایی دارد. این وزارت نیز در راستای دستیابی به این امر مهم بسته ای با عنوان "ارتقاء امنیت غذا و تغذیه با محوریت اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت غذایی" تدوین کرده است.

از دیگر الزامات مهم در ارائه خدمات سلامت توجه به محیط زیست می باشد که با توجه به فرا منطقه ای شدن مشکلات محیط زیست و آلودگی آب، هوا، فاضلاب و منابع طبیعی مشارکت جدی همه افراد، سازمان ها و ارگانها را می طلبد. در همین راستا وزارت بهداشت بسته ای با عنوان "حفظ محیط زیست سلامت آب/ هوا/ خاک / محیط" تدوین کرده است.

از دیگر وظایف مهم بخش سلامت برنامه ریزی جهت مدیریت و کنترل مخاطرات تهدیدکننده سلامت است. از آنجا که به علت شرایط منطقه ای، کشور با انواع تهدیدات اجتماعی و طبیعی مواجه است (از جمله قرار گرفتن روی کمر بند زلزله، همجواری با کشورهای تولید کننده مواد مخدر و...) با مخاطرات تهدید کننده سلامت از جمله زلزله، سیل، فقر، کمبود تغذیه ای پروتئین انرژی و ریز مغذیها، روشهای غیربهداشتی دفع فاضلاب و مواد زائد، دود ناشی از سوخته های جامد در محیطهای بسته، پرفشاری خون، کلسترول بالا، مصرف دخانیات، کمبود فعالیت فیزیکی و... روبروست، لذا موضوعات اولویت دار مطرحه تحت عنوان بسته ای با عنوان "کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامت" تدوین گردیده است.

یکی از مهمترین رویکردهای طرح پزشک خانواده، محرومیت‌زدایی و عینیت‌بخشی به موضوع حیاتی عدالت در سلامت می باشد و از آنجا که نوع نگرش نظام جمهوری اسلامی رفع تبعیض و برقراری عدالت اجتماعی در دسترسی مردم به خدمات سلامت است این خدمات باید تحت نظارت دولت انجام شود، و طرح نظام ارجاع به گونه ای شرایطی را فراهم می کند که با مشارکت سایر بخش ها خدمات سلامت با نگرشی عادلانه و با قیمتی مناسب در تمام کشور اجرا شود. در این راستا بسته ای با عنوان "برقراری عدالت در سلامت با مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت" در راستای دستیابی به برقراری عدالت در سلامت تدوین گردیده است.

از مهمترین شاخص های عدالت در سلامت، میزان پرداخت از جیب (out of pocket) توسط مردم می باشد و این در شرایطی است که با اینکه پوشش بیمه ای خوبی داریم ولی کاهش این شاخص نیازمند ایجاد اصلاحات در نظام سلامت به صورت هدفمند و مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی، محافظت مردم در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماریها، تأمین مالی پایدار و اصلاح نظام پرداختهاست. با توجه به موارد مذکور و موارد مطروحه در برنامه پنجم توسعه در خصوص بیمه پایه سلامت و کاهش بار مالی ناشی از بیماری ها بسته ای با عنوان "تأمین منابع مالی پایدار با محوریت توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت" تدوین شده است.

برنامه ریزی و سیاستگذاری یکپارچه در هر نظامی که مدعی کارآمدی است جهت افزایش بهره وری و کارآیی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این امر توسط مقام معظم رهبری در سیاست های کلی برنامه پنجم توسعه که در ابتدا به آن اشاره شده نیز مورد تأکید قرار گرفته است. با توجه به وظایف خطیر و بسیار مهم بخش سلامت این امر نمود بیشتری پیدا می کند، بنابراین در جهت تولید و مدیریت یکپارچه سلامت و منابع آن در این بخش بسته ای با عنوان "یکپارچگی در تولید سلامت/ یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی و نظارت و تخصیص منابع عمومی" تدوین گردیده است.

یکی از مهمترین منابعی که نیاز به توجه ویژه دارد بحث منابع انسانی است به گونه ای که تأمین منابع انسانی مورد نیاز سیستم سلامت از مهمترین موضوعات روز سلامت در هر کشوری است. این مسئله در سیاست های کلی نظام سلامت در چشم انداز ۱۴۰۴ نیز مورد تأکید قرار گرفته است. از آنجا که در کشور ما سیستم یکپارچه ارائه خدمات سلامت با آموزش نیروی انسانی مرتبط به عنوان یک مزیت مطرح است، مباحث مرتبط با آموزش دانشجویان و پژوهش های کاربردی به صورت یک بسته با عنوان "توسعه علم و فرهنگ و فناوری" دیده شده است. در نتیجه عناوین بسته هایی که تدوین شد به شرح زیر می باشد:

عناوین بسته های اجرایی :

بسته اجرایی ۱: گسترش نظام پزشکی خانواده

بسته اجرایی ۲: خرید راهبردی خدمات

بسته اجرایی ۳: ارائه خدمات سلامت به جامعه در جهت کاهش بار بیماریها

بسته اجرایی ۴: حفظ محیط زیست سلامت هوا/ آب/ خاک/ محیط

بسته اجرایی ۵: کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامت

بسته اجرایی ۶: ارتقاء امنیت غذا و تغذیه با محوریت اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت غذایی

بسته اجرایی ۷: برقراری عدالت در سلامت با مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت

بسته اجرایی ۸: یکپارچگی در تولید سلامت / یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی

بسته اجرایی ۹: تامین منابع مالی پایدار با محوریت توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت

بسته اجرایی ۱۰: توسعه هدفمند علم و فرهنگ و فناوری

در ادامه بر اساس دستور العمل ریاست جمهوری راهبرد اساسی/سیاست اجرایی/ برنامه های اجرایی، عملیاتی و اهداف کمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شرح ذیل تدوین گردید.

بسته اجرایی ۱: پزشک خانواده

| هدف-کمی | برنامه اجرایی - عملیاتی | سیاست اجرایی | راهبرد اساسی (استراتژی) |
|--|---|--|---------------------------------|
| ۱. پوشش صد در صدی پزشک خانواده در مناطق شهری تا پایان برنامه | برنامه خرید خدمت از پزشک خانواده شهر و حاشیه شهر | گسترش خرید راهبردی خدمات سلامت با اولویت جلب مشارکت بخش غیردولتی | ارائه خدمات جامع و همگانی سلامت |
| ۲. پوشش صد در صدی پزشک خانواده در مناطق روستایی تا پایان برنامه | برنامه خرید خدمت از پزشک خانواده روستا و عشایر | | |
| ۳. دسترسی ۱۰۰٪ مراکز ارائه دهنده خدمات پزشک خانواده به زیرساخت فیزیکی، تجهیزاتی IT مورد نیاز اجرای طرح | برنامه توسعه زیرساختهای IT | توسعه زیرساختها | |
| ۴. دسترسی ۱۰۰٪ مراکز ارائه دهنده خدمات پزشک خانواده به زیرساختهای نرم افزاری اجرای طرح | | | |
| ۵. تکمیل و تجهیز کامل زیرساختهای فیزیکی لازم برای ارائه خدمات | برنامه توسعه منابع فیزیکی | | |
| ۶. افزایش توان مدیریت نظام پزشک خانواده به دو برابر سال پایه تا پایان برنامه | برنامه تقویت مدیریت اجرایی | توسعه نظارت و مدیریت بر برنامه های پزشک خانواده | |
| ۷. ارزیابی کامل شاخصهای عملکرد پزشک خانواده | توسعه نظارت و ارزشیابی | | |
| ۸. توسعه حداقل ۱۰۰٪ مطالعات مرتبط با پزشک خانواده | برنامه تولید شواهد لازم برای استقرار و پایش نظام پزشک خانواده | توسعه شواهد | |
| ۹. تولید ۱۰۰ درصد محتوای آموزشی مورد نیاز پزشک خانواده | برنامه آموزش های دوره ای کارکنان و ارائه دهندگان خدمات پزشک خانواده | توانمندسازی نیروی انسانی | |
| ۱۰. افزایش ۶۰ درصدی ساعات آموزشهای کارکنان دست اندرکار اجرای پزشک خانواده | | | |

بسته اجرایی ۲: خرید راهبردی خدمات

| هدف - کمی | برنامه اجرایی - عملیاتی | سیاست اجرایی | راهبرد اساسی (استراتژی) |
|---|---|--|-------------------------------|
| ۱. تعیین هزینه تمام شده کلیه خدمات سلامت در بخش دولتی و غیر دولتی تا پایان برنامه | تعیین هزینه تمام شده خدمات | خرید راهبردی خدمات سلامت به قیمت ترجیحی | خرید خدمات سلامت از بخش خصوصی |
| ۲. تدوین ۱۰۰ درصدی استانداردهای ارائه خدمات در بخش سلامت تا پایان برنامه | تعیین استانداردها و معیارهای مورد نظر در خصوص کیفیت ارائه خدمات | | |
| ۳. تدوین تمامی ضوابط و مقررات خرید راهبردی خدمات از بخش خصوصی تا پایان سال ۹۲ | تدوین ضوابط و مقررات خرید راهبردی خدمات از بخش غیردولتی | | |
| ۴. احصاء کلیه تصدی های قابل واگذاری به بخش خصوصی و تعاونی | احصای تصدی های قابل واگذاری به بخش غیردولتی | خرید خدمات اولویت دار در راستای تامین عدالت در سلامت | |
| ۵. واگذاری ۱۰٪ تصدی ها تا پایان برنامه | نظارت بر نحوه اجرای برنامه واگذاری در دانشگاهها | | |
| ۶. تدوین کلیه شاخص ها جهت اولویت بندی خدمات در بخش سلامت تا پایان سال ۹۲ | تعیین شاخص های اولویت بندی خدمات راهبردی سلامت | | |
| ۷. تعیین اولویت خدمات بر اساس بار بیماری ها به صورت ۱۰۰ درصد تا پایان سال ۹۲ | تعیین اولویت بندی خدمات بر اساس بار بیماری ها | | |
| ۸. خرید حداقل ۱۰٪ خدمات تشخیصی و درمانی از بخش غیردولتی | خرید راهبردی خدمات تشخیصی و درمانی از بخش غیردولتی | | |

بسته اجرایی ۳: ارائه خدمات سلامت به جامعه در جهت کاهش بار بیماریها

| هدف-کمی | برنامه اجرایی - عملیاتی | سیاست اجرایی | راهبرد اساسی (استراتژی) |
|--|---|---|--------------------------|
| ۱. کاهش نسبت مرگ و میر مادران به ۱۵ در صدهزار تولد زنده تا پایان برنامه | برنامه نظام مراقبت از مادران | ارتقاء کمی و کیفی نظام مراقبت از میانسالان و سالمندان | ارتقاء کیفیت خدمات سلامت |
| ۲. کاهش نسبت مرگ و میر نوزادان به کمتر از ۸ در هزار تولد زنده تا پایان برنامه | برنامه نظام مراقبت از نوزادان و کودکان | | |
| ۳. کاهش نسبت مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به کمتر از ۱۵ در هزار تا پایان برنامه | | | |
| ۴. ارتقاء نظام مراقبت از جوانان ونوجوانان به میزان ۳۰٪ تا پایان برنامه | | | |
| ۵. افزایش پوشش خدمات آموزش و مراقبت جامع سلامت مردان و زنان ۲۵ تا ۶۰ سال به ۱۵ درصد جمعیت هدف تا پایان برنامه بر اساس سرشماری سال ۹۰ | برنامه نظام مراقبت از جوانان و نوجوانان، میانسالان و سالمندان | | |
| ۶. ارتقاء نظام مراقبت از سالمندان به میزان ۲۵٪ سال پایه تا پایان برنامه | برنامه سلامت خانواده | | |
| ۷. افزایش میزان رضایتمندی زوجین از روابط زناشویی به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه | برنامه ارتقاء بهداشت دهان و دندان در گروه‌های هدف | | |
| ۸. افزایش میزان F در شاخص DMFT در دانش آموزان (زیر ۱۸ سال) به میزان ۳۰٪ تا پایان برنامه | برنامه نظام مراقبت از بیماریهای بازپدید و نوپدید | | |
| ۹. ارتقاء نظام مراقبت بیماری‌های واگیر، نوپدید و بازپدید با رعایت مقررات بهداشتی بین المللی (آی اچ آر) به میزان سالانه ۵ درصد | | | |
| ۱۰. کنترل بیماری ایدز به طوریکه میزان شیوع آن به میزان ۰,۲٪ جمعیت ثابت بماند | برنامه پیشگیری، کنترل و کاهش شیوع و بروز بیماریهای واگیر | | |
| ۱۱. کاهش بروز بیماری هپاتیت به میزان ۱,۵ درصد تا پایان برنامه | | | |
| ۱۲. کاهش میزان بروز سل به ۱۴ در صد هزار نفر تا پایان برنامه | | | |
| ۱۳. در حد صفر نگه داشتن بروز بیماری شیستوزومیازیز | | | |
| ۱۴. به صفر رسانیدن بروز بیماری جذام تا پایان برنامه | | | |
| ۱۵. به صفر رسیدن موارد بومی بیماری مالاریا فالسیپارم تا پایان برنامه | برنامه کاهش بار بیماریهای غیرواگیر | | |
| ۱۶. برنامه‌ریزی، نظارت و ساماندهی ۱۰۰ درصدی نظام بیماری‌های غیر واگیر | | | |
| ۱۷. کاهش بار بیماری قلبی عروقی و دیابت به میزان 5% درصد سال پایه تا پایان برنامه | | | |

بسته اجرایی ۳: ارائه خدمات سلامت به جامعه در جهت کاهش بار بیماریها

| هدف-کمی | برنامه اجرایی - عملیاتی | سیاست اجرایی | راهبرد اساسی (استراتژی) |
|--|--|--------------------------------------|-------------------------|
| ۱۸. کاهش بار بیماریهای اسکلتی - عضلانی به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه | | | |
| ۱۹. کاهش بار ۳ سرطان شایع (کولورکتال، پستان و پوست) به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه | | | |
| ۲۰. کاهش بار ناشی از بیماری های تنفسی (آسم و COPD) به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه | | | |
| ۲۱. کاهش بار بیماریهای ژنتیکی قابل پیشگیری (تالاسمی و هموفیلی و فنیل کتونوری) به میزان ۱۰٪ تا پایان برنامه | | | |
| ۲۲. کاهش بار اختلالات روانی - اجتماعی (افسردگی) حداقل به میزان ۵٪ تا پایان برنامه | برنامه پیشگیری و کنترل بیماریهای روانی | | |
| ۲۳. سنجش دیده بانی سلامت اجتماعی به میزان ۵۰٪ تا پایان برنامه | برنامه ارتقاء آگاهی جامعه در خصوص شاخص های سلامت اجتماعی | | |
| ۲۴. توسعه دوره های آموزش کارکنان در خصوص شاخص های سلامت اجتماعی به ۳۰٪ گروه هدف تا پایان برنامه | برنامه توانمند سازی کارکنان در خصوص شاخص های سلامت اجتماعی | ارتقاء سطح سلامت اجتماعی جامعه | |
| ۲۵. اجرای مدل مداخلاتی سلامت اجتماعی به ۴۲ دانشگاه تا پایان برنامه | اجرای برنامه مداخلات سلامت اجتماعی در دانشگاهها | | |
| ۲۶. افزایش پوشش آموزش های سواد سلامت ایرانیان به میزان ۶٪ جمعیت به ازای هر سال تا پایان برنامه | برنامه ترویج شیوه زندگی سالم در گروههای هدف | اعتلاء آگاهیهای عمومی در زمینه سلامت | |
| ۲۷. ارتقاء کیفیت خدمات پایه، سرپایی و بستری سلامت حداقل به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه | برنامه ارتقاء کیفی خدمات تشخیصی درمانی | | |
| ۲۸. ارتقاء توانمندی اعضای هیات علمی و ارائه کنندگان خدمات سلامت به میزان ۵٪ سال پایه تا پایان برنامه | برنامه ارتقاء توانمندی اعضای هیات علمی و ارائه کنندگان خدمات سلامت | | |
| ۲۹. استقرار نظام حاکمیت بالینی در کلیه بیمارستانهای کشور تا پایان برنامه | برنامه استقرار حاکمیت بالینی | ارتقاء کیفی خدمات سطح ۲ و ۳ | |
| ۳۰. استقرار نظام اعتبار بخشی در ۱۰۰ درصد بیمارستانهای کشور تا پایان برنامه | برنامه استانداردسازی اعتباربخشی | | |
| ۳۱. ارتقاء کیفی فناوریهای سلامت به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه | برنامه ارتقاء کیفی فناوریهای سلامت | | |
| ۳۲. ارتقاء کیفیت زیرساختهای فناوری اطلاعات حداقل به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه | برنامه توسعه زیرساختهای فناوری اطلاعات | | |

بسته اجرایی ۳: ارائه خدمات سلامت به جامعه در جهت کاهش بار بیماریها

| هدف-کمی | برنامه اجرایی - عملیاتی | سیاست اجرایی | راهبرد اساسی (استراتژی) |
|---|---|---|-------------------------|
| ۳۳. ارتقاء کیفیت زیرساختهای تجهیزات پزشکی/بیمارستانی حداقل به میزان ۲۰٪/سال پایه تا پایان برنامه | برنامه توسعه زیرساختهای فیزیکی و تجهیزاتی | | |
| ۳۴. ارتقای شاخصهای کیفی عرضه، ارائه خدمات، تجویز و مصرف فرآورده های دارویی به میزان ۱۵٪/سال پایه تا پایان برنامه | | | |
| ۳۵. دستیابی به استانداردهای برتر جهانی ۵۰٪ فرآورده های منتخب دارویی، آرایشی و بهداشتی، تا پایان برنامه | برنامه ارتقای شاخصهای کیفی فرآورده های دارویی، آرایشی و بهداشتی، ملزومات و تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی | ارتقاء کیفی خدمات سطح ۲ و ۳ | |
| ۳۶. افزایش سهم ریالی تولید داخلی فرآورده های دارویی و تجهیزات پزشکی از مجموع تولیدات و واردات به میزان ۱۵٪/سال پایه تا پایان برنامه | | | |
| ۳۷. دستیابی به استانداردهای برتر جهانی ۵۰٪ تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی تا پایان برنامه | | | |
| ۳۸. بهینه سازی اورژانس بیمارستانی به میزان ۵۰٪ در طول برنامه | برنامه توسعه کیفی اورژانسهای بیمارستانی | | |
| ۳۹. کاهش خطاهای پزشکی (پزشک/پرستار/داروساز) به میزان حداقل ۱۰٪/سال پایه تا پایان برنامه | برنامه ایمنی بیمار و کاهش خطاها | | |
| ۴۰. افزایش تولید داخلی واکسنهای آنتی سرم و آنتی ژن و کیتهای تشخیصی به میزان سالانه ۵٪/تا پایان برنامه | برنامه تولید واکسن، آنتی سرم، آنتی ژن و کیتهای تشخیصی | حمایت از تولید داخلی فرآورده های بیولوژیک | |

بسته اجرایی ۴: حفظ محیط زیست سلامت هوا/ آب/ خاک/ محیط

| هدف- کمی | برنامه اجرایی- عملیاتی | سیاست اجرایی | راهبرد اساسی (استراتژی) |
|--|---|--|---|
| ۱. افزایش نمونه برداری آب آشامیدنی به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه | برنامه کنترل سلامت آب آشامیدنی | توسعه نظارت و ارزشیابی | ارتقاء خدمات کنترل محیطی و مهندسی بهسازی محیط |
| ۲. افزایش میزان بازرسی آب کشاورزی به میزان ۱۰۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه | برنامه کنترل سلامت آب کشاورزی | | |
| ۳. تجهیز کلیه بیمارستانها به سیستم امحاء پسماند های بیمارستانی تا پایان برنامه | ساماندهی پسماندهای بیمارستانی | | |
| ۴. توسعه نظارت و پایش شاخص های آلودگی هوا به میزان ۱۰۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه | برنامه کنترل آلودگی هوا | | |
| ۵. توسعه نظارتهای سالانه بر اماکن هدف به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه | برنامه تشدید بازرسی و کنترلهای بهداشتی کارگاهها و کارخانجات و اماکن شغلی | | |
| ۶. افزایش ارائه خدمات بهداشت حرفه ای به گروههای هدف به میزان ۱۰۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه | برنامه خدمات بهداشت حرفه ای به مشاغل | | |
| ۷. توسعه برنامه های اطلاع رسانی عمومی در رابطه با سلامت محیط کار به ۱۲۰ برنامه تا پایان برنامه | برنامه توسعه آگاهی ها و سطح سواد جامعه در زمینه سلامت محیط کار | ارتقاء آگاهی های عمومی همکاری بین بخشی | همکاری بین بخشی |
| ۸. توسعه برنامه های مشترک با سایر دستگاهها در زمینه ارتقاء سلامت محیط و کار | برنامه توسعه همکاری مشترک با سایر دستگاهها در زمینه ارتقاء سلامت محیط و کار | توسعه شواهد پژوهشی | |
| ۹. تدوین کتب و راهنمای مرتبط با سلامت محیط و کار تا پایان برنامه | برنامه تدوین راهنما و انتشار کتب مرتبط با سلامت محیط و کار | توانمند سازی نیروی انسانی | |
| ۱۰. افزایش تعداد ساعات آموزش تخصصی سالیانه به پرسنل از ۸۰ ساعت به ۱۰۰ ساعت به ازای هر پرسنل | برنامه ارتقاء توانمندیهای کارشناسان و دست اندرکاران بهداشت محیط | | |

بسته اجرایی : بسته اجرایی ۵: کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامت

| هدف- کمی | برنامه اجرایی - عملیاتی | سیاست اجرایی | راهبرد اساسی (استراتژی) |
|---|---|--|--|
| ۱. اعتدای میزان آگاهی های عمومی در خصوص مخاطرات سوء مصرف مواد و محرکها به میزان ۱۰۰ درصد سال پایه | ارتقاء آگاهی عمومی از مضرات استفاده از سیگار و سایر مواد دخانی | پیشگیری از سوء مصرف مواد دخانی، مواد مخدر و روان گردان | کاهش شیوع مصرف مواد دخانی، مواد مخدر و روان گردان |
| ۲. ارتقاء سطح آگاهی های عمومی از مضرات سیگار در افراد بالای ۱۵ سال به میزان سالیانه ۱۰٪ | برنامه ارتقاء آگاهی عمومی از مضرات استفاده از مواد دخانی | | |
| ۳. کاهش بار ناشی از مصرف مواد مخدر و روان گردان به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه | کمک به درمان و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان | درمان مبتلایان و بهبود کیفیت زندگی آنان | |
| ۴. ایجاد مراکز درمانی مرتبط با درمان و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر به مقدار ۱۰۰در صد تا پایان برنامه | | | |
| ۵. حفظ دسترسی به خون و فرآورده های خونی سالم به میزان ۱۰۰٪ در طی برنامه | برنامه تهیه و تامین خون و فرآورده های خونی سالم | دسترسی به فرآورده های خونی سالم | افزایش دسترسی به خون و فرآورده های خونی سالم |
| ۶. ارتقا توان نظام سلامت در مقابله با حوادث غیر مترقبه (سیل، زلزله، رانش و ...) طبیعی در سطح ۱ به میزان ۲۰٪ تا پایان برنامه | برنامه ارتقا توان نظام سلامت در مقابله با حوادث غیر مترقبه در سطح ۱ | توسعه توانمندیهای مقابله با بلایا در سطوح مختلف نظام سلامت | کاهش بار ناشی از مخاطرات طبیعی و انسان ساخت در سطح جامعه |
| ۷. ارتقاء توان نظام سلامت در مقابله با حوادث غیر مترقبه (سیل، زلزله، رانش و ...) در سطوح ۲ و ۳ به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه | برنامه ارتقاء توان نظام سلامت در مقابله با حوادث غیر مترقبه در سطوح ۲ و ۳ | | |
| ۸. افزایش توان مقابله با حوادث و بلایای انسان ساخت به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه | برنامه مقابله با حوادث و بلایای انسان ساخت | | |
| ۹. افزایش برنامه های مرتبط با حفاظت مردم در برابر تشعشعات (گاز رادون، پرتوهای ماوراء بنفش نور خورشید و ...) به طور متوسط به میزان ۲۰٪ تا پایان برنامه | برنامه حفاظت مردم در برابر تشعشعات | | |
| ۱۰. کاهش آسیب های ناشی از حوادث در محیط های کاری، آموزشی، مسکونی و تفریحی حداقل به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه | برنامه استقرار نظام کشوری پیشگیری و مراقبت از حوادث غیر ترافیکی (اعم از کاری، آموزشی، تفریحی) | کاهش بار ناشی از حوادث انسان ساخت | |
| ۱۱. افزایش خدمات فوریت های پیش بیمارستانی در جهت کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی به میزان ۵۰٪ سال پایه تا پایان برنامه | برنامه استقرار نظام کشوری پیشگیری و مراقبت از حوادث ترافیکی | | |

بسته اجرایی : بسته اجرایی ۵: کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامت

| هدف- کمی | برنامه اجرایی - عملیاتی | سیاست اجرایی | راهبرد اساسی (استراتژی) |
|---|--|--------------|-------------------------|
| ۱۲. افزایش دسترسی جمعیت شهری و روستایی به خدمات فوریت‌های پیش بیمارستانی به میزان ۷۰٪ تا پایان برنامه | | | |
| ۱۳. نظارت بر میزان سرب اسباب بازی به میزان ۵۰ درصد تا پایان برنامه | برنامه پیش ایمن سازی اسباب بازیها | | |
| ۱۴. کنترل ۱۰۰ درصد ۲۰ محصول مرتبط (Post marketing survey) شیر پاستوریزه سه لایه، دوغ ساده گرمادیده، دوغ بسته بندی معمولی، لبنیل (برچسب) محصولات مختلف، همبرگر ۳۰٪ گوشت، سوسیس آلمانی ۴۰٪، کالباس ۵۰٪-۴۰٪، رب گوجه فرنگی، آب آشامیدنی بسته بندی، پنیر UF (چرب)، ریمل یا خط چشم (مایع)، نمک تصفیه شده، کنسرو ماهی تن در روغن، کره حیوانی، برنج وارداتی دارای مجوز، برنج داخلی دارای پروانه بسته بندی، روغن زیتون بی بو، آبلیمو، عرق نعنا، گلاب | برنامه کنترل و پیش محصولات مرتبط (Post marketing survey) | | |

بسته اجرایی ۶: ارتقاء امنیت غذا و تغذیه با محوریت اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت غذایی

| راهبرد اساسی (استراتژی) | سیاست اجرایی | برنامه اجرایی - عملیاتی | هدف - کمی - راهبردی |
|---|-------------------------------------|--|--|
| افزایش میزان دسترسی (فیزیکی، اقتصادی، فرهنگی) خانوارهای ایرانی به سبد غذای سالم | ارتقاء سیستم پایش امنیت غذایی | برنامه کاهش عوامل خطرزای محصولات غذایی ^۱ کشاورزی و گلخانه ایی | ۱. کاهش میزان عوامل خطرزای شاخص (آفلاتوکسین سموم آفات نباتی و آلاینده های فلزی هورمون ها و آنتی بیوتیک ها) در محصولات کشاورزی (گندم، برنج و پسته) و محصولات گلخانه ای و لبنی در سطح عرضه به میزان ۱۰٪ سال پایه تا پایان برنامه |
| | | برنامه ارتقا سطح ایمنی محصولات غذایی و آشامیدنی | ۲. ارتقاء سطح ایمنی ۸ محصول غذایی و آشامیدنی (زیتون، فراورده های گوشتی، فراورده های لبنی، نان، روغنهای خوراکی مصرف خانوار، کباب کوبیده، سالاد فصل، بستنی سنتی) به میزان ۵۰٪ سال پایه تا پایان برنامه |
| | | برنامه نظارت بر اعتبار بخشی سلامت کالاها | ۳. افزایش سهم ارائه کالاهای سالم منتخب (کالاهای غذایی، دارویی، بهداشتی، آرایشی، آشامیدنی و تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی و آزمایشگاهی) نسبت به قاچاق و غیر استاندارد در بازار مصرف به میزان حداقل ۷۰٪ تا پایان برنامه |
| | | برنامه ارتقا فرهنگ تغذیه ای | ۴. ارتقا فرهنگ و سواد تغذیه ای گروه های هدف به میزان ۱۰ درصد وضع موجود |
| توسعه کیفیت خدمات مراقبت تغذیه ای | برنامه کاهش شیوع سوء تغذیه در جامعه | برنامه کاهش شیوع سوء تغذیه در جامعه | ۵. افزایش میانگین دریافت روزانه میوه ها، سبزی ها، شیر و لبنیات در خانواده ها به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه |
| | | برنامه کاهش شیوع سوء تغذیه در جامعه | ۶. کاهش میزان نمک، قندهای ساده، روغن و چربی موجود در فرآورده های غذایی و آشامیدنی به میزان ۱۵٪ سال پایه تا پایان برنامه |
| | | برنامه کاهش شیوع سوء تغذیه در جامعه | ۷. کاهش شیوع سوء تغذیه در گروه های آسیب پذیر (کودکان، نوجوانان، زنان باردار، میانسالان و سالمندان) به میزان ۱۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه |
| | | برنامه کاهش شیوع و کمبود ریزمغذی های شایع (ید، آهن، روی، ویتامین د و ویتامین آ) در گروه های سنی به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه | ۸. کاهش شیوع و کمبود ریزمغذی های شایع (ید، آهن، روی، ویتامین د و ویتامین آ) در گروه های سنی به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان برنامه |

بسته اجرایی ۷: برقراری عدالت در سلامت با مدیریت تعیین کننده های اجتماعی سلامت

| هدف- کمی- راهبردی | برنامه اجرایی - عملیاتی | سیاست اجرایی | راهبرد اساسی (استراتژی) |
|---|---|--|---|
| <p>۱. کاهش نسبت اختلاف متوسط میزان مرگ و میر مادران باردار در ۳ استان با شاخص اقتصادی اجتماعی بالاتر به ۳ استان با شاخص اقتصادی اجتماعی پایین تر کشور به میزان ۳۰٪ نسبت به پایه تا پایان برنامه</p> | <p>برنامه ساماندهی مراقبت از مادران باردار در مناطق محروم</p> | | |
| <p>۲. کاهش نسبت میانگین میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ۳ استان با شاخص اقتصادی اجتماعی بالاتر به ۳ استان با شاخص اقتصادی اجتماعی پایین تر کشور به میزان ۳۰٪ نسبت به سال پایه تا پایان برنامه</p> | <p>برنامه توسعه خدمات مراقبت از کودکان مناطق محروم</p> | <p>ارتقاء خدمات سلامت مادر و کودک در مناطق محروم</p> | <p>کاهش فاصله شاخص های برخورداری از خدمات سلامت بین مناطق محروم و غیر محروم</p> |
| <p>۳. افزایش کودکانی که در بدو ورود به مدرسه درجه تکاملی مطلوب دارند حداقل ۲۵٪ نسبت به سال پایه تا پایان برنامه</p> | | | |

بسته اجرایی ۸: یکپارچگی در تولید سلامت/ یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی

| راهبرد اساسی (استراتژی) | سیاست اجرایی | برنامه اجرایی- عملیاتی | هدف-کمی-راهبردی |
|---|---|---|---|
| تمرکز سیاستگذاری، برنامه ریزی، نظارت و ارزشیابی بخش سلامت در وزارت بهداشت | یکپارچگی در تولید اطلاعات مرتبط با سلامت | اجرای پیوست سلامت برای طرح های بزرگ توسعه ای | ۱. تحقق تمامی مفاد پیوست سلامت طرحهای بزرگ توسعه ای مصوب (ملی و استانی) و تصمیمات دستگاههای اجرایی |
| | | سیاستگذاری مبتنی بر شواهد در بخش سلامت | ۲. حداقل ۸۰ درصد سیاست های تدوین شده بر اساس شواهد معتبر باشد |
| | | برنامه ریزی و بودجه ریزی یکپارچه سلامت | ۳. تحقق ۱۰۰ درصدی بودجه ریزی عملیاتی در وزارت بهداشت تا پایان برنامه |
| | | پایش و ارزشیابی سیاست ها و برنامه های سلامت | ۴. پایش و ارزشیابی میزان تحقق کلیه سیاست ها و برنامه های حوزه سلامت |
| | | استقرار سامانه های مدیریت دانش و اطلاعات در نظام سلامت | ۵. استقرار حداقل ۵ سامانه کشوری مدیریت دانش و اطلاعات سلامت تا پایان برنامه |
| متناسب سازی منابع با نظام ارائه خدمات سلامت | تدارک و توزیع عادلانه منابع در نظام ارائه خدمات سلامت | تدارک و توزیع عادلانه منابع در بند خدمات و نظام ارجاع تا پایان برنامه | ۶. تدارک و توزیع عادلانه ۱۰۰٪ منابع انسانی در نظام ارائه خدمات سلامت براساس سطح بندی خدمات و نظام ارجاع تا پایان برنامه |
| | | تدارک و توزیع عادلانه منابع در بند خدمات و نظام ارجاع تا پایان برنامه | ۷. تدارک و توزیع عادلانه ۱۰۰٪ منابع فیزیکی در نظام ارائه خدمات سلامت براساس سطح بندی خدمات و نظام ارجاع تا پایان برنامه |
| | | برنامه اجرای طرح تمام وقت پزشکان | ۸. عدم اشتغال ۱۰۰٪ پزشکان رسمی و پیمانی مراکز آموزشی- درمانی دولتی و عمومی غیردولتی، در بخش غیر دولتی تشخیصی، آموزشی، درمانی، تا پایان سال سوم برنامه |
| | | برنامه اشتغال زایی برای گروههای پزشکی | ۹. سیاستگذاری و برنامه ریزی در جهت توسعه کارآفرینی در حوزه سلامت به میزان ۲۵٪ درصد تا پایان برنامه |
| | | برنامه سلامت اداری | ۱۰. کاهش تخلفات اداری سالانه ۲٪ |
| توسعه نظارت در جهت کاهش تخلفات و سوء استفاده در نظام سلامت | برنامه مبارزه با تخلفات پزشکی | ارتقاء کیفیت بازرسی و پاسخگویی به شکایات سالانه ۲۰٪ | ۱۱. |
| | | کاهش تخلفات پزشکی به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه | ۱۲. |
| | | برنامه سنجش رضایتمندی | ۱۳. ارتقاء رضایتمندی کارکنان به میزان ۵۰٪ سال پایه تا پایان برنامه |
| تمرکز سیاستگذاری، برنامه | بهبود رضایتمندی کارکنان در | برنامه سنجش رضایتمندی | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| ریزی ، نظارت و ارزشیابی بخش سلامت در وزارت بهداشت | تدارک خدمات | برنامه آموزش کارکنان | ۱۴. توسعه دوره های آموزشی کارکنان به میزان ۲۰٪ سال پایه تا پایان برنامه |
| ارتقاء بهره وری کلیه عوامل در نظام سلامت | | برنامه ارتقای بهره وری انرژی | ۱۵. ارتقای بهره وری انرژی در نظام سلامت به میزان ۲ برابر سال پایه تا پایان برنامه |
| | | برنامه ارتقای بهره وری سرمایه | ۱۶. ارتقای بهره وری سرمایه در نظام سلامت به میزان ۲ برابر سال پایه تا پایان برنامه |
| | | | ۱۷. توسعه کیفی و کمی سامانه های پشتیبانی و اطلاع رسانی خدمات به میزان ۴۰٪ سال پایه تا پایان برنامه |
| | | برنامه ارتقای بهره وری کارکنان سلامت | ۱۸. ارتقای بهره وری نیروی انسانی در نظام سلامت به میزان ۲ برابر سال پایه تا پایان برنامه |
| | | | ۱۹. ارتقای بهره وری هیأت های امنای دانشگاه ها، سالانه به میزان ۲۰٪ |
| | | | ۲۰. ارتقاء روابط و همکاری های بین المللی سالانه ۲۰٪ |
| | | | ۲۱. بومی سازی ارزش نسبی خدمات سلامت تا پایان برنامه |
| جلب مشارکت نهادهای غیردولتی در تصمیم گیری های کلان سلامت | تشکیل شبکه های فعال در جهت مشارکت و ائتلاف ذینفعان برای سیاستگذاری | مشارکت تشکلهای مردمی و انجمنهای علمی در نهادهای تصمیم گیر و نظارتی مرتبط با سلامت | ۲۲. افزایش سهم مشارکت تشکلهای مردمی و انجمنهای علمی در نهادهای تصمیم گیر و نظارتی مرتبط با سلامت (ملی، استانی، شهرستانی) به ۶۰٪ تا پایان برنامه پنجم توسعه |
| | | | ۲۳. هئأت امنایی شدن کلیه بیمارستان های آموزشی ، درمانی تا پایان برنامه |

بسته اجرایی ۹ : تامین منابع مالی پایدار با محوریت توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت

| هدف-کمی-راهبردی | برنامه اجرایی- عملیاتی | سیاست اجرایی | راهبرد اساسی(استراتژی) |
|---|---|---|---|
| ۱. ادغام کامل صندوقهای بیمه تا پایان سال دوم برنامه | برنامه ادغام صندوق های بیمه سلامت کشور و تشکیل سازمان بیمه سلامت | تجمیع بیمه های سلامت | گسترش پوشش بیمه های پایه سلامت |
| ۲. افزایش ضریب نفوذ بیمه پایه سلامت به ۱۰۰٪ تا پایان برنامه | تدوین، ابلاغ و اجرای بسته خدمات بیمه پایه سلامت | اجباری کردن بیمه پایه سلامت | |
| ۳. تخصیص سالانه حداقل ۱۰٪ درآمد حاصله از هدفمند سازی یارانه ها به بخش سلامت تا پایان برنامه | تدوین، ابلاغ و اجرای مدل تخصیص منابع عمومی حمایتی حوزه سلامت برای پوشش دهکهای آسیب پذیر | هدفمندسازی یارانه ها برای حمایت اقشار آسیب پذیر از محل درآمدهای عمومی | افزایش سهم منابع عمومی در هزینه های سلامت |
| ۴. حداقل ۳۰٪ از کل پرداخت به کارکنان سلامت مبتنی بر عملکرد باشد | پرداخت مبتنی بر عملکرد | توسعه نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد | یکپارچگی تخصیص منابع عمومی |
| ۵. افزایش شاخص مشارکت عادلانه مالی در هزینه های سلامت به ۹۰٪ | برنامه مشارکت عادلانه مالی در هزینه های سلامت | مشارکت عادلانه در هزینه های سلامت | توزیع عادلانه هزینه های سلامت |

بسته اجرایی ۱۰: توسعه هدفمند علم و فرهنگ و فناوری

| هدف - کمی - راهبردی | برنامه اجرایی - عملیاتی | سیاست اجرایی | راهبرد اساسی (استراتژی) |
|---|---|---|---|
| <p>۱. حمایت از ساماندهی و تکمیل خوابگاه دانشجویان با اولویت خوابگاههای ناتمام ومصوب به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه</p> | <p>برنامه حمایت مالی از خدمات رفاهی و فرهنگی دانشجویی</p> | | <p>توسعه آموزش و پژوهش علوم پزشکی مبتنی بر نقشه جامع علمی کشور.</p> |
| <p>۲. افزایش سرانه رفاهی و فرهنگی دانشگاه به میزان ۵۰ درصد سال پایه و از سال دوم به میزان ۲۰ درصد سالیانه تا پایان برنامه</p> | | | |
| <p>۳. ارتقاء بهره وری با رویکرد اصلاح الگوی مصرف در بخش های آموزش ، پژوهش، فناوری و سلامت ، شامل اصلاح زیرساخت، آموزش نیروی انسانی، برون سپاری(ازجمله خدمات رفاهی دانشجویان) به میزان ۲۰٪ نسبت به شاخص های سال پایه</p> | <p>برنامه ارتقاء کیفیت خدمات آموزشی , پژوهشی</p> | <p>حمایت از ارتقاء کیفی خدمات آموزشی، پژوهشی ، رفاهی و فرهنگی</p> | |
| <p>۴. توسعه هدفمند آموزش عالی و پژوهشی در بخش علوم پزشکی براساس طرح آمایش سرزمین و نیازسنجی نیروی انسانی مورد نیاز بخش سلامت تا پایان برنامه.</p> | | | |
| <p>۵. ارتقاء کیفی برنامه های مصوب آموزشی در همه مقاطع، تولید منابع داخلی مبتنی بر نیازهای کشور ، بر اساس آموزه هاو هویت اسلامی ایرانی ، ارزش های انقلاب و دفاع مقدس به میزان ۱۰۰٪ تا پایان برنامه</p> | | | |
| <p>۶. توسعه نظام یکپارچه مدیریت اطلاعات سلامت و ارتقاء کمی و کیفی در مقیاس ملی، منطقه ای و بین المللی به میزان حداقل ۳۰ درصد تا پایان برنامه.</p> | | | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>۷. ارتقاء دانش و توانمندی های مدیران، کارکنان و هیات علمی به میزان ۱۰۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه</p> | <p>ارتقاء سطح علمی ارائه دهندگان خدمات آموزشی، پژوهشی</p> | <p>ارتقاء سطح علمی ارائه دهندگان و گیرندگان خدمات آموزشی، پژوهشی</p> |
| <p>۸. توسعه همکاری های بین المللی علمی، پژوهشی، فرهنگی، در حوزه سلامت با رویکرد تحقق اولویت های مورد نیاز ملی، باتاکید بر کشورهای منطقه و جهان اسلام به میزان سالیانه دو برابر نسبت به سال پایه تا پایان برنامه.</p> | | |
| <p>۹. افزایش حمایت های مادی و معنوی ازدانشجویان، نخبگان و نوآوران عرصه های آموزش، پژوهش، فرهنگی، قرآنی و فناوری حوزه سلامت به میزان دو برابر سال پایه تا پایان برنامه</p> | <p>ارتقاء سطح علمی گیرندگان خدمات آموزشی، پژوهشی</p> | |
| <p>۱۰. هدایت، جهت دهی، حمایت و انتشار نتایج فعالیت های پژوهشی اعضای هیات علمی، دانشجویان تحصیلات تکمیلی و سایر محققین درجهت رفع مشکلات سلامت کشور، به گونه ای که حداقل ۵۰ درصد از فعالیت های تحقیقاتی در راستای اولویت های کشور باشد.</p> | | |
| <p>۱۱. توسعه نظام اعتباربخشی در ۱۰۰درصد دانشگاه های علوم پزشکی و موسسات آموزشی و پژوهشی تابعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در حوزه های دانشجویی و فرهنگی، آموزش و پژوهش</p> | <p>برنامه اعتبار بخشی و ارزشیابی دانشگاهها و موسسات آموزشی، پژوهشی</p> | <p>ارتقاء سطح علمی موسسات آموزشی-پژوهشی</p> |
| <p>۱۲. تقویت و تشکیل قطب های علوم پزشکی و انجمن های علمی به میزان ۲۰درصد سال پایه تا پایان برنامه</p> | <p>برنامه ساماندهی و حمایت از قطب ها</p> | |
| <p>۱۳. توسعه شبکه های آموزشی و تحقیقات علوم پزشکی در راستای ماموریت گرای شبکه ها و اجرای طرح های اولویت دار نظام سلامت به میزان حداقل ۵۰٪ تا پایان برنامه</p> | <p>برنامه توسعه شبکه های آموزشی، پژوهشی</p> | |

| | | |
|---|---|---|
| ۱۴. توسعه مراکز رشد فناوری به میزان سالیانه ۲۰٪ و شرکت های دانش بنیان به ۱۰۰ شرکت | برنامه توسعه مراکز رشد فناوری سلامت و شرکت های دانش بنیان در حوزه سلامت | |
| ۱۵. تاسیس پارک علم و فناوری و شهرک دانش و سلامت تا پایان برنامه | | |
| ۱۶. افزایش آزمایشگاه های جامع تحقیقات علوم پزشکی به میزان ۱۰۰٪ سال پایه تا پایان برنامه | برنامه توسعه آزمایشگاه های جامع تحقیقات علوم پزشکی | |
| ۱۷. ارتقاء رتبه بین المللی یک دانشگاه علوم پزشکی به کمتر از ۲۰۰ | برنامه ارتقاء رتبه علمی دانشگاهها و موسسات آموزشی علوم پزشکی | |
| ۱۸. ارتقاء رتبه چهار دانشگاه علوم پزشکی به کمتر از ۵۰۰ تا پایان برنامه. | | |
| ۱۹. تحقق ۳۰ درصدی اهداف نقشه جامع علمی سلامت تا پایان برنامه | برنامه حمایت راهبردی از آموزش، پژوهش و امور فرهنگی در حوزه سلامت کشور | متناسب سازی آموزش و پژوهش با اولویت های کلان حوزه سلامت |
| ۲۰. تسهیل و تسریع و ارتقاء خدمات بهداشت روان و پیشگیری از بروز ناهنجاری های اجتماعی و انضباطی دانشجویان با رویکرد دینی به میزان ۲۰٪ سال پایه در طول برنامه | برنامه بهبود خدمات بهداشت روان دانشجویان | تعمیق ارزش های اسلامی ، باور های دینی و اعتلای معارف اسلامی ، معرفت دینی و تقویت هنجار های فرهنگی و اجتماعی |
| ۲۱. ارتقاء سطح فعالیت های ورزشی در جوامع دانشگاهی به میزان ۵ در صد سال پایه تا پایان برنامه | برنامه ارتقاء کیفی و سلامت گیرندگان خدمات آموزشی | گسترش خدمات عمومی، مشاوره ای، روانشناختی و تربیت بدنی |
| ۲۲. افزایش درآمد اختصاصی، حداقل به میزان ۲۰٪ سال پایه به صورت سالیانه تا پایان برنامه پنجم در حوزه های ستادی و دانشگاهها به منظور ارتقای ارایه خدمات | برنامه تامین عادلانه منابع آموزش علوم پزشکی | |
| ۲۳. احیاء و ترویج قرآن پژوهی ، فرهنگ و تمدن اسلامی ایرانی، آداب و اخلاق پزشکی در حوزه های آموزشی، پژوهشی و دانشجویی و دانشگاهها با بهره گیری از منابع، ظرفیت های حوزه علمیه و دانشگاه ها و کلیه حوزه های مرتبط به میزان سالیانه ۲۰ درصد سال پایه. | برنامه ساماندهی امور فرهنگی و رفاهی ارائه دهندگان خدمت در دانشگاه ها | تقویت فعالیت های فرهنگی، قرآنی و اجتماعی |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>۲۴. ارتقاء فرهنگی، علمی، پژوهشی، مدیریتی، مشاوره ای و سایر قابلیت های عموم اعضای هیات علمی دانشگاههای تابعه و ستادوزارت بهداشت، براساس آیین نامه جدید ارتقای اعضای هیات علمی و پژوهشی دانشگاهها وموسسات آموزش عالی(مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی) به میزان ۵۰٪ تا پایان</p> | | | |
| <p>۲۵. تدوین پیوست های فرهنگی برای ۱۰۰ درصد برنامه های کلان</p> | | | |
| <p>۲۶. ایجاد الزامات و بستر مناسب در جهت راه اندازی کرسی های آزاد اندیشی و نظریه پردازی در دانشگاه های علوم پزشکی تا پایان سال اول برنامه</p> | <p>برنامه گسترش فضای آزاد اندیشی و نظریه پردازی در دانشگاه ها</p> | | |

جهت هر یک از اهداف، پروژه ها و برآمدهای مرتبط در قالب فرم هایی تهیه گردید که این فرم ها مطابق فرمت سال گذشته و با توجه به دستور العمل ریاست جمهوری می باشد، در ادامه تعاریف و مفاهیم و جداول مربوطه قرار گرفته اند.

تعاریف و مفاهیم

بسته اجرایی:

بسته اجرایی مجموعه ای از فعالیت های اصلی و تبعی و طرح ها و پروژه های به هم پیوسته و یا خوشه ای از پروژههای متجانس و به هم مرتبط اولویت دار است که به منظور حل یک مشکل اقتصادی، اجتماعی و یا فرهنگی در چارچوب اهداف برنامه به اجرا در می آید.

راهبرد اساسی (استراتژی):

راهبرد عبارت است از ، مجموعه خط مشی های کلی که مسیر دستیابی به هدف های ترسیم شده در بسته های اجرایی را مشخص می سازد. بر این اساس راهبرد ، مجموعه جهت گیری ها و رویکردهایی است که دستگاه از طریق آن به هدف های مورد نظر برای حل مسائل اساسی بخش و فرابخش در طول برنامه دست می یابد.

سیاست اجرایی:

سیاست اجرایی عبارت است از مجموعه ای از رویه ها و تدابیری که اتخاذ آنها موجبات تحقق یک راهبرد معین را فراهم میسازد. همانطور که راهبرد (استراتژی) جهت گیری کلی و چارچوب تخصیص منابع یک برنامه را مشخص می کند، سیاست اجرایی، چارچوب ها و رویه های اجرای استراتژی برای تحقق هدف های مرتبط با بسته های اجرایی را فراهم می کنند.

برنامه اجرایی - عملیاتی:

عبارت است از مجموعه ای از عملیات و فعالیت ها که برای پیاده سازی یک سیاست اجرایی معین صورت می گیرد. در یک برنامه اجرایی-عملیاتی لازم است زمانبندی اجرا، برآورد منابع مورد نیاز، روش انجام کار...

هدف کمی :

هدف کمی ترسیم وضعیت و نقطه مطلوبی است که با اجرای برنامه های عملیاتی تحقق مییابد. این هدف که به صورت مقداری یا ارزشی قابل محاسبه و سنجش می باشد در طول دوره برنامه ریزی، وضعیت عملکرد برنامه های اجرایی- عملیاتی را مشخص می نماید.

عملیات (طرح ها یا پروژه های عمرانی) :

عبارت است از مجموعه اقدامات و خدمات عمرانی که برای تحقق بخشیدن به هدف های برنامه های اجرایی- عملیاتی اجرا می شود و منابع مورد نیاز آن از محل اعتبارات تملک دارایی های سرمایه ای دستگاه تأمین می گردد.

فعالیت (اقدامات هزینه ای):

عبارت است از مجموعه اقدامات و خدمات جاری که برای تحقق بخشیدن به هدف های برنامه های عملیاتی اجرا می شود و منابع مورد نیاز آن از محل اعتبارات هزینه ای دستگاه تأمین می گردد.

برآمد:

برآمد ، یک محصول میانی است که از مجموعه فعالیت های انجام شده در یک پروژه حاصل می شود. آخرین برآمد محصول نهایی پروژه است.

سال ۱۳۹۱ موافقتنامه عملیاتی فعالیتهای هزینه ای/عمرانی
برآورد اعتبارات هزینه ای/ تملک دارایی ها بر حسب برنامه عملیاتی

عنوان دستگاه اجرایی اصلی: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۹۰۰۰
عنوان واحد اجرایی زیرمجموعه: معاونت بهداشت - دفتر/اداره کل/مرکز:
کل اعتبار ابلاغ شده: اعتبار صفحه ۱:

| شماره طبقه بندی ردیف | شماره طبقه بندی و عنوان برنامه | اهداف راهبردی | عنوان فعالیت اصلی (برنامه های عملیاتی) | واحد | مقدار | هزینه واحد (میلیون ریال) | منبع تأمین اعتبار | |
|----------------------|--------------------------------|---------------|--|------|-------|--------------------------|-------------------|---------|
| | | | | | | | عمومی | اختصاصی |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

| | | |
|-------------------------------|----------------------|---|
| کارشناس برنامه عملیاتی معاونت | کارشناس بودجه معاونت | کارشناس ناظر(دبیرخانه ستاد برنامه ریزی عملیاتی) |
| | | |

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| (رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)ناظر برنامه عملیاتی | (رئیس مرکز بودجه و پایش عملکرد)عامل تخصیص اعتبار | رئیس مرکز/مدیر کل/رئیس دفتر |
| | | |

| | | |
|-------|----------------------------|------|
| معاون | معاون توسعه مدیریت و منابع | وزیر |
| | | |