نقطه نظر
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۳، فروردین ۱۴۰۳، ۸۷-۷۶

آسیب‌شناسی بخش بهداشت در نظام سلامت ایران با نگاهی به آینده: نقطه نظر

علی اکبر حقدوست[۱]، احمد نقیب زاده تهامی[۲]، محسن بارونی[۳]، رضا دهنویه[۴]

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۸/۲۱ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۲/۰۹/۲۰ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۳/۰۱/۲۶ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۱/۲۸

چکیده

مهم‌ترین کارکردهای بهداشت در نظام سلامت فعلی کشور عبارتند از:

۱- نظام مراقبت: مدیریت آمار و اطلاعات سلامت و بیان شاخص‌های سلامت، در حال حاضر این کارکرد با اشکالات جدی از جمله کم‌شماری، عدم یکپارچگی و ایراد در سامانه‌ها مواجه است.

۲- ارائه خدمات بهداشت اولیه: خدمات پایه بهداشتی و درمانی که برای همه اقشار، اما اتصال آن به سطح دوم ضعیف است.

۳- ارتقاء سلامت: که وظیفه اصلاح سبک زندگی را دارد، اما علی‌رغم اهمیت بسیار زیاد آن، جایگاه مناسبی نداشته و به صورت کلی تولیت اصلاح سبک زندگی در کشور مشخص نیست.

۴- بهداشت عمومی: یا بهداشت فردی و فرافردی شامل بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت مدارس و مانند آن‌ها است. ولی موانع جدی به خصوص در مواجهه با صنایع بزرگ و یا اصلاح وضعیت آلودگی هوا وجود دارد.

بعد از تحلیل کارکردهای فوق و با نگاه به آینده، این پیشنهادات طرح گردیده است: ۱) شکل‌گیری ساختاری منسجم برای پزشکی خانواده جهت مدیریت یکپارچه خدمات، ۲) جداسازی ساختارهای جدیدی از معاونت‌های بهداشت و درمان تحت عنوان الف) مرکز مدیریت نظام مراقبت سلامت، ب) مرکز نظارت، پایش و اعتباربخشی، ج) ارتقاء سلامت و اصلاح سبک زندگی؛ تا بتوانند مستقل و با کمترین تضاد منافع وظایف سازمانی خود را انجام داده و پزشکی خانواده (ترکیب باقی‌مانده معاونت‌های بهداشت و درمان) چابک‌تر به وظیفه اصلی خود بپردازد. ۳) تقویت زیرساخت‌های الکترونیک و خدمات از راه دور و اصلاح جدی در مدیریت آن‌ها

واژه‌های کلیدی: بخش بهداشت، چالش‌ها، راه‌کارها، آینده

ارجاع: حقدوست ع‌ا، نقیب زاده تهامی ا، بارونی م، دهنویه ر، آسیب¬شناسی بخش بهداشت در نظام سلامت ایران با نگاهی به آینده: نقطه نظر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۳، دوره ۲۳ شماره ۱، صفحات: ۸۷-۷۶.

۱- (نویسنده مسیول) مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
تلفن: ۰۳۴-۳۱۳۲۵۰۵۵، پست الکترونیکی: ahaghdoost@gmail.com
۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳- مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۴- مرکز تحقیقات آینده‌نگری و نوآوری در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

مقدمه و روش‌شناسی

در نظام سلامت ایران، بخش بهداشت با ویژگی‌هایی خاص و به شکلی مستقل از بخش درمان فعالیت نموده و دارای وظایفی جداگانه از آن است. این جدایی موجب ایجاد شکافی قابل توجه بین این دو بخش شده است (۳-۱). برای کم کردن این شکاف و عملکرد بهتر بخش بهداشت، نیاز است علاوه بر تأمل در مسائل و مشکلات قبلی و فعلی، خودمان را برای آینده پیچیده‌تری نیز آماده کنیم و در این خصوص راه‌کارهای اصلاحی قابل قبولی برای بخش بهداشت پیدا نمائیم. بدین منظور لازم است که قبل از هر اقدامی، این حوزه به خوبی مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفته و علاج‌جویانه راه‌کارهای مناسب ارائه شود. نگارندگان این تحلیل بعد از بررسی عمیق مستندات و سوابق موضوع و بحث های تخصصی به جمع‌بندی رسیده و خلاصه این بررسی‌ها به شکل زیر تنظیم شده است.

مفهوم بهداشت

در زبان فارسی، کلمه بهداشت عبارتی مأنوس و رایج است، اما اجزای آن به خوبی تبیین نشده است. این واژه فارسی هم معادل واژه Health و هم Hygiene به‌کار برده می‌شود که البته این دو واژه تفاوت بسیاری دارند (۱, ۴). در واقع معاونت بهداشت در وزارت و در دانشگاه‌های علوم پزشکی نه در چارچوب Hygiene شکل گرفته و نه کلیه وظایفی که در چارچوب Health به معنی عام سلامت مطرح است را پوشش می‌دهد (۵)). لذا بهتر است نگاهی دقیق بر وظایف و مسئولیت‌های معاونت بهداشت داشته و بررسی نمود که در قالب یک نگاه جامع به بهداشت، اشکالات و نواقص، چه می‌باشند.

کارآمدی پایین بخش بهداشت

باید این واقعیت را اذعان نمود که در حال حاضر کارآمدی بخش بهداشت کشور پایین است و جایگاه واقعی خود را ندارد. اگرچه در اسناد بالادستی همچون سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، جایگاه رفیعی برای بهداشت و پیش‌گیری در نظر گرفته شده است، اما در عمل و در زمان تخصیص منابع، اولویت درمان بر بهداشت بسیار بیشتر بوده و هم‌چنین روند چند دهه گذشته نیز حاکی از آن است که رشد نسبی بهداشت کندتر از درمان بوده است. بودجه بهداشت تقریباً کمتر از یک دهم بودجه درمان است، زیرساخت‌های بهداشت فرسوده شده به طوری که در سطح کشور وضعیت قابل قبولی ندارند، نیروهای بهداشت کم و شیوه جذب و به کارگیری و مدل پرداخت به آن‌ها از دردهای مزمنی رنج می‌برد و کیفیت ارائه خدمت و نظارت بر حسن اجرای برنامه‌ها مناسب نیست و البته برنامه‌های بهداشت در شبکه نیز منطبق بر نیازهای واقعی جامعه و مورد استقبال قسمت قابل ملاحظه‌ای از جمعیت به خصوص جمعیت شهری نیست. هم‌چنین، در مورد مفهوم کلیدی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، سیستم سلامت کشور به صورت کلی و به طور خاص بخش بهداشت، نتوانسته است به پیاده‌سازی مؤثر این برنامه کمک کرده و آن را به خوبی نهادینه و مدیریت کند (۶). لذا بر اساس این شواهد می‌توان گفت در شرایط کنونی یک شکاف و گسست سنگینی بین بخش بهداشت، درمان و سایر حوزه‌ها وجود دارد و این شکاف با گذشت زمان، عمیق‌تر نیز خواهد شد.

کارکردهای مهم بخش بهداشت

در نگاه کلان، بخش بهداشت در ساختار جاری کشور دارای چند کارکرد (Function) اصلی می‌باشد (شکل ۱) که در ادامه مورد بحث قرار خواهند گرفت.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

CCBY-NC.4.0 DEED

۱- نظام مراقبت

از مهم‌ترین کارکردهای بخش بهداشت، نظام مراقبت (Surveillance system) می‌باشد. در واقع مهم‌ترین وظیفه نظام مراقبت آن است که بتواند تصویر وضعیت سلامت کشور را به طور واضح و شفاف در اختیار قرار دهد (۷). لازم به ذکر است که بسیاری از کشورها برای نظام مراقبت، دارای یک ساختار مجزا می‌باشند و شاید مهم‌ترین کارکرد در سیستم‌هایی مانند center of disease control (CDC) آمریکا، CDC اروپا و یا حتی سیستم CDC جنوب شرق آسیا، نظام مراقبت بوده و سعی بر آن است از طریق آن، نیم‌رخ سلامت، پایش و رصد شود (۸). متأسفانه در حال حاضر در نظام سلامت کشور این کارکرد به خوبی صورت نمی‌گیرد و مدیریت آمار و اطلاعات دارای آشفتگی جدی است. داده‌های حوزه‌های مختلف مانند درمان، دارو، مالی و حتی آموزش، گسسته و به داده‌های بهداشت متصل نیست و حتی در حوزه معاونت بهداشت نیز بانک‌های اطلاعات متعددی وجود دارد که به یکدیگر متصل نبوده و کارکرد نظام مراقبتی پیدا نکرده‌اند. از جمله این نظام‌ها می‌توان به ثبت مرگ، ثبت سرطان، نظام مراقبت عفونت‌های حاد تنفسی، نظام مراقبت سل، نظام مراقبت اچ‌آی‌وی، نظام مراقبت مالاریا، سامانه سیب، سامانه ثبت مرگ مادران باردار و سامانه مربوط به زایمان‌ها اشاره کرد و البته به جزء این‌ها، سامانه‌های متعدد دیگری هم وجود دارد.

هم‌چنین، قطعاً کارکرد این نظام مراقبت برای بیماری‌ها و مباحث مختلف سلامت یکسان نیست؛ نظام مراقبت سرطان باید بیشتر روندها (Trends) و توزیع‌های زمانی و مکانی (Spatial and Temporal distributions) را رصد نماید (۸) و حال آن که برای آنفلوآنزا بیشتر نقش تشخیص و هشدار زودرس (Early warning and detection) اهمیت دارد (۷).

مشکلات و نقاط ضعف

در کل وزارت و اختصاصاً در معاونت بهداشتی؛ معنی رسالت و حتی جایگاه نظام مراقبت به‌خوبی تبیین و مشخص نشده است. به‌عنوان مثال، قسمتی از آمار مربوط به برنامه نظام مراقبت، توسط اداره بیماری‌های واگیر، قسمت دیگری توسط اداره بیماری‌های غیر واگیر، قسمتی توسط اداره سلامت روانی و اعتیاد و بخشی از آمار توسط اداره سلامت دهان و دندان جمع‌آوری می‌گردد، این در حالی است که هر کدام از این ادارات دارای روش‌ها و ابزارهای مجزایی جهت جمع‌آوری اطلاعات هستند که موجب شده است یک گسستگی و شکاف بین اطلاعات جمع‌آوری شده وجود داشته باشد و در واقع هیچ زبان و وجه مشترک و از همه مهم‌تر تبادل و گفتگویی بین این واحدها و آمارهای جمع‌آوری شده توسط آن‌ها وجود نداشته باشد (۹).

یکی دیگر از نقاط ضعف نظام مراقبت عدم پاسخ‌دهی به موقع (Timing)، عدم پوشش مناسب (Coverage)، و فقدان سطح حساسیت مطلوب (Sensitivity) می‌باشد. از طرفی زیرساخت‌های الکترونیکی مناسبی برای تقویت سیستم وجود ندارد یا این‌که به شکل نسبتاً ابتدایی وجود دارد. شاهد این گفته اطلاعات گردآوری شده توسط سامانه سیب می‌باشد که ظاهری زیبا دارد، اما با نگاه نظام مراقبت به شکل مطلوب و کارآمد جمع‌آوری نمی‌شود و یا آن‌که هیچ ارتباط و انسجامی بین اطلاعات بیمارستانی (Hospital information system; HIS) و یا اطلاعات آزمایشگاه‌ها (Laboratory information system; LIS) و سامانه سیب و معادل‌های آن برقرار نیست. سؤال مطرح در این خصوص این است که با توجه به اهمیت زیاد نظام مراقبت، چگونه باید این کارکرد مهم را درحوزه نظام سلامت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

CCBY-NC.4.0 DEED

پیاده‌سازی کنیم و مهم‌تر از آن این‌که آیا این کارکرد جزء وظایف معاونت بهداشتی و یا فرای آن است؟

البته بحث نظام مراقبت و مرکز مدیریت بیماری‌ها می‌تواند چتری فراگیر بوده و به جزء مدیریت اطلاعات یک همگرایی و هماهنگی عملیاتی در بین واحدهای پراکنده مانند انسیتو پاستور، آزمایشگاه مرجع، مراکز تحقیقاتی ملی مستقل و موارد مشابه ایجاد نماید.

متأسفانه یک تجربه بسیار تلخ نظام سلامت در سال‌های اخیر تشکیل و ساختارمند شدن رصدخانه سلامت و انحلال کامل آن است که هدف اصلی آن تجمیع داده‌ها و تشکیل داشبردهای مدیریتی بود. در طول سه سالی که این رصدخانه شکل گرفته بود ده‌ها داشبرد به صورت هدف‌مند برای نمایش داستان‌وار شاخص‌های سلامت در تمامی سطوح شکل و تحلیل های دقیق آماری با استفاده از روش‌های پیشرفته مانند داده کاوی و هوش مصنوعی انجام و به زبان تصویر و روان برای مدیران ارشد نظام سلامت ارائه شد، اما متأسفانه به دلیل تغییرات مدیریتی و عدم اهتمام به این دستاوردها، به صورت کامل از بین رفت و فقط ساختار فیزیکی آن بدون محتوا رها شده است.

۲- خدمات بهداشتی اولیه

یکی دیگر از کارکردهای مهم بخش بهداشت کشور، ارائه خدمات بهداشتی اولیه (Primary health care) می‌باشد (۴). در این‌جا ذکر این نکته خالی از لطف نیست که درک مفهوم و طیف خدمات بهداشتی اولیه در کشور نیاز به تأمل دارد. یکی از سؤال های اساسی در این خصوص این است که آیا خدمات بهداشتی اولیه فقط شامل واکسن و ابتدایی‌ترین مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد و بیشتر جنبه پیش‌گیرانه دارد و یا ویزیت و ارائه خدمت به بیمار هم مدنظر می‌باشد. آن‌چه که در حال حاضر مشهود می‌باشد این است که به شکلی تجربی و بر اساس روال-ها، فرآیندهایی برای خدمات بهداشتی اولیه در کشور شکل گرفته و در واقع بین آن چیزی که ما به عنوان ارائه خدمات بهداشتی اولیه، سطح ثانویه (Secondary) و نیز سطح ثالثیه (Tertiary) ارائه خدمات می‌شناسیم، یک شکاف عمیق وجود دارد.

مشکلات و نقاط ضعف

خدمات در بخش بهداشت ایران با نگاه سوسیالیستی و با بودجه مستقیم برای همه اقشار جامعه اعم از فقیر و غنی ارائه می‌شود (۹). این در حالی است که در بخش درمان که سطح دوم ارائه خدمات می‌باشد، بخش خصوصی به شدت فعال می باشد و در آن قواعد و مقررات (Rules and regulations) با نگاه عمدتاً سرمایه‌داری جریان دارد (۱۰)، چرا که حتی اگر از نگاه تئوری نیز وارد شویم، ملاحظه می‌کنیم که از خودگردانی بیمارستان‌ها گرفته تا پرداخت کارانه، رویکردهایی هستند که در نگاه سرمایه‌داری طبقه‌بندی می‌شوند.

نکته دیگر این‌که متأسفانه در ایران حدود و ثغور مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مشخص نمی‌باشد و مهم‌تر آن‌که ارتباط آن با سطوح بعدی ارائه خدمت نیز به خوبی شکل نگرفته است. چرا که از مهم‌ترین اصول ارائه خدمات بهداشتی اولیه وجود وفاق و اتحاد بین سطوح ارائه خدمات می‌باشد. برای روشن شدن این مطلب باید در نظر داشت که نمی‌توان یک مرز مشخص در معاونت‌های وزارتخانه جهت ارائه خدمت در نظر گرفت یعنی بگوییم تا یک نقطه ارائه خدمات بهداشتی اولیه مربوط به یک معاونت است و از یک نقطه خاص مربوط به معاونت دیگر می-شود. پس مهم است که تلاش شود تا بین این سطوح، اتحاد وجود داشته باشد، اما عملاً در ایران اصل اتحاد بین سطوح ارائه

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

CCBY-NC.4.0 DEED

خدمت مورد کم توجه‌ای واقع شده است. شاید همین عدم اتحاد و گسست موجب شد که در یک مقطع زمانی وزارت به سمت ایجاد یک معاونت جدید به نام معاونت سلامت پیش رفت تا همه خدمات و سطوح در آن ادغام شده باشد که البته در اجرا به خاطر در نظر نگرفتن بعضی اصول مدیریت سازمانی، تجربه موفقی نبوده است. اشکال اصلی که به نظر باعث شکست آن سیاست شد این بود که ساختارها، روال‌ها و ارزش‌های حاکم در دو معاونت بهداشت و درمان تفاوت بسیار زیاد داشت و این ادغام فقط در لایه ساختارها صورت گرفت و به مفاهیم پایه پرداخته نشد و البته با ادغام دو معاونت بسیار بزرگ و گسترده بهداشت و درمان با وظایف سنگین یک ساختار فربه و فوق‌العاده گسترده شکل گرفت که مدیریت تمامی این حوزه‌ها توسط یک معاون تقریباً غیر ممکن بود، مگر آن‌که قبل از ادغام بعضی از اجزای آن مانند نظام مراقبت و یا نظام پایش و ارزشیابی و اعتباربخشی به عنوان تشکیلاتی کاملاً مستقل جدا می‌شد و باقی مانده به عنوان معاونتی برای مدیریت ارائه خدمت از سطح اول تا سطح سوم شکل می‌گرفت و با نام جامعی مانند پزشکی خانواده مسئولیت زمین مانده وزارت پوشش داده می‌شد.

طبیعی است که در مورد ارزیابی کارکرد ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، در نظر گرفتن نقش نظام ارجاع و پزشک خانواده نیز بسیار مهم می‌باشد (۱۰). اما باز در این‌جا به دلیل گسست موجود بین بهداشت و درمان به لحاظ ادبیات مورد استفاده در شرح وظایف و مهم‌تر از آن برداشت‌هایی نسبتاً غیر کارشناسانه نسبت به این وظایف در هر یک از این دو بخش؛ نگاه به پزشکی خانواده هم دارای تضادها و تفاوت‌هایی می‌باشد. به عنوان مثال، در نظام بهداشتی نگاه حداقلی به پزشک خانواده وجود دارد و ممکن است چنین برآورد کند که به ازای هر ده هزار نفر و یا حتی جمعیت‌های بیشتر می‌توان یک پزشک خانواده داشت چون در این بخش مهم‌ترین توقع از پزشک خانواده نقش دروازه‌بانی (Gate keeper) می‌باشد که منظور تشخیص و درمان عمده بیماران و ارجاع کسری از آن‌ها به سمت متخصص است، درحالی که در نگاه عمیق‌تر باید نقش ارجاع معکوس را نیز در نظر داشته یعنی این‌که بعد از تشخیص و درمان توسط پزشک متخصص بیمار به سمت پزشک خانواده ارجاع و عمده پی‌گیری-های مربوطه توسط ایشان انجام شود. با این نگاه و در نظر گرفتن زمان‌سنجی کارها ممکن است به ازای هر ۲ یا ۳ هزار نفر جمعیت یک پزشک خانواده نیاز داشته باشیم؛ و البته برای کم کردن واقعی بار درمان تخصصی کشور، ارجاع معکوس بسیار با اهمیت‌تر است.

۳- ارتقاء سلامت

کارکرد بعدی بهداشت، اصلاح سبک زندگی و در واقع ارتقاء سلامت (Health promotion) می‌باشد. هر چند که این کارکرد در واقع از مهم‌ترین اجزاء و کارکردهای مهم بهداشت است، ولی متأسفانه به دلایلی نظیر سایه سنگین‌تر ارائه خدمات بهداشتی اولیه و مشکلات جدی در جلب مشارکت بین بخشی، به خوبی بدان پرداخته نشده است (۱۱). ذکر این نکته ضرورت دارد که ارتقاء سلامت به میزان زیادی به اصلاح سبک زندگی نیاز دارد، به‌خصوص اگر سلامت را به معنی جامع آن یعنی سلامت جسم و روان، اجتماعی و معنوی بدانیم با تشکیلات فعلی موجود در وزارت بهداشت نمی‌توان بدان رسید. از جمله مباحث مهم در سبک زندگی، عادات غذایی، خواب و بیداری، فعالیت بدنی، مصرف مواد مخدر، محرک و الکل، نوع ارتباط افراد جامعه با یکدیگر و شیوه کنترل خشم و عصبانیت است. به عنوان مثال، بر اساس مستندات علمی، مشخص شده‌است که خواب قبل از نیم-شب و بیداری صبح زود به میزان زیادی بر سلامت روان تأثیر

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

CCBY-NC.4.0 DEED

دارد (۱۲)، ولی در حال حاضر مشخص نیست که چه کسی برای تبیین این موضوع و برنامه‌ریزی برای ترغیب آحاد جامعه به استراحت مناسب باید عمل نماید و جایگاه معاونت بهداشتی وزارت در این‌گونه برنامه‌ها چه می‌باشد.

مشکلات و نقاط ضعف

با اندکی تأمل در برنامه‌های مربوط به این کارکرد می‌توان به خوبی دریافت که نگاه دست چندمی به آن چه از نظر تخصیص نیروی انسانی و چه از نظر تخصیص منابع مالی وجود دارد و این نشان از آن دارد که چندان در تعالی این بعد موفق نبوده‌ایم (۲). می‌توان جهت تأیید این ادعا به برنامه‌های ابتدای دوره وزرای قبلی بهداشت استناد کرد که تنها چند عنوان محدود را با عنوان برنامه ارتقاء سلامت و اصلاح سبک زندگی به صورت کلیشه‌ای معرفی می‌کنند و این در حالی است که در طول دوره وزارت نیز این قسمت برنامه به معنای واقعی اهمیت چندانی نداشته است. شاهد دیگر تأیید ادعای بی‌اهمیت انگاشتن کارکرد ارتقاء سلامت، تغییرات مکرری است که در مسئولین این دفتر و یا جایگاه سازمانی این دفتر در معاونت بهداشت وزارتخانه اتفاق افتاده است.

در راستای بعضی از اصلاحات، نام و کوریکولوم رشته آموزش بهداشت به ارتقاء سلامت تغییر پیدا کرد، اما متأسفانه این اقدام نیز دستاورد قابل ملاحظه‌ای در زمینه تربیت دانشجو نداشته است و زیرساخت‌های این دوره آموزشی دچار تغییر جدی نشد. علی‌رغم این که ارتقاء سلامت در دنیای امروز جایگاه بسیار پررنگی را به خود اختصاص داده و مختصات علمی آن تغییرات زیادی کرده است (۱۳)، اما متأسفانه در نظام بهداشتی و آموزشی کشور تحول اساسی در زمینه تربیت و به کارگیری دانشجو در این رشته رخ نداده و اصلاح سبک زندگی کماکان در حد شعاری باقی مانده است. لذا مدیریت منسجم و بین‌بخشی برای اصلاح سبک زندگی و اجزای آن وجود ندارد. لازم به ذکر است در این حوزه، نقش وزارت و معاونت بهداشت بیشتر تولیت است تا مجری و این واحد باید بتواند هدایت فعالیت‌های بسیاری از نهادها و سازمان‌ها و وزارت‌های مرتبط را در دست داشته باشد و حمایت کافی در سطح دولت و حتی سایر قوای کشور را می‌طلبد چرا که اصلاح سبک زندگی یک مفهوم بسیار گسترده و چندبعدی است و در دهه‌های گذشته چنین جایگاهی برای دفتر ارتقاء سلامت وزارت دیده نشده است(۱۴).

۴- بهداشت عمومی

کارکرد مهم بعدی در بهداشت، مفهوم سلامت عمومی (Hygiene) می‌باشد که به معنای بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت فضاهای اداری، بهداشت مدارس و مفاهیم ارگونومی و روی هم‌رفته شامل تمام مفاهیمی است که به عنوان بهداشت فردی و فرا فردی در نظر گرفته‌می‌شود (۵). کافی است بدانیم که مفهوم بهداشت مواد غذایی، به عنوان یکی از زیرمجموعه‌های این کارکرد یعنی نظارت بر مکان‌های تهیه، تولید و توزیع مواد غذایی بسیار مهم می‌باشد. البته این کارکرد مفهوم گسترده‌تری نیز دارد، به عنوان مثال در نظارت بر کارخانه‌های تولید و زنجیره توزیع دارو که معاونت بهداشتی باید نقش پررنگی در آن داشته باشد، هر چند که قسمت اصلی این نظارت بر عهده سازمان غذا و دارو است. این کارکرد نیز دارای آیین‌نامه‌هایی می‌باشد که هم جنبه پیش‌گیرانه و هم جنبه درمانی دارد. آسیب‌های جدی که آلودگی هوا، خاک و آب به سلامت جامعه وارد می‌کند نشان از اهمیت بسیار بالای این قسمت دارد. به عنوان مثال با وجود اینکه خطر جدی مانند آلودگی کل کره زمین به میکروپلاستیک‌ها یک خطر بسیار بزرگ و تهدید غیرقابل انکار است (۱۵) ولی در عمل در جامعه،

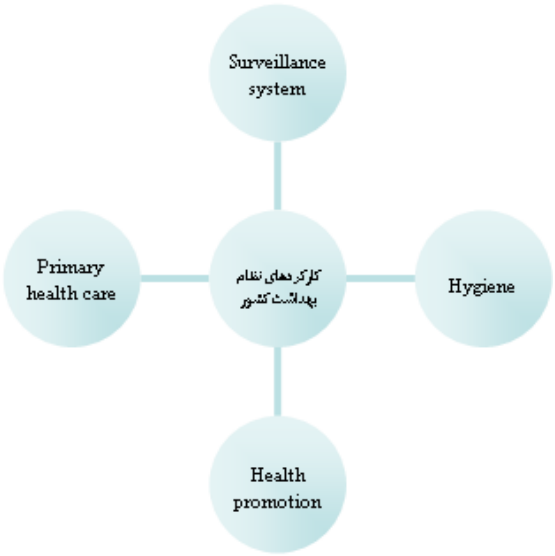
CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

مدیریت مناسبی برای کنترل مناسب پلاستیک و دفن صحیح آن وجود ندارد.

مشکلات و نقاط ضعف

عملیاتی‌سازی وظایف مرتبط با بهداشت عمومی، نیازمند برقراری ارتباط بین‌بخشی قوی بوده و جدا از مفاهیم نظارتی صرف، مباحث مرتبط با تغییر رفتار در گروه‌های مختلف جامعه نیز باید مدنظر قرار گیرد. ترکیب نظام ارائه خدمات بهداشت عمومی در ساختارهای نظارت و ارزشیابی و اعتباربخشی به نوعی به صورت پنهان و آشکار تضاد منافع را ایجاد می‌کند. به عبارتی، مجری و ناظر و سیاست‌گذار با هم و در یک ساختار واحد نمی‌توانند به شکل مؤثری عمل کنند. جایگاه تشکیلاتی مانند شورای عالی سلامت در سطح کشور و شوراهای سلامت استانی که برای هماهنگی بین بخشی باید کارکرد داشته باشند نیز با معاونت بهداشت فعلی همکاری بسیار نزدیک ندارد و در نتیجه بهداشت عمومی به معنای واقعی نمی‌تواند از مشارکت بین‌بخشی کاملی بهره‌مند شود.



شکل ۱- کارکردهای اصلی بخش بهداشت

فضای آینده بخش بهداشت

بخش بهداشت در آینده‌ای نزدیک با شرایط جدیدی مواجه خواهد شد که بایستی به ملاحظات آن توجه جدی نمود. بخشی از ویژگی‌های فضای آینده را می‌توان با در نظر گرفتن روندهای کنونی پیش‌بینی نمود. در زمینه تغییرات اجتماعی تأثیرگذار؛ می‌توان به تغییر هرم سنی جمعیت، تغییر الگوی بار بیماری‌ها، ناهنجاری‌های اجتماعی، تغییر سبک زندگی، حاشیه نشینی، مهاجرت‌ها و افزایش انتظارات مردم اشاره نمود. در زمینه تغییرات فن‌آورانه می‌توان به ورود فناوری‌های نوین به بازار خدمات سلامت، توسعه کارت‌های هوشمند، مراقبت‌های سلامت فرامکان و شخصی سازی شده، افزایش توجه به هوش مصنوعی، قابلیت‌های گفتگو با ربات، و داده‌های بزرگ سلامت، رواج تکنولوژی‌های جدید در آموزش مردم، ارائه خدمات غیرحضوری و پزشکی از راه دور اشاره نمود (۱).

در زمینه تغییرات اقتصادی؛ مواردی نظیر محدودیت‌های بودجه‌ای بخش سلامت، مدیریت منابع و تغییر پارادایم از حجم به ارزش در ارائه خدمات سلامت، تغییر در ساختار و عملکرد بیمه‌ها، رویکردهای جدید تأمین مالی و پرداخت؛ قابل اشاره می‌باشند. هزینه‌های درمان با گذشت زمان به صورت روزافزون افزایش پیدا خواهد کرد و البته جاذبه‌های آن بیشتر می‌شود

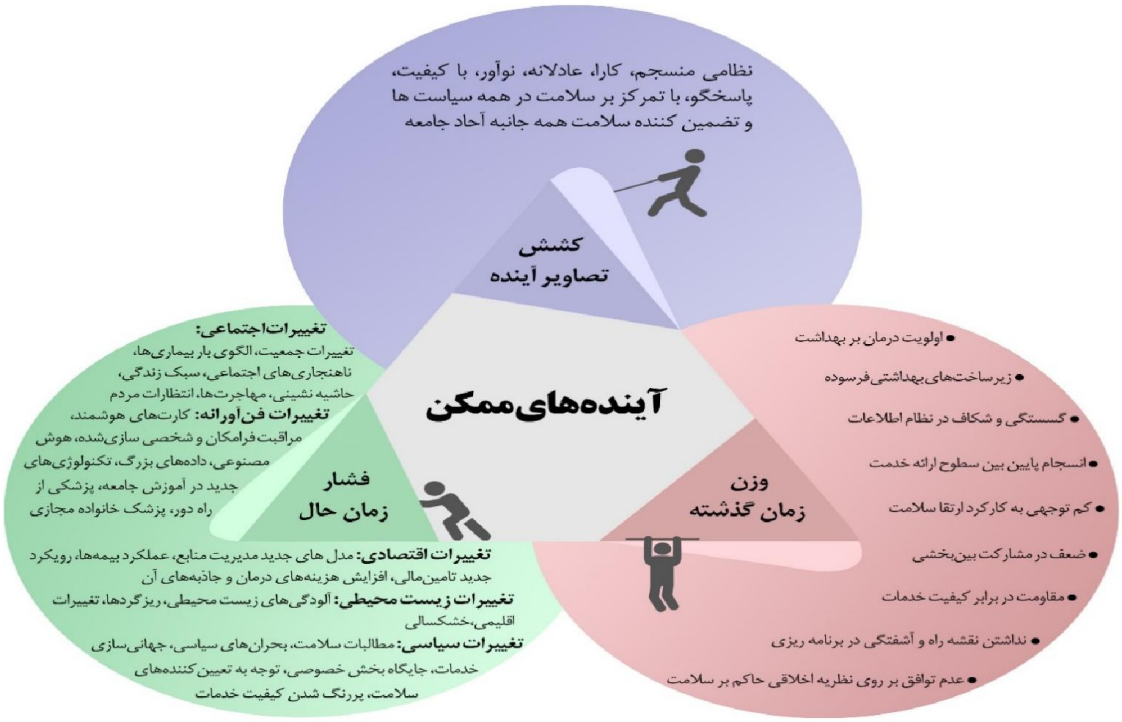
CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

(۲). به عنوان مثال، انتظار می‌رود تبلیغاتی که مربوط به مکمل های غذایی هستند و یا تبلیغات مربوط به کرم‌ها و ابزارهای آرایشی فراگیرتر شوند و این‌ها همه، بار هزینه‌ای به مردم تحمیل می‌کند. متأسفانه بهداشت کمتر از این جذابیت‌ها برخوردار خواهد بود و لذا توجه مردم به بهداشت احتمالاً کمتر می‌شود. بر این اساس زمانی که جیب مردم با هزینه‌های درمان لوکس و پیشرفته خالی شود، دیگر توانایی پرداختن به بهداشت و مسایل پیش‌گیری را نخواهند داشت و از طرفی دولت نیز توانایی هزینه‌کرد در سیستم بهداشت را نخواهد داشت و این ساختار و روش‌های کنونی در بخش بهداشت قطعاً پاسخ‌گوی نیازهای ما در آینده نخواهد بود.

در زمینه تغییرات زیست محیطی؛ می‌توان به آلودگی‌های زیست محیطی و ریزگردها، بلایای طبیعی و تغییرات اقلیمی و خشک‌سالی اشاره نمود. در زمینه تغییرات سیاسی نیز می‌توان به پر رنگ شدن مطالبات سلامت، بحران‌های سیاسی در منطقه و جهانی‌سازی در خدمات سلامت اشاره نمود (۳).

در کنار این تغییرات؛ تحول در آموزش پزشکی، تغییر ساختار، جایگاه بخش خصوصی، توجه به تعیین‌کننده‌های سلامت و اعتماد به نظام سلامت، پر رنگ شدن دغدغه کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه و موارد مشابه از جمله موضوعاتی هستند که بخش بهداشت را متفاوت از اکنون خواهند کرد (۴). به زودی مفاهیمی نظیر پزشک خانواده مجازی (Virtual family physician) وارد ادبیات نظام سلامت می‌گردد و ارائه خدمت عمدتاً به سبک جدید انجام خواهد گرفت (۵). از طرفی، افرادی که در آینده در این سیستم باید کار کنند دارای تخصص‌های متفاوتی نسبت به آن‌چه که ما در دانشگاه‌ها تربیت می‌کنیم، خواهند بود. شکل ۲، به طور خلاصه عناصر تشکیل دهنده آینده‌های محتمل بخش بهداشت را با تکیه بر مثلث آینده نشان داده است.



شکل ۲- عناصر تشکیل دهنده آینده‌های محتمل بخش بهداشت کشور با نگاه بر مثلث آینده

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]
[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

CCBY-NC.4.0 DEED

نتیجه‌گیری

با توجه به این توضیحات به نظر می‌رسد سه پیشنهاد اساسی به بخش بهداشت کشور می‌توان ارائه داد تا خود را برای آینده بهتر و مؤثرتر آماده نماید:

۱. ساختار موجود پاسخ‌گو نبوده و باید تغییرات اساسی یابد. اتحاد بین بهداشت و درمان افزایش، و ساختاری منسجم به عنوان معاونت یا سازمان پزشکی خانواده شکل بگیرد که مسئولیت اصلی ارائه خدمت را از صفر تا صد به عهده داشته باشد و در این راستا صرفاً به سطح تشکیلات بسنده نشده و برنامه‌ها، ارزش‌ها، مدل‌های خرید خدمت و یا به کارگیری نیروها منسجم‌تر شود. البته کشور قبلاً نیز تجربه ایجاد معاونت سلامت را داشته که به دلایل اشکالات اساسی مجدد به واپاشی و بازگشت معاونت‌های بهداشت و درمان منجر شده‌است. دلیل اصلی این بازگشت نیز حجم بسیار سنگین کار معاونت سلامت و غیرقابل مدیریت بودن این بدنه سنگین با گفتمان‌های متفاوت بوده‌است. لذا در پیشنهاد جدید تأکید بر آن است که معاونت یا سازمان پزشکی خانواده صرفاً مدیریت ارائه خدمات را به عهده داشته و سایر مسئولیت‌های خطیر معاونت‌های بهداشت و درمان به شکل دیگری که در پیشنهاد بعدی آورده شده مدیریت گردند.

۲. ساختارهای جدیدی از معاونت‌های بهداشت و درمان جدا شده و تحت عنوان: ۱) مرکز مدیریت نظام مراقبت سلامت در کلیه امور (CDC)، ۲) مرکز نظارت، پایش و اعتباربخشی و ۳) مرکز ارتقاء سلامت و اصلاح سبک زندگی فعال شوند تا بتوانند مستقل و با کمترین تضاد منافع وظایف سازمانی خود را انجام و البته معاونت پزشکی خانواده (پیشنهاد قبل) چابک‌تر به وظیفه اصلی خود بپردازد.

۳. به زیرساخت‌های الکترونیک و خدمات از راه دور و پرونده الکترونیک سلامت بیشتر پرداخته شده و این قسمت مدیریت بسیار قوی‌تری پیدا نماید. سیستم مبتنی بر فناوری اطلاعات با نگاهی جامع، از جمله وجود داشبورد اطلاعات، شفاف‌سازی، ترجمان دانش و مخصوصاً تحلیل بر پایه هوش مصنوعی که کمک به تحلیل سریعتر و دقیق‌تر روندها، هشدار سریع (Early warning)، درک و مدیریت بهتر داده‌های بزرگ (Mega data) و بانک‌های اطلاعات حجیم می‌کند، باید به خوبی استقرار یابد.

تعارض در منافع: نویسندگان این مقاله اعلام کرده اند که هیچ تضاد منافعی در این پژوهش ندارند.

حامی مالی: این پژوهش بدون دریافت هزینه‌های مالی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق):. مشمول کد اخلاق نمی‌باشد.

مشارکت نویسندگان:

- **طراحی ایده:** علی اکبر حق دوست
- **روش کار: علی اکبر حقدوست،** رضا دهنویه
- **جمع‌آوری داده‌ها:** علی اکبر حقدوست، احمد نقیب زاده تهامی، محسن بارونی، رضا دهنویه
- **تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها:** ندارد
- **نظارت:** علی اکبر حقدوست
- **مدیریت پروژه:** علی اکبر حقدوست
- **نگارش – پیش نویس اصلی:** علی اکبر حقدوست، احمد نقیب زاده
- **نگارش – بررسی و ویرایش:** رضا دهنویه، محسن بارونی

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

CCBY-NC.4.0 DEED

References

1. Kumwenda S. Challenges to hygiene improvement in developing countries: IntechOpen London, UK; 2019.

2. Moghadam MN, Sadeghi V, Parva S. Weaknesses and challenges of primary healthcare system in Iran: a review. *The International Journal of Health Planning and management*. 2012; 27(2): e121-e31.

3. Davari M, Haycox A, Walley T. Health care challenges in Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2005; 34(Supple 1): 30-1.

4. Mehrolhassani MH, Dehnavieh R, Haghdoost AA, Khosravi S. Evaluation of the primary healthcare program in Iran: a systematic review. Australian journal of primary health. 2018; 24(5): 359-67.

5. Hatam N, Partovi Y, Najibi SR, Marzaleh MA, Najibi SM. Healthcare system functions in Iran and successful developing countries regarding access to universal health coverage: a comparative study. *Iran Red Crescent Med J* 2021; 23(7): e710.

6. Abedi G, Soltani Kontai SA, Marvi A, Mazidi S, Abedini E, Abbasi Chaleshtary A. SWOT Analysis of Health Reform Plan on Healthcare Sector from the Stakeholder Perspective. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2018; 28(166): 199-212.

7. Khayati F, Saberi MH. Primary Health Care (PHC) an ever strategy for health equity extension. *Journal of Health Administration* 2009; 12(35) :33-40.

8. Richards CL, Iademarco MF, Anderson TC. A new strategy for public health surveillance at CDC: improving national surveillance activities and outcomes. *Public Health Reports* 2014; 129(6): 472-6.

9. Moradi G, Asadi H, Gouya M-M, Nabavi M, Norouzinejad A, Mohamadi-Bolbanabad A. Recommendations for improving communicable diseases surveillance system in Iran from the viewpoint of stakeholders: A qualitative study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2019; 29(174): 172-8.

10. Peckham R. A Modern Contagion: Imperialism and Public Health in Iran's Age of Cholera by Amir A. Afkhami. *Bulletin of the History of Medicine* 2020; 94(1): 143-4.

11. Mosadeghrad AM, Heydari M, Esfahani P. Primary Health Care Strengthening Strategies in Iran: A Realistic Review. *Journal of School of Public*

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

CCBY-NC.4.0 DEED

Health and Institute of Public Health Research 2022; 19(3): 237-58.

12. Loprinzi PD, Joyner C. Meeting sleep guidelines is associated with better health-related quality of life and reduced premature all-cause mortality risk. *American Journal of Health Promotion* 2018; 32(1): 68-71.

13. Shojaeizadeh D, Asl SM, Moghaddam HR. Comparative Study of Health Education and Health Promotion Ph. D. Degree Program in Iran and Several Countries. *Tolooebehdasht* 2018; 16(6): 23-32.

14. Keshavarz-Mohammadi N, Bahraini F-S, Degpasand S. Exploring Challenges and Weaknesses of Community-Based Health Promotion Programs in Past Three Decades in Iran: The Way Forward. *Journal of Isfahan Medical School* 2013; 31(261): 1855-64.

15. Blackburn K, Green D. The potential effects of microplastics on human health: What is known and what is unknown. *Ambio* 2022; 51(3): 518-30.

16. Rajabi F, Esmailzadeh H, Rostamigooran N, Majdzadeh R, Doshmangir L. Future of health care delivery in Iran, opportunities and threats. *Iranian Journal of Public Health* 2013; 42(Supple1):23.

17. Davari M, Haycox A, Walley T. Health care financing in iran; is privatization a good solution? *Iranian Journal of Public Health* 2012; 41(7): 14.

18. Mousavi A, Ardalan A, Takian A, Ostadtaghizadeh A, Naddafi K, Bavani AM. Climate change and health in Iran: a narrative review. *Journal of Environmental Health Science and Engineering* 2020; 18: 367-78.

19. Dehnavieh R, Khosravi S, Mehrolhassani MH, Haghdoost A, Amini S. Future trends of the primary healthcare system in Iran: A qualitative study. *International Journal of Preventive Medicine* 2019; 10.

20. Barnett S, Jones SC, Bennett S, Iverson D, Bonney A. Perceptions of family physician trainees and trainers regarding the usefulness of a virtual community of practice. *Journal of Medical Internet Research* 2013; 15(5): e92.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

CCBY-NC.4.0 DEED

Pathology of the Health Sector in Iran's Health System: A Future Oriented Viewpoint

Ali Akbar Haghdoost[1], Ahmad Naghibzadeh-Tahami[2], Mohsen Barooni[3], Reza Dehnavieh[4]

Received: 12/11/23 Sent for Revision: 11/12/23 Received Revised Manuscript: 14/04/24 Accepted: 16/04/24

The most crucial roles of the health deputy in the health system of the country include:

1. The surveillance system is in charge of managing health data and displaying indicators, but there are serious concerns such as underestimation, segmentation problems, and drawback in the platforms.
2. Providing primary health care services for all people using public funds, but it also suffers from barriers such as lack of effective communication with the secondary health care services.
3. Health promotion plays a significant role in modifying people's lifestyle, but it is not given enough attention as a part of the healthcare system and generally, the responsible oragn in this domain is not obviously known.
4. Public hygiene, which encompasses personal and transpersonal concerns, entails monitoring hygiene in the environment, work places, schools, and other similar sites. Today, there are actual concerns about air pollution, water, and food safety, and the hazards of large industries.

After exploring the functions mentioned above, it is important to update the system to meet future needs. This viewpoint may lead us to suggest the following: 1) Designing a comprehensive and integrated system for health service delivery at all levels to implement the family physician. 2) Creating separate sub-organizations to reduce the risk of conflict of interest in the healthcare system and allow the family physician to work more agilely: a) a center for disease control (CDC), b) a center for monitoring and evaluation, and validation, and c) division for health promotion and life style modification. 3) Fundamentally improving and updating databases and electronic platforms.

Keywords: Health sector, Challenges, Solutions, Future

Funding: None declared.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: Not applicable.

Authors' contributions:

- Conceptualization: Ali Akbar Haghdoost, Reza Dehnavieh

- Methodology: Ali Akbar Haghdoost, Reza Dehnavieh

- Data collection: Ali Akbar Haghdoost, Ahmad Naghibzadeh-Tahami, Mohsen Barooni, Reza Dehnavieh

- Formal analysis: None declared.

- Supervision: Ali Akbar Haghdoost,

- Project administration: Ali Akbar Haghdoost,

- Writing - original draft: Ali Akbar Haghdoost, Ahmad Naghibzadeh-Tahami

- Writing - review and editing: Reza Dehnavieh, Mohsen Barooni

Citation: Haghdoost AA, Naghibzadeh-Tahami A, Barooni M, Dehnavieh R. Pathology of the Health Sector in Iran's Health System: A Future Oriented Viewpoint. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2024; 23 (1): 76-87. [Farsi]

1- Modeling in Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
ORCID: 0000-0003-4628-4849
(Corresponding Author) Tel: (034) 31325055, E-mail: ahaghdoost@gmail.com
2- Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
3- Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
4- Health Foresight and Innovation Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-17]

[DOI: 10.61186/jrums.23.1.76]

CCBY-NC.4.0 DEED