

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت

برنامه حذف مالاریا در جمهوری اسلامی

ایران (افق ۱۴۰۴)

صلى الله عليه وسلم

تقدیر و تشکر

تکوین این برنامه حاصل مشارکت ارزشمند و استفاده از نقطه نظرات ذیقیمت اساتید و کارشناسان ذیل صورت پذیرفته است.

نام و نام خانوادگی	عنوان
دکتر ابوالحسن ندیم	متخصص اپیدمیولوژی -استاد بازنشسته دانشگاه علوم پزشکی تهران و مشاور مرکز مدیریت بیماریها
دکتر آتولی کندراشین	متخصص اپیدمیولوژی و مشاور ارشد سازمان جهانی بهداشت
دکتر محمد مهدی گویا	متخصص بیماریهای عفونی و رئیس مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
دکتر احمد رئیسی	متخصص اپیدمیولوژی و مدیر برنامه کنترل مالاریای مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
دکتر علیرضا شغلی	متخصص مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان
دکتر سید رضا مجدزاده	متخصص اپیدمیولوژی و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر حسن وطن دوست	متخصص حشره شناسی پزشکی و مبارزه با ناقلین و استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر منصور رنجبر	کارشناس ارشد برنامه کنترل مالاریای مرکز مدیریت بیماریهای واگیر
دکتر سید حسین داوودی	متخصص تغذیه و معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
دکتر حسین صافی زاده	متخصص پزشکی اجتماعی و معاون دانشگاه علوم پزشکی کرمان
دکتر پروین افسر کازرونی	متخصص پزشکی اجتماعی و مدیر گروه مبارزه با بیماریهای استان فارس
دکتر کوروش عزیزی	متخصص حشره شناسی پزشکی و مبارزه با ناقلین و رئیس دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس
دکتر پروش داودیان	متخصص بیماریهای عفونی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
دکتر حبیب دادوند	مدیر گروه مبارزه با بیماریهای استان هرمزگان
دکتر خداداد شیخ زاده	مدیر گروه مبارزه با بیماریهای استان سیستان و بلوچستان
دکتر رضا صفری	همه‌هنگ کننده برنامه کنترل مالاریای هرمزگان
دکتر بابک اطهری	معاون فنی مرکز بهداشت استان هرمزگان
محمد ساکنی	همه‌هنگ کننده برنامه کنترل مالاریای سیستان و بلوچستان
عبدالغفار حسن زهی	همه‌هنگ کننده برنامه کنترل ناقلین استان سیستان و بلوچستان
مهدی صفاری	همه‌هنگ کننده برنامه کنترل مالاریای استان کرمان
مینو مشایخی	همه‌هنگ کننده برنامه کنترل ناقلین استان کرمان
حسین دارابی	همه‌هنگ کننده برنامه کنترل ناقلین استان بوشهر
لیلا فرجی	کارشناس برنامه کنترل مالاریای مرکز مدیریت بیماریها
فاطمه نیکپور	کارشناس برنامه کنترل مالاریای مرکز مدیریت بیماریها
محمود نخستین	همه‌هنگ کننده برنامه عملیاتی صحرایی دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس
غلامرضا مومنی	همه‌هنگ کننده برنامه عملیاتی صحرایی دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس

فهرست :

۵	فرهنگ اصطلاحات و اختصارات
۶	پیام های مهم
۷	پیام وزیر
۸	فصل اول: مقدمات
۱۱	مقدمه
۱۲	دید گاه فعلی سازمان جهانی بهداشت در مورد حذف مالاریا
۱۳	وضعیت مالاریا
۱۳	مالاریا در منطقه مدیترانه شرقی (EMR)
۱۳	مالاریا در ایران
۱۶	فصل دوم: راهبردها و اهداف
۱۹	چرا حذف؟
۲۰	ضروریات حذف مالاریا
۲۰	چالش های پیش رو
۲۳	برنامه بلند مدت حذف مالاریای کشور جمهوری اسلامی ایران
۲۳	چشم انداز ایران بدون مالاریا – (افق ۱۴۰۴)
۲۵	هدف نهایی (Goal)
۲۵	اهداف بلند مدت
۲۵	راهبردهای اصلی
۲۵	راهبردهای پشتیبان به منظور فراهم سازی محیط توانمند برای اجرای برنامه حذف مالاریا
۲۶	پیامدهای مورد انتظار در طول سالهای اجرای برنامه
۲۷	اهداف کمی برنامه بلند مدت مالاریا به تفکیک راهبر های اصلی
۳۸	فصل سوم: برنامه فعالیت های اجرایی حذف مالاریا (افق ایران ۱۴۰۴)
۵۳	فصل چهارم برآورد هزینه های ۵ سال اول برنامه بلند مدت حذف مالاریا (افق ایران ۱۴۰۴)
۷۲	منابع

فرهنگ اصطلاحات و اختصارات:

ACT.... Artemisinin Based -Combination Therapy

EMR Eastern Mediterranean Region

RBM.... Roll Back Malaria

GF... Global Fund

WHO... World Health Organization

MDGs... Millennium Development Goals

O.... Objective

S.... Strategy

A.... Activity

- سالانه ۳۰۰ - ۵۰۰ میلیون نفر به مالاریا مبتلا شده که ۲ تا ۳ میلیون نفر از آنان که عمدتاً کودکان و زنان باردار هستند، جان خود را از دست می دهند. اهمیت مبارزه با مالاریا باعث شده تا کاهش پنجاه درصدی موارد بیماری تا سال ۲۰۱۵ بعنوان یکی از اهداف مهم توسعه هزاره (هدف شماره ۶) توسط سازمان ملل اعلام گردد.
- مالاریا از قدیم به عنوان یکی از مسائل بهداشتی مهم کشور تلقی شده و هیچ بیماری دیگری به این اندازه موجب زیان های مالی و جانی جبران ناپذیر در کشور نشده است. علیرغم پنج دهه تلاش برای کنترل مالاریا متأسفانه کماکان گزارش حدود ۱۷۰۰۰ مورد بیماری در سال عمدتاً مربوط به استان های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و بخش کمتر توسعه یافته (شهرستانهای جنوب) کرمان می باشد را شاهد می باشیم. استان سیستان و بلوچستان با ۸۶۵۷ مورد مالاریا (۵۳ درصد کل کشور) همچنان بلحاظ بروز مالاریا اولین استان در کشور است.
- استانهای تهران، فارس، اصفهان و قم بیشترین موارد مالاریا **وارد** کشور را بخود اختصاص می دهند و در صورت فراهم شدن شرایط مناسب محیطی انتقال مالاریا می تواند حتی در مناطق عاری از مالاریا استانهای مذکور و نیز سایر مناطق با پتانسیل انتقال همچون استانهای خوزستان و بوشهر مشکل آفرین گردد.
- برنامه راهبردی منطقه ای کنترل مالاریا مبتنی بر اهداف شماره ۲ و ۶ توسعه هزاره و مصوبه مجمع عمومی سازمان ملل (مصوبه شماره ۵۹/۲۵۶) و قطعنامه ۵۸/۲ سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۶ در راستای رویکرد جهانی کنترل مالاریا و متناسب با شرایط کشورهای منطقه توسط دفتر منطقه ای (WHO/EMRO) تهیه شده است. در برنامه مزبور پیشگیری از استقرار مجدد آلودگی در مناطق عاری از مالاریا و حذف بیماری در آن دسته از کشورها که کانونهای بسیار محدود انتقال مالاریا دارند، توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است.
- در این راستا حذف بیماری و جلوگیری از بازگشت آن در جمهوری اسلامی ایران بعنوان کشوری که دارای بار کم بیماری مالاریا و انتقال محدود بیماری است مورد تاکید قرار گرفته است.
- در چشم انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران کسب رتبه نخست اقتصادی در منطقه هدف گیری شده است. در صورت محقق نشدن حذف مالاریا، علاوه بر تبعات بار بیماری، هم کشور به ظرفیت بهره برداری از توسعه اقتصادی نمی رسد و هم به عنوان منطقه واجد خطر مالاریا با محدودیت تبادلات توریستی، علمی، فرهنگی و تجاری مواجه خواهد شد. از اینرو برای تحقق چشم انداز بیست ساله ضروری است که هدف حذف مالاریا در کشور محقق شده و پاک بودن کشور از مالاریا از طریق نهادهای بین المللی (سازمان جهانی بهداشت) بطور رسمی اعلام گردد.
- این مجموعه در بر گیرنده راهبردها، اهداف و فعالیتهایی است که می تواند حذف مالاریا در افق ۱۴۰۴ را محقق کند و بستر ساز توسعه اقتصادی - اجتماعی جمهوری اسلامی ایران همگام با چشم انداز بیست ساله باشد.

پیام وزیر

مالاریا از قدیمی ترین بیماریهای عفونی است که هنوز در برخی استانهای کشور بصورت بومی مطرح بوده و تبعات بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی فراوانی را بدنبال دارد. از آنجائیکه انتشار بیماری علاوه بر انگل و پشه ناقل به عوامل متعدد اجتماعی و اقتصادی نظیر امکانات رفاهی اولیه، سرپناه مناسب، برق، راه، خدمات بهداشتی درمانی، دانش کافی در زمینه پیشگیری فردی و... وابسته است، بخمدت گرفتن تمامی توان و ظرفیت های موجود در بخش های مختلف توسعه و ترویج مشارکت فعال جامعه نقش تعیین کننده ای را در موفقیت برنامه های کنترلی مالاریا ایفا می نماید. تا آنجا که بسیاری از صاحب نظران مالاریا را وابسته به توسعه دانسته و آنرا بعنوان مؤلفه ای برای بیان درجه توسعه یافتگی جوامع بکار می برند. اگر چه تاکنون اقدامات سنتی انجام شده در راستای کنترل بیماری تاثیر بسزایی داشته است، مع هذا پیچیدگی شرایط فعلی تفکر نوینی را در برنامه ریزی طلب می نماید. برنامه استراتژیک (راهبردی) حذف مالاریا پاسخی است مناسب به آنچه که ترکیب پیچیده مشکلات و فرصت های بالقوه و بالفعل موجود در نظام سلامت کشور و سایر بخشهای توسعه و بهره گیری از تجربیات سایر کشورها در پیش رویمان قرار می دهد. مزایای برنامه حذف مالاریا با رویکرد استراتژیک ان است که در تحلیل وضعیت موجود علاوه بر موارد تاثیر گذار سلامت و بیماری، تعیین کننده های مهم سایر بخش های توسعه را نیز لحاظ می نماید، اولویت های برنامه را تعیین و فرصت ها و تهدیدها را ذکر می کند، و در عین توجه به اصول علمی و راهبردهای جهانی، شرایط محلی و برنامه های منطقه ای را در برنامه ریزی کلان کشور منظور می نماید و نهایتاً پایش و ارزشیابی فرآیندها، نتایج و اهداف نیز در آن قانونمند می شود.

امید است با استعانت از الطاف حضرت حق، حمایت کلیه مدیران دلسوز و درد آشنا و در پرتو مشارکت فعال تمامی کارشناسان و کارکنان سطوح ملی و محیطی و بکار بستن این تفکر نو در حذف مالاریا در کشور موفق شویم، و تحقق هدف دست یافتنی ایران بدون مالاریا در افق ۱۴۰۴ را شاهد باشیم.

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

خلاصه اجرایی

با توجه به پیشرفتهای بدست آمده طی پنج دهه اجرای عملیات مبارزه با مالاریا و کاهش قابل توجه میزان بروز بیماری در ده ساله اخیر، حذف مالاریا در کشور در دستور مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت قرار گرفته است.

در حال حاضر انتشار و انتقال محلی بیماری در سطح کشور به ۲۸ شهرستان که در استان های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و کرمان واقع شده اند محدود می گردد.

هدف نهایی برنامه حذف مالاریا در افق ۱۴۰۴ قطع انتقال محلی بیماری می باشد. بدیهی است موارد وارده مالاریا در طی سالهای اجرای برنامه و حتی پس از آن ممکن است کماکان مشاهده شده و همه تلاشها به پیشگیری از برقراری زنجیره انتقال الودگی به ساکنین محلی معطوف می شود.

مبنای طبقه بندی مناطق مختلف میزان بروز موارد جدید اتوکتونوس مالاریا به ازای هر هزار نفر جمعیت در معرض خطر یا $API/1000$ می باشد :

- مناطقی که میزان بروز موارد جدید اتوکتونوس مالاریا به ازای هر هزار نفر جمعیت در معرض خطر بالاتر از پنج مورد در سال است و کاندید عملیات کنترل تشدید یافته می باشند. ($API > 5/1000$)
- مناطقی که تعداد موارد جدید اتوکتونوس مالاریا در ۱۰۰۰ نفر جمعیت کمتر از ۵ و بیشتر از یک مورد در سال است و تحت برنامه پیش حذف قرار خواهند داشت. ($API > 1/1000$)
- مناطقی که تعداد موارد جدید اتوکتونوس مالاریا در آنها در ۱۰۰۰ نفر جمعیت کمتر از یک مورد در سال است و کاندید برنامه حذف می باشند. ($API > 1/1000$)
- مناطقی که در سه سال گذشته موردی از انتقال مالاریا نداشته و پاک تلقی می شوند و برنامه پیشگیری از برگشت بیماری (Re- introduction) در آنها اجرا خواهد شد.

با توجه به وجود عوامل زمینه ساز انتقال مالاریا مانند تبادل جمعیتی بالا با مناطق مالاریا خیز و وجود مخازن آلودگی بدنبال موارد وارده، شرایط آب و هوایی مناسب انتقال و وفور بالای ناقل این مناطق خود به دو دسته فرعی تقسیم می شوند.

- مناطق پر خطر : مناطقی با پتانسیل بالای برقراری چرخه انتقال مالاریا و برگشت مجدد بیماری
- مناطق کم خطر : مناطقی با پتانسیل کم انتقال از وارده که عملا دارای خطر کمتری برای برگشت مجدد بیماری می باشند.

با توجه به توصیه سازمان جهانی بهداشت مبنی انتخاب جمعیت یکصد هزار نفری برای محدوده اجرای برنامه حذف ، با عنایت به آنکه محیطی ترین سطح تصمیم گیری و تفویض اختیارات مالی – اجرایی در نظام عرضه خدمات بهداشتی کشور مرکز بهداشت شهرستان می باشد، شهرستان بعنوان واحد عملیاتی برای اجرای برنامه حذف مالاریای کشور انتخاب شده است.

سه رویکرد فنی-عملیاتی و چهار استراتژی پشتیبان در برنامه حذف پیش بینی شده است.

راهبردهای اصلی :

- ارتقا دسترسی به خدمات تشخیص فوری و درمان موثر مالاریا
- ارتقای دسترسی به خدمات پیشگیری از طریق تقویت مدیریت تلفیق یافته ناقلین (IVM)
- تقویت نظام مراقبت مالاریا با تاکید بر پاسخ مناسب و بموقع

راهبردهای پشتیبان :

- تقویت و توسعه نظام پایش و ارزشیابی مداخلات حذف مالاریا
- تحقیقات کاربردی
- استفاده از ظرفیت کلیه ذینفعان (STAKEHOLDER) برای حذف مالاریا
- ظرفیت سازی سرمایه انسانی و بسیج منابع برای حذف مالاریا

پیامدهای مورد انتظار در طول سالهای اجرای برنامه :

- کشف سریع موارد مالاریا در مدت ۲۴ ساعت پس از بروز علائم
- شروع درمان با داروهای ضد مالاریای توصیه شده راهنمای کشوری درمان در مدت ۲۴ ساعت پس از تشخیص
- درمان موثر و کامل با داروهای ضد مالاریای توصیه شده راهنمای کشوری درمان
- افزایش بکارگیری پشه بند آغشته به حشره کش توسط خانوارهای ساکن در مناطق در معرض خطر با تاکید بر زنان باردار و کودکان زیر ۵ سال
- افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با عملیات سمپاشی ابقایی در حداقل ۸۰٪ جمعیت هدف
- افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با عملیات کنترل لارو در ۱۰۰٪ ژیت های لاروی هدف
- افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با عملیات بهسازی محیط
- پیش بینی اپیدمی ها حداقل یک ماه قبل از وقوع به منظور پیشگیری از رسیدن به آستانه اپیدمی (EPIDEMIC THRESHOLD) با استقرار سیستم MEWS
- شناسایی کانون های اپیدمی حداکثر یک هفته پس از طغیان بیماری مالاریا
- کنترل بهنگام طغیان بیماری پس از شناسایی کانون های اپیدمی بدیهی است در مورد طغیان هایی که عامل وقوع آنها الودگی ویواکس باشد، این زمان یکماه و در مورد فالسیپارم دو هفته خواهد بود.
- تهیه مداوم تجهیزات، مواد مصرفی، حشره کش، پشه بند، دارو و موارد مورد نیاز برنامه حذف
- همه موارد مالاریا و کانونهای مالاریا طبقه بندی اپیدمیولوژیک مداوم خواهند داشت.
- راهنمای درمان مالاریای کشور بطور مرتب بازنگری می شود.
- کارکنان بخش خدمات بهداشتی درمانی مرتباً در زمینه تشخیص و درمان مالاریا آموزش می یابند.
- نظام گزارش دهی اطلاعات مالاریا در کلیه مراکز گزارش دهنده مکانیزه می شوند.
- در راستای نیل به حذف مالاریا حدود ۸۰۰ میلیارد ریال در پنج سال اول برنامه مورد نیاز می باشد .

فصل نخست

مقدمات

مقدمه

مالاریا از قدیمی ترین بیماریهای شناخته شده و یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی کشورهای گرمسیر و نیمه گرمسیر جهان محسوب می شود . سالانه ۳۰۰ - ۵۰۰ میلیون نفر به این بیماری مبتلا شده که ۲ تا ۳ میلیون نفر از آنان که عمدتاً کودکان و زنان باردار هستند ، جان خود را از دست می دهند. اهمیت مبارزه با مالاریا باعث شده تا کاهش پنجاه درصدی موارد بیماری تا سال ۲۰۱۵ بعنوان یکی از اهداف هزاره توسط سازمان ملل اعلام گردد .

در هشتمین کنگره جهانی بهداشت ، در ماه می ۱۹۵۵ ، WHO موظف شد تا یک برنامه بین المللی برای نیل به هدف ریشه کنی مالاریا ارائه نماید (البته در آن زمان آفریقا را به دلایلی از برنامه ریشه کنی مستثنی نمودند). تا سال ۱۹۶۸ در اثر تلاش و کوشش فراوان ملی و با کمک مجامع بین المللی ، این بیماری در قاره اروپا ، استرالیا ، بسیاری از مناطق مالاریا خیز آرژانتین و جنوب آفریقا ریشه کن شد . حاصل این ریشه کنی ها باریکتر شدن منطقه جغرافیایی بین شمالی ترین و جنوبی ترین مرزهای انتشار این بیماری بود. تونس ، لیبی ، لبنان ، اردن ، شبه جزیره کره و تعدادی از جزایر در مناطق گرمسیری هم بیماری را ریشه کن نمودند. در اواسط دهه ۱۹۶۰ بدلیل مشکلات تکنیکی ، بیولوژیکی و اقتصادی اجتماعی برنامه ریشه کنی مالاریا عملاً شکست خورد و جای خود را به برنامه کنترل مالاریا داد. دو ویژگی مهم این دوره مقاومت سوش کشنده انگل (پلاسمودیوم فالسی پاروم) به کلروکین و مقاومت ناقل ان(پشه آنوفل) به حشره کش موثر ددت بود .

دید گاه فعلی سازمان جهانی بهداشت در مورد حذف مالاریا :

حذف مالاریا بر بستر عملیات موثر و موفق کنترلی بخصوص پوشش گسترده مداخلات کنترل ناقل و مراقبت و درمان موارد کشف شده بیماری پایه گذاری شده است. همچنین کیفیت عملیات ارتقا یافته و سمت و سوی مداخلات بجای جمعیت های وسیع به کانونهای انتقال محلی بیماری و حتی مورد به مورد بیماران متمرکز می شود.

- برقراری نظام مراقبت به منظور پیشگیری از برگشت بیماری در مناطق در معرض خطر

وضعیت مالاریا

مالاریا در منطقه مدیترانه شرقی (EMR):

منطقه مدیترانه شرقی شامل ۲۲ کشور در شمال آفریقا، آفریقای تحت صحرا و آسیای جنوب غربی با جمعیتی بیش از ۵۳۰ میلیون نفر می باشد، در سال ۱۹۹۹ برنامه RBM در منطقه مدیترانه شرقی پایه گذاری شد و تمام کشورهای منطقه متعهد به پیگیری و ملحوظ نمودن استراتژیهای آن در برنامه های ملی کنترل مالاریا گردیدند. اولین برنامه پنج ساله منطقه ای (۲۰۰۳-۲۰۰۶) در سال ۲۰۰۲ و با اهداف ذیل تهیه گردید:

- کاهش پنجاه درصدی بار بیماری در کشورهایی که دارای انتقال شدید می باشند .
 - کنترل بیماری در کشورهای دارای اندمیسیته کم تا متوسط بشکلی که مالاریا بعنوان یک مشکل مهم بهداشتی مطرح نباشد .
 - حذف مالاریا در کشورهایی که انتقال محلی بیماری در آنها متوقف گردیده و یا محدود به کانونهای بسیار جزیی می باشند .
 - پیشگیری از برگشت بیماری در مناطقی که در حال حاضر عاری از مالاریا می باشند
- در سال پایانی برنامه اهداف برنامه در تعداد زیادی از کشورها عملی گردید. کشور امارات متحده عربی توسط WHO گواهی حذف مالاریا را دریافت کرده و کشورهای عمان و سوریه هیچ موردی از انتقال محلی مالاریا را گزارش نمودند .
- کاهش قابل توجهی در موارد گزارش شده مالاریا در جمهوری اسلامی ایران ، عراق و عربستان سعودی مشاهده شد و این سه کشور رویکرد حذف مالاریا را پذیرفتند .

طی سالهای برنامه در تعدادی از کشورهای با شدت انتقال بالا مانند یمن و سودان نیز پیشرفتهای قابل توجهی حاصل شد. فرصت های جدید مانند داروهای ترکیبی ACTs که بخوبی موارد فالسیپارم مقاوم به کلروکین را پوشش می دهند و منابع مالی قابل توجهی منجمله اختصاص اعتبارات گلوبال فاند به کشورهایی مانند افغانستان ، پاکستان ،سودان ، سومالی و یمن در مبارزه با مالاریا فراهم گردید.

در راستای استفاده بهینه از منابع و ابزارهای جدید موجود، برنامه جامع کنترل و حذف مالاریا در منطقه برای سالهای ۱۰-۲۰۰۶ در راستای اهداف هزاره (MDG) تدوین گردید.

در برنامه مزبور کشورهای منطقه بلحاظ شرایط انتقال و بار بیماری دسته بندی شده و برای هر گروه اهداف استراتژیک خاصی تدوین گردیده است :

- کشورهایی که قبلاً به حذف مالاریا نائل گردیده اند . مانند : بحرین ، اردن ، کویت ، لبنان ، لیبی ، فلسطین ، قطر و امارات متحده عربی که در سه سال متمادی هیچ موردی از انتقال محلی مالاریا را گزارش ننموده اند .

- کشورهایی که انتقال محلی بیماری در آنها به مناطق بسیار کوچکی محدود شده و قویاً برای حذف مالاریا در آن نقاط محدود برنامه ریزی نموده اند . از این گروه می توان کشورهای مصر ، مراکش ، عمان و سوریه را نام برد. برای این دو دسته از کشورها هدف استراتژیک تعیین شده عبارت از پیشگیری از استقرار مجدد بیماری در مناطق عاری از مالاریا و حذف بیماری در آن دسته از کشورها که کانونهای بسیار محدود انتقال مالاریا دارند.

- کشورهای دارای بار کم بیماری که از برنامه کنترلی موثر و موفقی برخوردارند ولی انتقال محلی بیماریها هنوز در برخی مناطق این کشورها گزارش می شود.

این دسته شامل جمهوری اسلامی ایران ، عراق و عربستان سعودی است. این کشورها که ۲۳٪ جمعیت کل منطقه را در خود جای می دهند طی دهه اخیر به پیشرفت قابل توجهی در برنامه کنترل مالاریا نایل گردیده اند . بدلیل وجود منابع مناسب حمایتی و تعهد بالای سیاسی دولت در کنار نظام قوی ارائه خدمات بهداشتی درمانی و توسعه زیر ساختهای اقتصادی - اجتماعی حذف مالاریا در این گروه مطرح گردیده و هدف استراتژیک برای این گروه ، حذف بیماری و جلوگیری از بازگشت آن تعریف شده است.

- کشورهای که از بار متوسط تا بالای بیماری متاثر بوده و از نظام بهداشتی درمانی مناسبی نیز برخوردار نبوده و یا در معرض بحران و شرایط اضطراری می باشند .

کشورهای افغانستان ، پاکستان ، جیبوتی ، سومالی ، سودان و یمن با در برداشتن نیمی از جمعیت منطقه در این گروه قرار می گیرند . هدف استراتژیک برای این گروه کشورها عبارت است از کاهش بار بیماری اعم از بروز ، شدت و مرگ و میر به نصف تا پایان سال ۲۰۱۰

شش دیدگاه استراتژیک در برنامه منطقه ای منظور گردیده است که کشورها برحسب شرایط محلی شان تمام یا قسمتی از آنها را در برنامه ملی خود بکار می گیرند.

۱- ارتقاء و تسهیل دسترسی جمعیت در معرض خطر به خدمات مطمئن تشخیصی و درمانی مالاریا

۲- ارتقاء و فراهم نمودن دسترسی به روش های مختلف موثر پیشگیری از مالاریا در جمعیت در معرض خطر

۳- تقویت پیشگیری و کنترل مالاریا در شرایط وقوع همه گیرها و بحرانها و....

۴- تقویت ظرفیت های برنامه کنترل مالاریا در سطح شهرستانی و کشوری از طریق مشارکت با سایر سازمانهای مرتبط

۵- حمایت از گسترش و نگهداری مناطق عاری از مالاریا و برنامه حذف مالاریا در مناطقی که قابل انجام باشد.

۶- تقویت نظام سوریولانس مالاریا ، سیستم پایش و ارزشیابی و تحقیقات کاربردی

مالاریا در ایران

مالاریا از قدیم به عنوان یکی از مسائل بهداشتی مهم تلقی شده و هیچ بیماری دیگری به این اندازه موجب زیان های مالی و جانی جبران ناپذیر در کشور نشده است. همان طور که مشخص است ، مهم ترین استان های دارای مشکل در کشور، عبارتند از سیستان و بلوچستان، هرمزگان ، کرمان و فارس که در مجموع ۹۶ درصد از کل موارد را بخود اختصاص می دهند.

نام شهرستان	نام استان	جمعیت ۸۷	جمعیت سیار	%F	API
تحت برنامه کنترل Intensified control	بناگرد	۳۰۱۸۴	۲۴۳۲۵	۰/۲۷	۳۷/۰۷
	فنوج	۴۰۶۰۴	۶۹۹۱	۰	۱۵
	سرباز	۱۲۱۸۱۹	۳۷۵۴۷	۷	۱۰
	بندر جاسک	۴۸۹۱۹	۱۴۶۰۵	۱/۳۹	۷/۳۶
	چابهار	۲۰۴۵۸۷	۴۴۸۱۳	۸	۶
	قلعه گنج	۷۲۹۳۳	۱۹۵۷۴	۰/۶۹	۵/۱
جمع		799036	147855	2/9	12/9
تحت برنامه پیش حذف	کنارک	۶۲۲۲۸	۸۴۰۴	۸	۴
	نیکشهر	۱۵۲۰۱۵	۳۳۲۵۷	۰	۴
	سراوان	۱۵۶۴۴۸	۱۸۱۰۰	۱۹	۲
	دلگان	۵۷۰۴۶	۷۹۸۹	۶	۲
	زابلی	۵۱۰۴۶	۵۸۳۴	۹	۱
	سوران	۶۵۸۱۹	۷۳۰۹	۲۴	۱
	ایرانشهر	۲۳۴۱۱	۱۸۵۹۴	۴	۱
جمع		778013	99487	11/6	2/4
تحت برنامه حذف	میناب	۳۷۱۵۶۵	۱۰۰۰۰	۰	۰
	کهنوج (مناطق روستایی و حاشیه شهری)	۷۰۰۰۰	۲۰۶۶۳	۰	۰/۳۴
	منوجان	۶۵۷۳۶	۳۷۹۹	۰	۰/۲۹
	رودان (مناطق روستایی و حاشیه شهری)	۸۵۰۰۰	۷۰۰۹۶	۷/۶۹	۰/۱۱
	حاجی آباد	۶۹۷۹۱	۳۸۱۲۴	۰	۰/۱
	جیرفت (مناطق روستایی و حاشیه شهری)	۱۲۰۰۰۰	۱۷۱۰۷	۰	۰/۰۸
	رودبار جنوب	۹۴۳۷۳	۳۶۳۵۵	۰	۰/۰۸
	بندر لنگه (مناطق روستایی و حاشیه شهری)	۵۰۰۰۰	۴۶۰۸	۲۵	۰/۰۴
	بندر عباس (مناطق روستایی و حاشیه شهری)	۱۱۰۰۰۰	۸۴۰۵	۰	۰
	قشم (مناطق روستایی و حاشیه شهری)	۵۴۰۰۰	۶۰۸۶۶	۰	۰
	بم (مناطق روستایی و حاشیه شهری)	۱۰۴۰۰۰	۱۰۳۰	۰	۰
	عنبرآباد	۱۱۹۵۸۹	۲۴۹۵۷	۰	۰
	خاش (مناطق روستایی و حاشیه شهری)	۹۳۰۰۰	۱۰۲۰۲	۰	۰
	بندر خمیر	۵۰۱۰۱	۴۴۷۸	۰	۰
	پارسیان	۳۶۷۰	۲۵۱۳۲	۰	۰
جمع		۱۳۹۳۸۱۵	۳۳۳۱۵	۳۲/۶۹	۰
جمع کل		۲۶۹۱۰۶۷	۲۱۹۴۲۲		

سیمای کلی مالاریا در کشور طی پنج سال اخیر (۱۳۸۱-۱۳۸۶)

تعداد موارد مالاریا در طی سالهای ۸۱-۸۶ به غیر از سال ۸۲ که به طور غیر منتظره ای نسبت به سال ۸۱، افزایش یافته است، سیر نزولی یکنواختی را نشان می دهد.

از عمده دلایل افزایش موارد در سال ۸۲ می توان به بارندگی بی سابقه در ماههای مرداد و شهریور سال مورد نظر و به دنبال آن ایجاد زیستگاههای لاروی گسترده در مناطق شرقی استان هرمزگان و جنوب سیستان و بلوچستان، درجه حرارت و رطوبت مناسب و در نتیجه ازدیاد وفور ناقل، افزایش شدید بیماری در مناطق مالاریا خیز کشورهای هم جوار، عملیات نامناسب کنترل ناقلین به دلایل مختلف تدارکاتی از جمله فرسودگی تجهیزات سمپاشی و کمبود وسایل نقلیه اشاره نمود. با رفع نسبی نقائص و اقدامات مناسب پیشگیرانه در مناطق تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی مناطق جنوب شرقی کشور در سال ۸۳ وضعیت کنترل بیماری بهبود یافته و کاهش پنجاه درصدی در موارد گزارش شده مالاریا حاصل گردید. در سال ۸۶ به دنبال وقوع سیل و طوفان گونو پیش بینی های کارشناسان حاکی از احتمال وقوع افزایش چند برابری موارد مالاریا بود که خوشبختانه بدلیل عملکرد صحیح و اقدامات به موقع کارکنان شاغل در امر کنترل مالاریای استانهای جنوب شرقی تعداد موارد بیماری نسبت به سال ۸۵ تغییر معنی داری نداشت.

در طی سالهای ۸۱ تا ۸۶ همچون سالهای گذشته بیشترین میزان آلودگی به مالاریای ویواکس تعلق داشته که از سال ۸۱ با یک روند صعودی روبرو بوده است. می توان چنین قضاوت نمود که از یکسو با کاهش تعداد مهاجران افغانی و پاکستانی و از سوی دیگر بهبود کیفیت خدمات تشخیص و درمان درصد آلودگی به فالسیپارم در حال کاهش می باشد و به همان میزان موارد ویواکس جایگزین آن می شود.

طی شش سال اخیر چهره مالاریا از نظر توزیع بیماری به تفکیک ملیت در کشور تغییر داشته است، به طوریکه در سال ۸۱ نزدیک به نیمی از بیماران کشور را افراد غیر ایرانی تشکیل می دادند، در حالیکه در حال حاضر تنها ۱۵٪ موارد گزارش شده بیماری به افراد غیر ایرانی تعلق دارد. در طی این سالها به تدریج با خروج افغانه از کشور روز به روز بر نسبت مبتلایان ایرانی افزوده شده است.

چهره بیماری به غیر از گروه سنی ۱۴-۵ سال که روند افزایشی را نشان می دهد. در گروه های سنی زیر ۴ سال و بالای ۱۵ سال کاهش قابل توجهی را نشان می دهد. علت کاهش موارد ابتلای بالای ۱۵ سال را می توان به دلیل کاهش ورود مهاجرین جویای کار از کشور های همجوار دانست. به دلیل آنکه اکثر مهاجرین به کشور در سن بالای ۱۵ سال و نیروی کار محسوب می شوند، طبیعی است که با خروج آنان از کشور چهره بیماری تغییر یابد.

سیمای بیماری در استان هرمزگان از الگوی کشوری تبعیت نمیکند به گونه ای که درصد ابتلای گروه سنی زیر ۴ سال به طور فزاینده ای از سال ۸۱ تا ۸۶ ازدیاد یافته و به همان نسبت درصد ابتلا در دو گروه سنی ۱۴-۵ سال و بالای ۱۵ سال نیز کاهش یافته است. می توان این گونه تفسیر کرد که اکثر موارد بیماری در مناطق مشکل دار این استان به ویژه منطقه بشاگرد در حد فاصل شهرستان های جاسک و میناب حاصل انتقال محلی مالاریا است. حدود ۱۲٪ از نسبت بیماران مرد در طی این سالها کاسته شده است، که با توجه به کاهش مهاجرین افغانه کاسته شدن از تعداد مبتلایان مرد طبیعی به نظر می رسد.

روند بیماری به لحاظ محل سکونت نیز طی سالهای مزبور تغییر یافته و بیشتر به سمت روستا معطوف گشته و بر این اساس بار دیگر می توان نتیجه گرفت که بیماری مالاریا در ایران بیشتر چهره محلی یافته است. از آنجائیکه نیروی کار مهاجر بیشتر در شهرها و حاشیه آن متراکم هستند، در گذشته در شهرها موارد بیشتری از بیماری مشاهده می شد. کاهش موارد وارده و انتقال از وارده در کنار افزایش انتقال محلی نشان می دهد که در حال حاضر موارد اتوکتنوئوس (Autochthonous) مالاریا (جمع موارد انتقال محلی، انتقال از وارده و عود) در کشور در حال افزایش است و ضرورت برنامه ریزی بر مبنای طبقه بندی صحیح و شناسایی دقیق کانونها و اجرای عملیات کنترلی متناسب با شرایط محلی را بیش از پیش آشکار می نماید.

فصل دوم

راهبردها و اهداف

برنامه بلند مدت حذف مالاریا

(افق ایران ۱۴۰۴)

چرا حذف مالاریا؟

توسعه اقتصادی منوط به وجود زیرساخت های تاثیرگذار (مانند راه اندازی مناطق ویژه صنعتی و تجاری ،احداث سدهای بزرگ ، و...) است. تجربه وقوع اپیدمی مالاریا در سال ۱۳۸۲ بدنبال اجرای طرح توسعه اقتصادی در یکی از مناطق ویژه صنعتی مهم کشور نشان می دهد که از یکسو اجرای طرح های بزرگ صنعتی بدون در نظر گرفتن ملاحظات لازم زمینه شیوع مالاریا فراهم می نماید و از سوی دیگر شیوع مالاریا علاوه بر بار سلامتی می تواند مخاطرات اقتصادی را به همراه داشته باشد و به مانعی جدی در زمینه توسعه تبدیل شود.

ضروریات حذف مالاریا:

- شواهد مستدل مبنی بر موفقیت برنامه کنترل
- شواهد کافی مبنی بر آنکه حذف مالاریا با ارتقای سیستم جاری میسر می باشد.
- ترسیم و تقسیم وظائف و مسئولیت هاوپیش بینی تمهیدات قانونی به منظور فراهم نمودن ضمانت اجرای انها
- سیستم موثر هماهنگی بین بخش های دولتی متولی خدمات ، بخش خصوصی ، سازمانهای مردم نهاد و همچنین اجرای مداخلات مشترک مرزی
- تدوین و اجرای مستمر برنامه های آموزش و بازآموزی کارکنان و فراهم نمودن نظام پایش موثر با کیفیت بالا
- برنامه مستمر تهییج و آموزش جامعه و جلب مشارکت عمومی به منظور حمایت از برنامه حذف مالاریا در مرحله آماده سازی و اجرا
- وجود نظام پایش و ارزشیابی کارآمد و به هنگام که امکان اندازه گیری پیشرفت برنامه را فراهم میکند.
- تامین پایدار و مستمر منابع و اعتبارات مورد نیاز بشکلی که ضمانت اجرای برنامه ها و حتی تامین هزینه های پیش بینی نشده را سبب شود.

چالش‌های پیش رو

علیرغم روند کاهشی موارد گزارش شده طی سال‌های اخیر افزایش موارد انتقال محلی و گسترش کانون‌های فعال بیماری نگران‌کننده است. بروز برخی همه‌گیری‌های کانونی مالاریا در سالهای اخیر از قبیل استان خوزستان و استان بوشهر (بندر عسلویه) ، همه‌گیری‌های مناطق مرزی استان سیستان و بلوچستان و استان هرمزگان هشدار می‌دهد. برای آن دسته از دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکزی که بدلیل کاهش چشمگیر موارد مالاریا در سالهای قبل برنامه کنترل مالاریا را بشدت محدود یا حتی آنرا متوقف نموده‌اند.

بطور کلی کنترل مالاریا در کشور با در نظر گرفتن شرایط جغرافیایی اقتصادی و اجتماعی و وضعیت بی‌ثبات و سیال سیاسی در منطقه، با چالشهای اساسی مواجه است که با توجه به اثر گذار بودن هریک از عوامل مداخله‌کننده، توجه کافی به همه آنها ضروری و اجتناب ناپذیر است. این چالش‌ها عبارتند از:

۱. اوضاع سیاسی، اجتماعی کشورهای همسایه بخصوص در کنار مرزهای شرقی بطوریکه در حال حاضر تمامی موارد مالاریای وارده کشور افغانی و پاکستانی هستند و علاوه بر مناطق جنوب شرقی کشور استانهای فارس، تهران و بوشهر بشدت متاثر از این مشکل می‌باشند.

بدیهی است تمام موارد مالاریای افغانی کشور وارده نیستند، بلکه تعدادی نیز در داخل کشور بیمار شده‌اند که این امر ناشی از مواجهه بیشتر آنان با آنفلوئید به دنبال سکونت در مناطق بسیار ارزان و کاملاً "غیر بهداشتی" بخصوص در حاشیه شهرها بوده است. اگر موارد انتقال از وارده را نیز در نظر بگیریم، نقش موارد افغانی و پاکستانی در ایجاد چرخه‌های جدید انتقال و یا تشدید وضعیت فعلی بارز تر می‌شود. از سوی دیگر تردد ایرانیان ساکن شهرتانه‌های مرزی به مناطق مالاریا خیز کشور پاکستان نیز بر میزان ابتلای آنان به مالاریا می‌افزاید.

۲. ساختار نظام سلامت در کشور، با وجود تمام نقاط قوت و ظرفیت‌های آن از جهاتی به نفع برنامه کنترل مالاریا عمل نمی‌کند که برخی از آنها عبارتند از:

- جاذبه بیشتر بعضی از بیماریها ، مانند سل و ایدز در نظام ادغام یافته مدیریت بیماریها در سطح استان و شهرستان برای پزشکان و در نتیجه خلاء نیروهای تخصصی در سطوح ستادی برنامه کنترل مالاریا ؛
 - سهم ناکافی برنامه کنترل مالاریا در استان های مالاریا خیز، از مجموع اعتبارات و تسهیلات نظام بهداشتی درمانی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ؛
 - فقدان تسهیلات و حمایت های کافی در سطح دانشگاههای علوم پزشکی جهت انجام تحقیقات کاربردی در زمینه انگل شناسی، حشره شناسی و مدیریت کنترل مالاریا ؛
 - فقدان برنامه جامع ارزشیابی عملکرد ها و نتایج در مرکز مدیریت بیماریها و دانشگاههای علوم پزشکی ؛
 - ادغام ناقص و غیر موثر کنترل مالاریا در نظام شبکه در اکثر مناطق مالاریا خیز کشور؛
۳. فقدان برنامه مدون و جامع مبارزه با ناقل مالاریا در کشور
- متأسفانه بدلائل گوناگون از جمله نداشتن ارتباط کافی مراکز بهداشت با بخش های تحقیقاتی دانشگاهها و موسسه های تحقیقاتی، ضعف اطلاعات مورد نیاز در زمینه های بیولوژی ناقلین مالاریا در بسیاری جهات فاقد برنامه، دستورالعمل و راهنماهای مناسب ، پویا و کار بردی جهت هدایت فعالیت های مبارزه با ناقل مالاریا در کشور هستیم.
۴. اطلاعات کافی در باره ویژگی های مولکولی و بیولوژیک انگل های مالاریا در کشور در دسترس نیست و هنوز ویژگی های سوبه های انگل های مالاریا در کشور در بسیاری از مناطق مالاریا خیز ناشناخته مانده اند. تردیدی نیست که شناخت ویژگی های ژنتیک پلاسمودیوم ویواکس و میزان حساسیت پلاسمودیوم فالسی پارم به داروهای رایج ضد مالاریا ، شناخت منشأ انگل های رایج در مناطق مرزی می تواند از اجزای یک برنامه کنترل مالاریای مؤثر باشد.

برنامه بلند مدت حذف مالاریای کشور جمهوری اسلامی ایران

چشم انداز ایران بدون مالاریا - (افق ۱۴۰۴)

ضمن یادآوری این مهم که در اولین بیانیه کنفرانس سران کشورها در ریودوژانیرو تأکید بر اولویت سلامت و محوریت انسان در توسعه پایدار به وضوح قید گردیده است و با این اعتقاد که سالم بودن، سالم زیستن و سالم ماندن از حقوق اولیه هر ایرانی است، انتظار می رود با اجرای این برنامه مالاریا نه تنها دیگر یک مشکل بهداشتی در مناطق مالاریا خیز کشور نباشد بلکه در سایر مناطق کشور نیز جلوگیری از بازگشت دوباره آن تثبیت و پایدار گردد. در این راستا کشور جمهوری اسلامی ایران بر آنست تا با استعانت از درگاه خداوند متعال شعار **ایران بدون مالاریا در افق ۱۴۰۴** را همگام با سایر گام های بلند در افق توسعه راتحقق بخشد و در این زمینه به الگویی مناسب برای سایر کشورهای بزرگ منطقه تبدیل شود.

افق آینده:

طبقه بندی مناطق مختلف کشور از منظر بیماری مالاریا به شرح ذیل می باشد:

۱. نواحی که بروز سالیانه موارد اتوکتونئوس مالاریا در آن (API) بیش از ۵ در هزار نفر جمعیت باشد.
 ۲. نواحی که بروز سالیانه موارد اتوکتونئوس مالاریا در آن بین یک و ۵ در هزار نفر جمعیت باشد.
 ۳. نواحی که بروز سالیانه موارد اتوکتونئوس مالاریا در آن کمتر از ۱ در هزار نفر جمعیت باشد.
 ۴. نواحی عاری از مالاریا (که انتقال مالاریا را در ۳ سال متوالی گزارش نکرده باشند که بر اساس احتمال بروز انتقال مالاریا به دو ناحیه کم خطر و پر خطر تقسیم می شوند).
- به منظور نیل به هدف نهایی برنامه طولانی مدت حذف مالاریا در کشور تا سال ۱۴۰۴ فعالیت های برنامه بطور همزمان در همه ۴ ناحیه مزبور متناسب با اهداف تعیین شده هر ناحیه انجام خواهد پذیرفت.
- در استراتژی ۱ هدف برنامه تا سال ۲۰۱۴ کاهش انتقال مالاریا به کمتر از ۵ نفر در هزار نفر جمعیت تعیین شده است تا به مرحله پیش حذف برسند. در حال حاضر ۵ شهرستان با جمعیت ۴۴۶۱۱۷ نفر در این استراتژی قرار دارند.
- بروز بالای مالاریا (بطور متوسط 15.1 API اتوکتونئوس در هزار نفر) در استراتژی یک در مقایسه با سایر نواحی کشور در نتیجه عوامل متعددی است از جمله:
- فصل طولانی انتقال مالاریا (۷-۹ ماه) . در تعدادی از نواحی انتقال در طول مدت سال امکان پذیر است.

- حجم بالای تبادل جمعیتی مرزی ایران ، پاکستان و افغانستان که تبادل جمعیتی بالا در مرز پاکستان بر تداوم انتقال بیماری در ایران تاثیر بیشتری دارد.
- حضور ناقلین اصلی بخصوص آنوفل استفسی ، آنوفل کولیسفاسیس و آنوفل سوپرپیکتوس
- حجم بالای جمعیت سیاری (حدود ۲۵٪ کل جمعیت)
- درصد بالای مالاریای ویواکس در مقایسه با مالاریای فالسیپارم
- پراکندگی جمعیت
- صعوبت دسترسی راهها
- وضعیت نامناسب اجتماعی اقتصادی جمعیت این مناطق در مقایسه با سایر نقاط کشور

عدم کفایت مطالعات مبتنی بر جمعیت و خدمات مورد نیاز برنامه حذف مالاریا در ارتباط با نیروی انسانی و زیر ساخت های بهداشتی

عدم کفایت مشارکت مردمی در اجرای فعالیت های ضد مالاریا

فعالیت های کنترل مالاریا در استراتای کنترل برای حفظ وضعیت موجود بروز مالاریا قابل قبول می باشد اما برای رسیدن به اهداف برنامه استراتژیک کافی نیست مگر این فعالیت ها تشدید یابند. بنابراین برنامه استراتژیک ناحیه یک برنامه کنترل تشدید یافته خواهد بود.

برنامه تشدید یافته کنترل بر بهبود کیفیت فعالیت ها از طریق تامین منابع مالی ، فراهم کردن اقلام مورد نیاز برنامه از جمله داروهای ضد مالاریا ، پشه بند ، تجهیزات آزمایشگاهی ، مواد لاروکش ، وسایط حمل و نقل ، تجهیزات مورد استفاده در عملیات کنترل ناقل و... می باشد.

همچنین انتظار می رود نیروی انسانی مورد نیاز بکارگرفته شوند و آموزش های لازم را دریافت نمایند.

استراتای دو شامل مرحله پیش حذف ، استراتای ۳ شامل مرحله حذف و استراتای ۴ در مرحله پیشگیری از انتقال مجدد بیماری خواهند بود.

مناطق کشور بر اساس نوع عملیات کنترلی که تحت ان قرار می گیرند		وضعیت موجود کشور		Number of districts in each strata by the end of the year		
		تعداد شهرستان	جمعیت	1393	1398	1404
Intensified control		۶	799036	۰	۰	۰
Pre-elimination		۷	778013	۷	۰	۰
Elimination		۱۵	۲۹۷۰۱۱۳	۶	۸	۰
Preventing re-introduction	High risk	۵۶	۷۱۱۷۶۸۶	۷۰	۷۶	۸۴

	Low risk	۲۷۲	۶۱ ۴۹۶ ۴۷۹	۲۷۱	۲۷۱	۲۷۱
Total		۳۵۵	۷۲۸۸۱۵۳۰	۳۵۵	۳۵۵	۳۵۵

هدف نهایی (Goal)

- هدف نهایی برنامه، حذف مالاریا در افق ۱۴۰۴ می باشد^۱.

اهداف بلند مدت

- حذف انتقال محلی فالسیپارم در کشور تا پایان سال ۱۳۹۳^۲

- تا پایان سال ۱۳۹۳ شمسی در هیچ شهرستانی از کشور بروز سالانه مالاریای اتوکتنوس و یواکس بیش از ۵ مورد در هزار نفر جمعیت گزارش نشود.

- تا پایان سال ۱۳۹۸ شمسی در هیچ شهرستانی از کشور بروز سالانه مالاریای اتوکتنوس و یواکس بیش از یک مورد در ده هزار نفر جمعیت گزارش نشود.

- تا پایان سال ۱۴۰۰ شمسی انتقال محلی مالاریا در کشور قطع شود.

- داشتن پیش شرط های مورد نظر سازمان جهانی بهداشت جهت شروع فرایند اخذ گواهی حذف تا پایان سال ۱۴۰۳

با بررسی تجارب بیش از ۵۰ سال مبارزه با مالاریا در کشور، بررسی تجارب سایر کشورها و با عنایت به چهارچوب و استراتژی های پیشنهادی سازمانت جهانی بهداشت راهبردهای زیر بمنظور نیل به هدف حذف مالاریا تعیین شده است:

راهبردهای اصلی

- ارتقا دسترسی به خدمات تشخیص و درمان مالاریا

^۱ سال ۱۴۰۴ جهت ارزشیابی پایانی و اخذ گواهینامه حذف مالاریا منظور شده است .

^۲ انتظار می رود تعداد موارد انتقال محلی فالسیپارم در پایان این مرحله به صفر برسد و موارد فالسیپارم مشاهده شده صرفا وارده یا انتقال از وارده باشند.

- ارتقای دسترسی به خدمات پیشگیری از طریق تقویت مدیریت تلفیق یافته ناقلین (IVM)
- تقویت نظام مراقبت مالاریا با تاکید بر پاسخ مناسب و بموقع

راهبردهای پشتیبان به منظور فراهم سازی محیط توانمند برای اجرای برنامه حذف مالاریا

- تقویت و توسعه نظام پایش و ارزشیابی مداخلات حذف مالاریا
- تحقیقات کاربردی
- استفاده از ظرفیت کلیه ذینفعان (STAKEHOLDER) برای حذف مالاریا
- ظرفیت سازی سرمایه انسانی و بسیج منابع برای حذف مالاریا

پیامدهای مورد انتظار در طول سالهای اجرای برنامه :

- کشف سریع موارد مالاریا
- درمان فوری، موثر و کامل با داروهای ضد مالاریا
- افزایش بکارگیری پشه بند آغشته به حشره کش توسط خانوارهای ساکن در مناطق در معرض خطر
- افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با استفاده از سمپاشی ابقایی
- افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با استفاده از عملیات کنترل لارو
- پیش بینی اپیدمی ها حداقل یک ماه قبل از وقوع به منظور پیشگیری از رسیدن به آستانه اپیدمی
- (EPIDEMICTHRESHOLD) در تمامی شهرستان ها
- شناسایی کانون های اپیدمی حداکثر یک هفته پس از بروز طغیان های مالاریا
- کنترل طغیان بیماری در مدت دو هفته پس از شناسایی کانون های اپیدمی

اهداف کمی برنامه بلند مدت مالاریا
به تفکیک راهبر های اصلی

اهداف کمی برنامه بلند مدت مالاریا به تفکیک راهبر های اصلی

کد استراتژی : S1					ارتقا و تقویت خدمات تشخیصی و درمان مالاریا		
هدف گذاری بر حسب استراتژیهای مختلف			کد هدف : O1		کشف موارد مالاریا در کمتر از ۲۴ ساعت پس از بروز علایم بالینی ^۳		
مرحله حذف			وضع موجود		پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه		
					۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳
					کمتر از ۲۰٪	کمتر از ۲۰٪	کمتر از ۲۰٪
مرحله Control			Pre- Elimination		کمتر از ۲۰٪	کمتر از ۲۰٪	کمتر از ۲۰٪
مرحله حذف			Elimination		کمتر از ۱۰٪	کمتر از ۱۰٪	کمتر از ۱۰٪
			Prevention of re introduction		پر خطر	پر خطر	پر خطر
			کم خطر		کمتر از ۵٪	کمتر از ۲۰٪	کمتر از ۲۰٪

^۳ در موارد وارده ، ملاک از روز ورود بیمار به منطقه می باشد.

کد استراتژی: S1					ارتقا و تقویت خدمات تشخیص و درمان مالاریا		
هدف گذاری بر حسب استراتیهای مختلف			کد هدف : O2		شروع درمان موارد مالاریا به فاصله کمتر از ۲۴ ساعت از تشخیص		
وضع موجود			پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه				
			۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳		
مرحله Control			٪۹۹	٪۱۰۰			
Pre- Elimination			٪۹۹	۱۰۰			
Elimination			٪۹۹	۱۰۰			
Prevention of reintroduction			پر خطر	٪۹۵	٪۱۰۰		
			کم خطر	٪۹۵	٪۱۰۰		

کد استراتژی: S1					ارتقا و تقویت خدمات تشخیص و درمان مالاریا		
هدف گذاری بر حسب استراتژیهای مختلف			کد هدف : O3		درمان موثر و کامل با داروهای ضد مالاریا بر اساس دستورالعمل کشوری		
وضع موجود			پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه				
			۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳		
مرحله Control			%۹۵	%۹۸			
مرحله حذف	Pre- Elimination		%۹۵	%۹۸	%۱۰۰		
	Elimination		%۸۵	%۹۸	%۹۸		
	Prevention of reintroduction	پر خطر	%۸۰	%۹۸	%۹۸		
		کم خطر	%۸۰	%۹۸	%۹۸		

ار تقای دسترسی به خدمات پیشگیری از طریق تقویت مدیریت تلفیق یافته ناقلین (IVM)					کد استراتژی :S2	
هدف گذاری بر حسب استراتیاهای مختلف			کد هدف : O1		بکارگیری پشه بند آغشته به حشره کش توسط جمعیت ساکن در مناطق در معرض خطر (با تاکید ویژه بر زنان باردار و کودکان زیر ۵ سال)	
وضع موجود			پیش بینی بر اساس سالیهای اجرای برنامه			
			۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳	
مرحله حذف	Pre- Elimination	۱۰٪ جمعیت هدف ، زنان باردار و کودکان زیر ۵ سال	در مناطق هدف	بیش از ۸۵٪ جمعیت هدف ، زنان باردار و کودکان زیر ۵ سال		
			در مناطق هدف	بیش از ۸۵٪ جمعیت هدف ، زنان باردار و کودکان زیر ۵ سال		
			در مناطق هدف	بیش از ۸۵٪ جمعیت هدف ، زنان باردار و کودکان زیر ۵ سال		
	Elimination	در نظام جاری گزارش نمی شود				
	Prevention of reintroduction	پر خطر	در نظام جاری گزارش نمی شود			
کم خطر		در نظام جاری گزارش نمی شود				

کد استراتژی: S2			ارتقای دسترسی به خدمات پیشگیری از طریق تقویت مدیریت تلفیق یافته ناقلین (IVM)		
هدف گذاری بر حسب استراتژیهای مختلف			کد هدف : O2		افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با سمپاشی ابقایی
			هدف گذاری بر حسب استراتژیهای مختلف		پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه
					۱۳۸۹-۱۳۹۳
					۱۳۹۴-۱۳۹۸
					۱۳۹۹-۱۴۰۳
مرحله Control			٪۶۰		در مناطق هدف بیش از ۸۵٪ اماکن
مرحله Pre- Elimination			٪۶۰		در مناطق هدف بیش از ۸۵٪ اماکن
مرحله حذف Elimination			٪۶۰		در مناطق هدف بیش از ۸۵٪ اماکن
Prevention of reintroduction			پر خطر		در مناطق هدف بیش از ۸۵٪ اماکن
			کم خطر		

کد استراتژی: S2			ارتقای دسترسی به خدمات پیشگیری از طریق تقویت مدیریت تلفیق یافته ناقلین (IVM)		
هدف گذاری بر حسب استراتژیهای مختلف		کد هدف: O3		افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با انجام عملیات مبارزه با لارو	
		وضع موجود (عملیات لاروکشی در زیستگاههای لاروی شناسایی شده)		پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه	
				۱۳۹۹-۱۴۰۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸
مرحله Control		۴۰٪ زیست گاه های لاروی مناطق هدف	۱۰۰٪ (زیست گاه های لاروی مناطق هدف)		
Pre- Elimination		۵۰٪ زیست گاه های لاروی مناطق هدف	۱۰۰٪ (زیست گاه های لاروی مناطق هدف)		
Elimination		۵۰٪ زیست گاه های لاروی مناطق هدف	۱۰۰٪ (زیست گاه های لاروی مناطق هدف)	۱۰۰٪ (زیست گاه های لاروی مناطق هدف)	۱۰۰٪ (زیست گاه های لاروی مناطق هدف)
مرحله حذف		پر خطر	۱۰۰٪ (زیست گاه های لاروی مناطق هدف)	۱۰۰٪ (زیست گاه های لاروی مناطق هدف)	۱۰۰٪ (زیست گاه های لاروی مناطق هدف)
		کم خطر	-----		

کد استراتژی: S2			ارتقای دسترسی به خدمات پیشگیری از طریق تقویت مدیریت تلفیق یافته ناقلین (IVM)		
هدف گذاری بر حسب استراتژیهای مختلف			کد هدف : O4		افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با عملیات بهسازی محیط
هدف گذاری بر حسب استراتژیهای مختلف			وضع موجود (درصد جمعیت مناطق هدف که عملیات بهسازی محیط مورد نیاز در آن اجرا شده است)		پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه
					۱۳۸۹-۱۳۹۳ ۱۳۹۴-۱۳۹۸ ۱۳۹۹-۱۴۰۳
مرحله Control			کمتر از ۱۰٪	بیش از ۸۰٪ جمعیت در مناطق هدف	
Pre- Elimination			کمتر از ۱۰٪	بیش از ۸۰٪ جمعیت در مناطق هدف	بیش از ۸۰٪ جمعیت در مناطق هدف
Elimination			کمتر از ۱۰٪	بیش از ۸۰٪ جمعیت در مناطق هدف	بیش از ۸۰٪ جمعیت در مناطق هدف
مرحله حذف			پر خطر	بیش از ۸۰٪ جمعیت در مناطق هدف	بیش از ۸۰٪ جمعیت در مناطق هدف
			کم خطر	بیش از ۸۰٪ جمعیت در مناطق هدف	بیش از ۸۰٪ جمعیت در مناطق هدف

تقویت نظام مراقبت مالاریا با تاکید بر پاسخ مناسب و بموقع				کد استراتژی: S3	
پیش بینی اپیدمی ها حداقل یک ماه قبل از وقوع به منظور پیشگیری از رسیدن به آستانه اپیدمی (EPIDEMIC THRESHOLD) در تمامی شهرستان ها			کد هدف : O1	هدف گذاری بر حسب استراتا	
پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه			وضع موجود		
۱۳۹۹-۱۴۰۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۸۹-۱۳۹۳		مرحله Control	
		بیش از ۹۰٪	بطور پراکنده در برخی شهرستانها انجام می شود	Pre- Elimination	مرحله حذف
	بیش از ۹۰٪	بیش از ۹۰٪	بطور پراکنده در برخی شهرستانها انجام می شود	Elimination	
	بیش از ۹۰٪	بیش از ۹۰٪	بطور پراکنده در برخی شهرستانها انجام می شود	Prevention of reintroduction	
				پر خطر	مرحله حذف
				کم خطر	

تقویت نظام مراقبت مالاریا با تاکید بر پاسخ مناسب و بموقع				کد استراتژی: S3	
شناسایی کانون های اپیدمی حداکثر یک هفته پس از طغیان بیماری مالاریا			کد هدف: O2	هدف گذاری بر حسب استراتژیهای مختلف	
پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه			وضع موجود		
۱۳۹۹-۱۴۰۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۸۹-۱۳۹۳			
		%۱۰۰	%۹۰	مرحله Control	
		%۱۰۰	%۹۰	Pre- Elimination	مرحله حذف
		%۱۰۰	%۸۰	Elimination	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۸۰	پر خطر	Prevention of reintroduction
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۸۰	کم خطر	

تقویت نظام مراقبت مالاریا با تاکید بر پاسخ مناسب و بموقع				کد استراتژی: S3	
کنترل بهنگام طغیان های بیماری			کد هدف: O3	هدف گذاری بر حسب استراتیهای مختلف	
پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه			وضع موجود		
۱۳۹۹-۱۴۰۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۸۹-۱۳۹۳		مرحله Control	
		%۱۰۰	%۹۰		
	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	Pre- Elimination	مرحله حذف
	%۱۰۰	%۱۰۰	علیرغم محدود بودن همه موارد کنترل شده است	Elimination	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۹۰	پر خطر	
%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰	%۹۰	کم خطر	
				Prevention of reintroduction	

تقویت نظام مراقبت مالاریا با تاکید بر پاسخ مناسب و بموقع					کد استراتژی S3:	
شناسایی جمعیت حساس و افزایش دسترسی آنان به خدمات پیشگیری کننده از مالاریا با تاکید بر مسافرین عازم مناطق مالاریاخیز			کد هدف : 04		هدف گذاری بر حسب استراتجاهای مختلف	
پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه			وضع موجود (پوشش مکانی)			
۱۳۹۹-۱۴۰۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۸۹-۱۳۹۳				
		بیش از ۸۰٪	این اطلاعات درنظام جاری در دسترس نیست	مرحله Control		
		بیش از ۸۰٪	این اطلاعات درنظام جاری در دسترس نیست	Pre- Elimination		مرحله حذف
		۱۰۰٪	این اطلاعات درنظام جاری در دسترس نیست	Elimination		
		۱۰۰٪	این اطلاعات درنظام جاری در دسترس نیست	پر خطر	Prevention of reintroduction	
				کم خطر		

فصل سوم
برنامه فعالیت های اجرایی حذف مالاریا
(افق ایران ۱۴۰۴)

کد هدف : S101							کشف موارد مالاریا در کمتر از ۲۴ ساعت پس از بروز علائم بالینی			
کد فعالیت	عنوان فعالیت	استراتا	واحد اندازه گیری	وضع موجود	پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه**					
					۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳			
S101A1	افزایش تعداد پست های پاسیو(راه اندازی پست های پاسیو در مناطق دارای مالاریای فالسیپارم در اولویت است و در ۲ سال ابتدایی برنامه ۱۰۰٪ از مایشگاههای مورد نیاز این مناطق تاسیس خواهند شد)	C,P	تعداد	۲۵۰	۳۰۰	۳۱۰	۳۱۰			
S101 A2	تداوم و گسترش برنامه های اطلاع رسانی مردم بمنظور افزایش آگاهی آنان در زمینه شناخت بیماری و مراجعه بموقع به مراکز تشخیصی درمانی	C,P,E	درصد جمعیت ساکن در مناطق در معرض خطر(٪)	۳۰٪	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰ (P,E)			
S101A3	فراهم کردن زمینه مشارکت مردمی در کشف سریع موارد بیماری	C,P,E	داوطلبین	۳۰٪	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰ (P,E)			
S101A4	آموزش/بازآموزی مداوم مهارتهای تشخیص مالاریا به شاغلین حرف بهداشتی و درمانی مرتبط اعم از دولتی و خصوصی	تمامی مناطق	شاغلین حرف بهداشتی و درمانی (٪)	۴۰٪	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰ (P,E)			
S101A5	بکارگیری روش های نوین تشخیصی (RDTs) در شهرستانهای کشور	تمامی مناطق	در مناطق مناسب به کارگیری سایر روشها	در نظام جاری وجود ندارد	۸۰	۱۰۰	۱۰۰			
S101A6	تقویت بیماریابی اکتیو در راستای ادغام مراقبت مالاریا در نظام PHC با تاکید بر پوشش دادن جمعیت های در معرض خطر و با رعایت تناسب نیروی انسانی با حجم کار	در مناطق C,E و P بر طبق برنامه پیشنهادی دانشگاهها								
S101A7	ارتقا کیفی آزمایشگاههای مالاریا مطابق با استانداردهای بهداشت جهانی و وزارت بهداشت و تقویت نظام کنترل کیفی با تامین نیروی انسانی متخصص	تمامی مناطق بر اساس دستورالعمل کشوری و برنامه تنظیمی توسط اداره کنترل مالاریا که در سال اول اجرای برنامه تدوین خواهد شد.								
S101A8	فراهم ساختن امکان تشخیص مالاریا در ایام تعطیل و ساعات غیر اداری	C,P,E	واحد های بهداشتی درمانی مورد نیاز	۸۵٪	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰			

شروع درمان موارد مالاریا به فاصله کمتر از ۲۴ ساعت از تشخیص						کد هدف : S1O2,3
درمان موثر و کامل با داروهای ضد مالاریا بر اساس دستورالعمل کشوری						
پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه			وضع موجود	واحد اندازه گیری	استراتا ^۴	عنوان فعالیت
۱۳۹۹-۱۴۰۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۸۹-۱۳۹۳				
۲ بار	۲ بار	۲ بار	آخرین بازنگری در سال ۸۶	دفعات بازنگری	در تمام مناطق توسط مرکز مدیریت بیماریها	S1O2,3A1
	بر اساس نیاز دانشگاهها	۸۰ نفر	بشکل محدود انجام می شود .	نفر	C , P	S1O2,3A2
						استفاده از امکانات کمکی بمنظور تسریع در درمان با لحاظ نمودن سیاست ادغام خدمات درمانی مالاریا در نظام PHC (پیک موتوریسیکت یا سایر امکانات محلی)
٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	بطور کامل اجرا نشده است	نفر شهرستان	C , P,E	S1O2,3A3
٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	بطور کامل اجرا نشده است	درصد گروههای هدف	همه مناطق	S1O2,3A4
٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	اجرا نشده است		همه مناطق	S1O2,3A5
٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	بطور کامل اجرا نشده است	درصد شهرستانهای کشور	همه مناطق	S1O2,3A6
٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۹۰	داروهای مورد نیاز	در تمام مناطق توسط مرکز مدیریت بیماریها	S1O2,3A7
		٪۱۰۰	بطور کامل اجرا نشده است	مناطق مورد نیاز	C	S1O2,3A8
						تدارک بهنگام داروهای استاندارد
						تجهیز حداقل یک مرکز برای درمان مالاریای شدید در هر شهرستان
						تهیه و اجرای کوریکولوم آموزشی طبق پروتکل کشوری مراقبت و درمان مالاریا برای دانشجویان پزشکی
						آموزش/بازآموزی مداوم مهارتهای درمان مالاریا به شاغلین حرف بهداشتی و درمانی مرتبط اعم از دولتی و خصوصی

⁴ C= Control , P=Pre Elimination, E= Elimination, PR=Prevention of Reorientation

کد هدف : S2O1							
بکارگیری پشه بند آغشته به حشره کش توسط جمعیت ساکن در مناطق در معرض خطر (با تاکید ویژه بر زنان باردار و کودکان زیر ۵ سال)							
کد فعالیت	عنوان فعالیت	استراتا	واحد اندازه گیری	وضع موجود	پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه		
					۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳
S2O1A1	آموزش خانوارهای ساکن در مناطق در معرض خطر در خصوص بکارگیری پشه بند	C,P	خانوار(%)	۲۰٪ خانوارهای در معرض خطر آگاهی لازم را دارند	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
S2O1A2	توزیع پشه بند استاندارد مطابق توصیه سازمان بهداشت جهانی	C,P	۲ تخته بازای هر خانوار	۵۰۰۰۰ پشه بندهای سنتی موجود بازای هر خانوار دو تخته)	۶۰۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰	بر اساس نیاز و برآورد سالانه دانشگاهها
S2O1A3	تهیه و توزیع حشره کش و سایر ملزومات لازم برای آغشته سازی پشه بند در مناطق مورد نیاز	C,P	بسته (کیت)	در نظام فعلی سلامت جاری نیست	بر اساس نیاز و برآورد سالانه دانشگاهها		
S2O1A4	آموزش و بازآموزی در زمینه مدیریت تلفیق یافته ناقلین	C,P,E	نفر شاغل	بطور منظم انجام نمی شود	۱۰۰	۱۰۰	

افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با سمپاشی ابقایی							کد هدف : S2O2
پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه			وضع موجود	واحد اندازه گیری	استراتا	عنوان فعالیت	کد فعالیت
۱۳۹۹-۱۴۰۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۸۹-۱۳۹۳					
۲۰ تن بر پایه پائروتیرویدها (با دوز ۲۵ mg/m2)*	۳۰ تن بر پایه پائروتیرویدها (با دوز ۲۵ mg/m2)*	۵۰ تن بر پایه پائروتیرویدها (با دوز ۲۵mg/m2)*	سالیانه ۶ تن حشره کش مورد توصیه سازمان جهانی بهداشت	کیلوگرم یا لیتر	در همه مراحل	تامین و توزیع حشره کش استاندارد مطابق نیاز دانشگاههای علوم پزشکی و با توجه به شرایط محیطی و با لحاظ نمودن توصیه سازمان بهداشت جهانی	S2O2A1
بر اساس نیاز دانشگاهها	۸۰۰	۱۰۰۰	تجهیزات استاندارد موجود نیست	دستگاه	در همه مراحل	تامین و توزیع ملزومات استاندارد سمپاشی (از جمله پمپ سمپاشی و قطعات یدکی) مطابق توصیه سازمان بهداشت جهانی	S2O2A2
۲ بار در طول برنامه	۲ بار در طول برنامه	۲ بار در طول برنامه	بطور منظم انجام نمی شود	پروژه/سال	در مرکز مدیریت بیماریها	طراحی و انجام پروژه انتخاب حشره کش مناسب	S2O2A3
۱۰۰*۲*۵	۲۰۰*۲*۵	۳۰۰*۲*۵	سالی دو نوبت انجام می شود (۳۰۰ میلیون تومان در هر نوبت برای کل مناطق)	مناطق مورد نیاز	در همه مراحل	اجرای عملیات سمپاشی در مناطق در معرض خطر با لحاظ نمودن نظر کمیته کشوری و شرایط محلی	S2O2A4
۱۰	۱۰	۱۰	در حال حاضر رضایت بخش نیست	نوبت / سم پاشی	در همه مراحل	پایش عملیات سمپاشی طبق دستورالعمل مرکز مدیریت بیماریها	S2O2A5

کد هدف : S2O3 افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با کنترل لارو							
کد فعالیت	عنوان فعالیت	استراتا	واحد اندازه گیری	وضع موجود	پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه		
					۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳
S2O3A1	تهیه اطلاعات روزآمد زیستگاههای لاروی در مناطق هدف	در همه مراحل	شهرستان	بطور کامل انجام نمی شود	%۱۰۰	%۱۰۰	%۱۰۰
S2O3A2	تامین و توزیع مواد لاروکش استاندارد مطابق توصیه سازمان بهداشت جهانی	در همه مراحل	کیلوگرم یا لیتر	سالیانه ۵ تن لاروکش بیولوژیک مورد توصیه سازمان جهانی بهداشت	۴۰ تن بر پایه لاروکش بیولوژیک*	۳۰ تن بر پایه لاروکش بیولوژیک*	۲۰ تن بر پایه لاروکش بیولوژیک*
S2O3A3	طراحی و انجام پروژه انتخاب لاروکش مناسب	در مرکز مدیریت بیماریها	پروژه/سال	بطور منظم انجام نمی شود	۲ بار در طول برنامه	۲ بار در طول برنامه	۲ بار در طول برنامه
S2O3A4	اجرای عملیات لاروکشی در مناطق در معرض خطر بر اساس نظر کمیته کشوری و پیشنهادات واصله از دانشگاهها	C,P	نفرنوبت (بر مبنی هر نفر نوبت، ۹ ماه در سال)	۱۲۵	۴۲۵ (با احتساب ۱۲۵ فعلی)	۴۲۵	حفظ ۲۰۰ به منظور پیش بینی شرایط اورژانس و حوادث بهداشتی
S2O3A5	پایش عملیات لاروکشی طبق دستورالعمل مرکز مدیریت بیماریها	C,P	نوبت/لاروکشی	در حال حاضر رضایت بخش نیست	۱۰	۱۰	۱۰

• مقادیر تعیین شده تخمین بوده و بر اساس نیاز دانشگاههای علوم پزشکی اصلاح خواهد شد.

کد هدف : S2O4 افزایش میزان محافظت جمعیت در معرض خطر با عملیات بهسازی محیط				
کد فعالیت	عنوان فعالیت	استراتا	واحد اندازه گیری	وضع موجود
				پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه
				۱۳۸۹-۱۳۹۳ ۱۳۹۴-۱۳۹۸ ۱۳۹۹-۱۴۰۳
S2O4A1	تهیه طرح اجرایی بهسازی محیط کانونهای فعال و بالقوه مالاریا توسط مرکز بهداشتی و درمانی مربوطه	در تمامی مناطق به غیر از نواحی کم خطر PR	برنامه	بصورت پراکنده و کم رنگ انجام می شود
S2O4A2	اجرای عملیات بهسازی محیط بر اساس اولویت بندی	در تمامی مناطق به غیر از نواحی کم خطر PR	برنامه	بصورت پراکنده و کم رنگ انجام می شود

پیش بینی اپیدمی ها حداقل یک ماه قبل از وقوع به منظور پیشگیری از رسیدن به آستانه اپیدمی (EPIDEMIC THRESHOLD)							کد هدف : S3O1
پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه			وضع موجود	واحد اندازه گیری	استراتا	عنوان فعالیت	کد فعالیت
۱۳۹۹-۱۴۰۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۸۹-۱۳۹۳					
در برنامه ۵ ساله اول تهیه و در طول برنامه اجرا خواهد شد ^۶ (این فعالیت به نسبت بقیه فعالیت های این هدف از اولویت زمانی برخوردار است)			وجود ندارد	شهرستان	کشوری	طراحی و استقرار نظام جامع پیش بینی اپیدمی ها با بکارگیری GIS	S3O1A1
در برنامه ۵ ساله اول تهیه و در طول برنامه اجرا خواهد شد			وجود ندارد	اجرای برنامه	کشوری	ایجاد نظام مراقبت مشترک بین مرزی	S3O1A2
در برنامه ۵ ساله اول تهیه و در طول برنامه اجرا خواهد شد			وجود ندارد	اجرای برنامه	کشوری	استقرار نظام مراقبت در مسیرهای تردد از مرزهای رسمی و غیر رسمی بین المللی	S3O1A3
در برنامه ۵ ساله اول تهیه و در طول برنامه اجرا خواهد شد			وجود ندارد	اجرای برنامه	کشوری	شناسایی و ثبت تحرکات پر مخاطره جمعیت ، درون کشور و مراقبت آن	S3O1A4

شناسایی کانون های اپیدمی حداکثر یک هفته پس از طغیان بیماری مالاریا							کد هدف : S3O2
کد فعالیت	عنوان فعالیت	استراتا	واحد اندازه گیری	وضع موجود	پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه		
					۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳
S3O2A1	طراحی و استقرار نظام شناسایی اپیدمی Web based و تدوین دستورالعمل مربوطه	کشوری	برنامه اجرایی	Web بصورت غیر based ، در استانهای جنوب شرقی کشور اجرا می شود	در برنامه ۵ ساله اول تهیه و در طول برنامه اجرا خواهد شد		
S3O2A2	بازنگری دوره ای تعاریف ، ابزار و دستورالعمل شناسایی اپیدمی	کشور ی	برنامه اجرایی	-----	در طول برنامه اول تهیه خواهد شد	هر ۵ سال یکبار بازنگری خواهد شد	

کد هدف : S3O3 کنترل طغیان بیماری در مدت یکماه پس از شناسایی کانون های اپیدمی					
کد فعالیت	عنوان فعالیت	استراتا	واحد اندازه گیری	وضع موجود	پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه
					۱۳۸۹-۱۳۹۳ ۱۳۹۴-۱۳۹۸ ۱۳۹۹-۱۴۰۳
S3O3A1	استقرار بسته مدیریتی و تدارکاتی مقابله اضطراری با اپیدمی (Emergency Stock)	C,P,E	شهرستان	کامل نیست	کشوری شهرستان های دارای انتقال محلی و شهرستانهای مجاور آنها
S3O3A2	تدوین و اجرای دستورالعمل تشخیص و درمان مالاریا و کنترل ناقلین در مواقع اپیدمی	کشوری	دستورالعمل	کامل نیست	در برنامه ۵ ساله اول تهیه و در طول برنامه اجرا خواهد شد
S3O3A3	تامین مواد و تجهیزات عملیات اختصاصی کنترل ناقلین ویژه اپیدمی مالاریا	در همه مراحل	جمعیت	اطلاعات در دسترس نیست	حداقل ۹۵٪ افراد لازم

کد هدف : S3O4 شناسایی جمعیت حساس و افزایش دسترسی آنان به خدمات پیشگیری کننده از مالاریا با تاکید بر مسافرین عازم مناطق مالاریا خیز						
کد فعالیت	عنوان فعالیت		استراتا	واحد اندازه گیری	وضع موجود	پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه
						۱۳۸۹-۱۳۹۳ ۱۳۹۴-۱۳۹۸ ۱۳۹۹-۱۴۰۳
S3O4A1	تهیه راهنمای کشوری پیشگیری از مالاریا و بازنگری سالانه		مرکز مدیریت بیماریها	دستورالعمل	بخشی از راهما قبلا تهیه شده و بصورت محدود بکار گیری می شود	در سال اول برنامه اول تهیه و سالانه بازنگری خواهد شد
S3O4A2	طراحی و انجام پروژه نیازسنجی مراکز ارایه کننده خدمت به گروه های حساس		در تمامی مناطق	پروژه		۱ ۱ ۱
S3O4A3	راه اندازی و تجهیز مراکز ارایه خدمات به گروههای حساس		در تمامی مناطق هدف بر اساس نیازسنجی	واحد خدمتی	یک واحد خدمتی	در تمامی مناطق هدف بر اساس نیازسنجی راه اندازی خواهد شد
S3O4A4	شناسایی و ارایه خدمات به گروههای حساس					ارایه خدمات به گروههای حساس بصورت مستمر

استراتژی های پشتیبان :

کد	عنوان استراتژی / فعالیت	استراتا	واحد اندازه گیری	وضع موجود	پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه		
					۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳
S4	تقویت و توسعه نظام پایش و ارزشیابی مداخلات حذف مالاریا						
S4A1	تهیه و اجرای برنامه پایش بیونومیک ناقلین مالاریا	کشوری	اجرای برنامه	در بعضی مناطق انجام می شود	در برنامه ۵ ساله اول تهیه و در طول برنامه اجرا خواهد شد.		
S4A2	تهیه و اجرای برنامه پایش مقاومت ناقلین مالاریا به سموم	کشوری	اجرای برنامه	در نظام جاری سلامت انجام نمی شود	در برنامه ۵ ساله اول تهیه و در طول برنامه اجرا خواهد شد		
S4A3	تهیه و اجرای برنامه ارزیابی پشه بند های توزیع شده از نظر میزان دوز موثر	C,P	طبق دستورالعمل	در نظام فعلی سلامت جاری نیست	انجام مطالعات بر اساس متدولوژی های سازمان جهانی بهداشت و دستورالعمل تنظیمی با مشارکت مرکز مدیریت بیماریها و دانشگاه ها		
S4A4	تهیه و اجرای برنامه پایش منظم اثربخشی داروهای مالاریا در پایگاههای (SENTINEL SITE) تعیین شده	C,P	اجرای برنامه	در حال حاضر برای فالسیپارم انجام می شود	اجرای منظم برنامه در حداقل ۸ پایگاه تعیین شده		
S4A5	تهیه و اجرای برنامه کنترل کیفی دارو ، سموم و سایر مواد مصرفی برنامه حذف مالاریا	کشوری	اجرای برنامه	در نظام جاری سلامت بصورت روتین انجام نمی شود	در برنامه ۵ ساله اول تهیه و در طول برنامه اجرا خواهد شد		

کد	عنوان استراتژی / فعالیت	استراتا	واحد اندازه گیری	وضع موجود	پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه		
					۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳
S5	تقویت تحقیقات کاربردی						
S5A1	انجام پژوهش های کاربردی و اولویت دار در زمینه های مختلف مانند بار بیماری ، مقاومت دارویی ، مقاومت به حشره کش ، اکولوژی ناقلین و کنترل کیفیت خدمات تشخیصی مالاریا و ... بر اساس اولویت های پژوهشی تعیین شده از سوی برنامه کشوری	کشوری	درصد بودجه کشوری مالاریا که به پژوهش تخصیص یافته	۱٪	۳٪	۴٪	۴٪
S5A2	راه اندازی شبکه ملی تحقیقات کاربردی مالاریا				۱۰۰٪		

کد	عنوان استراتژی / فعالیت	استراتا	واحد اندازه گیری	وضع موجود	پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه		
					۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳
S6	استفاده از ظرفیت کلیه ذینفعان (STAKEHOLDER) برای حذف مالاریا						
S6A1	سازماندهی ، آموزش و بکارگیری نیروهای داوطلب بومی برای مشارکت در فعالیت های حذف مالاریا تحت عنوان بهورزیار و رابطین مالاریا	C,P,E	رابط / خانوار	در حال حاضر بصورت پراکنده در برخی از مناطق مالاریا خیز	۱ رابط به ازای ۱۰۰ خانوار	۱ رابط بازای ۵۰ خانوار	حداقل ۱ رابط بازای ۵۰ خانوار
S6A2	تشکیل کمیته راهبردی بین بخشی حذف مالاریا به منظور افزایش سهم و مداخله فعال سایر بخش های توسعه (رجوع به S3O1A2,3)	کشوری	اجرای برنامه	در حال حاضر وجود ندارد	تشکیل کمیته در سطح ملی و استانی و برگزاری جلسات و ابلاغ و اجرای مصوبات کمیته در مناطق کشوری مورد نظر		
S6A3	سازماندهی و اجرای عملیات مشترک مرتبط با حذف مالاریا از طریق فعال سازی شبکه همکاری های مرزی کشورهای همسایه	منطقه ای	اجرای برنامه های مشترک	در حال حاضر محدود به برگزاری همایش های مرزی می باشد	تشکیل شبکه مشترک با کشورهای همسایه و اجرای منظم برنامه های حذف مالاریا		

کد	عنوان استراتژی / فعالیت	استراتا	واحد اندازه گیری	وضع موجود	پیش بینی بر اساس سالهای اجرای برنامه		
					۱۳۸۹-۱۳۹۳	۱۳۹۴-۱۳۹۸	۱۳۹۹-۱۴۰۳
S7	ظرفیت سازی سرمایه انسانی و بسیج منابع برای حذف مالاریا						
S7A1	تهیه و اجرای برنامه راهبردی مدیریت سرمایه انسانی برنامه حذف مالاریا	C,P,E	برنامه مزبور در دو سال ابتدایی برنامه تهیه و در طی مدت برنامه اجرا خواهد شد.				
S7A2	تهیه و اجرای دستورالعمل مدیریت فضاها و تسهیلات فیزیکی، تجهیزات و اقلام سرمایه ای / مصرفی مورد نیاز برنامه حذف مالاریا		برنامه مزبور در دو سال ابتدایی برنامه تهیه و در طی مدت برنامه اجرا خواهد شد.				

فصل چهارم
برآورد هزینه های ۵ سال اول
برنامه بلند مدت حذف مالاریا
(افق ایران ۱۴۰۴)

کد	عنوان فعالیت	مرکز هزینه	تعداد	واحد شمارش	هزینه واحد (هزار ریال)	هزینه یک سال (هزار ریال)	هزینه ۵ سال (هزار ریال)
S101A1	راه اندازی پست های پاسیو جدید (۶۰ پست)	میکروسکوپ	۶۰	دستگاه	۲۰۰۰	-	۱۲۰۰۰۰
		کولر گازی	۶۰	دستگاه	۵۰۰۰	-	۳۰۰۰۰۰
		یخچال	۶۰	دستگاه	۴۰۰۰	-	۲۴۰۰۰۰
		لوازم اداری	۶۰	سری	۱۰۰۰۰	-	۶۰۰۰۰۰
		ست نمونه گیری و رنگ آمیزی	۶۰	سری	۵۰۰۰	-	۳۰۰۰۰۰
		پیش بینی اجاره محل	۶۰	باب / سالیانه	۱۲۰۰۰	۷۲۰۰۰۰	۳۶۰۰۰۰۰
		ژنراتور برق اضطراری	۶۰	دستگاه	۳۰۰۰۰	-	۱۸۰۰۰۰۰
S101A2	تداوم و گسترش برنامه های اطلاع رسانی مردم بمنظور افزایش شناخت بیماری و مراجعه بموقع به مراکز تشخیصی درمانی	شهرستان	۲۹	سال	۱۰۰۰۰۰	۲۹۰۰۰۰۰	۱۴۵۰۰۰۰۰
S101A3	فراهم کردن زمینه مشارکت مردمی در کشف سریع موارد بیماری	استان	۳	سال	۳۰۰۰۰۰	۹۰۰۰۰۰	۴۵۰۰۰۰۰
S101A4	آموزش/بازآموزی مداوم مهارتهای تشخیص مالاریا به شاغلین حرف بهداشتی و درمانی مرتبط اعم از دولتی و خصوصی	استان	۳	سال	۲۰۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰	۳۰۰۰۰۰۰
S101A5	انتخاب و بکارگیری روش های نوین تشخیصی (RDTs)	خرید کیت	۱۰۰۰۰۰	کیت / سال	۱۲	۱۲۰۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰۰

در بخش نیروی انسانی پیش بینی شده است					تقویت بیماریابی اکتیو با تاکید بر بکارگیری نیروی انسانی در مناطق مورد نیاز و گروههای خاص (رعایت تناسب نیروی انسانی با حجم کار)	S1O1A6
در بخش نیروی انسانی پیش بینی شده است					نیروی انسانی	S1O1A7
۵۰۰۰۰	-	۵۰۰۰۰	دستورالعمل	۱	تهیه دستورالعمل ارتقای کیفی آزمایشگاه	
۲۲۵۰۰۰۰	-	۱۵۰۰۰	واحد	۱۵۰	بهینه سازی آزمایشگاههای موجود (پیش بینی نصف آزمایشگاههای موجود در ۳ استان جنوب شرقی به تعداد ۱۵۰)	
۶۰۰۰۰۰	-	۱۵۰۰۰	دانشگاه علوم پزشکی	۴۰	بهینه سازی آزمایشگاههای موجود (سایر استانها)	S1O1A8
۱۷۴۰۰۰۰	۳۸۴۰۰۰	۱۲۰۰۰	شهرستان / سال	۲۹	حق الزحمه کشیک یا آنکال در ساعات غیر اداری و تعطیل برای کارکنان آزمایشگاه مرتبط با مالاریا در شهرستانهای پرخطر	
۱۸۰۰۰۰	۳۶۰۰۰	۱۲۰۰۰	استان/سال	۳	حق الزحمه کشیک یا آنکال در ساعات غیر اداری و تعطیل برای	

					کارکنان مرتبط با مالاریا در استانهای پرخطر		
۴۰۰۰۰	-	۲۰۰۰۰	بازنگری دو سالانه	۲	بازنگری در سطح مرکز مدیریت بیماریها	بازنگری دوره ای سیاست دارویی و دستورالعمل کشوری درمان	S۱O۲,۳A۱
۲۰۰۰۰۰	-	۱۰	نسخه	۲۰۰۰۰	چاپ ۱۰۰۰۰ نسخه برای هر بازنگری		
۲۸۸۰۰۰۰۰	۵۷۶۰۰۰۰	۷۲۰۰۰	پیک موتوری / سال	۸۰	هزینه خرید خدمت پیک موتوری	استفاده از امکانات کمکی به منظور تسریع در درمان با لحاظ نمودن سیاست ادغام خدمات درمانی مالاریا در نظام PHC (موتورسیکلت یا سایر امکانات محلی)	S1O2,3A2
نیروی انسانی جدید استخدام نمی شود						بکارگماری یک فوکل پوینت درمان مالاریا در هر شهرستان	S1O2,3A3
۲۰۰۰۰۰۰	-	۵۰۰۰۰	-	۴۰	دانشگاه علوم پزشکی	آموزش / بازآموزی مهارت های درمان مالاریا به شاغلین حرف بهداشتی و درمانی مرتبط اعم از دولتی و خصوصی	S1O2,3A4
۱۰۰,۰۰۰	-	۱۰۰,۰۰۰	-	۱	کوریکولوم	تهیه و اجرای کوریکولوم آموزشی طبق پروتکل کشوری مراقبت و درمان مالاریا برای دانشجویان علوم پزشکی	S1O2,3A۵

هزینه در سایر فعالیت ها پوشش داده شده است	۴۰۰	شهرستان	تجهیز حداقل یک مرکز برای درمان مالاریای شدید در هر شهرستان	S1O2,3A۶
در بودجه دارویی ستاد وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی بصورت سالیانه پیش بینی می شود	۴۰	دانشگاه علوم پزشکی	تدارک به هنگام داروهای استاندارد	S1O2,3A۷
در فعالیت S1O1A3 پوشش داده شده است			فراهم کردن زمینه مشارکت مردمی در درمان به هنگام مالاریادر مناطق مورد نیاز	S1O2,3A۸۷
۷۲,۰۰۰,۰۰۰			جمع هزینه های S1	

کد	عنوان فعالیت	مرکز هزینه	تعداد	واحد شمارش	هزینه واحد (هزار ریال)	هزینه یک سال (هزار ریال)	هزینه ۵ سال (هزار ریال)
S2O1A1	آموزش خانوارهای ساکن در مناطق در معرض خطر در خصوص بکارگیری پشه بند	در فعالیت S1O1A2 پوشش داده شده است					
S2O1A2	توزیع پشه بند استاندارد مطابق با استاندارد و توصیه سازمان بهداشت جهانی	خرید پشه بند استاندارد	۶۰۰,۰۰۰	تخته	۶۰	-	۳۶۰,۰۰۰
		توزیع پشه بند توسط نیروهای موجود خواهد بود					
S2O1A3	تهیه و توزیع حشره کش و سایر ملزومات لازم برای آغشته سازی پشه بند در مناطق مورد نیاز	خرید کیت آغشته سازی	۵۰۰۰	کیت / سال	۲۰	۱۰۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰
S2O1A4	آموزش و بازآموزی در زمینه مدیریت تلفیق یافته ناقلین	استان	۳	۵ سال	۲۰۰,۰۰۰	-	۶۰۰,۰۰۰
S2O2A1	تامین و توزیع حشره کش استاندارد مطابق نیاز دانشگاه های علوم پزشکی	خرید حشره کش استاندارد	۱۰,۰۰۰	کیلوگرم / سال	۳۷۰	۳۷۰,۰۰۰	۱۸۵۰,۰۰۰

۲,۰۰۰,۰۰۰	—	۲,۰۰۰	دستگاه	۱,۰۰۰	خرید پمپ سمپاشی استاندارد	تأمین و توزیع ملزومات استاندارد سمپاشی (از جمله پمپ سمپاشی و قطعات یدکی) مطابق با استاندارد و توصیه سازمان بهداشت جهانی	S ₂ O ₂ A ₂
۲۵۰۰۰	—	۵۰۰	سری	۵۰۰	خرید قطعات یدکی در طول سالهای اجرای برنامه سم پاشی (۵ ساله اول)		
۱۰۰۰۰	---	۵۰۰۰	پروژه	۲	انجام پروژه	طراحی و انجام پروژه انتخاب حشره کش مناسب	S ₂ O ₂ A ₃
۳۰۰۰۰۰۰	۶۰۰۰۰۰	۳۰۰۰۰۰	نوبت / سال	۲	عملیات سم پاشی	اجرای عملیات سمپاشی در مناطق در معرض خطر بر اساس نظر کمیته کشوری و پیشنهادات واصله از دانشگاهها	S ₂ O ₂ A ₄
توسط نیروهای موجود انجام خواهد شد						پایش عملیات سمپاشی طبق دستورالعمل مرکز مدیریت بیماریها	S ₂ O ₂ A ₅
در سیستم جاری انجام خواهد شد			شهرستان	۲۹	شهرستان	تهیه اطلاعات روز آمد زیستگاههای لاروی	S ₂ O ₃ A ₁
۲۲۵۰۰۰۰	۴۵۰۰۰۰	۴۵۰	کیلو گرم / سال	۱۰,۰۰۰	خرید مواد لارو کش	تأمین و توزیع مواد لارو کش استاندارد مطابق	S ₂ O ₃ A ₂

توسط نیروهای موجود انجام خواهد شد						توصیه سازمان بهداشت جهانی	
۱۰۰۰۰۰	--	۵۰۰۰۰	پروژه	۲	انجام پروژه	طراحی و انجام پروژه انتخاب لاروکش مناسب	S2O3A3
۶۷۵۰۰۰۰۰	۱۳۵۰۰۰۰۰	۴۵۰۰۰	نفر / سال	۳۰۰	خرید خدمت ۳۰۰ نفر نیروی انسانی به مدت ۹ ماه در سال برای انجام عملیات لاروکشی	اجرای عملیات لاروکشی در مناطق در معرض خطر بر اساس نظر کمیته کشوری و پیشنهادات واصله از دانشگاهها	S2O3A4
توسط نیروهای موجود انجام خواهد شد						پایش عملیات لاروکشی طبق دستورالعمل مرکز مدیریت بیماریها	S2O3A5
توسط سیستم انجام خواهد شد					مرکز بهداشتی و درمانی	تهیه طرح اجرایی بهسازی محیط کانونهای فعال و بالقوه مالاریا توسط مرکز بهداشتی و درمانی مربوطه	S2O4A1
۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰	کانون فعال / سال	۱۰۰۰	شهرستان	اجرای عملیات بهسازی محیط بر اساس اولویت	S2O4A2
۲۳۲,۵۵۰,۰۰۰						جمع کل S2	

کد	عنوان فعالیت	مرکز هزینه	تعداد	واحد شمارش	هزینه واحد (هزار ریال)	هزینه یک سال (هزار ریال)	هزینه ۵ سال (هزار ریال)
S3O1A1	طراحی و استقرار نظام جامع پیش بینی اپیدمی ها با بکارگیری GIS	تدوین پروژه	۱	پروژه	۳۰۰۰۰۰	-	۳۰۰۰۰۰
		اجرای پروژه	۱	کشور	۷۲۰۰۰۰	-	۷۲۰۰۰۰
S3O1A2	ایجاد نظام مراقبت مشترک بین مرزی	برقراری نظام مراقبت مشترک بین مرزی	۱	مراقبت مشترک / سال	۱۵۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰	۷۵۰۰۰۰
S3O1A3	استقرار نظام مراقبت در مسیرهای تردد از مرزهای رسمی و غیر رسمی بین المللی	برقراری نظام مراقبت مرزی	۳	سال / شهرستان	۱۰۰۰۰	۳۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰
S3O1A4	شناسایی و ثبت تحرکات پر مخاطره جمعیت ، درون کشور و مراقبت آن	نظام ثبت و شناسایی	۲۹	شهرستان / سال	۲۰۰۰۰	۵۸۰۰۰۰	۲۹۰۰۰۰۰
S3O2A1	طراحی و استقرار ابزار شناسایی اپیدمی Web based و تدوین دستورالعمل مربوطه	رجوع شود به فعالیت S3O1A1					

۱۰۰۰۰۰	-	۵۰۰۰۰	پروژه	۲	پروژه	بازنگری دوره ای تعاریف ، ابزار و دستورالعمل شناسایی اپیدمی	S3O2A2
۱۵۶۰۰۰۰	-	۳۰۰۰۰	دستگاه / هر شهرستان	۵۲	خرید دستگاه ترمال فاگ (مه پاش سرد و گرم کوچک) هر شهرستان در منطقه پرخطر دو دستگاه	استقرار بسته مدیریتی و تدارکاتی مقابله با اپیدمی (Emergency Stock)	S3O3A1
۴۵۰۰۰۰	-	۱۵۰۰۰۰	دستگاه / استان	۳	خرید دستگاه ترمال فاگ (مه پاش سرد و گرم بزرگ) هر استان در منطقه پرخطر یک دستگاه		
۲,۰۰۰,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰	۴۰۰	لیتر / سال	۱,۰۰۰	خرید حشره کش مه پاشی		
۳۰۰۰۰۰	-	۱۵	قلم / ۵ سال	۲۰,۰۰۰	خرید مواد دورکننده حشرات (۲ نوبت در طول برنامه)		
۱۰۰۰۰۰	-	۱۰۰۰۰۰	نسخه	۱	تدوین دستورالعمل	تدوین و اجرای	S3O3A2
۴۵۰۰۰	-	۱۵	نسخه	۳,۰۰۰	چاپ دستورالعمل	دستورالعمل تشخیص و درمان مالاریا و کنترل ناقلین در مواقع اپیدمی	

رجوع شود به فعالیت S3O3A1						تامین مواد و تجهیزات عملیات اختصاصی کنترل ناقلین ویژه Outbreaks	S3O3A3
۵۰۰۰۰	--	۵۰۰۰۰	نسخه	۱	تدوین دستورالعمل	تهیه راهنمای کشوری پیشگیری از مالاریا و بازنگری سالیانه	S3O4A1
۴۵۰۰۰	-	۱۵	نسخه	۳,۰۰۰	چاپ دستورالعمل		
۱۰۰,۰۰۰	-	۱۰۰,۰۰۰	پروژه	۱	کشوری	طراحی و انجام پروژه نیاز سنجی مراکز ارایه کننده خدمات به گروههای حساس	S3O4A2
۸۰۰,۰۰۰	-	۲۰,۰۰۰	دانشگاه ۵/ سال	۴۰	دانشگاه علوم پزشکی	راه اندازی و تجهیز مراکز ارایه خدمات به گروههای حساس	S3O4A3
در سیستم جاری تامین هزینه خواهد شد						شناسایی و ارایه خدمات به گروههای حساس	S3O4A4
۱۰,۳۷۰,۰۰۰						جمع کل S3	

کد	عنوان فعالیت	مرکز هزینه	تعداد	واحد شمارش	هزینه واحد (هزار ریال)	هزینه یک سال (هزار ریال)	هزینه ۵ سال (هزار ریال)
S4	تقویت و توسعه نظام پایش و ارزشیابی مداخلات حذف مالاریا						
S4A1	تهیه و اجرای برنامه پایش بیونومیک ناقلین مالاریا	تدوین برنامه	۱	برنامه	۵۰۰۰۰	-	۵۰۰۰۰
		توسط نیروی انسانی موجود اجرا خواهد شد					
S4A2	تهیه و اجرای برنامه پایش مقاومت ناقلین مالاریا به سموم	تدوین برنامه	۱	برنامه	۵۰۰۰۰	-	۵۰۰۰۰
		پروژه انجام پایش در سطح ۸ پایگاه دیده ور	۸	۵ سال / پایگاه	۵۰۰۰۰	-	۴۰۰۰۰۰
S4A3	تهیه و اجرای برنامه ارزیابی پشه بند های توزیع شده از نظر میزان دوز موثر	تدوین برنامه	۱	برنامه	۵۰۰۰۰	-	۵۰۰۰۰
		اجرای پروژه ۲ بار در ۵ سال	۲	پروژه	۵۰۰۰۰	-	۱۰۰,۰۰۰
S4A4	تهیه و اجرای برنامه	تدوین برنامه	۱	برنامه	۵۰۰۰۰	-	۵۰۰۰۰

۸۰۰۰۰۰	۱۶۰۰۰۰	۲۰۰۰۰	پروژه	۸	اجرای پروژه سالیانه در ۸ پایگاه	پایش منظم اثربخشی داروهای مالاریا در پایگاههای (SENTINEL) (SITE) تعیین شده	
۱۰۰۰۰۰	-	۱۰۰۰۰۰	پروژه	۱	پروژه کنترل کیفی دارو ، سموم و سایر مواد مصرفی	تهیه و اجرای برنامه کنترل کیفی دارو ، سموم و سایر مواد مصرفی برنامه حذف مالاریا	S4A5
۱,۶۰۰,۰۰۰						جمع کل S4	

کد	عنوان فعالیت	مرکز هزینه	تعداد	واحد شمارش	هزینه واحد (هزار ریال)	هزینه یک سال (هزار ریال)	هزینه ۵ سال (هزار ریال)
S5	تحقیقات کاربردی						
S5A1,AI2	انجام پژوهش های کاربردی و اولویت دار (و راه اندازی شبکه ملی تحقیقات مالاریا)	اختصاص ۳٪-۲٪ بودجه کل ۵ ساله اول برنامه حذف مالاریا به تحقیقات کاربردی					
جمع کل S5		۱۹,۴۱۳,۶۰۰					

کد	عنوان فعالیت	مرکز هزینه	تعداد	واحد شمارش	هزینه واحد (هزار ریال)	هزینه یک سال (هزار ریال)	هزینه ۵ سال (هزار ریال)
S6	استفاده از ظرفیت کلیه ذینفعان (STAKEHOLDER) برای حذف مالاریا						
S6A1	سازماندهی، آموزش و بکارگیری نیروهای داوطلب بومی برای مشارکت در فعالیت های حذف مالاریا تحت عنوان بهورزیار و رابطین مالاریا	شهرستان	۲۹	شهرستان/ سال	۱۰۰۰۰۰	۲۹۰۰۰۰۰	۱۴۵۰۰۰۰۰
S6A2	تشکیل کمیته راهبردی بین بخشی حذف مالاریا به منظور افزایش سهم و مداخله فعال سایر بخش های توسعه (رجوع به S3O1A2,3)	با استفاده از امکانات سیستم جاری انجام خواهد شد					
S6A3	سازماندهی و اجرای عملیات مشترک مرتبط با حذف مالاریا از طریق فعال سازی شبکه همکاری های مرزی کشورهای همسایه	با استفاده از امکانات سیستم جاری انجام خواهد شد					
جمع کل S6		۱۴,۵۰۰,۰۰۰					

کد	عنوان فعالیت	مرکز هزینه	تعداد	واحد شمارش	هزینه واحد (هزار ریال)	هزینه یک سال (هزار ریال)	هزینه ۵ سال (هزار ریال)
S7	تأمین و تقویت ظرفیت های سرمایه انسانی برنامه مالاریا و زیر ساختها						
S7A1	فوکال پوینت حذف مالاریا در ۲۹ شهرستان هدف	نفر / ماه	۲۹	نفر	از نیروهای شاغل در نظام سلامت استان تامین خواهد شد		
	فوکال پوینت استانی حذف مالاریا	نفر / ماه	3	نفر	از نیروهای شاغل در نظام سلامت استان تامین خواهد شد		
	فوکال پوینت (کارشناس حشره شناسی) IVM در ۲۹ شهرستان هدف	نفر / ماه	۲۹	نفر	۵,۰۰۰	۱,۷۴۰,۰۰۰	۸,۷۰۰,۰۰۰
	فوکال پوینت IVM (کارشناس یا کارشناس ارشد حشره شناسی) در ۳ استان هدف	نفر / ماه	3	نفر	۷,۰۰۰	۲۵۲,۰۰۰	۱,۲۶۰,۰۰۰
	کارشناس کنترل کیفی تشخیص و پایش اثربخشی داروهای ضد مالاریا	نفر / ماه	3	نفر	از نیروهای شاغل در نظام سلامت استان تامین خواهد شد		
	کاردان کنترل کیفی تشخیص و پایش اثربخشی داروهای ضد مالاریا	نفر / ماه	۲۹	نفر	از نیروهای شاغل در نظام سلامت استان تامین خواهد شد		
	کاردان مبارزه با بیماریها برای تکمیل ظرفیت مراکز بهداشتی و درمانی فاقد کاردان	نفر / ماه	۱۰۰	نفر	۴۰۰۰	۴۸۰,۰۰۰	۲۴۰,۰۰۰
	کالکتور حشره شناسی	نفر / ماه	۲۹	نفر	۴,۰۰۰	۱,۳۹۲,۰۰۰	۶,۹۶۰,۰۰۰
	میکروسکوپست برای پست های پاسیو جدید	نفر / ماه	۶۰	نفر	۴,۰۰۰	۲,۸۸۰,۰۰۰	۱۴,۴۰۰,۰۰۰
	نیروی انسانی برای جابجایی نمونه و جمع آوری اطلاعات در مناطقات	نفر / ماه	۸۰	نفر	۶,۰۰۰	۵,۷۶۰,۰۰۰	۲۸,۸۰۰,۰۰۰

						دست و خارج از پوشش شبکه (پیک مو توری)	
۲۸,۸۰۰,۰۰۰	۵,۷۶۰,۰۰۰	۶۰۰۰	نفر	۸۰	نفر / ماه	نیروی انسانی برای بیماریابی و درمان در مناطق دور دست و خارج از پوشش شبکه	
۱۲,۱۸۰,۰۰۰	۲,۴۳۶,۰۰۰	۷,۰۰۰	نفر	۲۹	نفر / ماه	کارشناس شهرستانی نظام اطلاعات مالاریا و پیش بینی اپیدمی ها	
۱,۲۶۰,۰۰۰	۲۵۲,۰۰۰	۷,۰۰۰	نفر	3	نفر / ماه	کارشناس استانی نظام اطلاعات مالاریا و پیش بینی اپیدمی ها	
۲,۵۲۰,۰۰۰	۵۰۴,۰۰۰	۷,۰۰۰	نفر	6	نفر / ماه	کارشناس / کاردان نظارت شعاعی در مناطق دوردست که امکان دسترسی مستمر از مرکز شهرستان وجود ندارد	
۱۲۸,۸۸۰,۰۰۰					جمع کل S7 A1 (نیروی انسانی)		

کد	عنوان فعالیت	مرکز هزینه	تعداد	واحد شمارش	هزینه واحد (هزار ریال)	هزینه یک سال (هزار ریال)	هزینه ۵ سال (هزار ریال)
S7A2	تقویت زیرساختها	خرید اتومبیل صحرائی دو دیفرانسیل ۵ دستگاه برای هر شهرستان پرخطر	۱۴۵	دستگاه	۳۵۰۰۰	—	۵۰,۷۵۰,۰۰۰
		خرید اتومبیل صحرائی دو دیفرانسیل ۳ دستگاه برای ستاد هر استان پرخطر	۹	دستگاه	۳۵۰۰۰	—	۳,۱۵۰,۰۰۰
		موتورسیکلت برای ۲۹ شهرستان پرخطر (بطور متوسط هر شهرستان ۲۰ دستگاه)	۵۸۰	دستگاه	۱۲۰۰۰	—	۶,۹۶۰,۰۰۰
		پیش بینی و اختصاص فوق العاده ویژه کارکنان شاغل	۱۰۰۰	نفر / سال	۱۰۰۰۰ ۷۰	۱۰۰۰۰۰۰۰	۵۰,۰۰۰,۰۰۰

					در برنامه حذف مالاریا در رده های ستادی و محیطی (اعم از پزشک ، کارشناس ، کاردان ، بهورز)		
۱۳۳۳۰۶۷۲۰	حدود ۲۰-۱۵٪ بودجه برنامه ۵ ساله اول حذف مالاریا				قطعات یدکی خودرو و موتور سیکلت ، هزینه های تعمیر و نگهداری فضاها و تجهیزات ، سوخت و سایر حامل های انرژی ، فوق العاده ماموریت کارکنان و سایر موارد مرتبط با فصول مصرفی برنامه حذف مالاریا	پیش بینی و تامین هزینه های فصول مصرفی	
۲۴۴,۱۶۶,۷۲۰						جمع کل S7A2 (هزینه فراهم سازی زیرساختهای مورد نیاز بدون احتساب نیروی انسانی)	
۷۲۳,۴۸۰,۳۲۰ هزار ریال						جمع کل بودجه مورد نیاز ۵ سال اول پروژه (بدون احتساب تورم سالیانه)	

- 1 – Strategic plan for Malaria Control and Elimination 2006-2010, WHO/EMRO, 2007.
- 2– Informal Consultation on Malaria Elimination: setting up the WHO agenda WHO/HQ, 2006.
- 3 –Malaria Elimination (A Field manual for low and moderate endemic countries) WHO/HQ, 2007.
- 4 – Global Malaria Control and Elimination: Report of a technical review WHO/HQ, 2008.
- 5 – National Strategic Plan for Malaria Control, Islamic Republic of Iran (2004-2008), CDC, MOH&ME