

نظام سلامت و شبکه بهداشت و درمان در ایران

مفهوم نظام سلامت و
مروری بر پیشینه و ساختار شبکه
بهداشت و درمان



دستیابی به اهداف سلامت بدون سرمایه گذاری کافی و موثر در نظام سلامت و خدمات آن ناممکن است. برای تحقق این موضوع، استفاده صحیح از منابع، به کارگیری راهبردهای خلاقانه و مبتنی بر نیاز جامعه، مطابق با ساختار و سطح بندی مراقبتهای بهداشتی درمانی اولیه و توجه ویژه به عدالت در سلامت از اهمیت افزونتری برخوردار است.

برای بهرهمندی مناسب افراد محروم و آسیب پذیر از نظام سلامت تضمینی وجود ندارد؛ مگر آن که نظام سلامت با ساختار و سازماندهی تنظیم شده، خدمات پایه و اساسی را به صورت ادغام یافته و فعال در اختیار آنها قرار دهد. برای این منظور باید بار دیگر اولویتهای مورد تاکید نظام سلامت مورد توجه قرار گیرد: **اولویت روستا بر شهر، اولویت مناطق محروم بر مناطق برخوردار، اولویت پزشکی عمومی بر انواع تخصصهای پزشکی، اولویت خدمات سرپایی به بستری.** علاوه بر این، الزم است تا بخشهای مختلف (دولتی، خصوصی و تعاونی) نیز برای دستیابی به نتایج سلامت سرمایه گذاری کنند. تحقق شاخصهای سلامت در عرصه های کارآمدی، پاسخگویی و تامین مناسب منابع مالی، نیازمند **مشارکت مردمی و همکاری بین بخشی** است. همه بخشها باید در زمینه برنامه ریزی، تامین منابع مالی و تجهیزاتی و نیروی انسانی، حدا کثر مشارکت را داشته باشند.



نظام سلامت و اهداف آن

تعریف و تبیین نظام سلامت

نظامهای سلامت عبارتند از: تمام سازمانها و موسسات و منابعی که به ارائه یا تولید اقدامات سلامت اختصاص دارند.

یک اقدام سلامت عبارت است از هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه های بین بخش انجام می گیرد و اهداف آن ارتقاء سلامت است.

سازمان جهانی بهداشت نظام سلامت را اینگونه تعریف می کند: «نظام سلامت مجموعه ای است از مردم، سازمان ها و منابع که بر اساس سیاست ها و قوانین ملی در کنار هم قرار می گیرند تا سلامت جامعه تحت پوشش را ارتقاء دهند». با توجه به این تعریف، تمامی افراد و سازمان هایی که به نحوی با سلامت در ارتباط هستند - از یک مامای سنتی در دور افتاده ترین روستا تا یک پزشک متخصص در بزرگ ترین بیمارستان تخصصی - همه در زیر چتر نظام سلامت قرار می گیرند. بنابراین مشخص است که ارتباط نظام سلامت با زندگی روزمره هر کدام از ما بسیار پیچیده و غیر قابل تفکیک خواهد بود.





اهداف نظام های سلامت

نظامهای سلامت سه هدف بنیادین دارند :

❖ ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش

❖ پاسخ دادن به انتظارات مردم

❖ محافظت مالی در برابر هزینه های سلامت نا مطلوب

هر چند که ارتقاء سلامت هدف اصلی نظام سلامت است، اما تنها هدف آن نیست. سلامت خوب ، به خودی خود در واقع شامل دو جنبه است :بهترین سطح میانگین قابل دستیابی ؛خوبی و کمترین تفاوت ممکن میان افراد و گروهها در این دستیابی ، عادلانه بودن .

خوبی به این معنی است که یک نظام سلامت به درستی به آنچه مردم از آن انتظار دارند، پاسخ دهد،

عادلانه بودن به معنی آن است که این نظام به گونه ای در برابر هر فرد و بدون قائل شدن تمایز به این نیاز ها پاسخ دهد.

واضح است که هدف معنی بخش نظامهای سلامت همانا حفظ و ارتقاء سلامت است اما اهداف درونی دیگری نیز برای آن مطرح است. این اهداف به مسایلی مانند عادلانه بودن شیوه پرداخت افراد برای مراقبت سلامت و نحوه پاسخ نظامها به انتظارات و توقعات مردم در ارتباط با نحوه درمان آنها بر

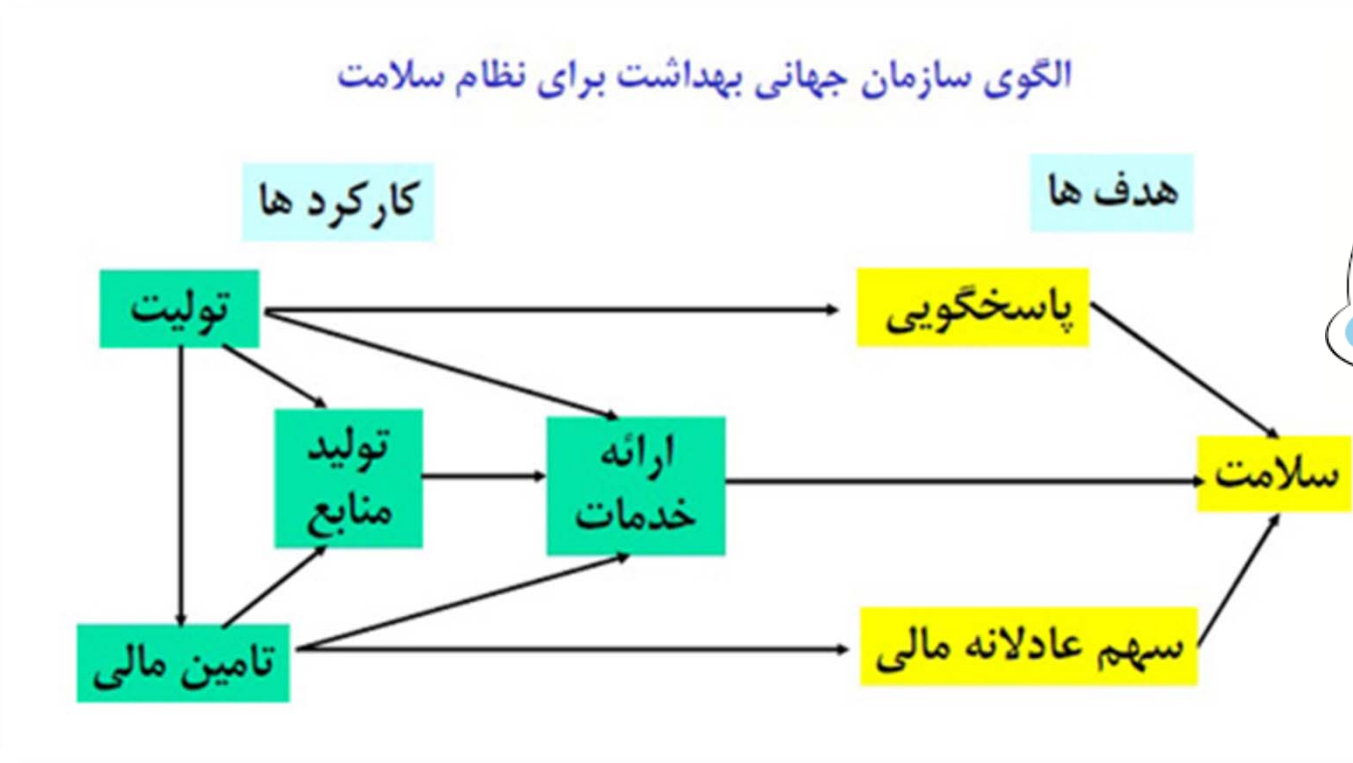


کارکردهای اصلی نظام سلامت

تمام نظامهای سلامت کارکردهای چهارگانه زیر را انجام می دهند:

- ارائه و توزیع خدمات سلامت فردی و غیر فردی ؛ ارائه خدمات
- تهیه و تامین منابع انسانی و فیزیکی ضروری جهت امکان بخشیدن به این امر؛ تولید منابع
- افزایش ، انباشت و مدیریت درآمدهای کسب شده جهت جهت خرید این خدمات ؛ تامین مالی
- عمل به صورت متولیان کلی این منابع ، نیروها و انتظاراتی که به آنها مربوط می شود ؛ تولید

نظام سلامت واهداف آن



تفاوت بنیادین سلامت با دیگر نیازهای انسانی

سلامت تفاوت بنیادی با سایر نیازهای افراد جامعه دارد و این تفاوت ریشه در بیولوژی ؛ زیست شناسی دارد. همانگونه که جانatan میلر به زیبایی به این امر اشاره می کند: از تمام چیزهای موجود در این جهان ، بدن انسان وضعیتی خاص و منحصر به فرد دارد ، **نه تنها این بدن در مالکیت فرد است بلکه فرد نیز تحت مالکیت بدن خود است و بدن در شکل گیری فرد نقش دارد.** بدن ما کاملاً " با تمام چیزهای دیگری که ادعای مالکیت شان را داریم متفاوت است. ممکن است پول ، کتاب یا حتی خانه خود را از دست بدهیم ولی کماکان خودمان باشیم اما تصور معنی دار بودن یک فرد بدون بدن خودش امری محال و غیر عقلانی است. هر چند که ما از بدنمان به عنوان ملکی که درون آن زندگی می کنیم یاد می کنیم اما بدنمان در واقع یک شکل خاص از اجاره است. بدن ما جائی است که همیشه امکان برقراری ارتباط با دیگران را برای ما فراهم میکند.

نظام سلامت واهداف آن

شخصی که بدنبال درمان و مراقبت از سلامت خویش است نیز یک **مشتری** محسوب می شود مانند همه کالاها و خدمات دیگر و ممکن است خود او در سلامت خویش مشارکت داشته باشد .

مثلاً" با تبعیت از عادات خوب غذایی ، بهداشت فردی و ورزش و همچنین پیروی از مصرف داروها و سایر توصیه های بهداشتی درمانی. اما همین شخص ، جسم فیزیکی نیز هست که تمام این مراقبت به سوی وی هدایت می شود. بنابراین سلامت شخصا " **یک سرمایه غیر منقول** است که از این منظر تا حدی به سایر سرمایه های انسانی مانند آموزش، دانش حرفه ای یا مهارت های ورزشی شباهت دارد. اما هنوز هم از جهات مهمی با آنها تفاوت دارد. سلامت ، در معرض خطرات عمده و غیر قابل پیشبینی قرار می گیرد که عمدتاً "مستقل از یکدیگر هستند. تفاوت دیگر آن است که نمی توان مانند دانش و مهارتها بر آن افزود. ذکر این خصوصیات کافی است که متوجه شویم که سلامت، تفاوت ذاتی و ریشه ای با سایر سرمایه هایی دارد که افراد ، خود را بر علیه از دست دادن یا آسیب بیمه می کنند.

شاخصهای سلامت

فهرست شامل شاخصهای سلامت که در سال ۲۰۰۰ اعلام گردید عبارتند از: **حرمت انسانی - اشتغال ، استقلال ، امنیت ، مسئولیت فردی ، پاسخگو بودن مسئولین ، سطح سواد ، خدمات بهداشتی درمانی**. شایان ذکر است که بر مبنای این شاخصها در بین ۱۹۴ کشور جهان رتبه ایران ۹۳ می باشد شاخصهای تعیین شده از سوی سازمان بهداشت جهانی در خصوص سلامت انسان نشان دهنده آن است که موضوع سلامت بسیار پیچیده و وسیع می باشد و برای دستیابی به سلامت انسان بایستی گستره وسیعی از عوامل فرهنگی ، اقتصادی ، اجتماعی و سیاسی یک جامعه را با دید سیستماتیک اصلاح نمود.

شاخصهای ساختار نظام شبکه حق برخورداری از مراقبتهای سلامت برای تمامی شهروندان همراه با توزیع عادلانه خدمات سلامت، در **قانون اساسی** کشور تبلور می یابد. در عمل، چنین تفکری موجب شده است تا نظام سلامت کشور بر مبنای خدمات اساسی که از منابع عمومی تأمین اعتبار میشوند، **آحاد مردم** را از مراقبتهای اولیه سلامت که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عرضه میشوند بهره مند سازد.

پیشینه نظام شبکه در ایران

در طی تاریخ، ارائه خدمات سلامت، یکی از تعهدات مهم دولتها بوده است. به علاوه با شکل گیری ساختارهای حکومتی مبتنی بر مردم سالاری، ارائه خدمات سلامت به یکی از مطالبات مردم و یا نمایندگان آنها مبدل شده است، بنابراین دولتها تلاش میکنند این خدمات را به عنوان یکی از برنامه های رفاهی به مردم عرضه نمایند و معمولاً برای تامین خدمات سلامت، منابع مالی از محل بودجه های عمومی در نظر گرفته میشود. بعد از جنگ جهانی دوم و تشکیل سازمان جهانی بهداشت، برنامه های مختلفی از جمله واکسیناسیون عمومی و مبارزه با بیماریهای واگیر شامل مالاریا، سل، جذام از جمله خدمات سلامت عمومی بودند که به صورت برنامه های عمومی در بسیاری از کشورها به خصوص کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران اجرا گردیدند. با عنایت به نیاز به ارائه خدمات بهداشتی درمانی در مناطق دور افتاده، در دهه هفتاد میلادی، استفاده از نیروهای داوطلب و یا کادر کمکی بومی در برخی از کشورها مثل چین و ایران به عنوان راهبردی برای ...

پیشینه نظام شبکه در ایران

... ارائه خدمات سلامت در مناطق روستایی انتخاب شدند. با توجه به این تجارب، در سال ۱۹۷۸ کنفرانس بین المللی آلماتا توسط سازمان جهانی بهداشت برگزار شد که شاید مهمترین رویداد تاریخی در تحول ارائه خدمات سلامت در جهان باشد. در این نشست جهانی که منجر به صدور **اعلامیه آلماتا** شد، کشورهای جهان تصمیم گرفتند تا راهبرد **PHC** را برای نیل به اهداف متعددی از جمله تحقق عدالت در دسترسی جامعه به مراقبتهای اولیه سلامت اجرا نمایند. همزمان در راستای ارائه در دهه ۵۰ شمسی اجرا خدمات نظام مند به مردم در کشورمان نیز تجاربی وجود داشت. از جمله این تجارب میتوان طرح بهدار روستا استان فارس، طرحهای سازمان خدمات اجتماعی در فارس و تهران و طرح مشترک سازمان برنامه و بودجه وقت و سازمان خدمات اجتماعی در لرستان و طرح ارومیه را نام برد که از بین این طرحها، طرح ارومیه به عنوان الگوی مناسب انتخاب گردید. برگزاری نشست آلماتا همزمان بود با وقوع انقلاب اسلامی در ایران، ...



شناخت تاریخچه ارایه خدمات بهداشتی درمانی در ایران

به علت توزیع ناعادلانه دسترسی به خدمات اولیه سلامت از سال ۱۳۱۹ تا سال ۱۳۵۱ هجری شمسی چندین تجربه در ایران جهت افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی به اجرا گذاشته شد که مهم ترین آنها :

- طرح تربیت بهدار
- طرح سپاه بهداشت
- طرح رضائیه

طرح تربیت بهدار

از سال ۱۳۱۹ در مشهد و از سال ۱۳۲۵ در اصفهان و شیراز اجرا شد. بهدارها از میان داوطلبان دارای مدرک تحصیلی دیپلم متوسطه برای خدمت در مناطق روستایی و شهرهای کوچک انتخاب می شدند. این افراد پس از ۴ سال آموزش نظری و عملی به اخذ گواهینامه لیسانس پزشکی نایل می آمدند و متعهد بودند که به مدت ۸ سال در مناطق محروم و روستایی کشور خدمت کنند .



طرح سپاه بهداشت

این طرح از سال ۱۳۴۳ تا سال ۱۳۵۷ با همکاری وزارت بهداری و وزارت دفاع اجرا شد. در این طرح تعدادی از فارغ التحصیلان گروه پزشکی که مازاد بر نیاز نیروهای مسلح بودند، پس از سه ماه آموزش نظامی و بهداشتی، در اختیار وزارت بهداری قرار داده می شدند تا بقیه خدمت وظیفه خود را در نقاطی که وزارت بهداری تعیین می کند بگذرانند.

طرح رضائیه

دانشکده بهداشت و وزارت بهداری در رضائیه (ارومیه فعلی)، WHO از سال ۱۳۵۱ بطور مشترک، توسط آذربایجان غربی به اجرا در آمد و به طرح رضائیه معروف شد. راهبرد اصلی این طرح، تربیت و بکارگیری عوامل غیر پزشک برای ارایه مراقبتهای اولیه بهداشتی بود محل ارایه خدمت این خدمات را خانه بهداشت، تیم های ارایه کننده خدمت کارکنان زن را بهورز و کارکنان مرد را بهداشتیار می نامیدند .

پیشینه نظام شبکه در ایران

.. بنابراین توسعه خدمات اجتماعی به خصوص خدمت به مناطق محروم به یکی از اولویتهای دولت مبدل گشت. با توجه به صدور اعلامیه آلماتا و تجارب طرحهای اجرایی در قبل از انقلاب، طرح گسترش شبکه های بهداشت و درمان کشور بر اساس مراقبتهای اولیه بهداشتی PHC به عنوان راهبرد اساسی نظام سلامت در سال ۱۳۶۳ تصویب شد و سپس در هر استان، یک شهرستان به عنوان نمونه برای اجرای طرح انتخاب گردید. از آنجایی که طرح دارای پیشینه فنی و علمی بود برای مدیران ارشد نظام سلامت و سیاستگذاران کشور به خوبی مورد پذیرش قرار گرفت و طرح از حمایتهای سیاسی خوبی برخوردار شد. لذا واحدهای ارائه خدمت بر اساس طرح گسترش شبکه های کشور با سرعت چشمگیری به خصوص در مناطق روستایی ایجاد و راه اندازی شدند به طوری که در فاصله سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۰ بیش از ۸۸۰۰ خانه بهداشت، ۶۰۰ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۴۳۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری و ۱۴۷ مرکز آموزش بهورزی راه اندازی و فعال شد. ...



پیشینه نظام شبکه در ایران

همچنین تعداد بهورزان از ۴۲۳۶ به ۱۹۴۶۸ نفر افزایش یافت در ابتدای دهه هفتاد شمسی از آنجایی که شبکه بهداشت و درمان کشور در مناطق شهری به خصوص در شهرهای بزرگ و حاشیه شهرها با چالش کافی نبودن واحدهای ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی و پایین بودن دسترسی به مراقبتهای مورد نیاز مردم مواجه بود، برنامه ایجاد پایگاه های بهداشتی و استفاده از داوطلب بهداشتی (طرح رابطین) در سال ۱۳۷۲ اجرا گردید. با اجرای این برنامه و استفاده از تجارب حاصل از توسعه شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در مناطق روستایی (ایجاد خانه های بهداشت و به کارگیری بهورزان)، دسترسی مردم به مراقبتهای اولیه فعال فراهم گردید. در مراقبت های اولیه بهداشتی، یکی از چالشهای نظام شبکه که از انتظارات به حق مردم نیز به شمار می آمد، خدمات درمانی مناسب و نظام ارجاع به سطح دوم (بیمارستان) با استفاده از نظام بیمه ای بود. ...



پیشینه نظام شبکه در ایران

اگر چه این موضوع در طراحی اولیه شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی نیز مد نظر قرار داشت، ولی تا ابتدای دهه ۸۰ هنوز به مرحله اجرا درنیامده بود. بنابراین در سال ۱۳۸۴ طرح بسیج همگانی بیمه روستاییان (بهبیر) اجرا شد. براساس این برنامه، حدود ۲۸ میلیون نفر از جمعیت روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر تحت پوشش این برنامه قرار گرفتند و طرح پزشکی خانواده در کلیه واحدهای ارائه دهنده خدمت مناطق مذکور با همکاری سازمان خدمات درمانی کشور (بیمه سلامت فعلی) اجرا گردید. از آنجایی که ضرورت اجرای این برنامه در مناطق شهری نیز وجود داشت، در سال ۱۳۸۸ قرار شد که برنامه پزشکی خانواده نیز در مناطق شهری اجرا شود، ولی با توجه به مشکلات اجرایی طرح، از جمله عدم تامین منابع مورد نیاز، این برنامه فقط در دو استان فارس و مازندران اجرا شد. اجرای طرح تحول سلامت با عنایت به مطرح شدن برنامه پوشش همگانی سلامت در کشورمان که از سال ۱۳۹۲ شروع شد، ...



پیشینه نظام شبکه در ایران

یکی از برنامه های مهم حوزه بهداشت، بازنگری و به روزرسانی نظام شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی کشور بود که به مرحله اجرا درآمد. اهم برنامه های مهم اجرا شده **طرح تحول حوزه بهداشت** عبارت بودند از: بازنگری بسته خدمت بر اساس نیازهای سلامت مردم از جمله بار بیماریهای غیروا گیر و عوامل خطر بر حسب گروههای سنی ، بازنگری واحدهای ارائه دهنده خدمت در قالب مراکز جامع سلامت و پایگاههای سلامت، افزودن نیروی انسانی جدید با عنوان مراقب سلامت و کارشناسان روانشناس بالینی و تغذیه، بازسازی و بهبود استاندارد ساختمان و تجهیزات واحدهای ارائه خدمات شبکه، استقرار پرونده الکترونیک سلامت در قالب سامانه یکپارچه بهداشت، ظرفیت سازی مدیران و کارشناسان نظام شبکه، خرید راهبردی خدمات با توجه به رخداد همه گیری کووید-۱۹ در کشورمان، برای پیشگیری و کنترل بیماری با انجام تغییراتی در این خصوص، بستری برای ارائه خدمات مختلف از جمله رهگیری، انجام تست در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، درمان، پیگیری و ارجاع بیمار از واحدهای شبکه مهیا گردید که نقش مهمی در پیشگیری و کنترل بیماری داشت، بنابراین این موضوع باعث شد که سیاستگذاران نظام، تقویت نظام شبکه را به عنوان یک اولویت مهم مطرح نموده و مورد توجه قرار دهند.

شاید برای بسیاری از مردم و البته بسیاری از فعالان حوزه سلامت، نام روستای چنقرالوی پل و حیدرلوی بیگلر در استان آذربایجان غربی نامی آشنا نباشد اما برای قدیمی‌ها و پیشکسوتان عرصه بهداشت کشور یادآور نخستین خانه بهداشت است که در آبان ماه سال ۵۲ احداث و افتتاح شده است. خانه بهداشت روستای چنقرالوی پل در اکثر منابع علمی دنیا به‌عنوان نخستین خانه بهداشت ثبت شده که در ایران نیز اولین خانه بهداشت است که در ۵۲ سال قبل به بهره‌برداری رسیده است.

aparat.com/webda.umsu.ac.ir

ساختار نظام سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متشکل از معاونت های مختلف در بالاترین سطح است. در سطح استانها، دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، مسئولیت تربیت نیروی انسانی برای بخش سلامت و ارائه خدمات سلامت را برعهده دارند. در برخی از استانهای کشور مانند تهران، بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد. علاوه بر آن، دانشگاههای علوم پزشکی دیگری نظیر دانشگاههای آزاد اسلامی، ارتش، شاهد و بقیه الله در کشور وجود دارند که به طور عمده در محورهای تربیت نیروی انسانی فعالیت میکنند. بیمارستانهای آموزشی و غیر آموزشی، مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی و خانه ها و پایگاه های سلامت، تحت نظارت دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی وابسته به وزارت بهداشت فعالیت میکنند. سطح بندی خدمات برای آنکه خدمات به شکلی مؤثر، عادلانه و با کارآمدی مناسب در اختیار مردم قرار گیرند، سطوح سه گانه خدمات مشتمل بر سطح اول، دوم و سوم در نظام شبکه پیش بینی و استقرار یافته است. سطح اول شامل خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت است، در سطح دوم مراکز خدمات جامع سلامت استقرار یافته اند و سطح سوم شامل بیمارستانها و کلینیکهای تخصصی است.

