



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

دکتر رضا شکرریز
متخصص پزشکی اجتماعی
استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف نظام سلامت:

- سازمان جهانی بهداشت اهداف نظام های سلامت را در سه محور اساسی
- افزایش سطح سلامت، Increasing health status
- پاسخگویی Responsiveness
- مشارکت عادلانه مردم در پرداخت هزینه ها Fairness of financial contribution دانسته است.

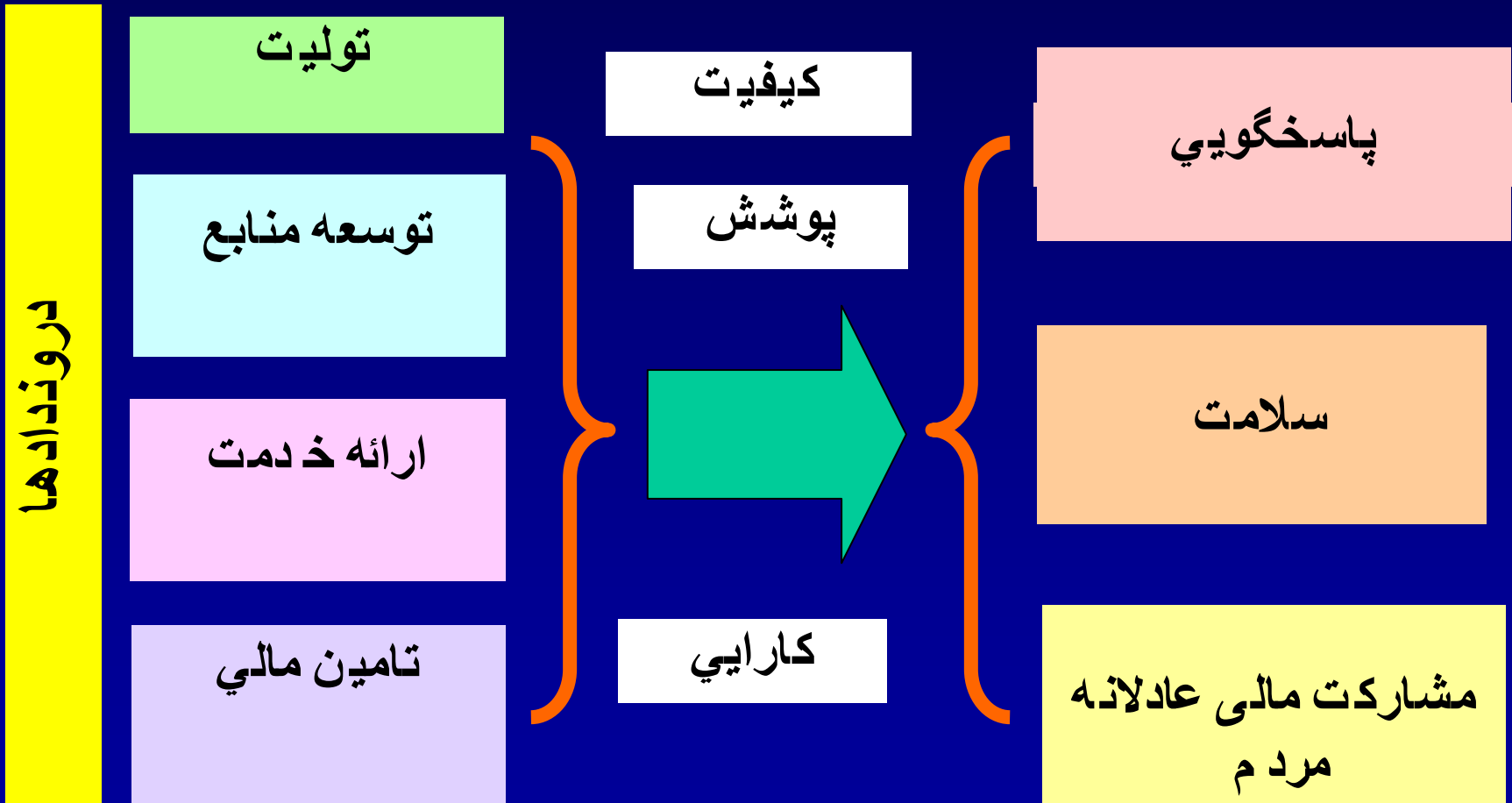
حیطه های عملکرد

- نظام های سلامت در دنیا با اقدام در چهار حیطه
- تولیت، Stewardship
- تولید و توسعه منابع انسانی و غیرانسانی برای سلامت،
Resource generation
- تامین مالی برای پرداخت هزینه های سلامت Financing
- و نهایتاً ارائه خدمات Service provision
- اقدام به تحقق سه هدف اساسی فوق می نمایند

عملکردها و اهداف نظام سلامت

عملکرد نظام

اهداف و پیامدها



. 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 تولیت اقدام می کند ایجاد هماهنگی بین واحدهای عملکردی نظام است

تعریف نظام سلامت

- نظام سلامت را به گونه های متفاوتی می توان تعریف کرد
- محدودترین مرزها برای تعریف نظام سلامت - عوامل اختصاصی مرتبط با ارائه خدمات درمانی و بهداشتی،
- **ارائه خدمات** پزشکی و سلامت و برنامه های بیماریابی و پیش گیری و کنترل بیماریها در این حیطه عمل می کنند

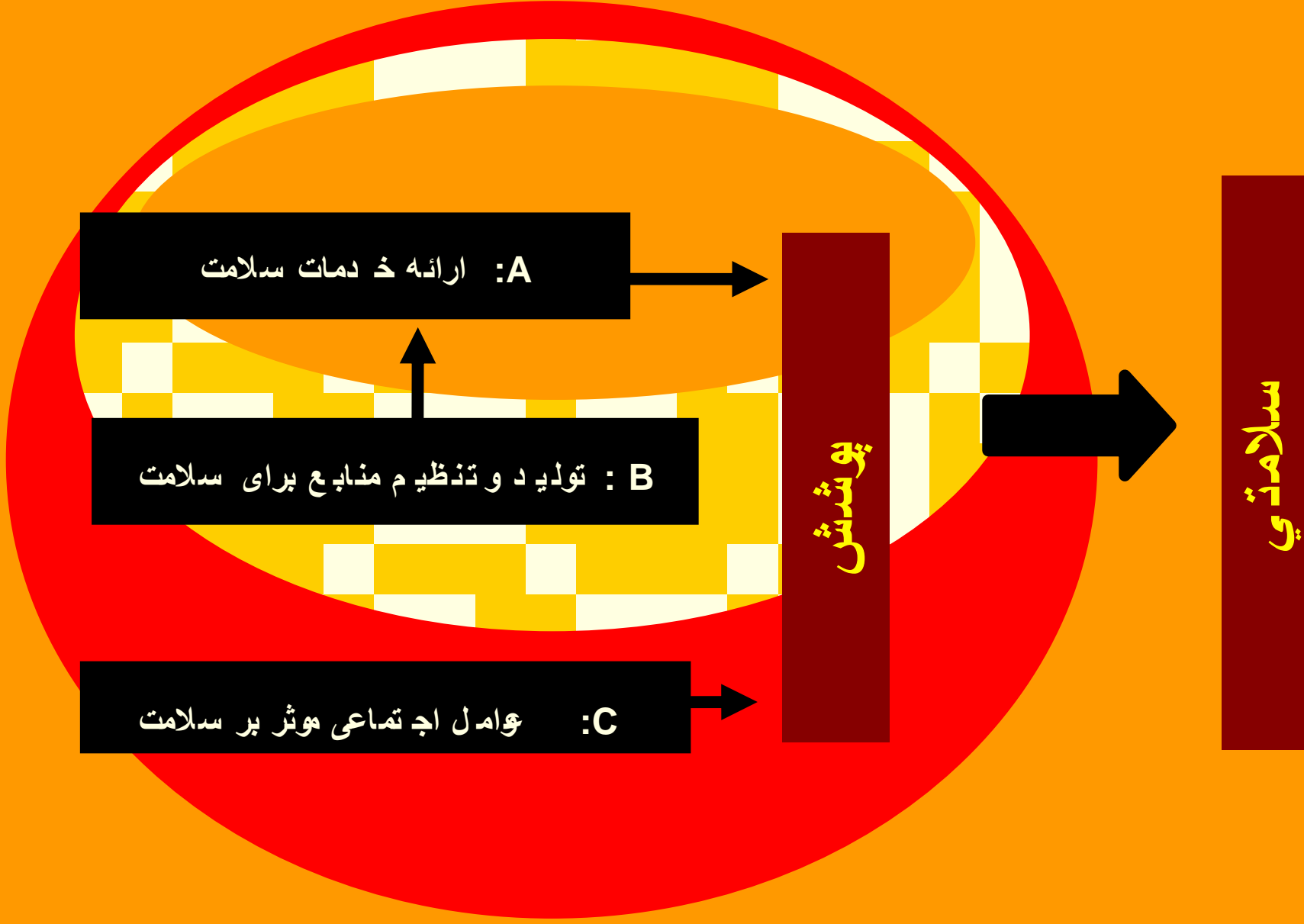
- مرزهای گسترده تری از عوامل اثرگذار
- محورهای **تولید منابع** انسانی و غیرانسانی برای نظام سلامت . بازیگران این حیطه:
- سازمانهایی نظیر دانشگاهها که وظیفه تولید نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات را بر عهده دارند،
- سازمانهایی که وظیفه تامین مالی و امور تنظیم اقتصادی مرتبط با سلامت را بر عهده دارند،
- صنایع تولید اقلام داروئی و تجهیزات پزشکی و سایر سازمان های تولید و توزیع منابع
- سازمان های بیمه گر سلامت که در امر تنظیم اقتصاد سلامت اقدام نموده و اساساً تلاش می نمایند تا از مخاطرات اقتصادی بیماریها برای جامعه تحت پوشش خود بکاهند.

- بر اساس تمامی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

- 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 تاثیرگذار در جهت گیری فرهنگ و رفتار اجتماعی دارند نیز نقشی اساسی در تحقق اهداف سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مردم خواهند داشت



A: ارائه خدمات سلامت

B: تولید و تنظیم منابع برای سلامت

C: عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

پوشش

سلامتی



« بهداشت برای همه » Health for all 2000

- یعنی توزیع عادلانه منابع بهداشتی موجود در بین همه مردم،
- دسترسی به خدمات بهداشتی،
- توسعه اجتماعی و اقتصادی و
- بکارگیری این منابع و خدمات توسط مردم در جهت سلامت خود.
- (سی امین مجمع جهانی بهداشت ۱۹۷۷)

مراقبت های اولیه بهداشتی

مراقبت های اولیه بهداشتی

چیزی فراتر از خدمات بهداشتی سنتی است و بخشی از مفهوم گسترده تر توسعه و منابع انسانی را تشکیل می دهد، **و عبارت است از**

گروهی از خدمات ارائه شده برای افراد، خانواده ها و جوامع، به منظور ارتقاء، نگاهداری، پایش و افزایش سلامت آنها

★ سیاست‌های طراحی و برنامه ریزی نظام ارائه خدمات
بهداشتی درمانی دولتی در ایران

- اولویت خدمات پیش‌گیری بر خدمات درمانی
- اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات
- اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری
- تمرکز زدایی با هدف خود اتکایی مناطق



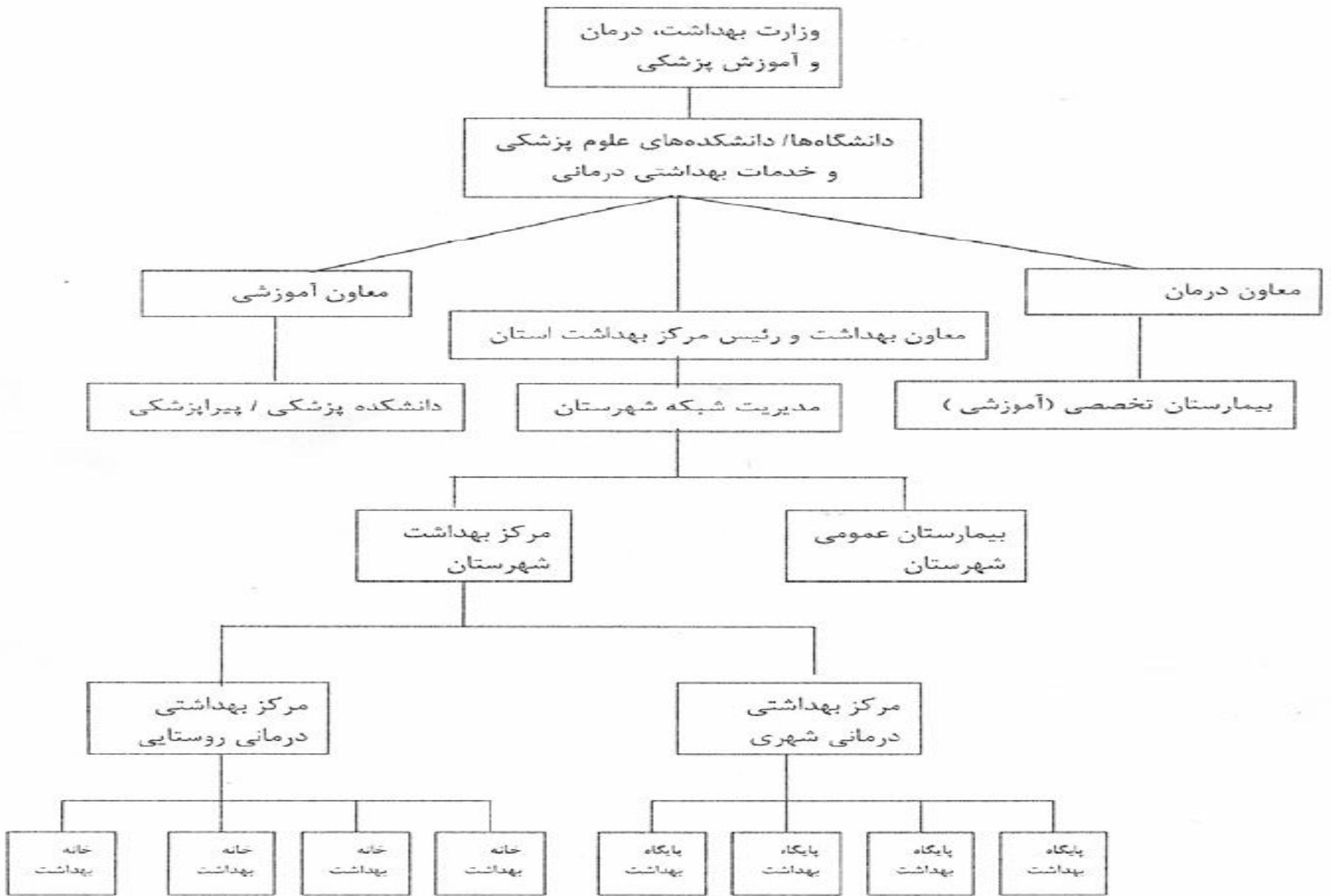
خصوصیات نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در بخش دولتی

ارائه خدمات در سطوح مختلف (سطح بندی خدمات و منابع)

ارائه خدمات به صورت ادغام یافته

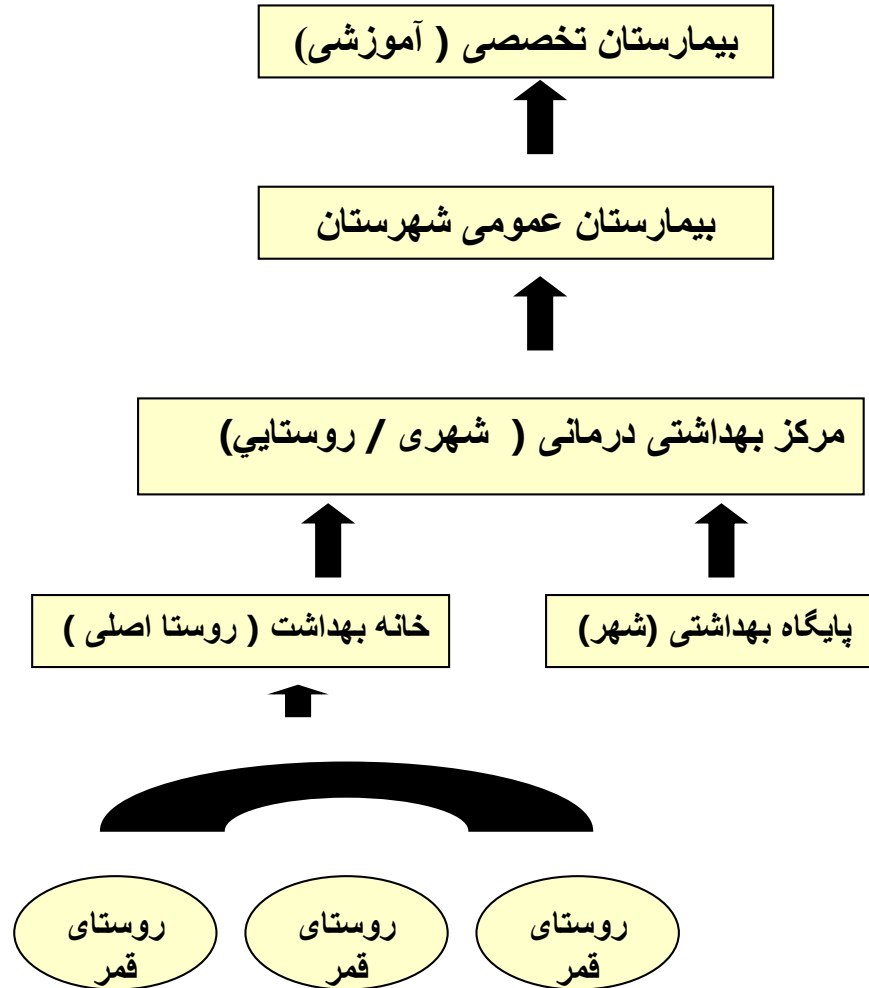
سطح بندی منابع برای جمعیت های تعریف شده

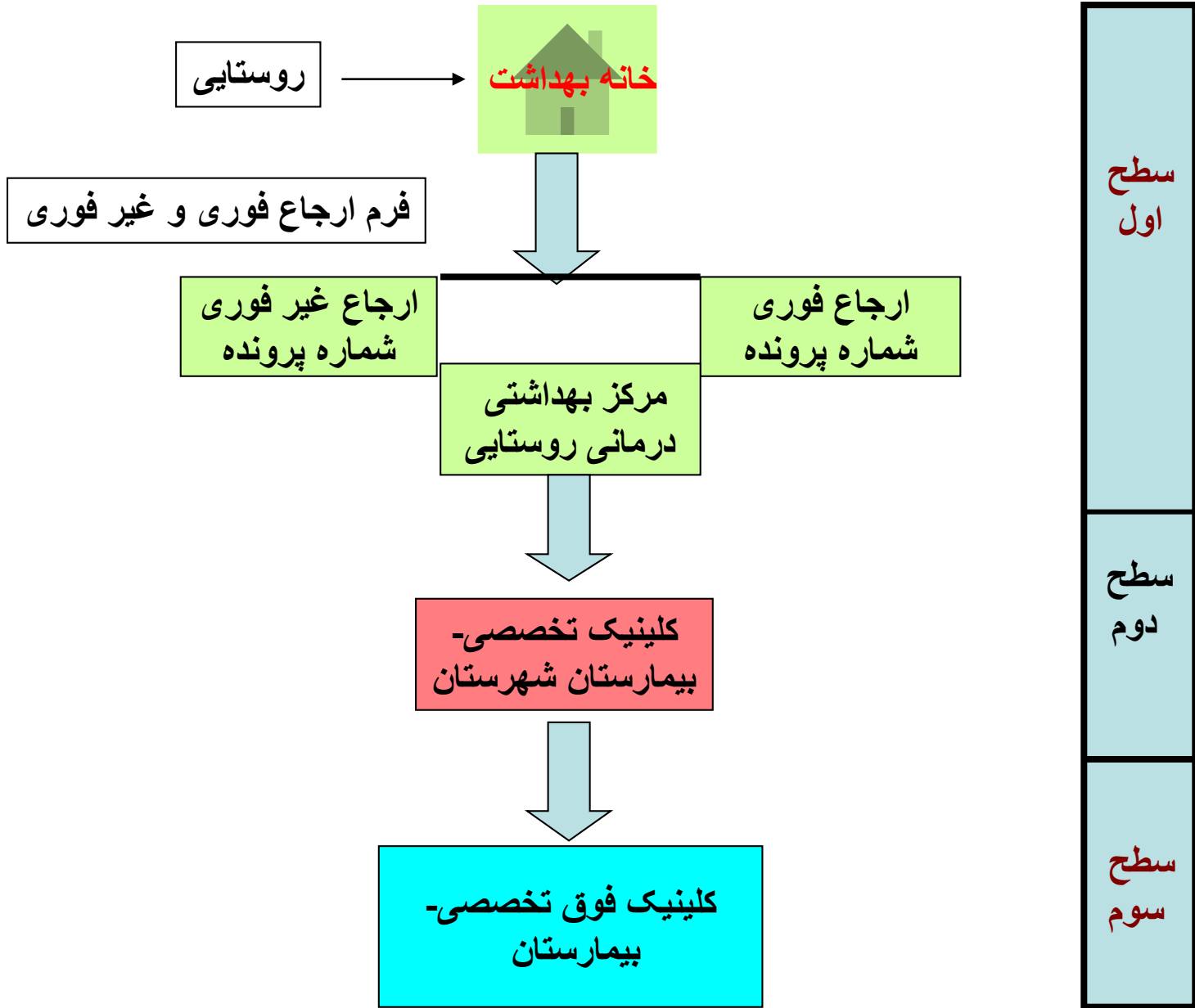
خدمات برنامه ریزی شده و با استانداردهای روشن و تعریف شده



تصویر سازمانی شبکه سلامت در کشور ایران

سطوح ارائه خدمات شبکه بهداشتی درمانی دانشگاهی و نظام ارجاع







بیمارستانهای تخصصی
کامل و اختصاصی

مرکز بهداشت استان

سطح سوم

بیمارستانهای عمومی

مرکز بهداشت شهرستان

سطح دوم

تخصصی و بستری
خدمات درمان

مدیریت و برنامه ریزی
خدمات بهداشتی

سطح اول

مرکز بهداشتی درمانی روستایی

مرکز بهداشتی درمانی شهری

خانه های بهداشت تابعه

پایگاه های بهداشت تابعه



اصول بنیادی نظام PHC ایران

➤ اصول حاکم بر نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور:

1. برقراری عدالت اجتماعی

2. همکاری بین بخشی

3. مشارکت مردمی

4. استفاده از تکنولوژی مناسب

Primary health care

عدالت اجتماعي
مشاركت مردمی
همکاری بین بخشی
تکنولوژی مناسب

مرکزهای اولیه بهداشتی

اصول PHC



اجزاء PHC

1. Education: آموزش
 2. Local Endemic disease: شناخت و پیشگیری از بیماریهای بومی
 3. EPI برنامه گسترش ایمنسازی
 4. MCH سلامت مادر و کودک
 5. Essential Drugs تأمین داروهای اساسی
 6. Nutrition تهیه و توزیع مواد غذایی و آموزش تغذیه صحیح
 7. Treatment درمان مناسب بیماریها و حوادث
 8. Safe Water & Sanitation آب آشامیدنی سالم و بهداشت محیط
- از سال ۱۳۶۹، سلامت روان، بهداشت دهان و دندان، بهداشت مدارس، سالمندان



خدمات سطح اول

- ارتقاء سلامت، پیشگیری و درمانهای اولیه،
- ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پیگیری بیمار، عمده خدمات این سطح را تشکیل می دهند،
- که در چهارچوب خدمات واحد **پزشک خانواده**، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می گیرند.

خدمات سطح دوم

- خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری که در اختیار **ارجاع شدگان از سطح اول** قرار می گیرند و با ارائه **بازخورد** نتیجه از سطح دوم به پزشک خانواده ارجاع کننده، او را از نتیجه کار خویش مطلع می سازند.
- خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیت های این سطح هستند.

خدمات سطح سوم

- خدمات فوق تخصصی سرپایی یا بستری در اختیار **ارجاع شدگان** از سطوح اول و دوم قرار می گیرند و **بازخورد** لازم را برای سطح ارجاع کننده فراهم می سازند.
- در این سطح نیز خدمات فوق تخصصی، تجویز دارو و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک صورت می گیرند.

مرکز بهداشت شهرستان

- به عنوان واحد مدیریتی مستقل برای مدیریت سلامت در سطح شهرستان

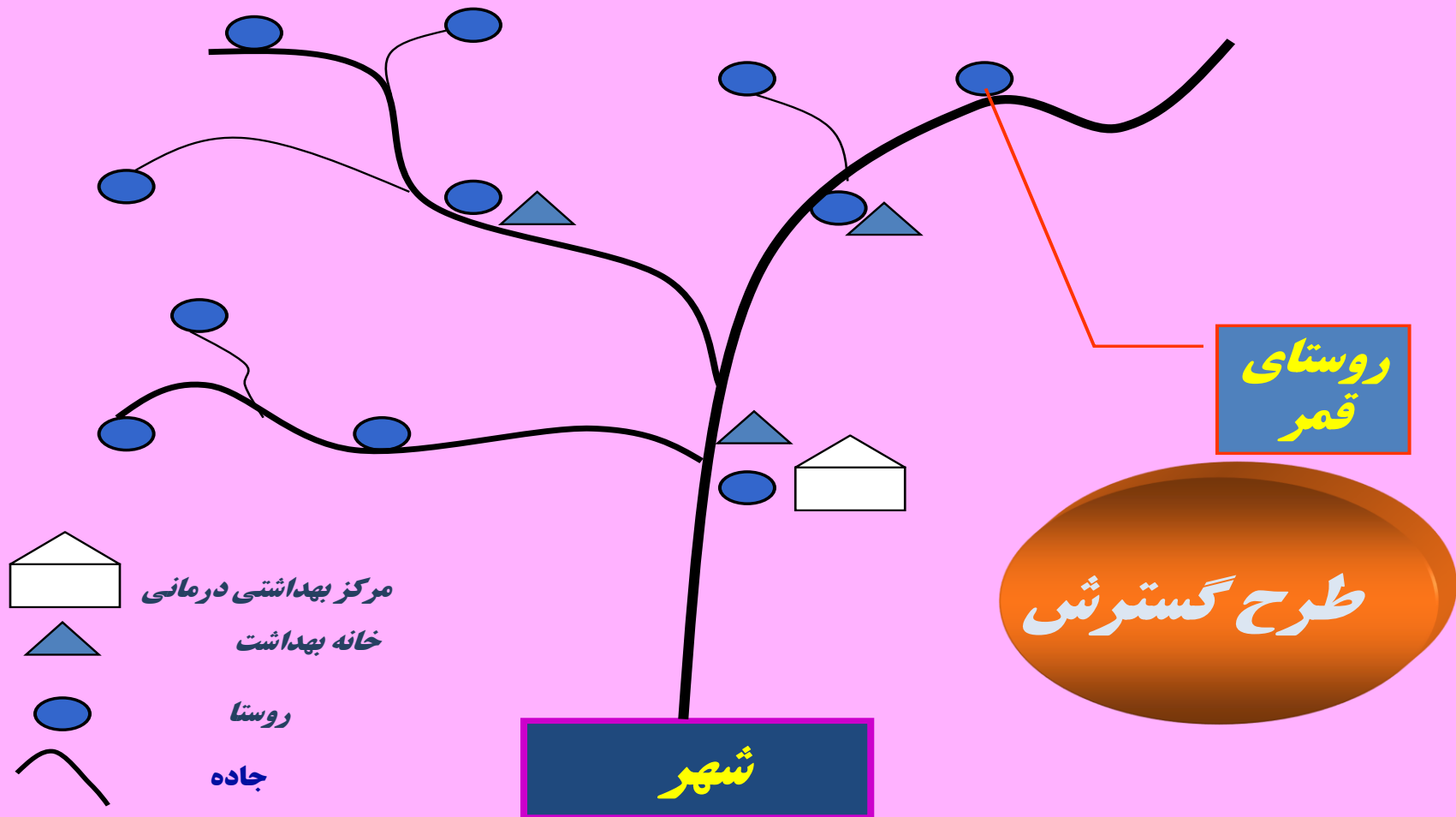
- نقش مرکز بهداشت شهرستان تحقق انتظارات دولت که در وزارت بهداشت تعیین می شود و هدایت راهبردهای آن در سطح شهرستان است.

- مراکز بهداشت شهرستانها مسئول ارزیابی نیازهای سلامت در جمعیت تحت پوشش هستند.

- این مراکز منابع مالی خود را از طریق دولت و بودجه های عمومی و بر اساس سرانه جمعیت تحت پوشش دریافت می کنند.

- طرح تخصیص واحدهای بهداشتی درمانی: «طرح گسترش»
- طرح گسترش محل استقرار تسهیلات بهداشتی و درمانی در سطح هر شهرستان را مشخص می کند.
- 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.

تسهیلات بهداشتی در چه جایی استقرار می یابند؟



اسلاید از آقای دکتر فرید ابوالحسنی

تصویر: نحوه استقرار واحدهای بهداشتی درمانی به مسیر حرکت روستاییان و نحوه پوشش جمعیت در شکل توجه نمایید.

- با چنین شیوه ای دولت توانست
- پوشش بیش از ۹۵٪ برای جمعیتی فراهم آورد که در
- بیش از ۶۵ هزار روستای کشور پراکنده شده اند. 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.

خانه بهداشت

- خانه بهداشت محیطی ترین واحد ارائه خدمات روستایی در نظام شبکه است.
- این واحد متوسط جمعیتی در حدود ۱۰۰۰ تا ۱۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد.
- یک زن و مرد روستایی که بهورز نامیده می شوند در خانه بهداشت اشتغال دارند.
- وظیفه اصلی این کارکنان ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی به مردم تحت پوشش است.
- هر خانه بهداشت یک یا چندین روستا را تحت پوشش دارد.
- در حال حاضر ۱۷۳۲۵ خانه بهداشت با تعداد بهورزانی نزدیک به ۳۰ هزار نفر بیش از ۹۵٪ از جمعیت روستایی را تحت پوشش دارند.



شهرستان شمیرانات، خانه بهداشت سیاه سنگ، محیط عمومی خانه بهداشت



شهرستان دماوند، خانه بهداشت چنار غرب، محیط عمومی خانه بهداشت



مرکز بهداشتی درمانی روستایی

مرکز بهداشتی درمانی روستایی یک واحد روستایی است که یک تا پنج خانه بهداشت را تحت پوشش دارد. در این واحد حداقل یک پزشک عمومی و چند کاردان و پرسنل خدماتی دیگر مشغول به کار هستند. محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی بیشتر در روستاهای بزرگی است که مسیر تردد روستائیان به مناطق شهری هستند.

پزشک مرکز ضمن نظارت بر فعالیتهای خانه بهداشت و هدایت آنان نیازهای درمان تخصصی و بستری جمعیت تحت پوشش خود را از طریق ارجاع و ارتباط با بیمارستان شهرستان تأمین می‌کنند. محل استقرار مرکز باید بگونه‌ای باشد که در مسیر طبیعی جمعیت روستاهای مذکور قرار گیرد و مرکز روستایی حداقل چهار کاردان با وظایف متفاوت دارد.

- ۱- کاردان زن با مسئولیت بهداشت خانواده
- ۲- کاردان مرد با مسئولیت بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای و مبارزه با بیماری‌ها
- ۳- کاردان بهداشت دهان و دندان
- ۴- کاردان دارویی و آزمایشگاه

واحدهای عرضه خدمات در شهر

۱- پایگاه بهداشت

پایگاه بهداشت محیطی ترین واحد ارائه خدمت در محیط شهر است و مسئول ارائه خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی به جمعیت شهری است. ارائه این خدمات به مردم مناطق شهری شباهت زیادی به ارائه این خدمات در مناطق روستایی دارد. هر پایگاه بهداشت، جمعیتی در حدود ۱۲۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. در هر پایگاه بهداشت سه نفر کاردان بهداشت خانواده، یک نفر کاردان بهداشت محیط و حرفه ای و یک نفر ماما ارائه خدمت می نمایند.

کلیه خدماتی که در روستا بعهده خانه های بهداشت قرار دارد در مناطق شهری به عهده پایگاه بهداشتی و تفاوت وظیفه آنان در نکات زیر است:

دریافت خدمات در این مرکز به ازای مراجعه فرد است و ارائه خدمات از نوع غیر فعال می باشد.

در این پایگاه یک کاردان بهداشتی مرد و سه کاردان بهداشت خانوادہ زن کار می کنند و وجود کاردان مامایی در این پایگاه حتماً لازم است. وظیفه پیگیری دریافت خدمات به عہدہ رابطین بهداشتی است. کلاس های آموزش برای رابطین بهداشت در ہفتہ یک روز در پایگاہہای بهداشتی برگزار می شود. یکی از این کاردانہای بهداشت خانوادہ ہمہ روزہ بہ مدارس و کارگاہہایی کہ کارگران زن دارند سرکشی می نماید و یکی از کاردانہای بهداشت خانوادہ ہمیشہ در محل پایگاہ حضور داشته تا در صورت مراجعہ افراد تحت پوشش خدمات لازم را ارائه نماید.

کاردان بهداشت عمومی مرد در خدمات بهداشت محیط ، بهداشت حرفہ ای، و بررسی اپیدمیولوژیک اولیہ را در منطقہ تحت پوشش خود بہ عہدہ دارد.

وظیفہ کاردان مامایی مراقبت از مادران، تنظیم خانوادہ و گذاشتن I.U.D در مراکز می باشد.

پایگاہ بهداشتی وظیفہ پرداختن بہ کارہای درمانی حتی در مورد تجویز داروہای بدون نسخہ را ندارد ولی در مواقع لزوم می توانند ارجاع دهند.

مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی شهری اساساً شبیه مرکز بهداشتی درمانی روستایی است و سه تا پنج پایگاه بهداشتی تحت پوشش دارد. حداقل دو پزشک عمومی به منظور انجام وظایف مدیریتی مرکز (بویژه نظارت بر عملکرد پایگاه‌ها) و همچنین پذیرش موارد ارجاعی در مرکز بهداشتی درمانی شهری اقدام به ارائه خدمات می‌نمایند. پایگاه بهداشتی ضمیمه به همراه تعدادی از پرسنل خدماتی، مجموعاً ترکیب سازمانی مرکز بهداشتی درمانی شهری را تشکیل می‌دهند.

تمام وظایف مرکز بهداشتی درمانی روستایی در قبال خانه بهداشت را این مرکز در مقابل پایگاه‌های بهداشت شهری خواهد داشت.

وظیفه مرکز بهداشتی درمانی شهری در ۵ دسته زیر خلاصه می‌شود:

- ۱- خدمات پزشکی، حضور پزشک و دارو یار لازم است
 - ۲- خدمات تشخیص طبی، کاردان علوم آزمایشگاهی و رادیولوژی را می‌خواهد
 - ۳- خدمات دندانپزشکی، حضور دندان پزشک را لازم دارد
 - ۴- خدمات تکمیلی برای موارد ارجاع شده از پایگاهها و مناطق دیگر وجود پزشک و بهیار دارو یار لازم است.
 - ۵- هدایت و پایش خدمات پایگاههای بهداشت شهری تابعه.
- در شهرهای فاقد بیمارستان و نیز در شهرهایی که دسترسی به بخش اورژانس بیمارستان آسان نیست یک یا چند مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه‌روزی ایجاد می‌شود تا دسترسی و رسیدگی به موارد اورژانس فراهم باشد.

نظام اطلاعاتی مراقبت‌های بهداشتی اولیه درمانی

- اساساً نظام اطلاعاتی شبکه سلامت مبتنی برگردآوری اطلاعات برای جمعیت‌های تعریف شده تحت پوشش واحدهای ارائه خدمات می باشد
- با انجام سرشماری بهداشتی سالیانه اطلاعات مورد نیاز در مورد جمعیت و گروه‌های هدف به دست می آید.
- از آنجا که گردآوری تمام داده‌های مورد نیاز از طریق نظام ثبتی مقدور نیست با انجام مطالعات دوره‌ای داده‌های مورد نیاز برخی از شاخص‌های سلامت گردآوری می شود.
- به عنوان نمونه وضعیت تأثیر برنامه‌های سلامت بر جمعیت تحت پوشش از این طریق مورد سنجش قرار می گیرد

عناصر نظام اطلاعات در شبکه سلامت

الف - نظام ثبت اطلاعات جاری

- پرونده خانه وار
- زیج حیاتی
- دفاتر مراقبت و پی گیری
- فرم های گزارش ماهانه
- نرم افزار نظام شبکه

ب - انجام مطالعات دوره ای

ج - سرشماری ها

- 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

1. وجود شبکه ای کارا و عدالت محور برای ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی مختلف.
2. وجود مدل موفقی از تربیت نیروی انسانی برای خانه های بهداشت (بهورز) برای ارائه خدمات در محیط با کارایی بالا و عدم تمرکز
3. 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.
4. وجود یک واحد اختصاصی با عنوان مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت که به طور مستقیم مسئولیت ادغام مراقبتهای اولیه بهداشتی درمانی را بر عهده دارد.

5. بکار گیری گروه های مختلف علمی به منظور طراحی و ادغام

برنامه های سلامت در نظام شبکه

6. تداوم آموزش کارکنان در نظام ارائه خدمات

7. آموزش دانشجویان پزشکی در داخل شبکه سلامت با رویکرد

پزشکی جامعه نگر

8. بهره گیری از توان بالقوه شبکه سلامت کشور برای انجام

تحقیقات کاربردی و بهره مندی از آن در جهت ارتقاء مؤثر

سلامت

چالش‌های نظام سلامت و برنامه‌های پیش رو برای توسعه آن

1. افزایش همکاری بین بدنه‌های علمی و اجرایی به منظور پاسخگویی به تغییرات محیط و بهره‌گیری از روش‌ها و ابزار علمی برای حل مشکلات.
2. افزایش شفافیت سیاست‌ها و برنامه‌های سلامت به منظور جلب همکاری‌های سایر بخش‌ها در خارج از حیطه نظام سلامت.
3. تقویت رضایت مندی مشتریان خدمات
4. ارتقاء کیفیت نظام اطلاعات به نحوی که بتوان با بهره‌گیری از آن اقدام به تصمیم‌گیری غیرمتمرکز نمود.
5. توسعه تمرکززدایی به منظور افزایش انعطاف پذیری و پاسخگویی به محیط در حال تغییر
6. افزایش مشارکت مردمی در برنامه‌های سلامت
7. تأمین مالی پایدار (از طریق تقویت نظام بیمه‌ای کشور)

8. توسعه و ادغام برنامه های سلامت منطبق بر اولویت هایی جدید و عوامل مستعد کننده بروز بیماری های 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 بیماری های 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 بیماری های روانی و ارتقاء سلامت روان در افراد آسیب دیده
- تقویت نظام ارجاع از طریق به کارگیری برنامه های جدید مانند پزشک خانواده
- توسعه کمی و کیفی نیروی انسانی



• در گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت مجدداً "توجه جهانی به مراقبتهای اولیه بهداشتی (PHC) معطوف شده است و شعار

• "مراقبتهای اولیه بهداشتی، امروز بیش از همیشه
" (PHC Now More than Ever)

مطرح می باشد.

- کشور ایران با سابقه ای درخشان در این زمینه که به گفته بسیاری از کارشناسان داخلی و خارجی دارای یکی از برجسته ترین نظام های PHC در جهان است
- باید تلاش کند تا نقاط ضعف و نگرانی های کنونی این نظام را اصلاح نموده و به تقویت آن همت گمارد

- نبود سیاستگذاری قوی همراه با طراحی در ستاد ملی
- توجه به این نکته که مدیریت غیرمتمرکز در تمام جوانب، مناسب و مفید نیست و بلکه برخی از جنبه ها باید تمرکز جهانی هم داشته باشد
- نبود ارتباط صحیح بین نهاد اجرایی و آکادمیک
- فقدان نظارت صحیح و پایش و ارزشیابی
- مشکل در بهنگام سازی دانش و مهارت پرسنل
- فقدان انگیزه در پرسنل
- حفظ دستاوردها: چه از نظر ارتباط با ارائه دهندگان خدمت و مردم و چه از بعد اقتصادی

- تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیک و نبود برنامه PHC در شهرها با دوسوم جمعیت کشور
- تغییر در سطح سواد مردم
- نظام پرداخت
- مشکلات قانونی مثل: ممنوعیت گسترش شبکه در مناطق شهری در قالب واحدهای ارائه دهنده خدمت دولتی با وجود حاکمیتی بودن خدمات سلامتی بویژه در سطح اول
- فرسودگی شبکه
- توزیع نادرست اعتبارات
- ضرورت انجام ارزشیابی خدمات و تعیین سهم تاثیر آنها نسبت به سایر تغییرات اقتصادی و اجتماعی و
-

• چند نکته مهم:

+ به خاطر داشته باشیم که تعریف آلماتا از PHC در آن زمان، راهی برای توسعه جامعه بود (مثل توجه به همکاری های بین بخشی). بهداشت برای همه بود تا مسیری باشد برای صلح جهانی.

+ در واقع نه فقط نظام سلامت که کل توسعه را دربر می گرفت ولی این مفهوم در لایه های مختلف زمان، محدود شد و در قالب GOBIFFF جای گرفت. بویژه دانشگاهیان PHC را مترادف خدمات سطح اول می شناسند که خطاست.

+ در PHC استفاده از نیروهای سنتی موجود در منطقه مورد توجه است.

+ باید نظام PHC پایدار باشد تا بتواند نظام جامعی را ارائه دهد بطوریکه آنها که بیشترین نیاز را دارند، متناسب با نیازشان خدمت دریافت کنند (برقراری عدالت).

+ برنامه پزشک خانواده به عنوان انقلاب دوم نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ایران فقط در قالب PHC امکان موفقیت دارد.



متشكرم و موفق باشيد