

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، حداکثر 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، سازمانها و منابع که بر اساس سیاستها 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 سازمانهایی که به نحوی با سلامت در ارتباط هستند - از یک ماما سنتی در دور افتاده ترین روستا تا یک پزشک متخصص در بزرگترین 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 می گردد.



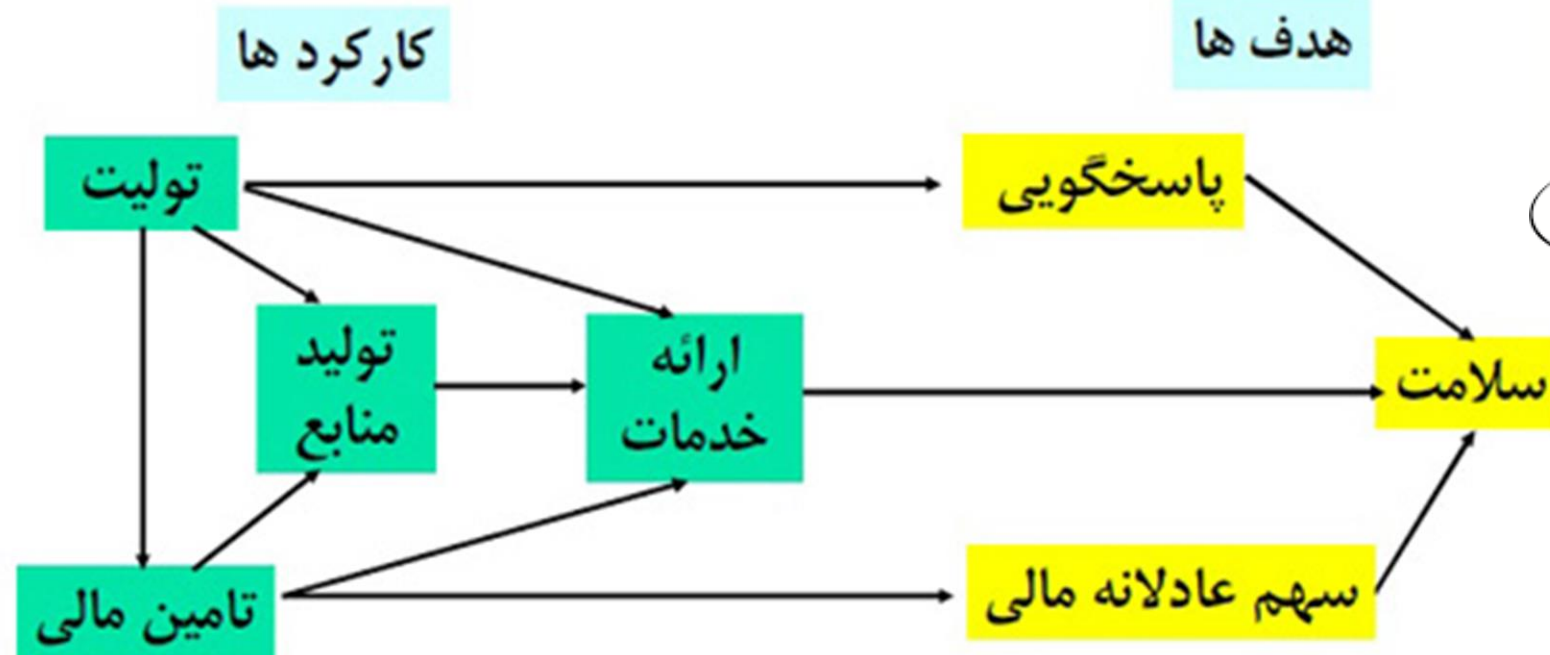
کارکردهای اصلی نظام سلامت

تمام نظامهای سلامت کارکردهای چهارگانه زیر را انجام می دهند:

- ارائه 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 خرید این خدمات ؛ تامین مالی
- عمل به صورت متولیان کلی این منابع ، نیروها و انتظاراتی که به آنها مربوط می شود ؛ تولید

نظام سلامت و اهداف آن

الگوی سازمان جهانی بهداشت برای نظام سلامت



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 جاناتان میله 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 جایی 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 توانمانند 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 شکل‌گیری ساختارهای حکومتی مبتنی بر مردم‌سالاری، 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 برنامه‌های رفاهی به مردم عرضه نمایند و معمولاً برای تأمین خدمات سلامت، منابع مالی از محل بودجه‌های عمومی در نظر گرفته میشود. بعد از جنگ جهانی دوم و تشکیل سازمان جهانی بهداشت، برنامه‌های مختلفی از جمله واکسیناسیون عمومی و مبارزه با بیماری‌های واگیر شامل مالاریا، سل، جذام از جمله خدمات سلامت عمومی بودند که به صورت برنامه‌های عمودی 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 خدمات 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 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 (بهبهر) 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 ۴۳ سال قبل به بهره‌برداری رسیده است.

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.

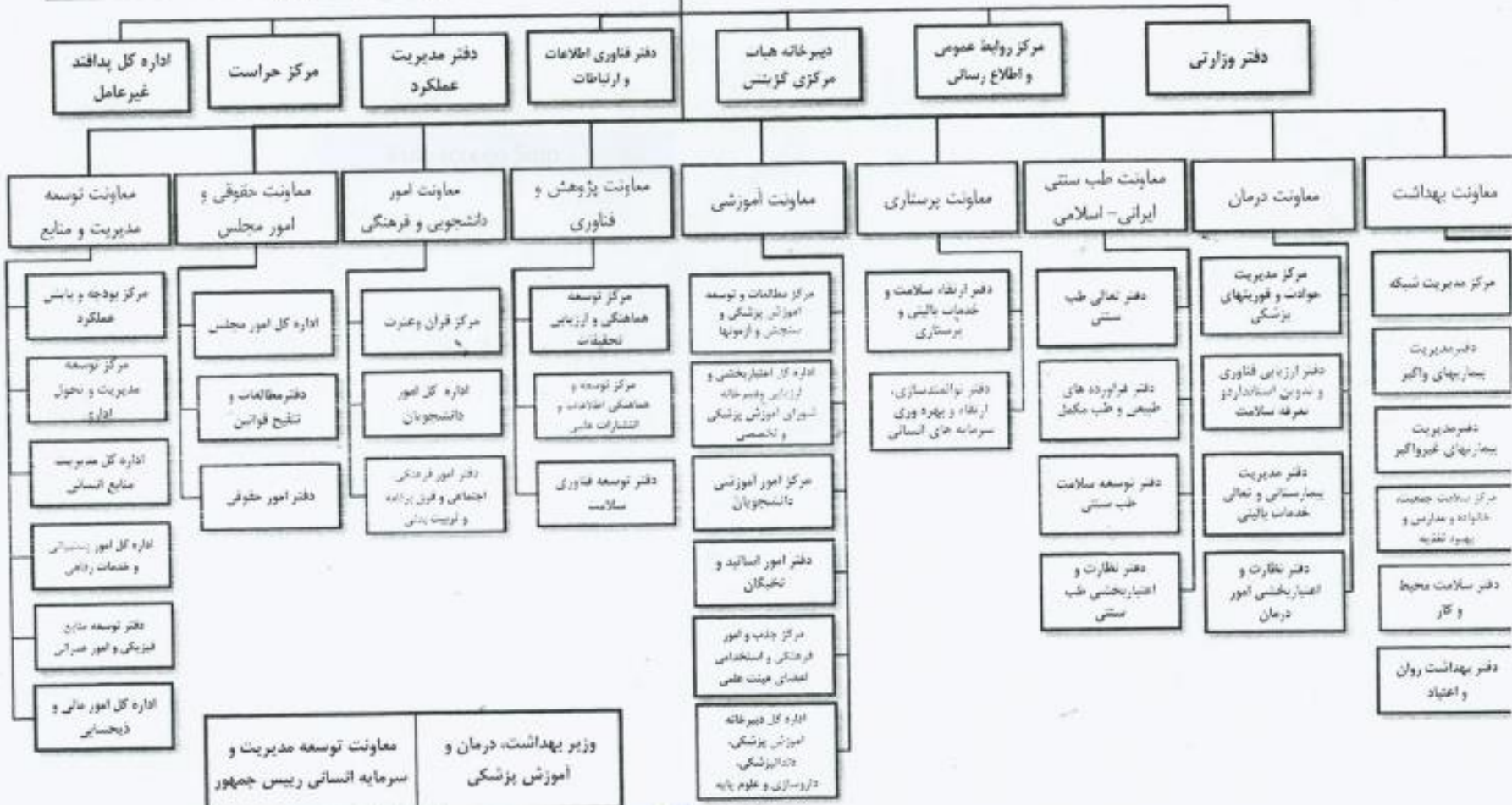


بسمه تعالی

نمودار سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وزیر

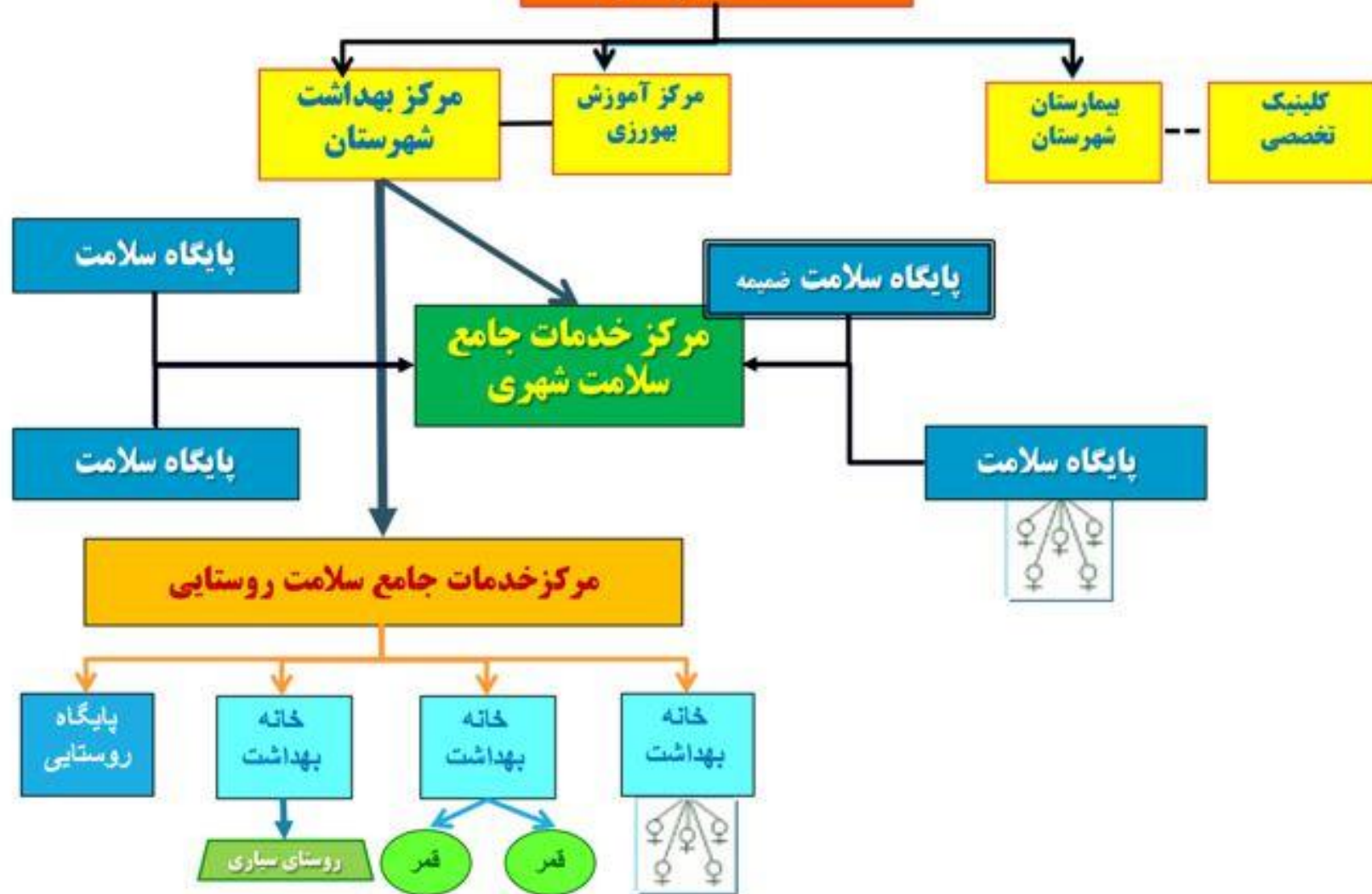
- دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و دانشگاه بهزیستی و توانبخشی
- سازمان انتقال خون ایران
- انستیتو پاستور ایران
- شرکت پژوهش و بالایش خون
- سازمان غذا و دارو
- آزمایشگاه مرجع سلامت
- صندوق رفاه دانشجویان



وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 محمدحسن طریقتی
 تاریخ تصویب: تیرماه ۱۳۹۲

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

شبکه جامع و همگانی سلامت شهرستان



ساختار سازمانی نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران



ساختار شبکه بهداشت و درمان (طرح گسترش)

اصول و شاخصهای انتخاب محل و تعداد واحدهای ارائه دهنده خدمت در هر شهرستان، طرحی تحت عنوان (طرح گسترش) برای تخصیص واحدهای بهداشتی درمانی وجود دارد. 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: تعداد جمعیت و وضعیت پراکندگی (دسترسی جغرافیایی این جمعیت). به منظور نگارش طرح گسترش، کارشناسان مرکز بهداشت شهرستان باید اطلاعات مربوط به استقرار جمعیت در نواحی مختلف را گردآوری و آنها را بر روی نقشه، علامتگذاری کنند. این نقشه ها، تمامی دسترسی جغرافیایی جمعیت را به وضوح به تصویر میکشند. راهها و مسیر حرکت جمعیت برای دسترسی به سایر مناطق نظیر شهرها، نقشی اساسی در اختصاص واحدهای ارائه خدمت به روستاییان دارد. با چنین شیوه ای، نظام شبکه تا حال حاضر توانسته است بیش از ۹۸ درصد جمعیت را که در شمار قابل توجهی از روستاها با پراکندگی جغرافیایی بالا مستقر هستند، تحت پوشش قرار دهد.

ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان (طرح گسترش)

معیارهای انتخاب محل و تعداد واحدهای ارائه دهنده خدمات عبارتند از: انتخاب شهرستان به عنوان مقیاس اداری و جغرافیایی، سطح بندی خدمات و ارائه خدمت از طریق نظام ارجاع، ارائه خدمات به شکل ادغام یافته، سهولت دسترسی جغرافیایی در هیچ شرایطی فاصله بیشتر از نیم ساعت با خودرو نباشد. استقرار واحدها باید در مسیر حرکت طبیعی مردم باشد. تراکم و پراکندگی جمعیت و دسترسی فرهنگی سطح اول ارائه خدمت خانه بهداشت روستایی و پایگاه سلامت شهری، محل ارائه خدمات سطح یک، است. بهورزان، ارائه دهندگان خدمات در خانه های بهداشت روستایی و مراقبین سلامت، کارکنان ارائه دهنده خدمت در پایگاههای سلامت شهری هستند. وظیفه اصلی خانه ها و پایگاههای سلامت، ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی درمانی به مردم است. این واحدها، نخستین سطح تماس مردم و اولین سطح ارجاع به شمار می آیند. خانه های بهداشت روستایی با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۱۰۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) راه اندازی میشوند. به ازای هر خانه بهداشت برای ارائه خدمت به هر ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر یک بهورز در نظر گرفته شده و به طور معمول در هر خانه بهداشت یک بهورز زن و یک بهورز مرد پیش بینی میشود.

ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان (طرح گسترش)

در حال حاضر تعداد خانه های بهداشت مصوب طبق طرح گسترش ۱۹۰۹۶ و تعداد خانه های بهداشت فعال ۱۷۹۵۸ مورد است. بر این اساس تعداد کسری خانه های بهداشت ۱۱۳۸ مورد که معادل ۵.۹۶٪ است. در مناطق شهری با محدوده جمعیتی ۱۲۵۰۰ نفر بین ۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر و در کلانشهرها تا ۲۵۰۰۰ نفر پایگاههای سلامت شهری ایجاد میشود. در پایگاه ها، ماماها و سایر مراقبین سلامت اقدام به ارائه خدمات می نمایند. مراقبین سلامت مستقر در پایگاهها از میان کاردانان و کارشناسان بهداشت خانواده و مبارزه با بیماریها و پرستاران انتخاب میشوند. تعداد مراقبین سلامت مستقر در هر پایگاه ۵ نفر پیش بینی میشود. در روستاهایی که جمعیت آنها ۳۰۰۰ نفر یا بیشتر (۳۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر) باشد، تبدیل خانه یا خانه های بهداشت موجود به پایگاه سلامت روستایی یا راه اندازی پایگاه سلامت روستایی تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری صورت می پذیرد. مجموع تعداد پایگاههای سلامت پیش بینی شده طبق طرح گسترش ۶۴۴۱ مورد است. بر این اساس، کسری پایگاههای سلامت در سطح کشور ۸۰۱ مورد معادل ۱۲ درصد است.

ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان (طرح گسترش)

مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی، سطح دوم ارائه خدمات هستند که در آنها، پزشکان و دیگر اعضای تیم سلامت فعالیت میکنند. وظیفه این مراکز، پذیرش ارجاعات از سطوح پایین تر و پایش و نظارت بر آنها است. مراکز خدمات جامع سلامت روستایی با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی به طور متوسط برای حدود ۸۰۰۰ نفر (بین ۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر) راه اندازی خواهند شد. برای جمعیت کمتر از ۴۰۰۰ نفر راه اندازی مرکز با استراتژی کاهش نیروها همراه است. هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی بین یک تا ۶ خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی را تحت پوشش خود دارد (با رعایت امکان دهگردشی). مراکز خدمات جامع سلامت شهری با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی، تمرکز جمعیت و دسترسی فرهنگی به طور متوسط برای حدود ۴۰۰۰۰ (۲۵ تا ۵۰ هزار) نفر و در کلانشهرها تا ۸۰۰۰۰ نفر راه اندازی خواهند شد. در هر مرکز خدمات جامع سلامت ۲ تا ۴ پزشک عمومی مستقر میشوند. این پزشکان در کنار کارشناسان سلامت روان و تغذیه، سلامت محیط و کار، کارشناس آزمایشگاه، تغذیه و یک تا دو دندانپزشک و سایر پرسنل اجرایی و سرایدار اقدام به ارائه خدمات می نمایند.

ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان (طرح گسترش)

کار پزشک و اعضای تیم سلامت، پذیرش ارجاعات از سطح اول است. بر اساس طرح گسترش در سطح کل کشور ۶۰۸۹ مرکز خدمات جامع سلامت عادی و ۵۵۰ مرکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی پیش بینی شده است. در حال حاضر تعداد مراکز خدمات جامع سلامت عادی فعال ۵۶۲۲ مورد و مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی فعال ۵۴۴ مورد میباشد. بر این اساس، تعداد کسری مراکز خدمات جامع سلامت عادی ۴۶۷ مورد و مجموع کسری مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی ۶ مورد است.

در نهایت در کنار گسترش شبکه های بهداشت و درمان و توفیق های آشکار آن در حوزه بهداشت عمومی ، نظام سلامت ایران در سالهای پس از انقلاب اسلامی دستاوردهای فراوان داشته است: در تربیت نیروی انسانی و گسترش پژوهش، راه اندازی شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی، برقراری نظام ژنریک دارو، افزودن به تعداد تختهای بیمارستانی، احداث مراکز تخصصی و فوق تخصصی، تجهیز بخشهای حیاتی و ایجاد مراکز جدید جراحی قلب و عروق، چشم و پیوند اعضا، راه اندازی مراکز متعدد سی تی اسکن، MRI، سنگ شکن و تجهیز مراکز آموزشی به بخشهای آندوسکوپی، آنژیوگرافی، سونوگرافی و لاپاراسکوپی و توفیق در ساخت تجهیزات پزشکی در داخل کشور . در این سالها موفقیت کشور در گسترش پوشش خدمات ایمن سازی مبارزه با بیماریهای واگیردار، کاستن از مرگ و مبارزه با بیماریهای غیرواگیردار زبانزد بوده است.

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

۱. خانه بهداشت

محیطی ترین واحد ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور و مستقر در روستا است. هر خانه بهداشت بسته به شرایط جغرافیایی به ویژه راههای ارتباطی و جمعیت ممکن است یک یا چند روستا را در پوشش خدمات خود داشته باشد. خانه های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای ۱۲۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) راه اندازی می شوند.

روستاهای محل استقرار خانه بهداشت روستای اصلی و سایر روستاهایی که فاصله کمتر از ۶ کیلومتر از خانه بهداشت را دارند و تحت پوشش همان خانه بهداشت قرار میگیرد را روستای قمر نامیده می شوند.

روستاهایی که فاصله بیش از ۶ کیلومتر را از خانه بهداشت داشته و تحت پوشش مستقیم تیم سیار (مرکز خدمات جامع سلامت مرکز بهداشت خانه بهداشت) هستند را روستای سیاری نامیده می شوند.

در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور دو نوع خانه بهداشت وجود دارد:

خانه بهداشت معمولی محل ارائه خدمت به جمعیت روستایی و عشایری ساکن

خانه بهداشت عشایری : محل ارائه خدمت به جمعیت عشایر کوچ رو



آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

نیروی انسانی خانه بهداشت

از جوانان علاقمند و بومی روستا و بر اساس مدرک تحصیلی لیسانس یا فوق دیپلم مامایی، بهداشت عمومی پرستار برای بهورز زن و بهداشت محیط بهداشت عمومی و پرستار برای بهورز مرد و در صورت نبود لیسانس و فوق دیپلم در روستا از دارندگان مدرک دیپلم (انتخاب و در دوره های آموزشی مراکز آموزش بهورزی شهرستان مهارت آموزی می شوند.

بطور متوسط یک بهورز میتواند خدمات مورد نیاز ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر جمعیت را در طول یک سال بطور فعال ارائه دهد ولی بر اساس شرایط فرهنگی و نوع وظایف معمولاً ۲ بهورز زن و مرد در هر خانه بهداشت مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی مورد نیاز جمعیت را ارائه می دهند.

وظایف خانه بهداشت

- شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت انجام سر شماری و شناسایی جمعیت تحت پوشش
- شناسایی عوامل و مشکلات اثر گذار بر سلامت در منطقه
- تشکیل پرونده الکترونیک و ... بر اساس شرح خدمات
- ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش بر اساس شرح خدمات

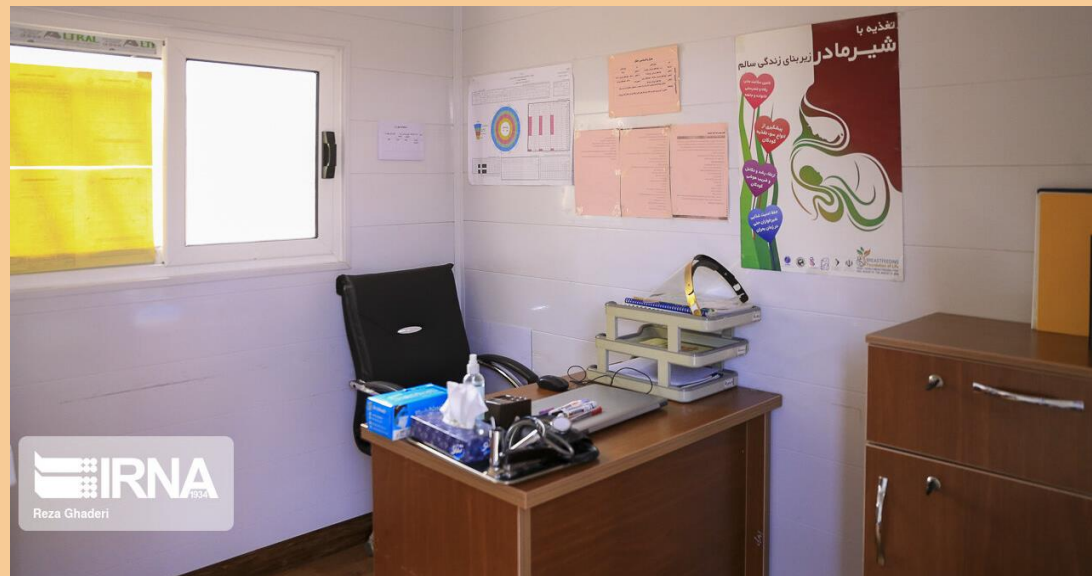


آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

- بازدید و جمع آوری اطلاعات مربوط به شاخصهای بهداشت بر اساس دستور العمل های ابلاغی
- آموزش و مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف
- غربالگری افراد بر اساس شرح خدمات
- پیگیری مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر
- ارجاع مراجعه کننده به سطح بالاتر در صورت لزوم بر اساس راهنمای اجرایی و بالینی و ارائه خدمات مورد نیاز برای مراجعه کننده بر اساس پس خوراند دریافتی از سطوح بالاتر
- پیگیری موارد ارجاع
- دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
- بررسی سلامت محیط و توصیه های لازم بر اساس دستور العمل های ابلاغی
- بررسی و شناسایی کارگاههای خانگی و غیر خانگی روستای اصلی و قمر
- ثبت و گزارش دهی صحیح دقیق و به هنگام بر اساس فرم ها دستور العمل ها و تکالیف محوله



خانه بهداشت سیار عشایری



آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

۲. پایگاه سلامت روستایی

چنانچه جمعیت در روستای اصلی ۴۰۰۰ نفر یا بیشتر (۴۰۰۰) تا ۸۰۰۰ نفر باشد می بایست خانه بهداشت موجود به پایگاه سلامت روستایی تبدیل شوند یا به جای خانه بهداشت اقدام به راه اندازی پایگاه روستایی گردد.

پایگاه های سلامت روستایی میتوانند تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت روستایی با یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی باشند.

نیروی انسانی پایگاههای سلامت روستایی

شامل دو مراقب سلامت خانواده و یک نیروی خدماتی خواهد بود که مراقبتهای اولیه بهداشتی درمانی مورد نیاز جمعیت را بصورت فعال ارائه می دهند

وظایف پایگاه سلامت روستایی

- بروز رسانی جمعیت تحت پوشش و ثبت اطلاعات
- شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن و تفکیک جغرافیایی بلوکهای تحت مسئولیت هر مراقب سلامت
- تشکیل و ارائه خدمت مبتنی بر پرونده الکترونیکی سلامت
- ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش و پیگیری آنها با استفاده از داوطلبین سلامت سفیران سلامت ارسال پیامک تلفن و ... و پیگیری درب منزل

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

- انجام خدمات فعال مراقبتی گروه های سنی
- ارائه خدمات مکمل یاری مکمل های دارویی
- اجرای برنامه خود مراقبتی مطابق بسته خود مراقبتی
- اجرای دقیق و کامل کلیه بسته های خدمت مصوب ابلاغ شده
- خدمات نمونه گیری و ارسال نمونه ها به آزمایشگاه ها
- تشکیل شوراهای محلی بهداشت
- اجرای خدمات ارجاع به پزشک دندانپزشک ، کارشناسان تغذیه ، سلامت روان ، محیط و کار

۳. مراکز خدمات جامع سلامت روستایی

مراکز خدمات جامع سلامت روستایی مراکزی هستند که یک یا چند خانه بهداشت با پایگاه سلامت روستایی را تحت پوشش قرار میدهند و جمعیت تحت پوشش آنان بطور متوسط حدود ۸۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰) میباشد

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

۴. مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی روستایی

در مناطق روستایی که جمعیت تحت پوشش آنان بیش از ۱۲۰۰۰ نفر است همچنین در گلوگاه جمعیتی واقع شده و در فاصله بیش از نیم ساعت با خودرو تا نزدیکترین بیمارستان با واحد درمانی شبانه روزی دیگر قرار داشته باشند مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی روستایی می نامند این مراکز دارای دو اتاق بستری موقت (کمتر ۶ ساعت) امکانات احیای قلبی ریوی و انجام جراحی های کوچک هستند.

نیروی انسانی مراکز خدمات سلامت روستایی و شبانه روزی :

شامل پزشک ماما دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان کاردان کارشناس آزمایشگاه، کاردان کارشناس رادیولوژی دستیار دندانپزشک پرستار بهیار، مراقب سلامت ناظر کاردان کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای کارشناس روانشناسی بالینی کارشناس تغذیه متصدی پذیرش، سرایدار و نگهبان

وظایف مرکز خدمات جامع سلامت روستایی

- (۱) مدیریت سلامت منطقه جغرافیای تحت پوشش مرکز و پایگاه های سلامت
- (۲) خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

(۳) خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای جمعیت های خاص و در مراکز خاص بر اساس ضوابط مرکز مدیریت شبکه

(۴) درمان بیماران سرپایی

سایر جزییات شرح وظایف در دستور عمل اجرایی پزشک خانواده روستایی

۵. پایگاه سلامت شهری

واحدی مستقر در منطقه شهری زیر مجموعه مراکز خدمات جامع سلامت شهری است که بر اساس تراکم جمعیت بازای هر ۶ تا ۲۰ هزار نفر در منطقه متوسط برای جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر) خدمات فعال مراقبت های اولیه بهداشتی را ارائه میدهد.

پایگاه سلامت شهری به دو صورت :

پایگاه ضمیمه : پایگاه هایی که در داخل مرکز خدمات جامع سلامت مستقر هستند.

پایگاه غیر ضمیمه پایگاههایی که در نقاطی از شهر که تراکم جمعیت زیاد است برای سهولت دسترسی مردم به خدمات راه اندازی شده است.

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

نیروی انسانی پایگاه سلامت شهری

مراقب سلامت بازای هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه سیب، یک نفر. باید حداقل یک تا دو نفر دارای مدرک کارشناسی مامایی با نظام مامایی مراقب سلامت - ماما باشند

وظایف پایگاه سلامت شهری

- بروز رسانی جمعیت تحت پوشش و ثبت اطلاعات
- شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن و تفکیک جغرافیایی بلوکهای تحت مسولیت هر مراقب سلامت
- تشکیل و ارائه خدمت مبتنی بر پرونده الکترونیکی سلامت
- ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش و پیگیری آنها با استفاده از داوطلبین سلامت، سفیران سلامت ارسال پیامک تلفن و و پیگیری درب منزل
- انجام خدمات فعال مراقبتی گروه های سنی
- ارائه خدمات مکمل یاری مکمل های دارویی

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

- اجرای برنامه خود مراقبتی مطابق بسته خود مراقبتی)
- اجرای دقیق و کامل کلیه بسته های خدمت مصوب ابلاغ شده
- خدمات نمونه گیری و ارسال نمونه ها به آزمایشگاه های
- تشکیل شوراهای محلی بهداشت
- اجرای خدمات ارجاع به پزشک دندانپزشک ، کارشناسان تغذیه ، سلامت روان ، محیط و کار

۶. مرکز خدمات جامع سلامت شهری

مراکزی که بازای هر ۲ تا ۸ پایگاه سلامت شهری (۲۵) تا ۱۰۰ هزار نفر جمعیت با توجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت بطوری که میانگین جمعیت مراکز در شهرهای عادی حدود ۴۰ نفر باشد و در مورد کلانشهرها این میانگین حدود ۶۰ هزار نفر خواهد بود راه اندازی میشوند این مراکز در گلوگاه جمعیتی که فاصله آن از بیمارستان و مراکز شبانه روزی بیش از نیم ساعت با خودرو باشد قرار دارد و دارای دو اتاق بستری موقت و امکانات احیای قلبی ریوی و انجام جراحی های کوچک خواهد بود

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت شهری

شامل پزشک دندانپزشک کاردان کارشناس آزمایشگاه دستیار دندانپزشک پرستار ، بهیار، کاردان کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای کارشناس روانشناسی بالینی کارشناس تغذیه، متصدی پذیرش

۷. مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی

مراکز مستقر در مناطق شهری که علاوه بر داشتن جمعیت شهری تعدادی از جمعیت روستایی را با واسطه خانه بهداشت یا پایگاه روستایی با بصورت مستقیم در پوشش خود دارند. این مراکز جزو مراکز سلامت شهری ثبت می شوند و اصطلاح شهری روستایی به آنان تعلق دارد.

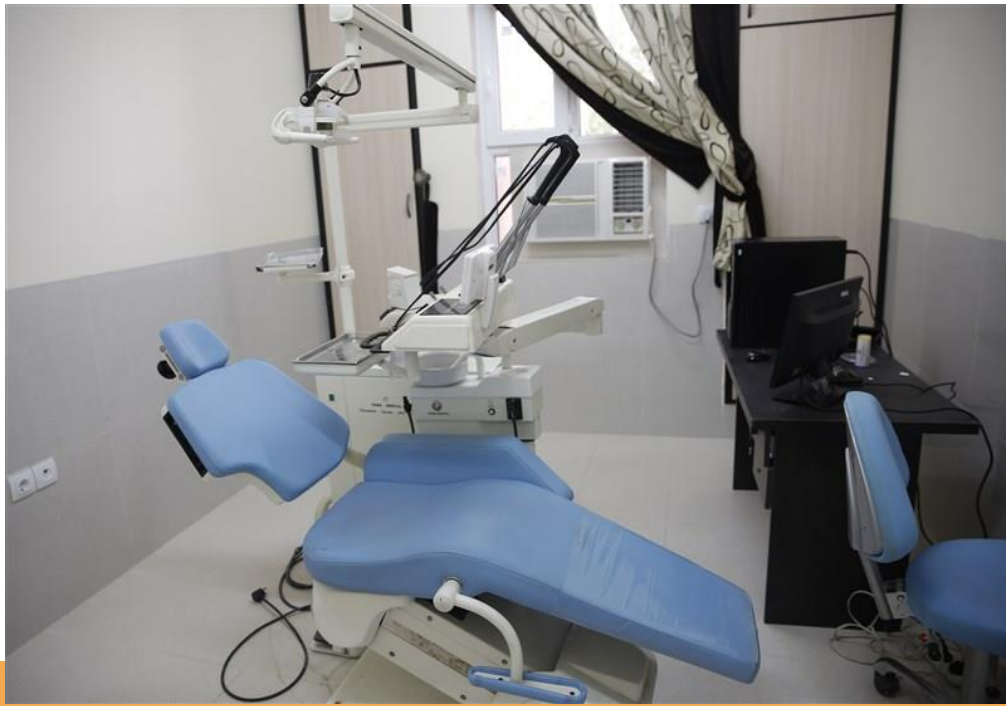
نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی :

شامل پزشک ماما دندانپزشک کاردان کارشناس آزمایشگاه دستیار دندانپزشک پرستار ، بهیار، مراقب سلامت ناظر، کاردان کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای کارشناس روانشناسی بالینی کارشناس تغذیه، متصدی پذیرش سرایدار و نگهبان

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

وظایف مرکز خدمات جامع سلامت شهری

- مدیریت سلامت منطقه جغرافیای تحت پوشش مرکز و پایگاه های سلامت
- خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش
- خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای جمعیت های خاص و در مراکز خاص بر اساس ضوابط مرکز مدیریت شبکه
- درمان بیماران سرپایی
- جزییات شرح وظایف در دستور عمل اجرایی برنامه گسترش PHC در مناطق شهری



آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

۷. سایر واحدهای زیر مجموعه مراکز خدمات جامع سلامت

الف- تسهیلات زایمانی:

این واحد در مناطقی که امکان دسترسی به بیمارستان و زایشگاه وجود ندارد در جوار یک مرکز شبانه روزی صرفاً به منظور انجام زایمان طبیعی بدون عارضه و غیر اورژانس برای جمعیت تحت پوشش مرکز، در نظر گرفته شده اند.

این واحدها مجهز به یک دستگاه آمبولانس با شرایط اعزام خواهند بود.

این واحد جهت انجام زایمان طبیعی بدون عارضه و ارجاع و اعزام زنان باردار در صورت نیاز به مراکز مجهزتر

نیروی انسانی تسهیلات زایمانی ماما راننده آمبولانس، خدمتگذار

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

ب - پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی :

این واحدها در پایانه های زمینی دریایی هوایی و نیز بازارچه های زمینی و دریایی ایجاد می شوند. این واحدها نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماری ها به داخل کشور را بر اساس ضوابط و معیارهای بین المللی به عهده دارند.

درجه بندی پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی بر اساس اهمیت پایانه مرزی حجم جمعیت در حال تردد و زمان فعالیت پایگاه صورت می گیرد.

نیروی انسانی پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی

با توجه به درجه بندی پایگاههای مرز پزشک کارشناس مراقب سلامت ترجیحا مبارزه با بیماری ها)، کارشناس بهداشت محیط.

ج - مرکز رفانس مشاوره و مراقبتهای بیماری های رفتاری :

مراکزی هستند که در زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان با بسته خدمت مشخص به درمان مراجعین و بیماران مبتلا به بیماری های عفونی خاص و بیماریهای ناشی از مشکلات رفتاری مانند ایدز، هیپاتیت ب و معتادان می پردازد. این واحد بازای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت از ۱ تا چند شهرستان مجاور هم با رعایت دسترسی ایجاد میشود. نیروی انسانی مرکز رفانس مشاوره و مراقبتهای بیماری های رفتاری:

متخصص بیماریهای عفونی پزشک عمومی دندانپزشک کارشناس مراقب سلامت (ترجیحا مبارزه با بیماری ها) کارشناس سلامت روان روانشناس

بالینی مددکار اجتماعی متصدی پذیرش ماما، پرستار، کارشناس آزمایشگاه

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

۸. مرکز بهداشت شهرستان

واحد مدیریتی مستقلی است که اولین سطح تخصصی یعنی کارشناسی خدمات مختلف بهداشتی را شامل می شود. و مسئول برنامه ریزی سازماندهی نظارت هدایت پشتیبانی فنی و تدارکاتی واحدهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی سطح اول در حوزه شهرستان میباشد. مرکز بهداشت مدیریت همه واحدهای بهداشتی درمانی شهرستان اعم از مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی پایگاه های سلامت خانه های بهداشت و مرکز آموزش بهورزی را از نظر فنی و اداری بر عهده دارد و زیر نظر شبکه بهداشت و درمان می باشد.

نیروی انسانی مرکز بهداشت شهرستان: شامل کارشناسان فنی برنامه های مختلف بهداشتی، کارشناسان واحدهای اداری و مالی و می باشد.

۹. مرکز آموزش بهورزی

مرکز آموزش بهورزی واحدی است ستادی و زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان با فضای فیزیکی مستقل و دارای بخش اداری - آموزشی و رفاهی که به منظور توسعه امکان آموزش برای گروه های وسیع تر و با کیفیت مناسب تر و مشارکت سایر افراد و واحدها از حوزه مرکز بهداشت شهرستان و سایر حوزه ها در نظر گرفته شده است.

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

نیروی انسانی مرکز آموزش بهورزی :

کادر آموزشی شامل مدیر مرکز آموزش بهورزی مربیان بهورزی (کارشناس بهداشت عمومی، بهداشت خانواده ، مامایی پرستاری بهداشت محیط و حرفه ای) و کادر اداری شامل متصدی امور دفتری ناظم اقامتگاه دختران و پسران ماشین نویس سرایدار، متصدی سمعی بصری راننده می باشد.

وظایف مرکز آموزش بهورزی

الف - پذیرش بهورز

ب - آموزش و تربیت فراگیران ، کارآموزان بهورزی

ج - آموزش و باز آموزی کارکنان نظام سلامت

۱۰. شبکه بهداشت و درمان

در شکل کلی آن به مجموعه واحدهایی است که در امر پیشگیری و درمان جمعیت یک شهرستان اشتغال دارند و وظیفه برنامه ریزی و سازماندهی و هدایت و رهبری و پایش و هماهنگ سازی و تصمیم گیری در واحدهای زیر مجموعه خود را دارد گفته می شود شبکه بهداشت و درمان شامل دو

بخش اصلی است:

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

الف - بخش دولتی شامل

- (۱) مرکز بهداشت شهرستان و واحدهای تابعه آن
- (۲) بیمارستان با بیمارستانهای تابع وزارت بهداشت و درمان واقع در محدوده شهرستان
- (۳) بیمارستانها و واحدهای بهداشتی و درمانی سایر سازمان های دولتی

ب - بخش غیر دولتی شامل :

۱. بخش خصوصی بیمارستانها ، پلی کلینیکها کلینیکهای پزشکی و پیرا پزشکی و....
۲. بخش تعاونی و خیریه

۱۱. معاونت امور بهداشتی و معاونت امور درمان

معاونت امور بهداشتی با مرکز بهداشت استان مسئول مدیریت برنامه های بهداشتی در استان است .

معاونت امور درمان مسئول مدیریت برنامه های درمانی در استان است

آشنایی با واحدهای ارائه خدمت در نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور

از نظر فنی :

معاونت امور بهداشت

کلیه برنامه های کشوری تصویب شده را به مراکز بهداشت شهرستانها ابلاغ و با شرایط محلی تطبیق داده و بر کیفیت و کمیت اجرای آنها را نظارت و پیگیری میکند.

مدیریت نظارت و ارزیابی برنامه های بهداشتی در ساختار نظام شبکه های بهداشت و درمان کشور است.

معاونت امور درمان

مدیریت نظارت و ارزیابی کلیه امور درمان را در بخش خصوص و دولتی و بیمارستانهای تابعه استان را در راستای سیاست های کلان وزارت بهداشت و درمان بر عهده داد.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

موسسه مستقل، آموزشی پژوهشی و خدمات بهداشتی درمانی است که با مجوز شورای گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی ماموریت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی و انجام پژوهش و ارائه خدمات بهداشتی درمانی در یک منطقه جغرافیایی تعریف شده را بر عهده دارد. دانشگاه‌های علوم پزشکی زیر نظر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌کنند.

دانشگاه‌های علوم پزشکی علاوه بر وظیفه اصلی خود که آموزش و تربیت نیروی انسانی است. متولی بهداشت و سلامت در منطقه تحت پوشش خود بوده و بر امور مراکز درمانی تابعه از جمله بیمارستان‌ها، پلی کلینیک‌های تخصصی و بخش‌های درمانی خصوصی مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های اروژانس نظارت می‌کنند.

معاونت‌های دانشگاه‌ها شامل:

معاونت امور بهداشتی معاونت امور درمان معاونت غذا و دارو معاونت توسعه مدیریت و منابع، معاونت تحقیقات و فناوری معاونت فرهنگی و

دانشجویی، معاونت آموزشی

ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان (طرح گسترش)

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی نهاد اصلی سیاست گذاری در زمینه های مختلف مربوط به بهداشت سطح کشور است و وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی از معاونت های مختلف تشکیل شده است این وزارتخانه کار تدوین سیاست های اولیه بهداشتی و درمانی کشور و تدوین برنامه های ملی را بر عهده دارد.

معاونت بهداشت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تدوین کننده سیاست های اولیه نظام سلامت در سیستم بهداشتی کشور و همچنین برنامه ریزی ، مدیریت نظارت و ارزیابی برنامه های بهداشتی در ساختار نظام شبکه های بهداشت و درمان کشور است.



سیاس از توجه شما





