

ضرورت پویاسازی مراکز بهداشتی درمانی و پیشنهاد چند راهکار اجرایی

نویسندگان: دکتر عباس رضایی^۱، مرتضی مهدیزاده^۲، دکتر غلامحسین صدیقی^۲

خلاصه:

شبکه های بهداشتی درمانی یکی از دستاوردهای ارزنده و افتخار آمیزی است که همگان بر موفقیت آن اذعان دارند و در بهبود شاخصهای سلامتی جامعه خصوصاً مادران و کودکان نقش تعیین کننده داشته است. اما متأسفانه بنا به دلایل مختلف انتظاری که از مراکز بهداشتی درمانی شهری داشته ایم حاصل نشده و شاهد کاهش روز افزون مراجعین به این مراکز می باشیم. و نیرو و امکانات آن بازدهی لازم را ندارد. لذا بر آن شدیم تا با توصیف دقیق این وضعیت و با تکیه بر تجربیات گذشته نسبت به فعال سازی مراکز بهداشتی درمانی شهری اقدام کنیم. و با تعیین راهکارهای اجرایی لازم، پاسخ مناسبی را برای تغییرات جامعه فراهم نماییم. نتایج اولیه این طرح که با تشکیل تیم اجرایی و بررسی سوابق و اصلاح فرایندهای خدمتی و همچنین طراحی مداخلات و ساماندهی نظام پایش و ارزشیابی در اصفهان شروع شده است، ایجاد باور عمیق نسبت به ضرورت پویا سازی مراکز، افزایش قدرت تصمیم گیری در مدیران استفاده از تجربیات سایر استانها، برقراری ارتباط مناسب با جامعه و بررسی نیاز آنها، افزایش کارایی پرسنل و مشارکت جامعه، تعطیلی مراکز غیر موثر و تقویت سایر مراکز، ادغام بیماریهای غیرواگیر و تقویت نگرش جامع نگر در پزشکان را مطرح می کند. امید است بتوانیم در شرایطی که سهم واقعی بهداشت و درمان از GDP سیر نزولی دارد (با احتساب تورم) و پابرجایی هر سازمان و یا نهاد متناسب با هزینه اثر بخش بودن آن و افزایش رضایت مشتریان داخلی و خارجی آن می باشد، نسبت به موارد فوق اقدامی شایسته صورت پذیرد.

کلیدواژه: مراکز بهداشتی درمانی شهری، درمانگر، جامع نگر، پویا سازی

مقدمه:

نظام شبکه های بهداشت و درمان یکی از دستاوردهای بزرگ جمهوری اسلامی ایران است. این نظام موفق به ارائه خدمات ارزنده و افتخار آمیزی است که احاد ملت و گیرندگان خدمات همگی بر موفقیت آن اذعان دارند. مسئولین سازمان جهانی بهداشت (WHO) نیز به کرات از این دستاوردها یاد نموده و بر موفقیت آمیز بودن آن اعتراف نموده اند (۱). کاهش مرگ و میر کودکان از رقم بالای یکصد

در هزار به کمتر از ۲۵ در هزار تولد زنده، افزایش سطح ایمنی کودکان و به صفر میل کردن بیماریهای دیفتری، کزاز، سیاه سرفه و فلج اطفال، کاهش رشد بی رویه جمعیت و رسیدن به حدود ۱/۳ درصد طی سالهای برنامه و همچنین سالمسازی آب آشامیدنی و بهسازی مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و دهها مقوله دیگر از جمله دستاوردهائی است که ذکر آن حدود ۱/۳ درصد طی سالهای برنامه و همچنین سالمسازی آب آشامیدنی

۱- دانشیار گروه ایمنولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- عضو هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

روز افزون مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی است. بطوریکه علی رغم پشتیبانیهای لازم متوسط تعداد مراجعه روزانه به دندانپزشکی، آزمایشگاه و تزریقات و پانسمان به ازای یک نفر کادر فنی ۶ تا هفت نفر می باشد (جدول ۱).

و بهسازی مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی و دهها مقوله دیگر از جمله دستاوردهائی است که ذکر آن در این مقوله نمی گنجد (۲).

این موفقیتها عمدتاً در مناطق روستائی بسیار چشمگیرتر از جوامع شهری می باشد که میتواند دلایل مختلفی داشته باشد اما آنچه در حال حاضر بوضوح مشاهده می شود کاهش

جدول ۱- متوسط تعداد مراجعه روزانه به مراکز بهداشتی، درمانی شهری اصفهان در سال ۸۱

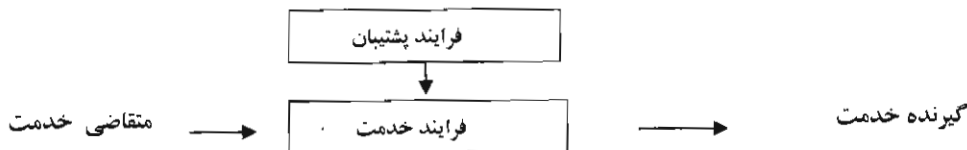
تعداد مراجعه به ازای یک نفر	نیروی انسانی ذریبط (نفر)	کل مراجعین (نفر)	عوامل خدمات
۱۳	۱۳۵	۱۵۶۱	ویزیت بیمار
۶	۴۱	۲۷۰	دندانپزشکی
۶	۵۱	۳۰۴	آزمایشگاه
۷	۶۳	۸۳۵	تزریقات

کارگاههای برگزار شده (۷۶) و متون علمی ذریبط ارائه داد اینک:

«هر گونه تلاشی برای پویا سازی مراکز بهداشتی درمانی بایستی در جهت ارائه پاسخ مناسب به تغییرات جامعه و مداخله های ضروری آن باشد» به عبارت دیگر شناخت نیازها و جهت دادن به تقاضای های متغیر متقاضی خدمت، مداخله در فرایند خدمت و همسو کردن آن با تقاضا های جامعه، انعطاف پذیری در فرایند های پشتیبان جهت افزایش بهره وری خدمات و نهایتا تکیه بر استانداردهای نتایج و گیرنده خدمات از نکات اساسی است که بطور خلاصه بایستی مداخلات لازم در همه اجزاء نمودار زیر بصورت هماهنگ صورت پذیرد. لذا ما بر آنیم که با تکیه بر تجربیات گذشته نسبت به پویاسازی مراکز بهداشتی درمانی شهری اقدام کنیم و با تعیین راهکارهای اجرائی لازم پاسخ مناسبی را برای تغییرات جامعه فراهم نمائیم.

هزینه منابع انسانی و تجهیزات خود مرکز بهداشتی درمانی از یک سو و نیروهای ستادی و خدماتی دخیل در سطوح بالاتر از سوی دیگر و همچنین هزینه های خدماتی، پشتیبانی و نظارتی مراکز بهداشتی درمانی به روشنی گویای هزینه اثر بخش نبودن مراکز بهداشتی درمانی است. این موضوع با نگاهی گذرا و سطحی به هزینه های سالیانه مراکز بهداشتی شهری خصوصا در مراکز استانها و مقایسه آن با خدمات ارائه شده به سادگی نمایان می شود.

مجموعه عوامل فوق الذکر لزوم درک، تعریف و توصیف جامعی از خطر بوجود آمده را مشخص می کند (۱۴ و ۳) و همچنین ضرورت فعالسازی مراکز بهداشتی درمانی شهری و استفاده از پتانسیل های موجود آنرا بعنوان یک اصل مسلم مطرح می نماید. خوشبختانه این مهم از مهرماه سال ۱۳۷۸ در دستور کار مسئولین ذریبط و متولیان امر قرار داشته (۴) و کارگاههای آموزشی مناسبی نیز بصورت منطقه‌ای در سطح کشور برگزار شده است. در بعضی از استانها کارگاههای آموزشی فوق الذکر شکل اجرائی بخود گرفته و عنوان پیشتازی را بخود اختصاص داده اند (۵) آنچه که می توان از مجموع



روش کار

بررسی و انتخاب روشهای پویاسازی را بایستی از هم اندیشی صاحب نظران، مدیران و کارکنان ذیربط، شناخت کافی از مشکلات موجود، بررسی دقیق ضوابط و مقررات مربوطه، تجربیات ارزشمند سالهای گذشته، الگوهای جهانی، نیازهای واقعی جامعه، واقعیهای موجود در نظام شبکه و سرانجام توان مالی دولت و مردم استخراج نمود.

در پویاسازی مراکز بهداشتی درمانی شهری اصفهان مراحل زیر طراحی شده است:

- ۱- تشکیل تیم اجرایی در مرکز بهداشت استان با شرکت مدیران و کارشناسان استان و شهرستان
- ۲- بررسی متون مربوط به سوابق کارگاههای پویا سازی مشهد و اصفهان و سوابق مورد نیاز
- ۳- تعریف و اصلاح فرآیندهای خدمتی مورد نیاز جامعه
- ۴- تطبیق نیروی انسانی کار آ و متناسب با فرایندهای اجرایی
- ۵- طراحی مداخلات لازم
- ۶- سازماندهی نظام پایش و ارزشیابی

شرح مختصری از روش کار

۱- تیم اجرایی:

تیم اجرایی از صاحب نظران، مدیران و کارکنان ذیربط که شناخت کافی از سیستم، فرآیند و مشکلات آنها متشکل بوده و عمده این افراد میتوانند از شاغلین مرکز بهداشت استان، مرکز بهداشت شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی باشند.

۲- بررسی متون:

گزارشات مربوط به کارگاههای مشورتی مشهد و اصفهان و مقالاتی که شرکت کنندگان ارائه داده اند حاوی نکات اجرایی دقیقی است که می تواند بعنوان راهنما مد نظر باشد ضمن اینکه بکارگیری گزارشات آن در بعضی از استانها نیز بر شفافیت تاثیر آن، افزوده است بررسی نیازهای جامعه، ضوابط و مقررات، خصوصاً آنچه که با عنوان راهکارهای اجرایی قانون برنامه سوم توسعه و ماده ۱۹۲ می باشد بسیار کارساز است.

۳- تعریف و اصلاح فرایندهای خدمتی مورد نیاز جامعه

در این بخش چند سوال مطرح می شود که پاسخ مستند به آن بسیار کارساز است.

الف - آیا ادامه فرآیند موجود در حال حاضر ضرورت دارد؟
بعنوان مثال با وجود بخش فعال تزریقات در واحدهای

غیردولتی و ارزانتر بودن هزینه آن در بخشهای فوق الذکر، آیا لازم است چنین واحدهای خدمتی را داشته باشیم؟ همین مثال در مورد آزمایشگاه، داروخانه و... نیز به وضوح وجود دارد.

ب: آیا فرآیند موجود همسو با برنامه استراتژیک دانشگاه است؟ (۸)

ج- آیا فرآیند موجود بر اساس مقررات اجرایی و ضوابط برنامه های توسعه از وظائف مراکز درمانی است؟

د: آیا فرآیند موجود جوابگوی نیاز و توقع مشتری است (۹)
برای پاسخ به این سوال شاید نیاز باشد که بررسی آن در درون جامعه انجام شود.

۴- تطبیق نیروی انسانی...

آنچه که در اینجا بسیار مهم است تعیین تکلیف کارکنان بخش از طریق قانونی، شهادت و تصمیم گیری مدیریتی است که بسته به تغییرات احتمالی بایستی متناسب ساختن نیروی انسانی را نیز از طریق آموزشها و بازآموزیها تامین کرد و یا با جایجائی نسبت به بهره برداری موثر تر از آنها اقدام نمود.

۵- طراحی مداخلات

در طراحی مداخلات علاوه بر موضوع، مجری، زمان، مدت، مکان و احياناً روش کار لازم است قابل اجرا بودن آن نیز در نظر گرفته شود این مسئله با انتخاب مناسب تیم اجرایی از میان صاحبان فرآیند و تامین استمرار مداخلات آن میسر است.

۶- سازماندهی نظام پایش در ارزشیابی

در برنامه پایش و ارزشیابی لازم است به ترتیب، موارد زیر به روشنی وجود داشته باشد

الف - برنامه هائی که لازم است مورد پایش قرار گیرد

ب - شاخصهای ارزیابی هر برنامه

ج - داده هائی که لازم است برای محاسبه هر شاخص جمع آوری شود

د- روش جمع آوری داده ها و ابزار مورد نیاز برای جمع آوری آنها

ه- دوره زمانی (تواتر) جمع آوری داده ها

و- روش بودن شیوه آنالیز داده ها، بطور مثال در هر برنامه سه فاکتور هدف - استاندارد اجرایی و عمل مطابق استاندارد از اهمیت خاصی برخوردار است و مثبت و یا منفی بودن هر کدام از آنها شیوه برخورد خاص خود را می طلبد (۱۰)

بحث

ایجاد و راه اندازی شبکه های بهداشتی درمانی

است تیم اجرایی در مورد طراحی مداخلات آن اقدام مقتضی بعمل آورد بهمین منظور راهکارهای زیر جهت پویا سازی مراکز بهداشتی درمانی ارائه شده است:

- ۱- ایجاد باور و تفکر عمیق مبنی بر ضرورت پویا سازی
- ۲- ایجاد قدرت تصمیم گیری در مدیران (افزایش توان، شهامت و جسارت مدیریتی)
- ۳- استفاده از تجربیات استانهای مختلف کشور، الگوهای جهانی، ضوابط و مقررات موجود (مانند: ماده ۱۹۲ قانون برنامه سوم توسعه کشور) پیشنهاد ارائه طرحها و لوایح موردنیاز به سازمانهای قانون گزار
- ۴- بررسی نیازهای روز جوامع شهری، تعریف واحدها و بسته های جدید خدمتی و حذف خدماتیکه مشتریان خارجی رغبتی به آنها ندارند
- ۵- برقراری ارتباط صحیح و مناسب با مراجعین از طریق:
 - ۱-۵- رعایت شئونات مشتری
 - ۲-۵- تسهیل در امر اقدامات پاراکلینیکی
 - ۳-۵- کاهش مدت زمان انتظار مراجعین
- ۶- تلاش در جهت افزایش کارائی پرسنل خصوصا برقراری نظام کارمزد بجای روزمزد
- ۷- افزایش مشارکت مردم و تشکیل هیئت های امانا از طریق:
 - ۱-۷- ایجاد حس مشارکت و نوع دوستی در مردم
 - ۲-۷- ایجاد تشکلهای مردمی (هیاتهای امنای تندرستی)
 - ۳-۷- کاهش تصدی گری دولت و افزایش مسئولیتهای غیر دولتی
- ۸- ادغام بیماریهای غیر واگیر در مراکز شهری بصورت اکتیو بعنوان مثال بیماریهای قلبی و عروقی، دیابت و... (تجربیات تبریز)
- ۹- تعطیلی مراکز غیر موثر و تقویت سایر مراکز از طریق:
 - ۱-۹- ادغام مراکز با مراجعه کم در یکدیگر
 - ۲-۹- پیشنهاد بازنشستگی زودتر از موعد برای پرسنل بدون کارائی
 - ۳-۹- انتقال تجهیزات و پرسنل جهت تقویت مراکز همجوار
- ۱۰- تغییر نگرش پزشکان از درمانگر بودن به جامع نگر شدن از طریق
 - ۱-۱۰- تلاش جهت تغییر نظام آموزش
 - ۲-۱۰- برگزاری دوره های آموزشی مدون تعریف شده و هدفمند
- ۱۰-۳- تلاش برای سیاستگزاری جهت انتفاع پزشکان از

کشور را برآستی می توان از زمینه های اصلی توسعه دانست چرا که محور اصلی توسعه پایدار انسان سالم است از اینرو برای حفظ تندرستی و نشاط در فعالیتهای جامعه بایستی زمینه ها، ابزار و راهکارهای موجود را بر مبنای نیاز جامعه و واقعیتهای موجود آن ترسیم نمود. از طرفی یک سازمان و یا نهاد وقتی پا بر جا خواهد بود که هزینه اثر بخش بوده و بتواند مشتریان داخلی و خارجی خود را راضی نگهدارد. (۱۰)

نگاهی گذرا به سهم بخش بهداشت از GDP و مقایسه آن با دیگر کشورها روشن می سازد که سهم این بخش واقعی نیست (۱۱) از طرف دیگر توان مالی دولت را نیز بایستی در نظر داشت. مروری بر بودجه سهم بهداشت و درمان کشور و در نظر داشتن مسئله تورم حاکی از سیر نزولی اعتبارات این بخش است (۱۲).

لذا ضرورت مسئله و بکارگیری راهکار های پویا سازی و استفاده بهینه از منابع موجود به منظور جلوگیری از گسستگی سازمانی امری بسیار حیاتی است. خوشبختانه از سال ۱۳۷۹ مسئولین ذیربط باتشکیل کارگاههای پویاسازی شبکه های بهداشت در این فکر بوده اند و بعضی از استانها نیز توفیقات خوبی داشته اند.

واضح است که امر اصلاحات در هر بخشی معنای خاص خود را دارد و در مراکز بهداشتی درمانی شهری از اولویت و ضرورت ویژه ای بر خوردار است بکارگیری صرف یکی از شیوهها بآنوجه به فشارهای اجتماعی ممکن است چندان موثر نباشد و یا کارائی لازم را نداشته باشد بعنوان مثال چنانچه ماده ۱۹۲ قانون برنامه توسعه را در نظر بگیریم علاوه بر ابهاماتی که احتمالا ممکن است در آئین نامه اجرایی آن مطرح باشد هنوز هیچ منبع مالی برای آن در نظر گرفته نشده است (۱۲). از طرف دیگر تغییر نگرش و فرهنگ واگذاری نیزممکن است در زمان قانونی پیش نیاید لذا اگر چه بعنوان یک راهکار مطرح است اما نمی توان به تنهایی به آن دل بست. هر چند مسئله خرید خدمت درمقابل ارائه خدمت و یا مراقبت مبتنی بر جامعه در مقابل مراقبتهای دولتی مزایای خاص خود را دارد (۱۵).

بهر حال پیدایش این باور (ضرورت پویا سازی) و ایجاد انگیزه آنرا نمی توان نادیده گرفت بعلاوه نیازهای واقعی جامعه و تعریف بسته های جدید خدمتی متناسب با آن و تطبیق کارکنان با شرایط جدید و تقویت برنامه ریزی تیمی از دیگر فاکتورهای بسیار موثری هستند که وقتی کارساز است که، با باور عمیق مدیران و قدرت اتخاذ تصمیم آنان همراه شود (۱۶).

نتیجه

نتایج اولیه طرح جمع بندی راهکارهایی است که لازم

هدفمند

- ۳-۱۰- تلاش برای سیاستگزاری جهت انتفاع پزشکان از سلامت جامعه و نه از بیماری آنها
- ۱۱- ممنوعیت مراکز استانی از بکارگیری نیروها و پزشکان طرحی در بخشهای مختلف از جمله بهزیستی، هلال احمر و سازمان انتقال خون به منظور رعایت عدالت در جویندگان کار
- ۱۲- حذف پستهای سازمانی مازاد و یا ستاره دار نمودن آنها

پیشنهادهای

- ۱- جمع بندی نشستها و کارگاههای آموزشی پویا سازی و ارائه راهبرهای فعالسازسی سیستم ارائه خدمات
- ۲- بازنگری در فرایندهای اجرایی مراکز بهداشتی درمانی شهری و هماهنگ کردن آن با نیاز جامعه
- ۳- طراحی مکانیزمی جهت انعطاف پذیری خدمات، متناسب با تغییر نیاز جامعه

منابع:

- ۱- ملک افضلی. ح.، چرا جمهوری اسلامی ایران برنده جایزه کنترل جمعیت سازمان ملل متحد در سال ۱۹۹۸ شد نشریه انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران سال چهارم بهار ۱۳۷۸
- ۲- سیمای سلامت و توسعه در استانها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف)، چاپ صنوبر تهران پاییز ۱۳۷۷
- ۳- معطریان - ع. گزارش ادواری مرکز بهداشت شهرستان اصفهان سال ۱۳۸۱
- ۴- عازمی خواه. آ. آشنایی با مفاهیم برنامه بهداشتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دیماه ۱۳۷۸
- ۵- نیک نیاز، طرح شبکه جامع گزارش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز - معاونت بهداشتی تبریز ۱۳۸۰
- ۶- معموری، گزارش کارگاه پویا سازی شبکه بهداشت و درمان با شرکت دانشگاههای علوم پزشکی زاهدان، خراسان، شاهرود و گناباد در محل مشهد مقدس ۱۱ لغایت ۱۲ اسفند ماه ۱۳۷۸
- ۷- صدری، غ. ح. گزارش کارگاه پویا سازی در سیستمهای بهداشتی درمانی با شرکت دانشگاههای علوم پزشکی یزد، رفسنجان، کرمان، اراک و کاشان معاونت بهداشتی اصفهان ۲۵ اردیبهشت ۱۳۷۹
- ۸- معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مدیریت برنامه راهبردی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، انتشارات دانشگاه سال ۱۳۸۱
- ۹- آلن بیچ، مدیریت جامع کیفیت برای آموزش، مترجم دکتر ابوالفتح لامعی، ناشر کمیته کشوری ارتقاء کیفیت - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چاپ اول خرداد ۱۳۷۹
- ۱۰- لامعی. ا.، مبانی مدیریت کیفیت ناشر کمیته کشوری ارتقاء کیفیت - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی چاپ اول
- بهار ۱۳۷۸ مجموعه مطالعات و مباحثات موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ در مورد برنامه توسعه سلامت و پزشکی تهران سالهای ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۱
- ۱۱- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور قانون بودجه سال ۱۳۸۱ کل کشور انتشارات سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور
- ۱۲- گزارش شاخصهای سلامتی در جمهوری اسلامی ایران (خلاصه) گذشته، حال، آینده، موفقیتها و چالشها- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، فروردین ۱۳۸۲
- ۱۳- سازمان جهانی بهداشت، گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۲ ترجمه گروه مترجمان موسسه فرهنگی ابن سینا بزرگ- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان جهانی بهداشت، فصل سوم، تابستان ۱۳۸۱
- ۱۴- سازمان جهانی بهداشت، گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۱ ترجمه اکبری م و گروه مترجمان موسسه فرهنگی ابن سینا بزرگ- مرکز تحقیقات علوم پزشکی کشور - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و سازمان جهانی بهداشت، فصل چهارم، تابستان ۱۳۸۲
- ۱۵- سازمان جهانی بهداشت، گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ نظامهای سلامت : ارتقاء عملکرد ترجمه گروه مترجمان موسسه فرهنگی ابن سینا بزرگ، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و سازمان جهانی بهداشت فصلهای ۳ و ۴، تابستان ۱۳۸۲

Abstract

The Need for Having More Dynamic Health and Treatment Centers: Some Executive Proposals

Authors: *Rezaei A.¹, Mahdyzadeh M.², Sadry G.²*

The establishment of health and treatment networks has been a great and outstanding achievement that has received unanimous approval and appreciation. These networks have highly improved social health, especially in the care of mothers and children. However, for various reasons, urban health centers could not meet their goals, and the number of clients in urban centers is decreasing day by day.

In this study we used our previous experiences to find and offer executive plans to improve health services networks and give a clear response to social changes in this regard. The primary results, obtained by using executive team formation, history evaluation, definition and amendment of service processes, manpower adjustment, intervention planning and organizing a system of evaluation and surveillance, suggest the following changes:

Belief formation is an urgent need for the activation of health and treatment centers in cities, as is the utilization of former experiences in other provinces, evaluation of social needs, formation of proper contacts with clients, manpower reinforcement, public cooperation, elimination of non-communicable diseases, the closing of ineffective centers while fortifying others, and changing physicians' attitudes towards community-based medicine.

The establishment and development of organizations largely depends on their cost effectiveness and their success in satisfying their clients. Regarding the fact that health services do not enjoy their true share of GDP, a serious need for improving and activating present resources seems highly essential.

We advise that the formation and development of beliefs and motivations along with the determination of the real needs of our society, both permanent and variable, are definitely required.

Keywords: *Health system network, community based medicine, public cooperation.*

1 Associate Prof. Isfahan University of Medical Sciences.
2 Academic member of Isfahan University of Medical Sciences.