

مجموعه مدیریت سلامت ویژه کارشناسان مراقب سلامت خانواده

آشنایی با نظام سلامت و مراقبت های بهداشتی - درمانی اولیه در ایران

دکتر ناهید نوائیان

دکتر ناهید جعفری

دکتر محمد رضا رهبر

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

مرکز مدیریت شبکه

فهرست مطالب:

کشور جمهوری اسلامی ایران
مفهوم نظام سلامت چیست؟
اهداف نظام سلامت
مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC)
مروری گذرا بر شبکه سلامت در ایران
شاخص های عمومی و سلامت در کشور
دیدگاه های فلسفی برای توسعه مراقبت های بهداشتی اولیه درمانی اولیه
چارچوب سیاست ها و راهبردها
اصول کلی نظام سلامتی کشور
ساختار ارائه خدمات سلامت در ایران
واحدهای ارائه خدمات سلامت در کشور
نظام اطلاعاتی مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی
نقاط قوت نظام سلامت کشور
چالش های نظام سلامت و برنامه های پیش رو برای توسعه آن

پس از مطالعه این بسته آموزشی انتظار می رود بتوانید:

- اهداف نظام سلامت را توضیح دهید.
- تعاریف مختلف از نظام سلامت را توضیح دهید.
- نمودار سازمانی شبکه سلامت کشور را ترسیم نموده و وظایف هر قسمت را توضیح دهید.
- مفهوم مراقبت های اولیه سلامت را توضیح داده، اصول، سطوح و اجزاء آن را نام ببرید.
- دیدگاه های فلسفی برای توسعه مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی در کشور را توضیح دهید.
- سطوح مختلف نظام شبکه را نام برده و وظایف هر سطح را توضیح دهید.
- نقش مراکز بهداشتی درمانی در ارتقاء عملکرد سلامت منطقه را استنباط نموده و آن را توضیح دهید.
- رسالت های اصلی مرکز بهداشتی درمانی شهری را توضیح دهید.
- رسالت های اصلی مرکز بهداشتی درمانی روستایی را توضیح دهید.
- عناصر نظام اطلاعات شبکه را نام برده و در مورد هر یک به اختصار توضیح دهید.
- نقاط قوت و چالش های پیش روی نظام سلامت را توضیح دهید.

مقدمه:

سلامت یکی از اساسی ترین حقوق هر جامعه و محور توسعه است. تنها در یک جامعه سالم به لحاظ جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی می توان انتظار داشت آحاد مردم از نعمت رفاه و خوشبختی بهره مند شوند. تضمین برای تحقق چنین امری وظیفه اساسی دولت است.

نظام سلامت میهن عزیز ما در طول سه دهه از توسعه و تحول تجربیات متعددی را به دست آورده است. این تجربیات هر گاه با تدبیر و روشن بینی و با رویکرد نظام دار منجر به برنامه ریزی گردیده، فوائد بی شماری را نصیب مردم این مرز و بوم ساخته است. از جمله این تجربیات می توان به توسعه نظام مراقبت های بهداشتی اولیه درمانی در کشور اشاره کرد که خدمات اساسی سلامت را به شیوه ای علمی، با قابلیت پذیرش اجتماعی و فن آوری مناسب در سطحی وسیع برای آحاد جامعه روستایی و با قیمت مناسب فراهم آورد. یکی از ارکان مهم توسعه برنامه های سلامت، تربیت نیروی انسانی بر مبنای اهداف سازمانی برنامه است.

یقیناً آگاهی از اهداف و عملکرد نظام سلامت یکی از ابتدایی ترین گام ها برای درک جایگاه هر ارائه دهنده خدمت در این شبکه بزرگ است. نظام سلامت کشور ما همانند بسیاری از نظام های سلامت دنیا ویژگی ها، نقاط قوت و نیز چالش هایی را برای اجرای مناسب خدمات دارد که شما می بایست به عنوان محوری ترین فرد از اعضای تیم سلامت با آنها آشنا باشید.

محتوایی که در پیش رو دارید تحت عنوان «آشنایی با نظام سلامت و مراقبت های بهداشتی اولیه درمانی در ایران» از مجموعه مدیریت سلامت با هدف آشنایی شما با اهداف و ساختار نظام سلامت و نقش و جایگاه هر سطح از شبکه سلامت و نقاط قوت و ضعف این شبکه نگاشته شده است. به منظور فهم مناسب از جریان محتوای این بسته در ابتدای آن اهداف آموزشی و پس از آن عناوین مطالب آمده است.

کشور جمهوری اسلامی ایران

با مساحتی در حدود ۱,۶۴۸,۰۰۰ کیلومتر مربع جمهوری اسلامی ایران شانزدهمین کشور بزرگ دنیا است. ایران



تصویر ۱: نقشه ایران

در خاورمیانه در طول جغرافیایی ۳۲ درجه شمالی و عرض ۵۳ درجه شرقی واقع است. این کشور دومین به لحاظ جمعیت و نیز دومین قدرت بزرگ اقتصادی در منطقه است. علاوه بر این کشور ایران دومین تولید کننده نفت در جمع کشورهای صادر کننده نفت اوپک است و مقام دوم را در جهان در برخورداری از ذخایر طبیعی گاز دارد. ایران به لحاظ تقسیمات سیاسی ایران ۳۱ استان، ۴۲۸ شهرستان، ۱۲۴۲ شهر و بالغ بر ۶۵ هزار روستا دارد.

مفهوم نظام سلامت چیست؟^۱

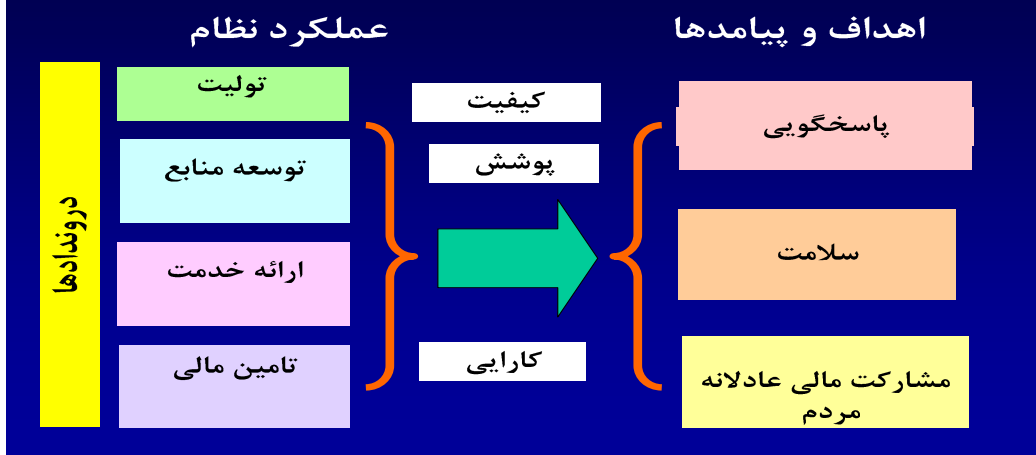
قبل از آن که ساختار نظام سلامت در کشور را مرور نماییم مناسب است با مفهوم نظام سلامت و اهداف تعریف شده برای آن آشنا شویم. با مرور این مفاهیم می توان به درکی کامل تر از بخش های تاثیر گذار بر سلامت مردم دست یافت و آنها را در برنامه ریزی های سلامت به کار بست.

اهداف نظام سلامت:

سازمان جهانی بهداشت در گزارش ارزشیابی عملکرد نظام های سلامت^۳ دیدگاهی نوین از تعریف نظام سلامت و اهداف آن ارائه نموده است. این تعریف براساس مرزهای استقرار عوامل موثر و مداخله گر در سلامت استوار گردیده است. تعریف نظام سلامت براساس مرزهای استقرار عوامل موثر و مداخله گر در سلامت موضوعی مهم و به نوبه خود تاثیر گذار در مباحثه طراحی مداخلات سلامت است. در اینجا اشاره ای مختصر به اهداف نظام سلامت خواهیم داشت. با این اشاره در خواهیم یافت که طراحی برنامه ها با چه تعبیری صحیح و اثر گذار خواهد بود.

سازمان جهانی بهداشت اهداف نظام های سلامت را در سه محور اساسی ارتقاء سطح سلامت، پاسخگویی و مشارکت عادلانه مردم در پرداخت هزینه ها دانسته است. نظام های سلامت در دنیا با اقدام در چهار حیطه تولید و توسعه منابع انسانی و غیرانسانی برای سلامت، تامین مالی برای پرداخت هزینه های سلامت و نهایتاً ارائه خدمات اقدام به تحقق سه هدف اساسی فوق می نمایند

عملکردها و اهداف نظام سلامت



تصویر ۲: عملکردها و اهداف نظام سلامت - تمامی نظام های سلامت در دنیا با اقدام در چهار حیطه تولید، تولید و توسعه منابع انسانی و غیرانسانی برای سلامت، تامین مالی برای پرداخت هزینه های سلامت و نهایتاً ارائه خدمات اقدام به تحقق سه هدف اساسی ارتقاء سلامت، پاسخ گویی و ایجاد مشارکت مالی عادلانه مردم در خدمت می نمایند. واحدهایی که در چهار حیطه عملکردی فعالیت می کنند می توانند طیفی از سازمانهای ادغام یافته تا کاملاً جدا باشند. کار رهبری نظام سلامت که در امر تولید اقدام می کند ایجاد هماهنگی بین واحدهای عملکردی نظام است.

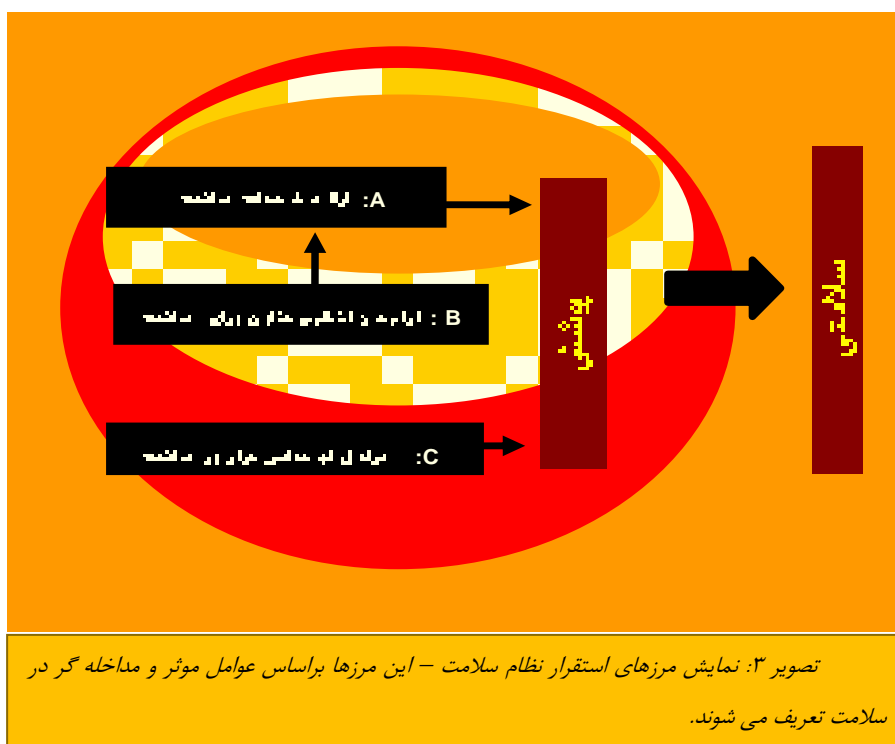
تعریف نظام سلامت

نظام سلامت را به گونه های متفاوتی می توان تعریف کرد. این تعاریف عمدتاً بر اساس مرزهای استقرار عوامل موثر بر سلامت و کنترل کننده آن استوار است. تصویر ۳ نمایی شماتیک از تعاریف بر این مبنا را به تصویر کشیده است. محدودترین مرزها برای تعریف نظام سلامت در کوچکترین حیطه از این تصویر - قسمت A - نشان داده شده است. این حیطه مرزهایی را در بر دارد که در آن عوامل اختصاصی مرتبط با ارائه خدمات درمانی و بهداشتی^۱ همانند ارائه خدمات پزشکی و سلامت و برنامه های بیماریابی و پیش گیری و کنترل بیماریها در این حیطه قرار دارند. دومین تعریف از نظام سلامت را می توان در حیطه مرزهای گسترده تری از عوامل اثرگذار بر آن توصیف نمود. این حیطه که در تصویر ۳ در قسمت B به نمایش گذاشته شده است نقش عوامل نیرومند و موثر دیگری را نشان می دهد که عمدتاً در محورهای تولید منابع انسانی و غیرانسانی برای نظام سلامت عمل می کنند. کیفیت عملکرد این عوامل است که موجب می شود تا منابع انسانی و غیرانسانی با قابلیت های مشخص موجب ایجاد دسترسی جمعیت ها به خدمات سلامت شوند. در این حیطه که به آن حیطه تولید منابع برای سلامت (۲) می توان گفت سازمانهایی نظیر دانشگاهها که وظیفه تولید نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات را بر عهده دارند، سازمانهایی که وظیفه تامین مالی و امور تنظیم اقتصادی مرتبط با سلامت را بر عهده دارند، صنایع تولید اقلام دارویی و تجهیزات پزشکی و سایر سازمان های تولید و توزیع منابع قرار می گیرند.

^۱ Health service provision

^۲ Resource generation for health

سومین حیطه از مرزهای نظام سلامت را می توان بر اساس تمامی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (۴) تعریف کرد. در این حیطه نیز مولفه های نیرومندی موجودند که با تاثیر بر زیرساخت های زندگی افراد بر سلامت آنها تاثیر می گذارند. سازمانهایی نظیر آموزش و پرورش، صنایع، کشاورزی، حمل و نقل و سایر سازمان هایی که در توسعه اجتماعی نقش دارند در این حیطه عمل می کنند. متولیان فرهنگی جامعه که نقش بسیار تاثیر گذار در جهت گیری فرهنگ و رفتار اجتماعی دارند نیز نقشی اساسی در تحقق اهداف سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مردم خواهند داشت.



با ذکر این مقدمه از تعاریف متفاوت از نظام سلامت می توان دریافت که متولی این نظام به هر میزان یکپارچگی بیشتری در عملکرد بخش های مختلف در جهت تضمین سلامت اجتماع ایجاد نماید توفیق بیشتری در ارتقاء سطح سلامت به دست خواهد آورد.

مراقبت های بهداشتی اولیه و اصول آن ۳

مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه براساس تعریف عبارتند از مراقبت های سلامتی که به وسیله ارائه دهندگان خدمات سلامت در نخستین سطح تماس با مردم ارائه می گردند. این خدمات پاسخی به نیازهای اساسی و اولیه مردمند.

3 "essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-determination"[1] (Alma Ata international conference definition)

ارائه دهندگان خدمات سلامت در نخستین سطح تماس به نیازهای وسیعی نظیر ایمن سازی، مراقبت از کودکان، بهداشت محیط و ... پاسخ می دهند و در صورت نیاز افراد را برای نیازهای پیچیده تر به سطوح تخصصی تر بالا ارجاع می دهند.

اصول مراقبت های بهداشتی اولیه شامل موارد ذیل است:

۱- برابری توزیع یا عادلانه بودن توزیع خدمات (equity):

خدمات بهداشتی باید بدون توجه به توانائی پرداخت مردم بین همه آنها یکسان توزیع شود و همه به خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشند.

۲- مشارکت جامعه (community participation):

مداخله افراد و خانواده ها در ارتقاء سلامتی خود صرف نظر از مسئولیت دولت یک بخش ضروری از مراقبت هاست. بدون مداخله جامعه محلی نمی توان به پوشش کامل و جامع مراقبت های بهداشتی اولیه دست یافت.

۳- هماهنگی بین بخشی (inter-sectoral approach):

بهداشت تحت تاثیر ترکیبی از عوامل محیطی اجتماعی و اقتصادی است که با یکدیگر ارتباط تنگاتنگ دارند. مراقبت های بهداشتی اولیه تنها با بخش بهداشت فراهم نمی شود.

سایر بخش های مرتبط با توسعه جامعه از قبیل بخش کشاورزی، آموزش، مسکن، ارتباطات و ... باید در مراقبت های بهداشتی اولیه درگیر شوند.

دولت ها باید جهت اطمینان از این هماهنگی مقررات ویژه ای وضع کنند و با برنامه ریزی مناسب از کم کاری و یا دوباره کاری غیر ضروری پرهیز کنند.

۴- فناوری مناسب (appropriate methods):

منظور فناوری معتبر علمی و قابل انطباق با نیازهای محلی و قابل پذیرش توسط ارائه کنندگان و گیرندگان خدمت است که توسط خود مردم با اتکا بر منابع جامعه و با بهائی قابل پرداخت توسط کشور قابل نگهداری باشد.

بطور خلاصه فناوری مناسب ترکیبی است که هم نیازهای مراقبت بهداشتی و هم بافت اقتصادی-اجتماعی کشور را در نظر می گیرد.

۵- جامعیت خدمات (comprehensiveness):

مراقبت های بهداشتی اولیه یک رویکرد جامع است به عبارتی رویکرد جامع مراقبت های بهداشتی اولیه نیازمند استفاده از کارکنانی است که بتوانند در برخورد با مشکلات راه حل جامع ارائه دهند.

مثال: برای کودک مبتلا به اسهال تنها مایع درمانی خوراکی کافی نیست. نگهداری سلامت کودک نیازمند ارائه آموزش به خانواده، بهداشت محیط و بهبود تغذیه است.

6- تعهد سیاسی دولت:

دولت ها مسئولیت مهم اصلی را در زمینه دستیابی به دارند و در این زمینه باید مسئولیت پذیر باشند.

اجزای مراقبت های بهداشتی اولیه:

۱- آموزش بهداشت

۲- تغذیه مناسب

۳- تأمین آب کافی و سالم و بهسازی محیط

۴- مراقبت بهداشتی مادر و کودک و تنظیم خانواده

۵- ایمنسازی علیه بیماری های عمده عفونی

۶- پیشگیری از بیماری های بومی شایع و کنترل آنها

۷- درمان مناسب بیماری و حوادث شایع

۸- تدارک داروهای اساسی

۹- بهداشت دهان و دندان

۱۰- بهداشت روان

۱۱- آمادگی مقابله با بلایای طبیعی

مروری گذرا بر شبکه بهداشت و درمان در ایران

در سال ۱۳۵۱ طرحی با مشارکت سازمان جهانی بهداشت در شهرستان ارومیه به اجرا درآمد که در این طرح تا حدودی خدمات بهداشتی درمانی ادغام شد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی این طرح تا سال ۱۳۵۹ در شهرستان ارومیه تداوم داشت تا این که متولیان بهداشت و درمان وقت جمهوری اسلامی به بررسی کارشناسی این طرح و برآورد نقاط ضعف و قوت آن پرداخته و پس از بررسی های مختلف در سال ۱۳۶۴ کلیات آن به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و با هدف ارائه خدمات پیشگیری، درمان سرپائی، خدمات اورژانس، خدمات بستری به تمام آحاد جامعه اعم از شهری و روستائی در اقصی نقاط کشور به اجرا درآمد و پیرو آن نتایج چشم گیری حاصل شد.

پس از پیروزی انقلاب حق برخورداری از مراقبت های سلامت برای تمامی شهروندان همراه با توزیع عادلانه خدمات سلامت در قانون اساسی کشور تبلور یافت. در عمل چنین تفکری موجب گردیده تا نظام سلامت کشور بر مبنای خدمات اساسی که از منابع عمومی تأمین هزینه می شوند، آحاد مردم را از مراقبت های بهداشتی اولیه که توسط وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عرضه می گردد بهره مند گرداند.^۹ در حال حاضر که بیش از گذشت سه دهه از طراحی و اجرای شبکه های بهداشت و درمان کشور بر اساس نظام مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC) می گذرد واحدهای مختلف بهداشتی درمانی در اقصی نقاط کشور ایجاد و راه اندازی شده است تا همه مردم عزیز کشورمان بتوانند از خدمات عمومی سلامت بهره مند شوند. بی شک نقش مرکز مدیریت شبکه در این زمینه غیر قابل انکار می باشد.^{۱۱} در همین حال خدمات سطح دوم و سوم که عمدتاً مشتمل بر خدمات درمانی و توانبخشی است در اغلب موارد از طریق بیمه های اجباری نظیر تأمین اجتماعی برای کارکنان بخش های غیر دولتی، بیمه خدمات درمانی برای کارکنان رسمی دولت، خانوارهای روستایی و اشخاصی که به صورت خویش فرما بیمه می شوند و بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح تأمین می شود.

ساختار نظام سلامت در کشور جمهوری اسلامی ایران مشتمل بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همراه با معاونت های مختلف در بالاترین سطح است. در سطح استان ها دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مسئولیت تربیت نیروی انسانی و ارائه خدمات سلامت را بر عهده دارند.

در برخی از استان های کشور مانند تهران بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد. علاوه بر این دانشگاه های علوم پزشکی دیگری نظیر دانشگاه های علوم پزشکی ارتش و سپاه و نیروی هوایی در کشور وجود دارد که عمدتاً در محورهای تربیت نیروی انسانی اقدام می کنند. بیمارستان های آموزشی و غیر آموزشی، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و خانه ها و پایگاه های بهداشتی تحت نظارت دانشگاه های علوم پزشکی کشورند.

شاخص‌های عمومی و سلامت در کشور^{۱۳}

شاخص‌های مرتبط با جمعیت و توزیع آن	
مساحت	کیلو متر مربع ۱,۶۴۸,۰۰۰
جمعیت سرشماری (۱۳۹۲) - مرکز آمار ایران	۷۶,۹۴۲,۰۰۰
در صد جمعیت روستا (۱۳۹۲) - مرکز آمار ایران	۲۷,۸۶
در صد جمعیت شهری (۱۳۹۲) - مرکز آمار ایران	۷۲,۱۴
تعداد استان (۱۳۹۳) - وزارت کشور	۳۱
تعداد شهرستان (۱۳۹۳) - وزارت کشور	۴۲۸
تعداد شهر (۱۳۹۳) - وزارت کشور	۱۲۴۲
تعداد روستا (۱۳۹۳) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	بیش از ۶۵۰۰۰
متوسط جمعیت هر روستا	کمتر از ۳۵۰ نفر
در صد رشد سالیانه جمعیت (۱۳۹۲) - مرکز آمار ایران	۱,۲
در صد جمعیت بالاتر از ۶۵ سال (۱۳۹۱) - مرکز آمار ایران	۵,۷
در صد جمعیت کمتر از ۱۵ سال (۱۳۹۱) - مرکز آمار ایران	۲۳,۴
میزان باروری کلی (۱۳۹۱) - مرکز آمار ایران	۱,۷۵
میزان تولد خام در هزار (۱۳۹۱) - مرکز آمار ایران	۱۸,۵
میزان مرگ خام در هزار نفر (۱۳۹۱) - مرکز آمار ایران	۵,۶
امید به زندگی در بدو تولد در مردان (۱۳۹۱) - مرکز آمار ایران	۷۱,۵
امید به زندگی در بدو تولد در زنان (۱۳۹۱) - مرکز آمار ایران	۷۴
مرگ شیرخواران به ازای هزار تولد زنده (۱۳۹۰) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲۰,۳۲
مرگ کودکان زیر ۵ سال به ازای هزار تولد زنده (۱۳۸۵) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲۲,۵۲
مرگ مادر در صد هزار تولد زنده (۱۳۹۲) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۹,۹
شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی (۱۳۸۷)	
تعداد خانه‌های بهداشت (۱۳۹۲) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۷۵۵۴ خانه بهداشت با تعداد ۳۱۵۰۰ ارائه دهنده خدمت (بهوزر)
پایگاه بهداشتی شهری (۱۳۹۲) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۸۹۰
پایگاه بهداشتی روستایی (۱۳۹۲) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۱۲
مرکز بهداشتی درمانی شهری (۱۳۹۲) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲۳۴۷
مرکز بهداشتی درمانی روستایی (۱۳۹۲) - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲۳۸۵
در صد پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهری (۱۳۹۳) - وزارت بهداشت	٪۱۰۰
در صد پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی روستایی (۱۳۹۳) - وزارت بهداشت	٪۹۵

دیدگاه‌های فلسفی برای توسعه مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی اولیه:^۹

مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی حوزه‌ای اولویت‌دار در راهبرد تحقق سلامت کشور است. این مراقبت‌ها طریقی است که دولت با بهره‌گیری از ابزارهای سیاست، قوانین، آئین‌نامه‌ها و عملیات مختلف توانست اقدام به راه-اندازی نظامی نماید که تأثیرات بزرگی بر کارآیی و تحقق اهداف سلامت در کشور داشته باشد. این مراقبت‌ها به واقع منعکس‌کننده شأن انسانی، امنیت، اخلاق، مساوات و عدالت اجتماعی و ایجاد حداکثر ظرفیت برای دست‌یابی به بیشترین میزان از سلامت در قبال محدودیت‌های اجتماعی و اقتصادی جامعه است. برای تحقق این نظام برخی اصول زیربنایی در طراحی و پیاده‌سازی نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی تعریف شده‌اند. این اصول عبارتند از:

- برخورداری از نعمت سلامت و زندگی توأم با خوشبختی برای آحاد مردم در طول تمام زندگی
- بهبود وضعیت سلامت کسانی که به هر نوع از آن محروم گردیده‌اند.
- ایجاد دسترسی به موقع و عادلانه به حیطة جامعی از مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی برای مردم بدون توجه به قدرت مالی آنها

با این اصول کارشناسان کوشیدند شبکه‌ای را طراحی کنند که در آن مراقبت‌های اساسی سلامت به صورتی کاربردی، بر مبنای اصول علمی، متناسب با فرهنگ و پذیرش اجتماعی عرضه می‌گردید. این مراقبت‌ها می‌بایست نه تنها برای عموم مردم اجتماع قابل دسترس می‌بود بلکه در عمل از طریق مشارکت و درگیری خود جامعه تحقق می‌یافت.

چارچوب سیاست‌ها و راهبردها^۹

مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی در کشور ایران دارای نظامی طراحی شده بر مبنای تحقیق و سطح‌بندی خدمات و منابع است که در آن بیشتر فرآیندها دارای معیارهای استاندارد هستند. چند سال قبل از پیروزی انقلاب یک طرح پژوهش با همکاری گروهی از کارشناسان ارشد دانشکده بهداشت دانشگاه تهران با حمایت سازمان جهان بهداشت به منظور طراحی روشی برای توسعه خدمات بهداشتی و درمانی در کشور راه‌اندازی شد. این طرح نتایج ارزشمندی به بار آورد. بر اساس این طرح و سایر تجاربی که در کشور ایران به عمل آمد و نیز در راستای تحقق اصل ۲۹ قانون اساسی مبنی بر ضرورت تضمین دسترسی تمامی افراد به برخورداری از خدمات سلامت و وزارت بهداشت تلاش نمود تا شبکه‌ای از تسهیلات بهداشتی را با تخصیص عادلانه‌ای از منابع شکل دهد نماید. نظام تازه پا با هدف دسترسی آسان مردم به خدمات خصوصاً برای مناطق روستایی شکل گرفت. از آغاز شکل‌گیری این شبکه اصول زیربنایی زیر به عنوان سیاست‌های طراحی و برنامه‌ها اعلام گردیدند:

- ۱- تقدم خدمات پیش‌گیری بر درمان
- ۲- تقدم مناطق دوردست و غیر برخوردار روستایی بر مناطق شهری در تخصیص منابع با در نظر گرفتن امکان بهره‌مندی گروه‌های آسیب‌پذیر مانند مادران و کودکان از خدمات
- ۳- تقدم خدمات سرپایی بر بستری
- ۴- تمرکز زادی با هدف خود اتکایی مناطق

اصول کلی نظام سلامتی کشور^{۱۰}

- "شهرستان" به عنوان مقیاس اداری و جغرافیایی گسترش شبکه های بهداشتی درمانی و انجام برنامه ریزیهای مختلف سلامتی

- اصل سطح بندی و ادغام خدمات و ارائه خدمت از طریق نظام ارجاع یعنی ارائه خدمات به صورت زنجیره ای مرتبط و تکامل یابنده باشد تا چنانچه مراجعه کننده ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی تر نیاز داشت، واحد محیطی بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع دهد.

برای تحقق این، شرایطی ضرورت دارد:

۱- هیچیک از واحدهای یک سطح ارائه دهنده خدمت به خدماتی که به عهده واحدهای

سطح پایین تر قرار داده شده است نپردازد، مگر آنکه خدمت مورد نظر را در سطح

تخصصی تر ارائه دهد.

۲- برقراری ارتباط فعال و مستمر واحدهای هر سطح با واحدهای سطوح بالاتر و پایین تر.

نظارت، پایش، آموزش حین خدمت کارکنان و نیز تدارک و حمایت اداری مالی

واحدهای هر سطح به عهده واحدی است که در اولین سطح بالاتر آن قرار دارد تا

تدارک فنی و اداری این واحدها به صورت فعال و مستمر از نزدیکترین واحد سطح

بالاتر میسر گردد و از بروز خطرهایی مانند گرایش کارکنان غیرپزشک به درمانهای

غیرمجاز و تنزل کیفیت خدمات جلوگیری شود.

۳- توجه به سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه سلامت.

در حال حاضر، سه سطح تعریف شده وجود دارد:

سطح اول شامل مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری. خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشت روستایی

زیرمجموعه مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه های بهداشت، و پایگاههای بهداشت شهری زیرمجموعه مراکز

بهداشتی درمانی شهری را تشکیل می دهند که البته در نظام ارجاع برای مواردی که برنامه مشخصی وجود دارد،

اولین واحد ارائه دهنده خدمت به مردم، مراکز بهداشتی درمانی محسوب می شوند.

سطح دوم شامل مرکز سلامت شهرستان و بیمارستان شهرستان

سطح سوم شامل مرکز سلامت استان و بیمارستان تخصصی

- اصل سهولت دسترسی جغرافیایی، یعنی فاصله محیطی ترین واحد ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی از

دورترین نقطه تحت پوشش آن که مردم زندگی و کار می کنند.

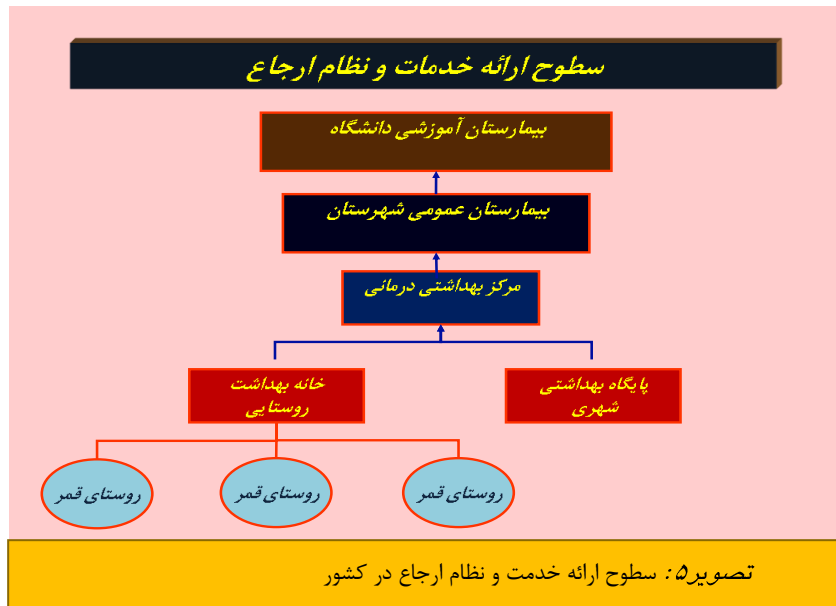
- اصل دسترسی فرهنگی که با دو شرط زیر حاصل می گردد:

۱- نبود برخورد و اختلافهای قومی، فرهنگی، مذهبی و ...

۲- مغایر نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتی که ارائه می شود با آداب و سنتهای قومی،

ملی و مذهبی جامعه.

- تناسب کمی نیروی انسانی ارائه کننده خدمات با حجم کار مورد انتظار. لازمه این کار، که نتیجه آن به حداقل رسیدن زمان انتظار مراجعه کننده برای دریافت خدمت است، تناسب دو عامل اصلی است:
 - ۱_ حجم کار مورد انتظار (وظایف باید در سطح بندی خدمات تعریف شود)
 - ۲_ متوسط بازده کار کارکنانی که برای انجام آن کار منظور شده اند.
 - تناسب آموزشها با نیازهای اجرایی. تحقق این ضابطه در گرو شروط زیر است:
 - ۱- دانش و مهارت مورد نیاز هر رده به دقت تعریف و تعیین گردد.
 - ۲- آموزش دهندگان با نیازهای واقعی جامعه، اولویتها، ضوابط، روابط و فرایندهای مورد عمل در نظام رسمی ارائه کننده خدمات آشنا باشند و محتوای دروس خود را با این نیازها منطبق سازند. یعنی درگیر شدن مراکز آموزشی در ارائه خدمات و ارتباط مستقیم آنها با جامعه.
 - ۳- بومی بودن نیروهای مستقر در واحدهای محیطی ارائه دهنده خدمات.
 - اصل عدم تمرکز در مدیریت. به نحوی که امکان خودگردانی واحدها بتدریج به خوداتکایی آنان در زمینه های مختلف مدیریتی مثل: برنامه ریزی، تنظیم بودجه، سازماندهی و ... منجر گردد.
 - اصل جلب مشارکت مردم. که در واقع خط مشی اساسی شبکه محسوب می شود. بتدریج با ارتقای دانش و عملکرد بهداشتی مردم (Health Promotion)، جامعه به سمت مراقبت از خویش (Self Care) پیش می رود.
 - اصل هماهنگی درون بخشی. مبنای ارائه خدمات سلامتی تاکید بر هماهنگیها در درون بخش سلامت و ارائه خدمات جامع سلامتی به صورت تیمی است.
 - همکاری با سایر بخشهای توسعه. هم در ساختار نظام و راه اندازی واحدها و هم در برنامه های سلامتی همکاری سایر بخشهای توسعه ضرورت دارد. علاوه بر بخشهای دولتی، همکاری با بخشهای خصوصی و تعاونی نیز مورد تاکید است.
- پس به طور خلاصه خصوصیات اصلی نظام ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی ایران را می توان در جملات زیر به تصویر کشید:
- شبکه ای با سطح بندی خدمات
 - با ادغام خدمات مختلف برای گروه های هدف
 - مبتنی بر جمعیت های تعریف شده به نحوی که مناسب ترین شکل دسترسی این جمعیت به تسهیلات فراهم آید
 - دارای دستورعمل ها و معیارهای استاندارد برای ارائه خدمات خصوصاً در نخستین سطح
 - دارای برنامه ای استاندارد برای تربیت نیروی انسانی در خانه های بهداشت (بهورزان)
 - برخوردار از نیروی انسانی مناسب در خانه های بهداشت که ادغام برنامه های مختلف را در نظام شبکه ممکن ساخته
 - برخوردار از یک نظام اطلاعاتی معتبر و شاخص های مرتبط با محیط روستایی کشور



ساختار ارائه خدمات سلامت در ایران:

به منظور تحقق سیاست‌ها، مرکز بهداشت شهرستان به عنوان واحد مدیریتی مستقل برای مدیریت سلامت در سطح شهرستان انتخاب گردید. نقش مرکز بهداشت شهرستان تحقق انتظارات دولت که در وزارت بهداشت تعیین می‌شود و هدایت راهبردهای آن در سطح شهرستان است. مراکز بهداشت شهرستان‌ها مسئول ارزیابی نیازهای سلامت در جمعیت تحت پوشش هستند. این مراکز منابع مالی خود را از طریق دولت و بودجه‌های عمومی و بر اساس سرانه جمعیت تحت پوشش دریافت می‌کنند. آنها علاوه بر این مسئول ارائه خدمات پشتیبان و سایر امور اجرایی شبکه سلامت هستند.

ساختار ارائه خدمات سلامت در ایران



در هر شهرستان طرح تخصیص واحدهای بهداشتی درمانی تحت عنوان «طرح گسترش» موجود است. طرح گسترش محل استقرار تسهیلات بهداشتی و درمانی در سطح هر شهرستان را مشخص می‌کند. توزیع این تسهیلات در مناطق مختلف سطح شهرستان تابع دو عامل اساسی است؛ عامل نخست تعداد جمعیت و عامل دوم وضعیت پراکندگی و دسترسی جغرافیائی این جمعیت است. به منظور تدوین طرح گسترش می‌بایست کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان اقدام به گردآوری اطلاعات مربوط به استقرار جمعیت در نواحی مختلف نموده و آنها را بر روی نقشه‌های توپو گرافیک علامت‌گذاری کنند. این نقشه‌ها تمامی دسترسی جغرافیائی جمعیت را به وضوح به تصویر می‌کشند. راه‌ها و مسیر حرکت جمعیت برای دسترسی به سایر مناطق (نظیر شهرها) نقش اساسی در اختصاص واحدهای ارائه خدمت به روستائیان دارد. با چنین شیوه‌ای است که دولت توانست پوشش بیش از ۹۵٪ برای جمعیتی فراهم آورد که در بیش از ۶۵ هزار روستای کشور پراکنده شده‌اند. این در حالی است که متوسط جمعیت برای هر روستای کشور کمتر از ۳۵۰ نفر و متوسط فاصله میان دو روستا بیش از ۲۵ کیلومتر است.

واحدهای ارائه خدمات سلامت در کشور :

خانه بهداشت: خانه بهداشت واحدی است مستقر در روستا که غالباً چند روستای دیگر (روستاهای قمر) را نیز

پوشش می‌دهد.



تصویر یک خانه بهداشت - گیلان

روستاهای تحت پوشش خانه‌های بهداشت شامل روستای اصلی که خانه بهداشت در آن مستقر گردیده و

روستا یا روستاهای قمر می‌باشند. به طور معمول روستای اصلی از روستاهایی انتخابات می‌شود که در مسیر حرکت یا دسترسی جمعیتی بیشتر برای روستاهای قمر است.

بهورزان از میان جوانان علاقه مند بومی روستا انتخاب و در یک دوره آموزشی دو ساله در مرکز آموزش بهورزی شهرستان مهارت آموزی می‌شوند.

پایگاه بهداشت روستایی: چنانچه جمعیت منطقه روستایی در روستای اصلی برای جمعیت‌های بیش از 5000 نفر باشد، در آن روستا به جای خانه بهداشت اقدام به راه اندازی پایگاه بهداشت می‌کنیم.

پایگاه بهداشت شهری: واحد بهداشتی مستقر در شهر می‌باشد که زیر مجموعه مرکز بهداشتی درمانی شهری است که در حالت استاندارد جمعیتی معادل 12500 نفر را تحت پوشش قرار می‌دهد.

پایگاه ستاره دار: طی سالهای اخیر برخی از مناطق روستایی به شهر تبدیل شده اند گاه این مناطق روستایی دارای خانه بهداشت فعال بودند که حال در منطقه شهری قرار گرفته است این خانه بهداشت به پایگاه بهداشت غیر ضمیمه تبدیل شده است ولی در بعضی از موارد بهورزان شاغل در اینگونه خانه‌های بهداشت شرایط تبدیل به تکنسین را ندارند یعنی مدرک تحصیلی حداقل سوم راهنمایی یا سیکل نظام قدیم را دارا نیستند در چنین حالتی به عنوان بهورز ستاره دار باقی می‌مانند و آن خانه نیز به پایگاه ستاره دار تبدیل می‌شود.

پایگاه ضمیمه: به پایگاههایی اطلاق می‌شود که در داخل مرکز مستقر هستند و اطلاعات پایگاه‌های بهداشت ضمیمه در داخل مرکز بهداشتی درمانی شهری وارد می‌شود.

پایگاه غیر ضمیمه: در نقاطی از شهرها که تراکم جمعیت زیاد است برای تامین سهولت دسترسی مردم به خدمات بهداشتی، واحدهایی راه اندازی شده است که پایگاه غیر ضمیمه نام دارد.

مرکز بهداشتی درمانی روستایی: ^۹ مراکز روستایی در روستاها راه اندازی می‌شود که در واقع یک یا چند خانه بهداشت و پایگاه بهداشتی روستایی را تحت پوشش قرار می‌دهد.

مرکز بهداشتی درمانی شهری: با توجه به وظایف مراکز بهداشتی درمانی شهری و حجم کار آنها، بازای هر 5 واحد بهداشتی درمانی موجود اعم از پایگاه بهداشت (یک مرکز بهداشتی درمانی شهری) پیش بینی می‌گردد.

مرکز شهری روستایی: با توجه به وظایف مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و حجم کار آنها، بازای هر 5 واحد بهداشتی درمانی موجود اعم از پایگاه بهداشت یا خانه بهداشت تحت پوشش (یک مرکز بهداشتی درمانی شهری پیش بینی می‌گردد محل استقرار این واحد در نقاط شهری بوده لیکن خانه بهداشت را نیز تحت پوشش قرار میدهد.

مرکز قرنطینه: این واحدها در پایانه‌های زمینی، دریایی، هوایی و نیز بازارچه‌های زمینی و دریایی در نظر گرفته می‌شوند. این پست‌ها براساس حجم و نوع فعالیت و محل استقرار به 3 درجه تقسیم می‌شوند. این واحدها نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماریها به داخل کشور را براساس ضوابط و معیارهای بین المللی به عهده دارند. پست‌های مراقبت مرزی و قرنطینه درجه ۱ و ۲ می‌توانند شبانه روزی یا تا پاسی از شب فعال باشند. درنوع درجه ۳ که در بازارچه‌های مرزی مستقر می‌گردند، می‌توانند تا ساعت کار بازارچه مرزی فعالیت نمایند.

مرکز شبانه روزی روستایی درجه ۲و۱:

در مناطق روستایی که در گلوگاه جمعیتی بین ۱۲۵۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر و با فاصله حداقل نیم ساعت با خودرو تا نزدیکترین بیمارستان یا واحد درمانی شبانه روزی دیگر قرار داشته باشند، مراکز بهداشتی درمانی موجود برحسب جمعیت به مرکز شبانه روزی درجه ۲و۱ تبدیل می شوند. مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی درجه ۱با ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت باید آزمایشگاه و رادیولوژی داشته باشند. ولی مراکز بین ۱۲۵۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر (درجه ۲) نیازی به آزمایشگاه و رادیولوژی در ساعت غیر اداری ندارند. بعبارت دیگر در مراکز درجه ۲ آزمایشگاه و رادیولوژی در ساعت اداری فعال می باشد.

مرکز شبانه روزی شهری درجه ۲و۱:

در مناطق شهری که در گلوگاه جمعیتی بین ۱۲۵۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر و با فاصله حداقل نیم ساعت با خودرو تا نزدیکترین بیمارستان یا واحد درمانی شبانه روزی دیگر قرار داشته باشند، مراکز بهداشتی درمانی موجود برحسب جمعیت به مرکز شبانه روزی درجه ۱ یا ۲ تبدیل می شوند. مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی درجه ۱با ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت باید آزمایشگاه و رادیولوژی بصورت ۲۴ ساعته فعال باشد. ولی مراکز بین ۱۲۵۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر (درجه ۲) نیازی به آزمایشگاه و رادیولوژی نیازی به آزمایشگاه و رادیولوژی در ساعت غیر اداری ندارند. بعبارت دیگر در مراکز درجه ۲ آزمایشگاه و رادیولوژی در ساعت اداری فعال می باشد. برای مناطق شهری باید این مراکز در مرکز بخش قرار داشته باشند.^{۱۰}

تسهیلات زایمانی: به عنوان ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی روستایی شبانه روزی و گاه ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه روزی که در آن شهر بیمارستان یا آزمایشگاه موجود نباشد.^{۱۰}

مرکز رفراانس مشاوره و مراقبت بیماریهای رفتاری:

این واحد فقط در شهرستان مرکز استان (شهرستان محل استقرار دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی) به تعداد یک مرکز ایجاد می شود.^{۱۰}

مرکز بهداشت شهرستان: مسئولیت اصلی مرکز بهداشت شهرستان، برنامه ریزی، پشتیبانی فنی و تدارکاتی، کنترل ضوابط و مقررات بهداشتی درمانی، بررسی گزارشات آماری و نظارت برفعالیت واحدهای تحت پوشش (مراکز بهداشتی درمانی) خانه های بهداشت، پایگاههای بهداشتی، مرکز آموزش بهورزی، آزمایشگاه های مختلف و...) می باشد.

درمانگاه: درمانگاه مرکز خدمات سرپایی است مجتمع از دو یا چند اتاق مجهز به سرویسهای عمومی درمانی سرپایی که تحت نظر یک یا چند پزشک عمومی و متخصص اداره میشود.

کلینیک: کلینیک درمانگاهی است که در یک نوع تخصص به درمان سرپایی بیماران اقدام می نماید.

پلی کلینیک: پلی کلینیک درمانگاهی است که در چند نوع تخصص به درمان سرپایی بیماران اقدام می نماید.

مرکز جراحی محدود سرپایی: به مراکزی اطلاق میشود که پس از انجام اعمال جراحی مینور (بدون بیهوشی و با بی حسی موضعی) یا جراحی ماژور (با بیهوشی) بیمار حداکثر ظرف مدت چند ساعت قادر به ترک مرکز بوده و نیازی به بستری شدن نداشته باشد.

بیمارستان: کلیه مراکز درمانی که مجهز به تخت درمانی هستند را شامل می‌گردد. بیمارستان شهرستان حداقل با تخصصهای جراحی، داخلی، کودکان، زنان و زایمان، بیهوشی، رادیولوژی، آزمایشگاه و با بخشهای بستری، پلی کلینیک تخصصی و اورژانس اداره می‌شود و پشتیبانی فنی و قبول ارجاعات بیماران از مراکز بهداشتی درمانی را به عهده دارد.

توانبخشی: توانبخشی پزشکی (توانپزشکی) به مجموعه اقداماتی اطلاق میشود که به منظور بازگرداندن بخشی از عملکرد از دست رفته و حفظ توانمندی‌های بالقوه افراد دارای ناتوانایی‌های مختلف انجام می‌گیرد.

مرکز طب کار: واحدی است که مسئولیت انجام خدمات پزشکی شاغلین را برعهده دارد. ارزیابی‌های مراکز طب کار شامل ارزیابی‌های تاریخچه شاغلین و ارزیابی وضعیت سلامت جسمی آنها و ارائه نظر در زمینه امکان تداوم فعالیت‌های شغلی است. مرکز بهداشت کار مسئول ارائه خدمات مختلف مرتبط با بهداشت شغلی از جمله سنجش و ارائه راه کارهای کنترل عوامل فیزیکی، شیمیایی، بیولوژیک و ارگونومیک در محیط کار است.

خانه بهداشت کارگری: واحدی است مستقر در کارخانه یا کارگاه که مسئول ارائه خدمات مختلف مرتبط با بهداشت شغلی است.

پرتونگاری: به محلی گفته میشود که طبق مجوز وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تاسیس گردیده و در آن آزمایشهای پرتونگاری انجام می‌گیرد و یا با استفاده از انرژی به صورت اشعه به تشخیص علل بیماریها می‌پردازد.

داروخانه: داروخانه به محلی اطلاق میشود که طبق مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بمنظور عرضه، ساخت و مشاوره داروئی به وجود آمده است.

آزمایشگاه: واحد آزمایشگاهی به واحدی گفته میشود که در آن آزمایشهای مربوط به انسان از قبیل خون، ادرار، نسوج، غدد و انواع تستهای سرطانی انجام می‌گیرد و نتایج آن نیز قابل استناد باشد.^۹

نظام اطلاعاتی مراقبت‌های بهداشتی اولیه درمانی

یکی از نیازهای اساسی برای برنامه ریزی و پیاده سازی طرح‌های گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور که در بدو امر مورد توجه بوده است، ادغام نظام اطلاعات بهداشت به عنوان یکی از زیر ساخت‌های مهم توسعه نظام شبکه و در نتیجه نظام سلامت بوده است.

این نظام اطلاعات در دو بعد اطلاعات مهمی را در اختیار برنامه ریزان و مدیران نظام سلامت قرار می‌دهد. در بعد اطلاعات ساختار شبکه، شامل توزیع و استقرار واحدهای بهداشتی درمانی، نیروی انسانی، تجهیزات و غیره و در بعد شاخص‌های وقایع حیاتی و پوشش خدمات. بر همین اساس، نظام اطلاعاتی شکل گرفت که بر اساس آنها بانک اطلاعاتی از داده‌های ساختار شبکه برای سطوح مختلف در دسترس بود که مبنایی برای تخصیص منابع سلامت می‌باشد. همچنین، گزارش‌های زیج حیاتی که اطلاعات با ارزشی را حاوی آمار وقایع حیاتی (باروری و مرگ) و پوشش برخی از خدمات سلامت است، از طریق این نظام قابل ارایه بوده و سال‌ها مبنایی برای برنامه ریزی و ارزشیابی خدمات

سلامت می باشد. با عنایت به توسعه و گسترش قابل توجه نظام شبکه بهداشت و درمان در همه مناطق کشور و نیاز به وجود یک بانک اطلاعاتی الکترونیکی به عنوان اساسی ترین ابزار مدیریتی، مرکز مدیریت شبکه از سال ۱۳۷۰ اقدام به جمع آوری و ماشینی کردن داده های پایه و ساختاری نظام شبکه بهداشت و درمان مشتمل بر تعداد روستاها و شهرهای کشور و مشخصات و جمعیت آنها؛ تعداد واحدهای مختلف ارائه دهنده خدمات بهداشتی در سطوح مختلف و ویژگیهای هریک؛ کارکنان بهداشتی شاغل در نظام شبکه در رده های مختلف؛ مشخصات وسایل نقلیه قابل استفاده در نظام شبکه بهداشت و درمان؛ و بالاخره داده های زیج های حیاتی موجود در محیط یتین سطح ارائه دهنده خدمات نمود.^۹

از آنجا که گردآوری تمام داده های مورد نیاز از طریق نظام ثبتی مقدور نیست با انجام مطالعات دوره ای داده های مورد نیاز برخی از شاخص های سلامت گردآوری می شود. به عنوان نمونه وضعیت تأثیر برنامه های سلامت بر جمعیت تحت پوشش از این طریق مورد سنجش قرار می گیرد.^۹

عناصر نظام اطلاعات در شبکه سلامت^۹	
الف- نظام ثبت اطلاعات جاری	<ul style="list-style-type: none"> • پرونده خانوار • زیج حیاتی • دفاتر مراقبت و پی گیری • فرم های گزارش ماهانه • نرم افزار نظام شبکه
ب- انجام مطالعات دوره ای	
ج- سرشماری ها	
	<ul style="list-style-type: none"> • در شروع هر سال به وسیله پرسنل واحدهای ارائه خدمات (در خانه بهداشت و پایگاه بهداشتی) • هر ۱۰ سال یک بار توسط مرکز آمار

نقاط قوت نظام سلامت کشور

- شبکه سلامت در کشور با برخورداری از نقاط قوت مختلفی توانسته است سیاستگذاران و طراحان برنامه را در اجرای بسیاری از برنامه های خود موفق نماید. بارزترین شاخص های این نقاط قوت عبارتند از:
- ۱- وجود شبکه ای کارا و عدالت محور برای ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه مختلف.
 - ۲- وجود مدل موفقی از تربیت نیروی انسانی برای خانه های بهداشت (بهورز) برای ارائه خدمات در محیط با کارآیی بالا و عدم تمرکز

۳- ادغام آموزش پزشکی با ارائه خدمات سلامت به نحوی که وزارت بهداشت با امتزاج دو بخش آموزش دانشگاهی و طراحی و ارائه خدمات سلامت در کنار یکدیگر نقش مؤثر در ارتقاء عملکرد خود را به دست آورد.

۴- وجود یک واحد اختصاصی با عنوان مرکز مدیریت شبکه که به طور مستقیم مسئولیت ادغام مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه را بر عهده دارد.

۵- بکارگیری گروه‌های مختلف علمی به منظور طراحی و ادغام برنامه‌های سلامت در نظام شبکه

۶- تداوم آموزش کارکنان در نظام ارائه خدمات

۷- آموزش دانشجویان پزشکی در داخل شبکه سلامت با رویکرد پزشکی جامعه‌نگر

۸- بهره‌گیری از توان بالقوه شبکه سلامت کشور برای انجام تحقیقات کاربردی و بهره‌مندی از آن در جهت ارتقاء مؤثر سلامت

چالش‌های نظام سلامت و برنامه‌های پیش‌رو برای توسعه آن

جامعه ایران در حال گذار از تجربه تغییرات مختلف در جنبه‌های اجتماعی خود می‌باشد. شهرنشینی و حاشیه‌نشینی، تغییر در روش زندگی آحاد جامعه، ایجاد تغییر در هرم جمعیتی و وقوع تغییرات در محیط اجتماعی و اقتصادی جنبه‌های مختلفی از تغییرات در حال وقوع برای شهروندان ایرانی است که به طور مؤثری وضعیت سلامت آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای دستیابی به افق‌های جدید و مواجهه با این چالش‌ها نظام ارائه خدمات باید واکنش به موقعی نسبت به این تغییرات نشان دهند. در این زمینه تلاش برای تحقق کارآئی، عدالت و پاسخگویی ویژگی‌های اصلی مورد انتظار است. چالش‌های اساسی ناشی از تغییرات فوق‌الذکر در نظام سلامت و راه‌حل‌های پیش‌بینی شده برای آنها را می‌توان شامل موارد زیر دانست:

۱- افزایش همکاری بین بدنه‌های علمی و اجرایی به منظور پاسخگویی به تغییرات محیط و بهره‌گیری از روش‌ها و ابزار علمی برای حل مشکلات.

۲- افزایش شفافیت سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت به منظور جلب همکاری‌های سایر بخش‌ها در خارج از حیطه نظام سلامت.

۳- تقویت رضایت‌مندی مشتریان خدمات

۴- ارتقاء کیفیت نظام اطلاعات به نحوی که بتوان با بهره‌گیری از آن اقدام به تصمیم‌گیری غیرمتمرکز نمود.

۵- توسعه تمرکززدایی به منظور افزایش انعطاف‌پذیری و پاسخگویی به محیط در حال تغییر

۶- افزایش مشارکت مردمی در برنامه‌های سلامت

۷- تأمین مالی پایدار (از طریق تقویت نظام بیمه‌ای کشور)

۸- توسعه و ادغام برنامه‌های سلامت منطبق بر اولویت‌هایی جدید و عوامل مستعد کننده بروز بیماری‌های مزمن مشتمل بر:

• کاهش مصرف دخانیات

• ارتقاء وضعیت تغذیه

- کاهش بار سوانح و حوادث ترافیکی
- افزایش میزان تحرک فیزیکی برای افراد جامعه
- کاهش میزان بروز عوارض سرطان‌ها در جامعه
- کاهش میزان بروز و عوارض ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی در جامعه
- کاهش میزان بروز و عوارض ناشی از بیماری دیابت در جامعه
- ارتقاء سلامت دهان و دندان در جامعه
- کاهش میزان بروز بیماری‌های روانی و ارتقاء سلامت روان در افراد آسیب دیده
- تقویت نظام ارجاع از طریق به کارگیری برنامه‌های جدید مانند پزشک خانواده
- توسعه کمی و کیفی نیروی انسانی

مراجع

۱. گزارش مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه در ایران، سال ۲۰۰۰ میلادی، دکتر فرید ابوالحسنی
۲. تجربه PHC در ایران، سال ۱۹۹۴، دکتر کامل شادپور، یونیسف-تهران
۳. بهره‌مندی از خدمات سلامت در سال ۲۰۰۲، گزارش منتشر شده در سال ۲۰۰۵، دکتر حمیدرضا جمشیدی و دکتر محسن تقوی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴. گزارش آماری، سال ۲۰۰۳، مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۵. Glossary of Political Economy Terms
۶. King Maurice (Ed), 1983. The Iranian Experiment in Primary Health Care: The West Azerbaijan Project (Principal investigations, Dr. Amni and Dr. M.A. Barzgar et al), School of Public Health, Ministry of Health and Social Welfare, Teheran, Oxford University Press, Oxford, UK
۷. WHO, Health Systems Profile of Islamic Republic of Iran -November 2005- World Health Organization-Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO)-Division of Health System and Services Development (DHS) Health Policy and Planning Unit
۸. Management and Planning Organization (2003) The Country's Vision in coming 20 Years, sustainable Development within a Global Approach- Report No. 17. An Introductory Proposal – Tehran
- ۹-مراقبت‌های اولیه سلامت در جمهوری اسلامی ایران- دکتر محمد رضا رهبر-۱۳۸۷
- ۱۰-گزارش اطلاعات و احداث‌های بهداشتی درمانی بر اساس نرم افزار ساختار شبکه - خرداد ۹۲
- ۱۱-مجموعه آموزشی مدیریت سلامت ویژه پزشکان خانواده- دکتر محمد رضا رهبر و همکاران-۱۳۸۹