

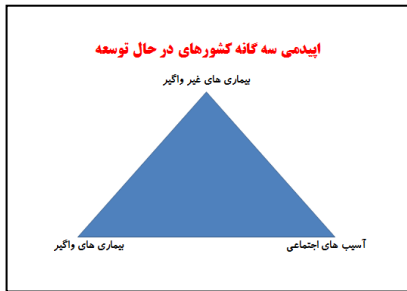
# وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

## برنامه جامع تحول سلامت در حوزه بهداشت دولت یازدهم

### الف) چرا به تحول در حوزه بهداشت نیاز داریم؟

دستاوردهای خدمات شبکه های بهداشتی درمانی کشور در سه دهه گذشته متنوع و در برخی موارد در سطح بین المللی الگو و زبازد بوده است، کاهش شاخص های مرگ نوزادان، کودکان و مادران باردار و کنترل بیماری های عفونی از آن جمله است. این موفقیت ها موهون توسعه خدمات شبکه های بهداشتی در جمعیت های روستایی و محروم جامعه بوده است. عوامل پیشران در این موفقیت توسعه نیروی انسانی در بخش سلامت و همچنین ارتقای عوامل اجتماعی چون افزایش سواد مردم (به خصوص کاهش اختلاف سواد زنان و مردان) و توسعه امکانات بهداشتی، رفاهی و زیر ساختی در روستاها توسط سایر بخش ها بوده است. با این وجود به چند دلیل باید کمیت و کیفیت خدمات سلامت در شبکه های بهداشتی درمانی کشور تغییر و ارتقاء یابد:

- معکوس شدن جمعیت شهری و روستایی نسبت به سه دهه قبل، تراکم جمعیت در شهرها و حاشیه آن (یا سکونت گاه های غیررسمی)
- تغییر سیمای بیماری ها و مرگ های زودرس از واگیر دار به غیرواگیر (که به سبک زندگی مردم و عوامل کلان و دور اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فن آوری، محیط زیست و بین المللی کلان وابسته است)
- پوشش ضعیف مراقبت های اولیه سلامت در شهرها و حاشیه شهرها
- حضور همزمان اپیدمی بیماری های واگیر دار نوپدید و بازپدید و آسیب های اجتماعی در ایران در کنار بیماری های غیرواگیر
- کم توجهی به ظرفیت همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم در بهبود وضعیت سلامت مردم در سطح منطقه ای
- پوشش ضعیف مراقبت های مربوط به افراد سالم، عوامل خطر و بیماری های غیرواگیر در روستاهای کشور علی رغم وجود برنامه پزشک خانواده روستایی
- افزایش مخاطرات طبیعی و انسان ساخت به خصوص در مناطق شهری
- سیاست های جمعیتی کشور و الزامات قانونی توسعه های توسعه کشور از جمله ماده ۲۲ برنامه پنجم
- تغییر تقاضای عمومی جامعه به علت افزایش آگاهی و تغییر نگرش همچنین در تعریف دسترسی از ارایه دهنده خدمت به خودمراقبتی



بر اساس آخرین پیمایش عوامل خطر بیماری های غیرواگیر روند اغلب خطرات رو افزایش بوده است (جدول شماره ۱):

هفت عامل خطر شامل چاقی، کم تحرکی، دخانیات، چربی، قند و فشار بالای خون و رژیم غذایی نامناسب بیش از ۵۰٪ علل مرگ های زودرس را تشکیل می دهد که روند رو به فزونی در دهه ۸۰ داشته است، به عنوان نمونه بیش از ۶۰ درصد مرگ های سال ۱۳۹۰ متناسب به عوامل خطر غیرواگیر بوده است یعنی از هر سه مرگ در سال دو مرگ به بیماری های غیرواگیر مرتبط است. بر اساس مدل سازی انجام شده بیماری های غیرواگیر در کشور (از جمله بیماری های روانی) در مجموع حدود ۷۰٪ بار بیماری های کشور را در ۱۴۰۴ تشکیل می دهد. **شواهد بین المللی و توصیه های سازمان های مرجع نشان می دهد که با حذف عوامل اصلی مسبب این بیماری ها ۸۰٪ بیماری های قلبی و عروقی، سکنه های مغزی و دیابت نوع دوم و بیش از ۴۰ درصد سرطان ها را پیشگیری نمود.** هزینه پیشگیری از این

جدول شماره ۱) وضعیت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در سال ۱۳۹۰ و مرگ متناسب به آن ها (جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله)					
عامل خطر	تعریف	درصد جمعیت	تعداد به میلیون نفر	روند	مرگ متناسب
سیگار	افرادی که روزانه سیگار می کشند.	۱۰/۰۰	۵/۳	رو به افزایش	۱۱۰۰۰
تغذیه ناسالم	افرادی که کمتر از پنج واحد میوه یا سبزی در روز مصرف می کنند.	۸۸/۰۴	۴۶/۹	تقریباً بدون تغییر	۶۸۰۳
کم تحرکی	<600 MET-minutes/week*	۳۳/۳۷	۱۷/۸	رو به افزایش	۱۹۱۰۰
چاقی	BMI ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	۱۶/۸۴	۸/۹	رو به افزایش	۵۵۱۰۰
فشارخون بالا	SBP ≥ 140 and/or DBP ≥ 90 mmHg	۱۹/۰۱	۱۰/۱	رو به افزایش	۸۶۵۰۰
اختلال قند خون	≥ 126 mg/dl	۱۳/۷۹	۷/۳	رو به افزایش	۳۴۰۰۰
کلسترول بالا	≥ 200 mg/dl	۲۷/۹۷	۱۴/۹	رو به کاهش	۳۴۰۰۰

**توضیحات:**

- تعداد موارد کل مرگ و میر در کشور بر اساس آخرین برآورد مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۹ عدد ۳۸۰۷۸۶ گزارش شده است که حدود ۵۹٪ آن در گروه سنی بالای ۳۰ سال اتفاق افتاده است. بطوریکه ۵۳٪ مرگ و میر بالای ۳۰ سال ناشی از بیماری های قلبی عروقی شامل: ۲۶٪ متناسب به بیماری های اسکیزیک قلبی، ۱۳٪ به علت سکنه مغزی، ۴٪ ناشی از بیماری های فشار خون و ۱۰٪ ناشی از سایر بیماری های قلبی عروقی بوده است.
- بررسی روند تغییرات عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در کشور بر اساس اطلاعات شش دوره پیمایش کشوری در سال های ۱۳۸۳، ۱۳۸۵، ۱۳۸۷، ۱۳۸۸ و ۱۳۹۰ صورت پذیرفته است.
- با توجه به عدم دسترسی به منابع داخلی مبنی بر مرگ متناسب به دو عامل خطر تغذیه ناسالم و کم تحرکی در کشور، برای تخمین آن از میزان مرگ متناسب به این دو عامل خطر در حوزه مدیترانه شرقی (EMRO) براساس گزارش بار جهانی بیماری های سازمان جهانی بهداشت (منبع سه) استفاده شد.
- MET (Metabolic Equivalent of Task) واحد اندازه گیری شدت فعالیت فیزیکی می باشد و بطور خلاصه ۱ MET عبارت است از مقدار انرژی مورد نیاز بدن در حالت نشسته برای یک فرد معمولی. فعالیت فیزیکی کمتر از 600 MET-minutes/week یعنی افرادی که میزان انرژی مصرفی آنها طی فعالیت بدنی متوسط یا شدید در هفته (در هنگام کار، رفت و آمد و تفریح و سرگرمی) کمتر از 6۰۰ MET در دقیقه باشد.

بیماری ها به مراتب کمتر از هزینه درمان آنها است به عبارت دیگر به ازای یک دلار هزینه در پیشگیری از بیماری های غیرواگیر حداقل ۷ تا ۱۰ دلار بازگشت وجود دارد. بیماری ها و مشکلات جدید سلامتی از هم افزایی عوامل مختلفی به وجود می آید که مدیریت آنها را با روش های گذشته متفاوت می کند و همکاری بین بخشی ضروری است. شیوع ۲۳،۶٪ بیماری های روانی و حضور رتبه دار انواع آسیب های اجتماعی در خانواده های کشور نسبت به سایر کشورهای در حال توسعه (طلاق، خشونت خانگی، جرائم، ترک تحصیل، فقر اقتصادی، بیکاری، کودکان کار و خیابانی) و سایر عوامل اجتماعی از جمله ناامنی غذایی و تغییر الگوی مصرف مشکل درمان بیماری های جسمی را دشوار می کند. هزینه بیماری های غیرواگیر زیاد است بنابراین یکی از مسببین فقر و نابرابری است. بیماری های غیرواگیر تهدیدی برای توسعه پایدار است، برآورد می شود برای هر ۱۰٪ افزایش در مرگ و میر ناشی از بیماری های غیرواگیر رشد اقتصادی سالانه تا ۵٪ کاهش می یابد.

**امروزه زندگی سالم تا سن ۸۵ سالگی حق هر انسانی است و مرگ زودتر از آن قابل اجتناب است پس با توجه به عوامل خطر و علل مرگ ایرانیان چه تبدیری می توان اندیشید؟**

برنامه جامع تحول حوزه بهداشت دولت یازدهم  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

**ب) سه راهبرد کلان تحول حوزه بهداشت کشور؛ استقرار شبکه جامع و همگانی سلامت، ارتقای سواد سلامت مردم، ایجاد**

**محیط و سیاست های سالم**



با توجه به چالش های سلامت مردم در حال حاضر باید ابتدا هدف گذاری نمود. هدف بهبود شاخص های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مردم است. هدف های مهم در صفحه سه آمده است. برای دستیابی به این اهداف سه راهبرد کلان به شرح جعبه روبرو است: بیش از ۶۰٪ مشکلات سلامت هر فرد با خودمراقبتی قابل مدیریت است و مراجعات به مراکز ارائه خدمات سلامت را کم می کند لذا **ارتقای سواد سلامت و توانمندسازی مردم** راهبردی اصیل محسوب می شود. از طرفی حدود ۵۰٪ سهم سلامت مردم به عوامل کلان سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فن آوری، زیست محیطی و بین المللی مربوط است (که اصطلاحاً به عوامل اجتماعی موثر بر سلامت معرفی است) که از طریق **تقویت همکاری های بین بخشی** برای وضع سیاست های

سلامت محور و ایجاد محیط های سالم برآورده می شود. راهبرد سوم **ایجاد شبکه جامع و همگانی سلامت** است به عبارت دیگر با توجه به چالش های فعلی سلامت مردم لازم است مهندسی مجددی در ارائه خدمات سلامت شبکه های بهداشتی درمانی کشور انجام شود تا موارد زیر تامین شود:

خدمات شبکه جامع و همگانی سلامت باید اصول زیر را برآورده کند:	
۱. حقوق و تکالیف سلامت شهروندان (خودمراقبتی و مشارکت) استقرار یابد.	۱۱. خدمات جامع (همه ابعاد) برای همه گروه های سنی (کودک، نوجوان، جوان، میانسال، سالمند و مادر باردار) متناسب با اولویت بار بیماری ارائه شود.
۲. پاسخگویی باریماری های کشور به ویژه بیماری های غیرواگیر و آسیب های اجتماعی باشد.	۱۲. خدمات جاری مبارزه با بیماری های واگیر و تامین سلامت گروه سنی مادر و کودک تقویت و یکپارچه می شود.
۳. به فرایند ارتقای عادلانه کیفیت زندگی شهروندان کمک کند.	۱۳. مبتنی بر نوآوری و فن آوری متناسب باشد.
۴. خدمات کارا، هزینه اثربخش و مبتنی بر شواهد ارائه کند.	۱۴. اطمینان سیاست گذار و اعتماد مردم را به همراه داشته باشد.
۵. از نیروهای با تحصیلات کافی و دارای توانایی روزآمد شدن خرید راهبردی کند.	۱۵. عدالت جغرافیایی در ارائه خدمات برای شهر و حاشیه شهر، روستا و عشایر ملحوظ شده است.
۶. خدمات فعال ارائه دهد، بازاریابی اجتماعی برای بهره مندی از خدمات انجام دهد.	۱۶. قیمت خدمات سطح یک برای مردم حداقل باشد.
۷. خدمات حفاظت از سلامت مردم (همکاری بین بخشی و مولفه های اجتماعی سلامت) در این خدمات ادغام شده باشد.	۱۷. موجبات ارتقای سلامت بیش از پیش افراد سالم را فراهم آورد.
۸. از همه ظرفیت های منطقه مرتبط به جمعیت تحت پوشش استفاده شود و مشارکت تدریجی بخش خصوصی و غیردولتی را فراهم کند.	۱۸. از راهبرد ادغام خدمات در نیروی انسانی استفاده کند.
۹. سطح بندی خدمات و ارجاع ملحوظ شده است.	
۱۰. خدمات جامع (همه ابعاد) برای همه گروه های سنی (کودک، نوجوان، جوان، میانسال، سالمند و مادر باردار) متناسب با اولویت بار بیماری ارائه شود.	

بر اساس اصول شانزده گانه فوق از این پس الگوی باز طراحی شده ای در نظام مراقبت های اولیه (شبکه بهداشتی درمانی) ارائه خواهد شد. به طور خلاصه هر جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی (۱۲۵۰۰ نفر) در سطح پایه، **خدمات خودمراقبتی** دریافت کرده و به طور فعال از طریق **سفیران سلامت** و روش های مقتضی برای **شناسایی زودرس عوامل خطر و بیماری ها** توسط **مراقب سلامت** غربال می شوند و کارت سلامت (از جمله خطر ۱۰ ساله حمله قلبی و عروقی) برای فرد صادر شده و به **پزشکان عمومی** (پزشک خانواده) مرکز برای شروع درمان بیماری های مزمن ارجاع می شود. پزشکان عمومی تحت پوشش مرکز ارزیابی کاملتری از بیمار به عمل آورده و درمان پزشکی را شروع و برنامه مراقبت وی را تعیین می کنند. سپس گیرنده خدمت برای دریافت مراقبت به کارشناسان مرکز (از جمله کارشناس سلامت روان، مددکار اجتماعی، کارشناس تغذیه، کارشناس بهداشت محیط و کار، کارشناس خانواده، کارشناس سلامت دهان، کارشناس خودمراقبتی، بیماری های واگیر) مراجعه و طبق دستورالعمل های استاندارد کشوری مراقبت می شوند پیشگیری از بلاها و مدیریت فوریت های سلامت در بلاها از جمله موارد مهم این خدمات در مرکز بهداشتی درمانی سطح اول است. مراقبتی که نیازمند دریافت خدمات تخصصی می باشند مطابق نظام نامه به سطح دوم خدمات سلامت شامل همه ظرفیت های منطقه تحت پوشش (امکانات ورزشی تفریحی، مراکز مشاوره، سازمان های حمایتی کمیته امام (ره)، سازمان بهزیستی و مراکز خیریه و کلیه مراکز خصوصی و غیردولتی ارائه دهنده خدمات سلامت از قبیل پزشکان متخصص و واحدهای تصویر برداری پزشکی و آزمایشگاهها) ارجاع می شوند.

**جمهوری اسلامی ایران**  
**وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی**  
**کارت سلامت ایرانیان**

نام و نام خانوادگی ..... سال تولد.....  
شغل ..... کد ملی ..... کد مرکز .....  
بیماری تحت درمان .....

وضعیت عوامل خطر سلامت	
زمان غایب	
نوع فعالیت	
تحقیقات	
رابطه های پرخطر	
بیماری های مزمن	
کافورن	
چربی خون	
قند خون	
کولسترول	
تپش قلب	
فشارخون	
رشد کولسترول	
سلامت جنسی	
سلامت قلبی	
سلامت دهان	
مصرفات	
تداوم خود مراقبتی و ارتقای سبک زندگی	
نیاز به مشاوره و اصلاح سبک زندگی	
نیاز به درمان، مشاوره و اصلاح سبک زندگی	

این کارت صرفاً برای اطلاع شما و مراقبت از سلامت فردی صادر شده است، در حفظ آن کوشا باشید و از ارائه آن به غیر از پزشکان و کارکنان بهداشتی معین خودداری نمایید. هر گونه سوء استفاده از این کارت توسط سایر افراد پیگرد قانونی دارد.

## ج) دورنما و اهداف راهبردی برنامه تحول حوزه بهداشت

### دورنما

حوزه بهداشت وزارت خانه تلاش می کند با مشارکت مردم و جلب همکاری های فرابخشی و درون بخشی، خدمات مراقبت های اولیه سلامت (بسته جامع و همگانی سلامت) را در مناطق روستایی، عشایر، حاشیه شهرها و شهرها متناسب با نیازهای اولویت دار جامعه مستقر نماید و از این طریق علاوه بر افزایش سیاست های حامی سلامت در کشور، سواد سلامت مردم را ارتقاء داده و عوامل خطر بیماری ها را نسبت به سال پایه کاهش دهد، تا بستر لازم برای کاهش بار بیماری ها را فراهم آورد.

علاوه بر خدمات قبلی خدمات خود مراقبتی، شناسایی و مراقبت زودهنگام از عوامل خطر و بیماری های غیرواگیر، خدمات اولویت دار سلامت اجتماعی و روانی و ساماندهی ارجاع سطح دو سه در بسته جامع و همگانی سلامت فراهم می شود.

سیاست های (نرم و سخت) حامی سلامت مصوب ساغ در همه حوزه های اولویت دار شامل تغذیه، روان، سلامت اجتماعی، غیرواگیر، واگیر، محیط و کار، بلایا، سلامت باروری و سواد سلامت (همچنین سیاست های درونی آموزش، پژوهش و توسعه) مد نظر است.

پیمایش سواد سلامت مردم در سال پایه ۱۳۹۳ و سپس ۱۳۹۶ برای مقایسه لازم است.

پیمایش عوامل خطر بیماری های غیرواگیر در سال پایه ۱۳۹۳ و سپس ۱۳۹۶ برای مقایسه لازم است.

مطالعه بار بیماری ها و شیوع و بروز بیماری های غیرواگیر مهم در سال پایه ۱۳۹۳ و سپس ۱۳۹۶ برای مقایسه لازم است.

از طریق نظام ثبت مرگ در سال پایه ۱۳۹۳ و سپس ۱۳۹۶ مقایسه صورت می گیرد. (هر چند که کاهش بار بیماری بعد از سال ۱۳۹۶ و دیرتر از کاهش عوامل خطر بیماری اتفاق می افتد)

### اهداف راهبردی در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در ۱۳۹۶

- ارتقای آگاهی، نگرش، مهارت های گروه های جمعیتی در زمینه خودمراقبتی به میزان ۳۰٪ سال پایه
- افزایش مشارکت مردم برای ارتقای عادلانه سلامت به میزان ۳۰ درصد سال پایه
- افزایش پوشش و بهره مندی از خدمت شناسایی زودرس، صدور کارت سلامت و مراقبت به میزان ۶۰٪ جمعیت کشور
- کاهش ۵٪ مرگ های ناشی از سکته های قلبی و عروقی، سرطان و بیماری های تنفسی
- نهادینه سازی همکاری فرابخشی در کاهش عوامل خطر\* معین از جمله: (بر اساس تعدیل اهداف پیش بینی شده برنامه جهانی سازمان جهانی بهداشت برای ۲۰۲۵)
  - کاهش ۱۰٪ در نمک دریافتی، مصرف سیگار، فشارخون بالا و کم تحرکی
  - کاهش شیب تبدیل افراد اضافه وزن به افراد چاق
- کاهش شیوع اختلالات شایع روانپزشکی (اختلال افسردگی و اضطراب) به میزان ۵٪ نسبت به سال پایه (بر اساس نتایج پیمایش ملی سلامت روان)
- کاهش شیوع مصرف مواد به مخدر میزان ۵٪ نسبت به سال پایه (بر اساس مطالعه تخمین سایز)
- کاهش شیوع مصرف الکل به میزان ۵٪ نسبت به سال پایه (بر اساس مطالعه تخمین سایز)
- ارتقاء شاخص های سلامت اجتماعی به میزان ۵ درصد نسبت به سال پایه (بر اساس نتایج شاخص های مقیاس سلامت اجتماعی ایرانیان در پیمایش ملی سال ۹۳)
- ارتقای کیفیت مراقبت از بیماری های مزمن غیرواگیر به میزان ۳۰٪ سال پایه (مطالعه اولین سال در زمینه کیفیت خدمات - سطح دو و سه)
- افزایش تعداد محیط های حامی سلامت (محل زندگی، تحصیل، کار، تفریح و عبادت و ارائه خدمات و محلات) به میزان ۱۵٪ سال پایه تا پایان برنامه
- کاهش قند، چربی و نمک محصولات و فرآوردهای غذایی به میزان استاندارد تعیین شده و اعلامی وزارت بهداشت
- افزایش ایمنی واحدهای بهداشتی در ابعاد آمادگی عملکردی، ایمنی سازه ای و غیرسازه ای به میزان ۵۰٪ وضع موجود
- ارتقای آمادگی جمعیت تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی برای بلایا در ابعاد مرتبط به میزان ۵۰٪ وضع موجود
- کاهش مرگ و میر گروههای هدف نوزادان، کودکان و مادران باردار به میزانهای تعیین شده (به ترتیب ۸-۱۵-۱۵)
- ارتقاء سطح تکاملی کودکان به میزان ۲۰٪ (در حیطه های تکلم-شمارش، جسمی، اجتماعی عاطفی، آموزشی)
- ارتقاء نرخ باروری کلی به حد جایگزین

## د) برنامه های تحول در حوزه بهداشت و زمان بندی آنها

برای ارایه خدمات جامع و همگانی سلامت پیشگفت (صفحه قبل) به کلیه ایرانیان **چهار برنامه ملی** به اجرا در خواهد آمد که به تدریج تا پایان دولت یازدهم در کل کشور توسعه می یابد، در تدوین این برنامه ها سه محور حمایت سیاسی، ظرفیت سازی عملیاتی و ارتقای فرهنگ مدنظر بوده است:

1. برنامه ارایه خدمات سلامت به روستائیان، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایر (منطبق با شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان)
2. برنامه ارایه خدمات سلامت به حاشیه نشینان شهرها (منطبق با شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان)
3. برنامه استقرار شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان دو استان فارس و مازندران و شهرستان های جدید (حداقل یک شهرستان از هر استان)
4. برنامه ارایه خدمات سلامت در کلان شهرهای کشور

علاوه بر چهار برنامه ملی، **دو برنامه دیگر** برای تکمیل مجموعه راهبردهای تحول به اجرا در می آید، ویژگی این دو برنامه این است که علاوه بر اجرای مستقل در سطح ملی، در هر چهار برنامه فوق ادغام خواهد شد تا در سطح مراکز بهداشتی درمانی برای جمعیت های تحت پوشش نیز اجرا شود:

5. برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاری های بین بخشی از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای وضع سیاست های عمومی سلامت محور و توسعه محیط های سالم؛ این برنامه عمدتاً از طریق تولید دانش، حمایت طلبی و تشویق دستگاه ها به دنبال این است که عوامل خطر بیماری را کم کند. اولویت های این برنامه عبارت است از کاهش مصرف نمک، استفاده از روغن غیراشباع، تحرک فیزیکی، سیاست ها و محیط های ممانعت کننده از مصرف سیگار و قلیان، عوامل خطر مسبب تصادفات و حوادث، آسیب های اجتماعی (از جمله طلاق، اعتیاد و خشونت خانگی، ترک تحصیل، کاهش جرائم)، آب سالم، فاضلاب بهداشتی، مدیریت زیاده ها، امنیت غذایی (شامل تضمین برای تامین پایدار غذا، ایمنی غذایی و تغذیه سالم)، سلامت جنسی.

6. برنامه ارتقای سواد سلامت مردم از طریق مشارکت مردم و خود مراقبتی

**هشت پروژه مادر** که بستر ساز و پشتیبان اجرای شش برنامه ملی فوق خواهند بود به شرح زیر:

- توانمندسازی کارکنان و مدیران حوزه بهداشت: شامل استقرار مجتمع آموزش عالی شهرستان، ارتقای سطح تحصیلات مربیان بهورزی و بهورزان و همچنین پزشکان عمومی (پزشکان خانواده)، برنامه ماندگاری پزشکان عمومی و کارشناسان حوزه بهداشت
- استقرار نظام پایش و ارزشیابی خدمات سلامت (از جمله جاری سازی برنامه عملیاتی شهرستان)
- تکمیل و تجهیز و توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور از جمله واکسن های جدید، مکمل های مورد نیاز گروه های آسیب پذیر و خودرو
- ارتقای نظام اطلاعات سلامت: نظام جاری، پرونده سلامت الکترونیک، سامانه اطلاع رسانی، برنامه ثبت مرگ و ثبت سرطان و سایر بیماریها
- تقویت ارتباط و همکاری بخش بهداشت با مراکز پژوهشی (بر اساس اولویت های تحقیقاتی حوزه بهداشت)
- تقویت ارتباط و همکاری بخش بهداشت با مراکز آموزشی (به منظور تغییر در کاربکولوم های درسی و استفاده از ظرفیت اساتید و دانشجویان)
- بسته بندی کلیه خدمات بهداشتی درمانی سطح اول در ده بسته اولویت دار زیر:

- **بسته شماره یک:** خدمات خودمراقبتی (موقعیت های محل زندگی، کار، تحصیل، تفریح و عبادت و رسانه ها از طریق سفیران سلامت (داوطلبان سلامت) و با هدایت کارشناس خودمراقبتی و مشارکت مردم ارایه می شود
- **بسته شماره دو:** غربالگری هدفمند و شناسایی زودرس عوامل خطر و بیماری ها (صدور کارت سلامت) توسط مراقب سلامت و ارجاع به پزشک عمومی در محدوده جمعیت تحت پوشش
- **بسته شماره ۳:** ارزیابی کامل، تشخیص و شروع درمان بیماری های مزمن، طراحی برنامه مراقبت مستمر از بیماران، مدیریت ارجاع بیماران، درمان بیماری های شایع و فصلی
- **بسته شماره ۴:** خدمات سلامت باروری و مراقبت از سلامت مادر باردار، کودک و سالمندان
- **بسته شماره ۵:** مشاوره و مراقبت روانشناختی [رفتاردرمانی] از جمعیت تحت پوشش برای موارد شناسایی شده پزشک مرکز و همکاری مشترک در بسته شماره یک (ترک دخانیات، مشاوره و مراقبت از بیماران افسرده و مضطرب، مهارت های زندگی و والدی)
- **بسته شماره ۶:** مشاوره و مراقبت از رژیم غذایی و تحرک فیزیکی جمعیت تحت پوشش برای موارد شناسایی شده پزشک مرکز و همکاری مشترک در بسته شماره یک
- **بسته شماره ۷:** مشاوره، مراقبت اجتماعی و ارجاع سطح دو برای موارد شناسایی شده مراقب سلامت و پزشک مرکز و همکاری مشترک در بسته شماره یک
- **بسته شماره ۸:** خدمات حفظ و ارتقای نظام مدیریت بیماری های واگیر
- **بسته شماره ۹:** خدمات سلامت دهان و دندان
- **بسته شماره ۱۰:** خدمات سلامت محیط و کار