

طراحی و به‌کارگیری مجتمع‌های سلامت در راستای پوشش همگانی سلامت با تمرکز بر حاشیه نشینان شهری در تبریز، ایران

احد بختیاری^۱، امیرحسین تکیان^{۲*}، علی‌اکبر سیاری^۳، فیروزه بایرامی^۱، جعفر صادق تبریزی^۴، آذر محمدی^۵، سمیرا علیرضایی^۶

چکیده

زمینه و هدف: با گسترش شهرنشینی در جهان مشکل حاشیه‌نشینی و وضعیت سلامت افراد در وضعیت حاشیه‌نشینی با شدتی متفاوت، از جمله مسائل تمام کشورهای جهان شده‌است به‌نحوی که مناطق زاغه نشین در هدف شماره‌ی ۱۱/۱ اهداف توسعه‌ی پایدار مستقیماً مورد توجه قرار گرفته است. برنامه‌ی اسکان بشر سازمان ملل متحد تخمین زده است ۸۶۳ میلیون نفر در مناطق زاغه نشین زندگی می‌نمایند (۲۰۱۴)، در ایران طبق سرشماری سال ۲۰۱۵ وزارت بهداشت در سراسر کشور تعداد ۱۰۲۸۰۲۷۰ نفر در مناطق حاشیه نشین می‌زیسته‌اند، در زیر مجموعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز طبق این سرشماری ۵۰۵۳۵۶ نفر حاشیه نشین موجود بوده است این مقاله بر آن است تا به‌عنوان ارزیابی مستقل به معرفی و بحث در مورد تجربه‌ی تبریز با هدف پوشش همگانی سلامت برای حاشیه نشینان شهری بپردازد.

روش بررسی: این بررسی به‌صورت کیفی و انجام مصاحبه، مرور اسناد، مقایسه‌ی آمارهای قبل و بعد از اجرا شدن طرح تحول در حوزه‌ی بهداشت و بازدیدهای میدانی توسط ۲ تیم مجزای کشوری و استانی صورت پذیرفت.

یافته‌ها: با استفاده از راهبرد مجتمع‌های سلامت، تعداد مؤسسات و نیروهای حوزه‌ی سلامت در مناطق حاشیه نشین افزایش قابل توجهی داشته (به ازای هر ۴ هزار نفر یک تیم سلامت) و برآیند آن در یک مجتمع دارای ۶۲ هزار نفر جمعیت، موارد دیابتی شناسایی شده از ۳۰ مورد به ۶۲۱ مورد و موارد بیماری‌های قلبی شناسایی شده از ۵ مورد به ۱۶۷ مورد افزایش یافت، ضمن اینکه بسته‌های خدمت ضروری به‌صورت حمایتی (سرانه پرداختی از سوی دولت) در اختیار افراد قرار گرفت و همچنین شیوه‌های مدیریتی و پرداختی متفاوتی_ کارتری_ نسبت به گذشته نیز مورد استفاده قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: ساختارهای مورد استفاده برای اجرای طرح تحول در حوزه‌ی بهداشت در استان‌های مختلف متفاوت می‌باشند. شناسایی نقاط قوت این ساختارهای متفاوت و معرفی آن‌ها، ساختاری طراحی شده براساس تجربیات استان‌ها و کارا را در برخواهد داشت.

کلید واژه‌ها: پوشش همگانی سلامت، مجتمع سلامت، حاشیه نشینی

- ۱- دانشجوی دکترای سیاست‌گذاری سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۲* مدیر گروه سلامت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی، دانشیار گروه مدیریت و اقتصاد سلامت دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
- ۳- معاون بهداشت وزیر بهداشت، معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ایران.
- ۴- قائم مقام معاون بهداشت وزارت بهداشت، دانشیار، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.
- ۵- کارشناس ارشد برنامه ریزی رفاه اجتماعی، دانشکده‌ی علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
- ۶- دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

*نویسنده‌ی مسؤؤل: تلفن: ۰۹۱۲۱۰۴۱۴۱۲ - Email: takiana@gmail.com

مقدمه

براساس داده‌های جمعیتی سازمان جهانی بهداشت ۵۴ درصد از جمعیت ۷/۲ میلیارد نفری جهان در سال ۲۰۱۴ در مناطق شهری ساکن بوده‌اند، این میزان در سال ۲۰۵۰ که ۲/۵ میلیارد انسان دیگر به جمعیت آن اضافه خواهد شد به ۶۶ درصد خواهد رسید. برنامه‌ی اسکان بشر سازمان ملل متحد تخمین زده است ۸۶۳ میلیون نفر در مناطق زاغه‌نشین زندگی می‌کنند (۲۰۱۴)، در حالی که این تعداد در سال ۲۰۰۰ و ۱۹۹۰ به ترتیب ۷۶۰ و ۶۵۰ میلیون نفر بوده است (۱). گسترش شهرنشینی با افزایش جمعیت ساکن در مناطق زاغه‌نشین شهری همراه بوده است. زاغه‌نشین از طریق ازدحام بیش از حد جمعیت، دسترسی ضعیف به آب آشامیدنی و بهداشت، شرایط مسکن نامناسب و حق تصرف نامطمئن آن، تعریف می‌شود. بیش از ۶۰ درصد ساکنان شهری جنوب صحرای آفریقا و بیش از ۳۰ درصد جمعیت شهری جنوب آسیا و جنوب شرقی آسیا در محله‌های زاغه‌نشین زندگی می‌کنند (۲). طبق گزارش بانک جهانی ۷۳ درصد جمعیت ایران در سال ۲۰۱۵ شهرنشین بوده‌اند و تخمین زده شده است که این نسبت در سال ۲۰۵۰ به ۸۳ درصد برسد. در سال ۲۰۱۴ میانگین شهرنشینی در آسیا حدود ۴۸ درصد، در آفریقا ۴۰ درصد، در اروپا ۷۳ درصد بوده است (۳). در سال ۲۰۰۳ از کل جمعیت جهان (۶/۱۳۴/۰۰۰/۰۰۰) ۴۷/۷ درصد در مناطق شهری ساکن و از این تعداد جمعیت شهرنشین، ۳۱/۶ درصد در حاشیه شهرها ساکن بوده‌اند (۴). در ایران طبق سرشماری سال ۲۰۱۵ وزارت بهداشت در سراسر کشور تعداد ۱۰/۲۸۰/۲۷۰ نفر در مناطق حاشیه‌نشین می‌زیسته‌اند که در ۷۰۰ منطقه‌ی سکونت‌گاهی غیر رسمی در حال گذراندن زندگی هستند. در زیر مجموعه‌ی دانشگاه علوم

پزشکی تبریز طبق این سرشماری ۵۰۵/۶۵۶ نفر در وضعیت حاشیه‌نشین بوده‌اند (۵). به حاشیه‌رانده شدن و محرومیت‌های اجتماعی بر سلامت تأثیر گذارند؛ حاشیه‌نشین به‌عنوان نوعی از به حاشیه‌رانده شدن با دسترسی محدود به مراقبت‌های بهداشتی در ارتباط است (۶). پاراگراف ۲۶ از دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه‌ی پایدار به موضوع سلامت پرداخته است.^۱ در راستای ترویج سلامت جسمی و روانی و تندرستی و برای گسترش امید به زندگی برای همه، ما باید به پوشش همگانی سلامت و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت دست پیدا کنیم. هیچ کس را نباید از قلم انداخت (۲). عبارت "هیچ کس را نباید از قلم انداخت" اشاره‌ای غیرمستقیم به افرادی است که دسترسی کافی به خدمات سلامت ندارند از جمله این افراد، حاشیه‌نشینان می‌باشند. به همین منظور یکی از اهداف توسعه‌ی پایدار یعنی هدف شماره‌ی ۱۱/۱ اشاره‌ای مستقیم به مناطق زاغه‌نشین شهری دارد. ارائه خدمات سلامت برای فقرای شهری بخش مهمی از اهداف سلامت محور توسعه پایدار، SDG^۱ است؛ پوشش همگانی سلامت و هدف SDG شماره‌ی ۱۱/۱ بیان می‌نماید که: "تا سال ۲۰۳۰ از دسترسی تمام افراد به مسکن و خدمات اولیه کافی، ایمن و مقرون به صرفه اطمینان حاصل شود و وضعیت محله‌های زاغه‌نشین ارتقاء پیدا کند" (۲).

پوشش همگانی سلامت UHC^۲ نه تنها به موضوع پوشش خدمات سلامت می‌پردازد، بلکه کیفیت خدمات سلامت و حفاظت مالی را نیز مورد توجه قرار می‌دهد. عنصر کلیدی برای ارائه‌ی خدمات سلامت باکیفیت و مردم محور، ایجاد نظام‌های سلامت کارا، غیر متمرکز و یکپارچه‌ای است که دارای کارکنانی هستند که به‌خوبی آموزش دیده‌اند، انگیزش‌های حرفه‌ای دارند، ارائه

² Universal Health Coverage: UHC

¹ Sustainable Development Goals

دهنده‌ی طیف کامل خدمات پزشکی ضروری‌ای که کیفیت آن‌ها تضمین شده است (شامل داروها، خون و تجهیزات پزشکی) می‌باشند و به شیوه‌ای تأمین مالی می‌گردند که تضمین کننده‌ی منابع مالی قابل پیش‌بینی برای سیستم باشد در حالی که هم‌زمان از استفاده کنندگان خدمات محافظت مالی بنماید (۷). خدمت رسانی به جمعیت فقیر و کم درآمد در حاشیه، حتی در کشورهای توسعه یافته نیز با مشکلاتی روبروست، به‌عنوان مثال در کشور کانادا مطالعه‌ای که شبکه‌ی مطالعات سیاست‌گذاری کانادا (CPRN³) در مورد سلامت مردم آسیب‌پذیر (به حاشیه رانده شدگان شهری، روستاهای دور افتاده و...) با عنوان "نوآوری در ارائه‌ی خدمات به مردم آسیب‌پذیر" در سال ۲۰۰۶ انجام داده است، ضمن بیان اینکه افراد در این مناطق معمولاً دسترسی (فیزیکی، اقتصادی، با کیفیت) به خدمات ندارند و یا اینکه دسترسی ناقصی دارند و از مهم‌ترین چالش‌ها و مسائل موجود به موارد آموزش ناکافی و عدم آشنایی ارائه‌کنندگان خدمت با مشکلات ناحیه‌ی تحت پوشش خود، کمبود نیروی انسانی به‌طور کلی، مدل‌های بودجه‌بندی ناسازگار، عدم وجود مراکز بهداشت اجتماعی، خدمات ناکافی در حاشیه شهرها و عدم یکپارچه بودن خدمات اشاره کرده است (۸). با محوریت بهبود عدالت در سلامت و با هدف تحقق پوشش همگانی سلامت و کاهش میزان پرداخت از جیب که در ابتدای سال ۱۳۹۲ به حدود ۶۰ درصد رسیده بود، طرح تحول سلامت به‌عنوان یکی از اولویت‌های اصلی دولت یازدهم در جمهوری اسلامی ایران مطرح شد و در همین راستا مجموعه اصلاحاتی در محورهای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارتقاء عدالت آغاز گردید. تمرکز نویسندگان این مقاله بر برنامه‌های تحول در بخش بهداشت می‌باشد. برنامه‌ی طرح تحول در سلامت در

حوزه‌ی بهداشت براساس ۱۵ برنامه‌ی ملی و ۱۰ پروژه‌ی پشتیبان (در زمان نگارش این مقاله) در حال اجرا و تکمیل می‌باشد و اهداف: ۱- ارتقاء شاخص‌های سلامت، ۲- افزایش رضایت‌مندی گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت، ۳- عدالت در سلامت از نظر دسترسی به خدمات، بهره‌مندی از خدمات ارائه شده و حفاظت مالی از آنان در بستر پوشش بیمه همگانی، ۴- بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت، ۵- اصلاح رفتار گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت و ۶- اصلاح نظام پرداخت و شیوه‌ی خرید خدمت را در بر می‌گیرد (جدول ۱).

این برنامه‌ها اگر چه به دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ شده‌اند اما ساختار دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور جهت اجرایی کردن این برنامه‌ها متفاوت می‌باشد و هر دانشگاه ضمن تکمیل این اهداف با توجه به شرایط محیطی منطقه‌ی تحت پوشش خود از ساختار اجرایی متفاوتی جهت ارائه‌ی این خدمات و رسیدن به اهداف این برنامه‌های ملی و برنامه‌های استانی خود بهره برده است. یکی از اهداف طرح تحول در حوزه‌ی بهداشت شناسایی بهترین ساختار و راهبرد برای اجرای برنامه‌های بهداشتی و درمانی است که پوشش همگانی سلامت را برای جامعه تضمین نماید. در طرح کلی مد نظر معاونت بهداشت وزارت بهداشت به ازای هر ۱۲۵۰۰ نفر در مناطق حاشیه نشین، یک پایگاه سلامت و یک مرکز خدمات جامع سلامت برای هر ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر دیده شده است. دانشگاه علوم پزشکی تبریز نوآوری‌هایی را در راستای پیاده‌سازی برنامه‌های ملی طرح تحول در حوزه‌ی بهداشت انجام داده است و این مقاله بر آن است تا به‌عنوان ارزیابی مستقل به معرفی و بحث در مورد تجربه‌ی تبریز با هدف پوشش همگانی سلامت برای حاشیه نشینان شهری بپردازد.

³ Canadian Policy Research Networks

جدول ۱- برنامه‌های اصلی و پشتیبان طرح تحول در حوزه‌ی بهداشت در کشور

ردیف	برنامه اصلی	پروژه پشتیبان
۱	برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) به روستاییان، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر	توانمندسازی مدیران و کارکنان بخش بهداشت کشور
۲	برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) به حاشیه نشینان و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر	تکمیل، تجهیز و توسعه شبکه بهداشتی و درمانی کشور
۳	برنامه ارائه خدمات و مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) به جمعیت شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر و کلانشهرها	مشارکت و همکاری بخش‌های دولتی و غیر دولتی در ارائه خدمات بهداشت عمومی (PPP)
۴	تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران	تهیه و تدوین بسته‌های خدمات بهداشتی و درمانی سطح اول (مشمتمل بر ۱۱ بسته خدمت سطح اول)*
۵	برنامه ملی ترویج و توسعه خود مراقبتی	ارتقای نظام فن آوری اطلاعات، ثبت اطلاعات و آمار بهداشتی در کشور، شبکه هوشمند بهداشت (شهاب)
۶	برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاری‌های بین بخشی	استقرار نظام پایش و ارزشیابی خدمات سلامت در کشور
۷	برنامه بهداشت عمومی (آب سالم، غذای ایمن و رژیم غذایی سالم، هوای پاک)	همکاری با مراکز آموزشی به منظور بهره مندی از ظرفیت آنها
۸	برنامه سلامت دهان و دندان	استقرار نظام دیده بانی حوزه سلامت
۹	برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر و عوامل خطر	ارائه فوریت پزشکی پیش بیمارستانی به روستاییان، عشایر و شهرهای کمتر از ۵۰ هزار نفر
۱۰	برنامه جمعیت، ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری	همکاری با مراکز تحقیقاتی در جهت اجرای پژوهش‌های کاربردی
۱۱	برنامه بهبود و اصلاح الگوی تغذیه جامعه	
۱۲	برنامه ارتقاء سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری و درمان مصرف مواد	
۱۳	برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر	
۱۴	برنامه کاهش رفتارهای پرخطر و HIV	
۱۵	برنامه سلامت در بلایای طبیعی و انسان ساخت	

* بسته‌های خدمتی حوزه بهداشت ایران و کشورهای دیگر را در پیوست ۲ می‌توانید مشاهده نمایید.

مواد و روش بررسی

پیرامون ۱۵ برنامه و اداره‌ی وزارت بهداشت، طرح تحول را در سطح ملی بررسی و مصاحبه‌هایی جهت رفع ابهامات حاصل از بررسی اسناد با مسؤول مستقیم هر اداره و برنامه‌ی طرح تحول در وزارت بهداشت انجام دادند (برای هر برنامه طرح تحول و اداره فردی ویژه معین گردید). سپس از ۵ استان پیش‌رو در طرح تحول در شمال، مرکز و جنوب کشور برای سنجش میزان و چگونگی پیاده‌سازی برنامه‌های طرح تحول بازدیدهای میدانی به‌عمل آمد؛ معرفی تجربه‌ی طرح تحول (حوزه‌ی

مقاله پیش رو قسمتی از مطالعه‌ی ملی با محوریت طرح تحول در حوزه‌ی بهداشت به سفارش معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که توسط گروه سلامت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سال‌های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ انجام پذیرفت. تیم پژوهش ابتدا با مرور صدها سند مرتبط با هر یک از برنامه‌های طرح تحول در محور بهداشت و تشکیل گروه متمرکز

مجتمع‌های سلامت توسط ساختار زیر که مشابه ساختار موجود در بسیاری از استان‌های دیگر است، ارائه می‌شد. از جمعیت ۳/۶۶۲/۹۷۴ نفری زیرمجموعه دانشگاه، ۲/۵۷۵/۴۴۹ نفر در مناطق شهری و بقیه در مناطق روستایی زندگی می‌کنند که توسط ۹۹۹ خانه بهداشت، ۶۲ پایگاه بهداشتی، ۲۶۶ مرکز بهداشتی و درمانی و ۱۶۵۸ بهورز خدمت‌رسانی می‌شدند. با هدف رفع کمبودهایی که در این ساختار موجود بود "طراحی اولیه برای راه‌اندازی مجتمع‌های سلامت به‌عنوان یک راهبرد تحقق پوشش همگانی سلامت (UHC)، براساس مطالعه‌ی اسناد بالا دستی (سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، برنامه‌ی پنجم توسعه با محوریت برنامه‌ی پزشک خانواده، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و اسناد سازمان جهانی بهداشت) و تجارب موفق دنیا و همچنین تجربه‌های حاصل از تعاونی‌های سلامت^۴ در استان (۱۳۷۶) و تحلیلی جامع از وضع موجود در بخش دولتی و غیر دولتی و توجه و بررسی ویژه برنامه‌ی پزشک خانواده^۵، از اواخر سال ۱۳۹۲ آغاز گردید" {سیاست‌گذار استانی}.

اصلاح و نهایی‌سازی طرح مجتمع‌های سلامت براساس نظرات معاونت بهداشت وزارت بهداشت، هیئت رئیسه دانشگاه، کارشناسان، مشاوران و همچنین تدوین دستورعمل اجرایی، متن قرارداد و بسته‌ی خدمات در فروردین و اردیبهشت ماه سال ۹۳ انجام پذیرفت. نهایتاً تصویب طرح در هیئت امنای دانشگاه و افتتاح اولین مجتمع سلامت (شهید چمران) در حاشیه‌ی شهر تبریز در خردادماه ۹۳ اتفاق افتاد. حدود پنج ماه بعد از شروع به‌کار این مجتمع و پایش و اصلاحاتی در آن، سایر

بهداشت) آذربایجان شرقی به‌عنوان یکی از استان‌های نوآور (مراکز مدیریت سلامت منطقه) و قرار دادن این تجربه در اختیار سایر استان‌ها هدف نگارش این مقاله می‌باشد. تیم اعزامی به آذربایجان شرقی در چندین گروه مجزا از دانشگاه علوم پزشکی تبریز، پایگاه و مراکز خدمات جامع سلامت در مناطق شهری و به‌خصوص مناطق حاشیه نشین و مراکز و پایگاه‌های روستایی بازدید میدانی به‌عمل آوردند و ضمن جمع‌آوری مستندات (تعداد مراکز تاسیس شده و نیروی انسانی به‌کار گرفته شده، الزامات و استانداردهای اجرایی، جمعیت تحت پوشش قرار گرفته، بسته‌های خدمت، فرایند واگذاری‌ها و ارزشیابی‌ها و...) آمار و شاخص‌های قبل و بعد از طرح تحول در این مناطق را مقایسه و جهت رفع ابهامات آماری و شناسایی چالش‌ها، فرصت‌ها و تهدیدها مجموعه مصاحبه‌هایی را با انتخاب هدفمند و گلوله برفی (رؤسای دانشگاه و دانشکده، افراد شاخص ملی و استانی، برنامه‌ریزان، پیمانکاران، عوامل اجرایی و...) به‌عمل آوردند. مستندات به چهار حیطة، مشخصات جمعیت و مناطق تحت تأثیر، ساختار، استانداردها و نیروی انسانی، بسته‌های خدمت، شیوه‌های تأمین مالی و پرداخت به پرسنل و شیوه‌ی ارزیابی آن‌ها، تقسیم و از لحاظ تطابق با برنامه‌های طرح تحول بررسی و همچنین با تجربیات حاصل از بازدید سایر استان‌ها مقایسه شدند. سعی بر آن شد در بررسی مستندات و به‌کارگیری نقل قول‌ها محرمانگی نام اشخاص کاملاً رعایت گردد.

یافته‌ها

خدمات سلامت به جامعه‌ی زیرمجموعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی تبریز قبل از طراحی و به‌کارگیری راهبرد

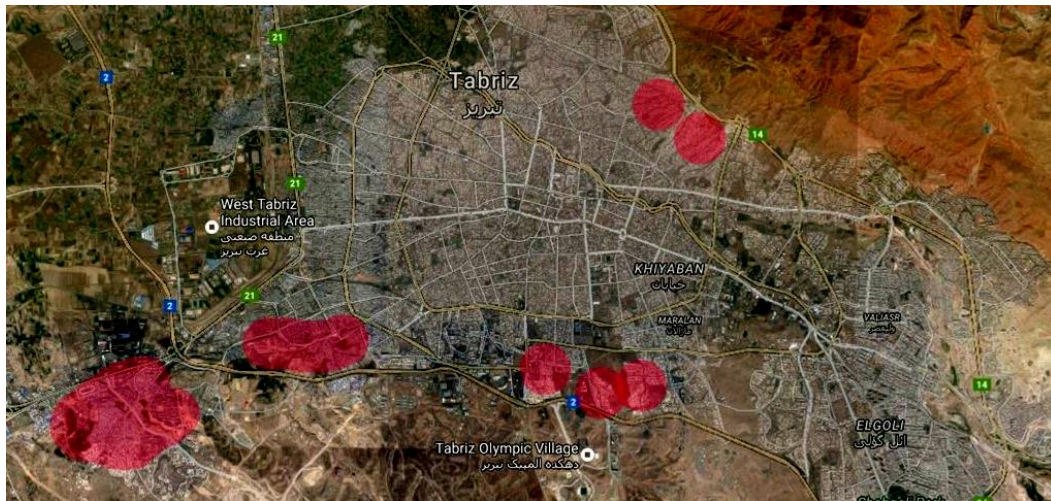
^۵ برنامه‌ی پزشک خانواده در ایران در حال تکمیل می‌باشد و هنوز در سراسر کشور پیاده‌سازی نشده است

^۴ نام سیستمی نوآورانه که در سال ۱۳۷۶ در تبریز برای خدمت‌رسانی به جامعه استفاده شد

۱۳۹۳ آغاز گردید، هر چند معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز مکان‌یابی انجام این طرح را در اسفند ماه ۱۳۹۲ انجام داده بود که به عبارتی مناطق آسیب‌پذیر قبلاً شناسایی شده بودند. استان آذربایجان شرقی در زیرمجموعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز مجموعاً ۵۳۰ هزار نفر حاشیه نشین (۱۳۹۴) دارد. که از این تعداد ۴۰۰ هزار نفر در اطراف شهر تبریز در وضعیت حاشیه نشینی هستند. مناطق حاشیه نشین با رنگ قرمز مشخص هستند (شکل ۱).

مجتمع‌های سلامت نیز راه‌اندازی شدند و در اواخر بهمن ماه ۱۳۹۳ کل حاشیه شهر تبریز تحت پوشش مجتمع‌های سلامت قرار گرفتند. از اردیبهشت ماه ۹۴ نیز باقی شهرستان‌های استان و قسمت‌هایی از شهر تبریز (غیر حاشیه) تحت پوشش قرار گرفتند که (در زمان انجام این پژوهش) ۳۰ درصد از مردم شهر تبریز هنوز تحت پوشش مجتمع‌های سلامت نیستند. که اکثر این افراد در مناطق برخوردار شهر ساکن می‌باشند و به زودی تحت پوشش قرار خواهند گرفت.

برنامه تحول سلامت در حاشیه‌ی شهرها از تیر ماه



شکل ۱- مناطق دارای وضعیت حاشیه نشینی (قرمز رنگ)، شهر تبریز

سلامت دارا بود و طبق پیش‌بینی صورت گرفته در شهر تبریز ۲۰ مجتمع سلامت خواهیم داشت که هر یک از مجتمع‌ها قسمتی از شهر تبریز را پوشش خواهند داد و مشابه یک شهرستان سلامت عمل خواهند کرد (جدول ۲).

پس از طرح تحول تنها در حاشیه شهر تبریز با جمعیت ۴۰۰ هزار نفر حاشیه نشین تعداد ۵ مجتمع سلامت، ۲۶ مرکز سلامت راه‌اندازی و بیش از ۲۳۰ نفر نیروی حوزه‌ی سلامت به‌کار گرفته شده‌اند. که این ۵ مجتمع در حال خدمت‌رسانی فعال به جمعیت حاشیه نشین شهر تبریز می‌باشد (جدول ۳).

راهبرد مجتمع سلامت پاسخی به وضعیت موجود و یک نظام سلامت مسئولیت‌پذیر و پاسخگو است که خدمات سلامت جامع و ادغام یافته را در یک منطقه‌ی جغرافیایی تعریف شده، با بهره‌گیری از توان بخش‌های دولتی و خصوصی به همگی جمعیت منطقه در ازای سرانه‌ی روشن و زیر نظر شبکه‌ی بهداشت و درمان شهرستان ارائه می‌نماید. دورنمای این راهبرد رسیدن به پوشش همگانی سلامت از طریق سه بعد پوشش کامل جمعیت، بسته‌ی خدمت جامع و حداکثر حفاظت مالی می‌باشد.

شهر تبریز قبل از طرح تحول مشخصات زیر را در حوزه‌ی

جدول ۲- مشخصات سیستم خدمت رسانی حوزه‌ی بهداشت در شهر تبریز قبل و بعد از طرح تحول

شهر تبریز قبل از طرح تحول	شهر تبریز پیش بینی برای ۱۳۹۵
جمعیت	۱,۵۷۷,۳۶۴ نفر
مرکز سلامت	۳۹
پایگاه سلامت	۲۷
کارکنان سلامت	۱۰۱۱ نفر
مجتمع سلامت	۲۰
دولتی	۱۱
خصوصی	۹
مرکز سلامت	۸۹

جدول ۳- وضعیت کنونی حاشیه‌ی شهر تبریز

حاشیه‌ی شهر تبریز (۴۰۰ هزار نفر)		
برنامه‌ی تحول	قبل	بعد
مجتمع سلامت	--	۵
مرکز سلامت	۱۰	۲۴
پایگاه سلامت	۸	--
کارکنان سلامت	۸۸	۲۱۹

مجتمع سلامت، اجزا و زیر مجموعه آن

برای همی کارکنان در بدو ورود به مجتمع‌های سلامت دوره‌های آموزشی الزامی شده است که بدون گذراندن این دوره‌ها فرد نمی‌تواند فعالیت خود را در مجتمع‌های سلامت آغاز کند. همچنین آموزش‌های ضمن خدمت نیز برای افراد پیش‌بینی شده است.

آموزش بدو خدمت و ضمن خدمت برای نیروی دولتی و خصوصی

برای نیروی خصوصی در حکم صدور و تمدید پروانه و گواهی فعالیت در مجتمع می‌باشد و برای نیروی دولتی قسمتی از موظفی که برعهده آن‌هاست. هر ماه نیز یک راهنما آموزش داده می‌شود. در جدول ۴ می‌توان به اختصار اجزاء، وظایف و اعضای یک مجتمع سلامت را مشاهده نمود. در مناطقی که اورژانس شبانه‌روزی وجود ندارد قرار بر

این است که از ساعت ۱۴ که ساعات کاری مراکز سلامت به پایان می‌رسد در این مرکز، پزشکان سلامت سایر مراکز طبق شیفت‌بندی انجام شده (ماهی ۲-۳ شیفت برای هر پزشک) در این مرکز مستقر شوند و در ساعات بعد از ساعت ۱۴ ارائه خدمت کنند. در استان فارس دسترسی زمانی به پزشک با استفاده از پزشکان همپوشان^۶ فراهم شده است. ارائه‌ی خدمات پاراکلینیک نیز در مراکز سلامت دیده شده است که به‌عنوان آزمایشگاه‌های مستقل هستند و یا به‌صورت مراکز نمونه‌گیری می‌باشند. در مورد آزمایشگاه‌ها برنامه‌ی کلی در استان این است که آزمایشگاه‌ها به‌صورت سطح بندی شده سازمان‌دهی شوند؛ به این صورت که دانشگاه قبل از راهبرد مجتمع‌های سلامت، ۹ آزمایشگاه در شبکه‌ی خود داشت که این آزمایشگاه‌ها تعطیل شده‌اند و به‌جای آن‌ها ۲۰ مرکز نمونه‌گیری تأسیس شده است که با یک نفر پرسنل و فضا و استاندارد معین ارائه‌ی خدمت می‌کند.

^۶ یک پزشک تک شیفت صبح و یک پزشک تک شیفت عصر را که در حوالی یکدیگر هستند، پزشک همپوشان می‌نامند.

جدول ۴- اجزا و وظایف مجتمع‌های سلامت

اعضاء	وظایف	اجزاء
جامعه ساکن در منطقه جغرافیایی تعیین شده برای هر مجتمع		جمعیت تحت پوشش ۴۰ تا ۱۲۰ هزار نفر
هر مجتمع سلامت بایستی توسط یک مدیر که ترجیحاً "فارغ التحصیل رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و یا پزشک آشنا به مسائل مدیریتی، اداره گردد.	خدمات پشتیبانی، امور مالی و خدمات ستادی، مسئولیت مدیریت سلامت جمعیت ناحیه مشخص شده، مرکز اصلاحات پایه جمعیت تحت پوشش مجتمع سلامت، سرشماری هر سه ماه یکبار	مرکز مدیریت سلامت منطقه
کارشناس مبارزه با بیماری‌ها، کارشناس خانواده و مدارس، کارشناس بهداشت محیط، کارشناس بهداشت حرفه ای، کارشناس آمار و فناوری اطلاعات، کارشناس بهبود تغذیه جامعه، کارشناس آموزش سلامت و جلب مشارکت‌های مردمی، کارشناس سلامت روان و آسیب‌های اجتماعی، امور اداری مالی	نیاز سنجی سلامت در اولین فصل هر سال تامین و حفظ نیروی انسانی تعریف شده برگزار جلسات هیئت امنا هر سه ماه یکبار واحدهای کارشناسی ستادی (معمولاً از اعضای مراکز سلامت زیرمجموعه هستند)	
شامل تیم‌های سلامت متشکل از یک پزشک (در کنار خانه‌های بهداشت) می‌باشد که بستگی خدمات سطح اول شامل خدمات بهداشتی درمانی اولیه از قبیل واکسیناسیون، مراقبت مادر و کودک، تنظیم خانواده، آموزش عمومی، بیماریابی، پیشگیری، خدمات درمانی سه نفر) سرپائی، بهداشت محیط و... به صورت فعال در آن ارایه می‌گردد. فعالیت‌های فوق با سرشماری خانوارهای تحت پوشش، تشکیل پرونده الکترونیک، انجام معاینات دوره‌ای شروع می‌شود.	محیطی‌ترین واحد ارائه خدمات مجتمع‌های سلامت در شهرها و روستاها شامل خانه‌های بهداشت) می‌باشد که بستگی خدمات سطح اول شامل خدمات بهداشتی درمانی اولیه از قبیل واکسیناسیون، مراقبت مادر و کودک، تنظیم خانواده، آموزش عمومی، بیماریابی، پیشگیری، خدمات درمانی سه نفر) سرپائی، بهداشت محیط و... به صورت فعال در آن ارایه می‌گردد. فعالیت‌های فوق با سرشماری خانوارهای تحت پوشش، تشکیل پرونده الکترونیک، انجام معاینات دوره‌ای شروع می‌شود.	مرکز سلامت شهری یا روستایی
وظیفه ارتقای سلامت، پیشگیری، بیماریابی و مراقبت بیماری‌ها را بر اساس ۳۰ راهنمای کشوری تهیه شده بسته‌های خدمتی ۱۵ برنامه ملی تحول در بهداشت نیز بایستی توسط این مجتمع‌های سلامت پیاده سازی شوند.		
این مرکز علاوه بر داشتن تیم‌های سلامت، شامل واحدهای زیر خواهد بود: شامل کلینیک ارجاع می‌باشند که دارای حداقل ۴ تخصص دندانپزشکی، مشاوره تغذیه، مشاور روانپزشکی، مددکار اجتماعی، توانبخشی داخلی، زنان، کودکان و روانپزشکی و کلینیک ترک دخانیات	یکی از مراکز سلامت مجتمع است که از نظر موقعیت جغرافیایی بهترین این مرکز علاوه بر داشتن تیم‌های سلامت، دسترسی را به جمعیت تحت پوشش مجتمع داشته باشد خدمات آزمایشگاه دندانپزشکی، مشاوره تغذیه، مشاور روانپزشکی، مددکار اجتماعی، توانبخشی داخلی، زنان، کودکان و روانپزشکی و کلینیک ترک دخانیات	مرکز سلامت جامعه (مرکز جامع خدمات سلامت)
واحدی در مرکز سلامت جامعه است که خدمات درمان تخصصی سرپایی را در اختیار ارجاع‌شدگان از مراکز سلامت قرار می‌دهد و سپس پزشک ارجاع دهنده را از نتیجه کار خویش مطلع می‌سازد در وظایف متخصصین، قبول مسئولیت و درمان بیماران ارجاعی، ارایه پسخوراند، مراقبت از بیماریهای حاد و مزمن پیچیده، آموزش و ارزیابی خدمات سطح اول، تهیه منابع آموزشی و... پیش بینی شده است.		کلینیک ارجاع
بهداشت و درمان دهان و دندان کودکان تا ۶ سال، ۷ تا ۱۴ ساله، مادران باردار و شیرده بر اساس بسته‌های تعریف شده آموزش میدانی جامعه و مدارس		بهداشت دهان و دندان
این واحد مسئول مشاوره به گروه‌های خاص مانند مادران باردار، مردان شیرده، کودکان و نوزادان تازه متولد شده، افراد دارای اضافه وزن و با ریسک بالا، ارجاع مادران و کودکان دارای اختلال رشد به پزشک، و ارائه مشاوره‌های خصوصی و گروهی در خصوص تغذیه سالم به گروه‌های هدف.	افراد در مقاطع مختلف رشته تغذیه	مشاوره تغذیه

ادامه‌ی جدول در صفحه بعد

ادامه‌ی جدول صفحه قبل

مشاوره روان	در این واحد غربالگری‌هایی در خصوص اختلالات روانی و مصرف مواد مخدر متخصص روان دارای دانشنامه تخصصی در جمعیت عمومی و زنان باردار انجام و همچنین وضعیت سلامت روانی کودکان، دانش آموزان، جوانان میانسالان و سالمندان بر اساس فرم‌های تعیین شده برای هرگروه انجام می شود
بهداشت حرفه ای و محیط	تمام کارگاه‌های موجود در منطقه تحت پوشش مجتمع شناسایی می شوند کارشناس بهداشت محیط یا حرفه‌ای سپس این کارگاه‌ها بازرسی می شوند و استانداردها و نکات ایمنی و آموزش‌های لازم از لحاظ بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای به آنها داده میشود در مورد کارگاه‌هایی که همکاری نکنند نیز اخطار و نهایتاً احضاریه دادگاه آنها را پاسخگو خواهد نمود.
بیماری‌های واگیر غیر واگیر	بسته خدمتی واکسن، بسته خدمتی هپاتیت، بسته خدمتی سل، بسته کارشناس مبارزه با بیماری‌ها خدمتی زئونوز، بسته خدمتی بیماری‌های آمیزشی، آموزش- هپاتیت، آموزش - واکسیناسیون، آموزش - مالاریا، ایدز، طغیان بیماری‌های منتقله از آب و غذا، شیگلوز، التور، دیابت، چاقی، فنیل کتونوری، سرطان، قلبی و...
دارو و پاراکلینیک	خدمات دارویی، آزمایشگاهی و تصویر برداری در مرکز سلامت جامعه یا محلی خارج از آن با در نظر گرفتن دسترسی مردم و پس از اخذ مجوز لازم از مرکز بهداشت شهرستان و خرید خدمت از بخش دولتی و غیر دولتی ارایه خواهد شد.
اورژانس شبانه روزی	ارایه خدمات درمانی اورژانس در مرکز سلامت جامعه یا محلی خارج از آن با در نظر گرفتن دسترسی مردم و پس از اخذ مجوز لازم از مرکز بهداشت شهرستان به صورت شبانه روزی خواهد بود.

امتیاز بیشتری بهره‌مند خواهند شد. افراد برای برخورداری از مزایای نظام ارجاع باید از طریق مراکز سلامت و پزشکان خانواده‌ی خود وارد زنجیره‌ی ارایه‌ی خدمات سلامت شوند در غیر اینصورت هزینه‌های ویزیت متخصص در مجتمع سلامت با تعرفه بخش خصوصی اخذ خواهد شد.

نیروی انسانی مرکز سلامت (جدول ۵)

مجتمع‌های غیردولتی باید در به‌کارگیری کارکنان مورد نیاز خود، واحدهای بخش غیردولتی (مطب، کلینیک و...) موجود در محدوده‌ی مجتمع را در اولویت اول قرار دهند. در صورت تأمین نیروی انسانی توسط شبکه‌های بهداشت و درمان از میان مستخدمین رسمی و پیمانی، پرداخت حقوق ماهانه با رعایت ضوابط و مقررات مربوطه بر عهده‌ی شبکه‌های بهداشت و درمان

پرسنل هر مرکز نمونه‌گیری مطابق استاندارد تدوین شده، تنها نمونه‌گیری‌ها را انجام می‌دهد و بعد از نمونه‌گیری دو خودروی تعیین شده در ساعات معین اقدام به جمع‌آوری نمونه‌ها از این مراکز نمونه‌گیری می‌نمایند و نمونه‌های جمع‌آوری شده را به یک آزمایشگاه مرکزی انتقال می‌دهند. البته بعضی از این مراکز سلامت جامعه، خودشان آزمایشگاه دارند و یا با عقد قرار داد با بخش خصوصی ارائه‌ی خدمت می‌نمایند. سایر خدمات مانند دندانپزشکی، مشاور تغذیه، مشاور روانپزشکی، مددکار اجتماعی، توانبخشی و کلینیک ترک دخانیات وجود دارند.

اخذ نوبت ویزیت بیماران ارجاعی برعهده مراکز سلامت خواهد بود. این موضوع در ارزشیابی مجتمع‌های سلامت مد نظر قرار خواهد گرفت و مجتمع‌هایی که دسترسی سهل‌تری به خدمات تخصصی ایجاد نمایند، از



جدول ۵- نیروی انسانی مرکز سلامت

عنوان	شرایط احراز	استاندارد*
پزشک خانواده	دارای دانشنامه پزشکی عمومی	به ازای هر ۴۰۰۰ نفر ۱ نفر
کارشناس مراقب سلامت	کارشناس بهداشت خانواده، بهداشت عمومی، مامایی و مبارزه با بیماری‌ها	به ازای هر ۲۰۰۰ نفر ۱ نفر
کارشناس بهداشت محیط	دارای دانشنامه مرتبط	به ازای هر ۳۰۰ الی ۳۵۰ امکنه ۱ نفر
کارشناس بهداشت حرفه‌ای	دارای دانشنامه مرتبط	به ازای هر ۳۰۰ الی ۳۵۰ کارگاه ۱ نفر
پرستار و واکسیناتور	دارای دانشنامه مرتبط	به ازای هر مرکز ۱ نفر
پذیرش	دارای دانشنامه مرتبط	به ازای هر مرکز ۱ نفر

* با توجه به بازخوردهای در حال انجام امکان تغییر وجود دارد

سلامت و کارکنان این مجتمع‌ها مبتنی بر پرداخت ترکیبی (Mixed Payment) می‌باشد.

سرانه: "تعیین سرانه از دو راه ممکن بود، هزینه و بسته‌ی خدمتی. هم اکنون سرانه پرداختی براساس هزینه می‌باشد که طی مطالعه‌ای در حال تبدیل به سرانه پرداختی براساس بسته خدمتی می‌باشد" {سیاست‌گذار استانی}.

مبلغ سرانه بسته به نوع خدمات واگذار شده به مجتمع متفاوت است. این مبلغ پس از انجام کارشناسی در کمیته‌ی مربوطه، به ستاد سیاست‌گذاری و راهبردی استان پیشنهاد و پس از تصویب، مبنای عقد قرارداد با مجتمع‌های سلامت خواهد بود که ممکن است هر سال یا هرچند سال یک بار، تغییر یابد. ارایه‌ی خدماتی که مشمول سرانه می‌باشد رایگان بوده و فرانشیزی از بابت ارائه آن‌ها دریافت نمی‌گردد.

سرانه‌ی اختصاصی باتوجه به ویژگی‌های منطقه‌ای و نیاز سنجی‌های انجام شده در هر منطقه ممکن است محتویات آن متفاوت باشد. به‌طور کلی بسته‌ی خدمتی که توسط سرانه پشتیبانی می‌شود شامل گزینه‌های ۱ تا ۱۳ جدول شماره ۶ است.

است، اما به میزان دریافتی ایشان از پرداختی به مجتمع‌ها کسر خواهد شد. یکی از مهم‌ترین تفاوت‌هایی که مجتمع‌های سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز با سایر استان‌ها دارد وجود مرکز مدیریت سلامت منطقه به‌عنوان ستاد خدمات پشتیبانی، امور مالی و منابع انسانی است که مسؤلیت مدیریت سلامت جمعیت ناحیه‌ی مشخص شده را به‌صورت فعال به‌عهده دارد. در این مرکز اطلاعات پایه‌ی جمعیت تحت پوشش مجتمع سلامت بررسی می‌شود و سرشماری‌ها هر سه ماه یکبار به روزرسانی می‌گردد. فرآیند نیاز سنجی سلامت در اولین فصل هر سال در این مرکز انجام می‌شود. تأمین و حفظ نیروی انسانی تعریف شده نیز از وظایف این مرکز می‌باشد که در صورت رعایت نشدن در ارزشیابی‌ها گنجانده و حتی ممکن است در صورت عدم رسیدگی باعث فسخ قرار داد گردد. جلسه هیئت امنا در هر مجتمع هر سه ماه یکبار باید برگزار گردد: هر مجتمع سلامت باید توسط یک مدیر که ترجیحاً فارغ‌التحصیل رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و یا پزشک، اداره گردد. وظیفه‌ی برنامه‌ریزی، هماهنگی، پایش و ارزشیابی واحدهای ستادی، تأمین منابع، پاسخ‌گویی و... بر عهده مدیر مجتمع می‌باشد.

شیوه‌ی پرداخت: شیوه‌ی پرداخت به مجتمع‌های

جدول ۶- محتویات بسته‌ی خدمات که به آن‌ها سرانه تعلق می‌گیرد

ردیف	محتویات بسته خدمت	ردیف	محتویات بسته خدمت
۱	خدمات خود مراقبتی	۱۰	خدمات سلامت محیط و کار
۲	غربالگری هدفمند و شناسایی عوامل خطر	۱۱	ارجاع و درمان سرپایی تخصصی
۳	تشخیص و درمان بیماری‌های حاد و مزمن	۱۲	مشاوره و مراقبت از رژیم غذایی و تحرک فیزیکی
۴	مراقبت مادر باردار و کودک	۱۳	خدمات فوریت‌های سلامت در بلا یا
۵	مراقبت میانسال و سالمند	۱۴	دارو و پاراکلینیک
۶	مشاوره و مراقبت روان شناختی	۱۵	خدمات و فوریت‌های اورژانس
۷	مشاوره و مراقبت از سلامت اجتماعی	۱۶	خدمات توانبخشی
۸	حفظ و ارتقای مدیریت بیماری‌های واگیر	۱۷	جراحی‌های کوچک و سرپایی
۹	خدمات سلامت دهان و دندان	۱۸	ویزیت و مراقبت در منزل

اکثر خدمات بسته‌های تهیه شده براساس برنامه‌های ابلاغی وزارت بهداشت در هر حوزه می‌باشند که دانشگاه علوم پزشکی نیز می‌تواند با توجه به بررسی‌های محیطی آن را تکمیل نماید.

"سرانه تعیین شده برای بسته‌ی خدماتی که شامل بهداشت محیط، بهداشت دهان و دندان محیط کار و... می‌باشد ۳۷ هزار تومان است که از این مبلغ ۲۶ هزار تومان آن را وزارت بهداشت می‌پردازد و ۱۱ هزار تومان از طریق صرفه‌جویی در اعتبارات دانشگاه تأمین می‌گردد. وزارت بهداشت قول تأمین کل این سرانه ۳۷ هزار تومانی را در آینده‌ی نزدیک داده است اما هم‌زمان با قول تأمین این ۳۷ هزار تومان سرانه از سوی وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی این ۳۷ هزار تومان را به ۴۸ هزار تومان افزایش داده است و روند تغییر مبلغ هم اکنون (۱۶ دی ۹۴) در هیئت رئیسه‌ی دانشگاه در حال رسیدگی می‌باشد. در سطح شهرستان‌های استان اختلافی ۱۰ تا ۱۵ درصدی در میزان سرانه وجود خواهد داشت و مبلغ ۴۸ هزار تومان برای شهر تبریز خواهد بود (به‌دلیل پایین‌تر بودن تعدادی از هزینه‌ها در شهرستان‌ها). دلیل اضافه کردن مبلغ سرانه این بود که دانشگاه توانایی پرداخت حداقل پرداختی را به مراقبین سلامت و پزشکان نداشت با این افزایش سرانه، حداقل پرداختی به پزشکان مبلغ ۴۰ میلیون تومان خواهد شد

که با مبلغ کارانه به ۴/۷۰۰/۰۰۰ تومان خواهد رسید و کارکنان ستادی متوسط ۲/۰۰۰/۰۰۰ و مراقبین سلامت متوسط ۱/۷۰۰/۰۰۰ تومان دریافتی خواهند داشت. با تأمین ۳۷ هزار تومان سرانه از سوی وزارت بهداشت، باقی مبلغ را خود دانشگاه تقبل خواهد کرد" {سیاستگذار استانی}.

سطح اول: خدمات پیشگیری، بیماری‌یابی و ارتقای سلامت، از سرانه ۳۷ هزار تومانی، مبلغ ۳۴ هزار تومان به سطح اول پرداخت سرانه صورت می‌گرفت.

سطح دوم: خدمات تخصصی (۴ تخصص اصلی: داخلی، زنان، کودکان، روانپزشکی)، از سرانه‌ی ۳۷ هزار تومان مبلغ ۳ هزار تومان بابت این سطح پرداخت می‌گردد. این ۳ هزار تومان برای ویزیت متخصص نیست بلکه برای پذیرش ارجاع‌ها و برگزاری کلاس‌های آموزشی برای پزشکان فعال در مجتمع‌های سلامت، بازدیدهایی ماهانه از مراکز سلامت و گزارش فعالیت‌های خود متخصص می‌باشد. پرداخت ۸۰ درصد سرانه به‌صورت ماهانه در اول ماه قبل از ارائه خدمت و ۲۰ درصد باقی مانده براساس ارزشیابی عملکرد پرداخت خواهد شد.

پرداخت موردی (Case payment): در صورت انجام اقدامات خاص و خدمات ویژه در مورد جمعیت

تحت پوشش (تشخیص بیماری‌های نادر، مسری، تهدید کننده حیات و...) پرداخت‌های موردی به مجتمع سلامت صورت می‌پذیرد. نوع و میزان پرداخت‌های موردی توسط ستاد اجرایی استان تصویب و ابلاغ خواهد شد.

کارانه (FFS): هزینه‌ی خدماتی که مشمول سرانه نمی‌باشد، طبق تعرفه دولتی و برابر مقررات جاری کشور توسط مجتمع‌های سلامت از سازمان‌های بیمه‌گر و مراجعین دریافت خواهد شد. خدماتی که فرانشیز به آن‌ها تعلق می‌گیرد و میزان فرانشیز مربوطه طبق تعرفه دولتی و براساس قوانین جاری کشور خواهد بود. خانوارهایی که قادر به پرداخت فرانشیز خدمات نمی‌باشند جهت دریافت مساعدت مالی توسط مجتمع به سازمان‌های حمایتی معرفی خواهند شد. لازم به توضیح است که در مورد خدمات اورژانسی معرفی به سازمان‌های مذکور پس از ارایه‌ی خدمات صورت خواهد گرفت. هرگونه دریافت، غیر از تعرفه‌ها و فرانشیزهای مصوب دولتی توسط واحدهای ارایه دهنده خدمات مجتمع سلامت ممنوع می‌باشد. به استثنای مراجعین خارج از نظام ارجاع که بایستی صد در صد هزینه خدمات دریافتی را طبق تعرفه بخش خصوصی پرداخت نمایند.

تشویقی: "به ۱۰ عمل پرداخت تشویقی تعلق می‌گیرد، به‌عنوان مثال به ازای کشف یک مورد مسلول ۴۰۰ هزار تومان و به ازای هر فرد مبتلا به ایدز ۲/۵۰۰/۰۰۰ هزار تومان به فرد پرداخت تشویقی در همان هفته‌ی اول صورت می‌گیرد. نه تنها در مورد بیماری‌ها بلکه اگر یک مشکل بهداشتی و محیطی را حل نمایند تا ۲/۰۰۰/۰۰۰ تومان پرداخت تشویقی صورت می‌گیرد. در همین راستا مشکل فاضلاب با پیشگامی این عزیزان و همکاری مسؤولین آب و فاضلاب و مردم در چند نقطه حل شده است."

شیوه‌های ارزیابی مجتمع‌ها: شیوه‌ی ارزیابی

مجتمع‌های سلامت به ۵ دسته به شرح زیر می‌باشد.

- (۱) مردم محور (بررسی مستمر رضایت مردم) کتابچه‌ای برای آشنایی مردم با خدماتی که در مجتمع‌های سلامت ارائه می‌شود طراحی شده که به زودی به ازای هر خانواده یک کتاب توزیع خواهد شد.
- (۲) کارشناس محور (مبتنی بر استانداردهای خدمات)
- (۳) مبتنی بر نظام اعتبار بخشی Accreditation با توجه به نقش بخش خصوصی در انجام این اعتبار بخشی
- (۴) ارزشیابی داخلی: توسط خود مجتمع‌های سلامت هر دو ماه یکبار انجام خواهد شد

ارزشیابی برنامه‌های مراکز سلامت هر دو ماه یکبار توسط کارشناسان مرکز سلامت جامعه

پایش عملکرد کارشناسان مرکز سلامت جامعه هر دو ماه یکبار توسط مدیریت مجتمع

- (۵) ارزشیابی خارجی هر ۴ ماه یکبار توسط کارشناسان شبکه دانشگاه انجام و پرداخت‌ها براساس نتایج این ارزشیابی تحت تاثیر قرار خواهند گرفت.

حاشیه شهر تبریز: حاشیه شهر تبریز با جمعیت ۴۰۰ هزار حاشیه نشین مشخص شده است. به‌طور کلی حاشیه‌ی شهر تبریز با ۵ مجتمع سلامت به‌نام‌های شهید چمران، چشم انداز، آزادی، دکتر پيله رودی و حکیم که متشکل از ۲۶ مرکز سلامت و چندین تیم سلامت (۳ نفره) پوشش داده شده است.

منطقه‌ی مجتمع سلامت شهید چمران مثالی از بهبود وضعیت سلامت و دسترسی در حاشیه شهرها با استفاده از سیستم مجتمع‌های سلامت:

منطقه‌ی تعیین شده برای مجتمع سلامت شهید چمران حدود ۶۲۰۰۰ نفر جمعیت حاشیه نشین را با پنج مرکز سلامت که یکی از آن‌ها مرکز سلامت جامعه می‌باشد پوشش می‌دهد. مجتمع سلامت شهید چمران (شکل ۲) مرکز مدیریت خود را به پیشنهاد خود جدا از مراکز سلامت قرار داده است.



شکل ۲- نقشه محدوده‌ی مجتمع شهید چمران

اجرای طرح کاملاً مشهود است و آمار ما را به قضاوت می‌برند. چنین دستاوردهایی برای سایر مجتمع‌های سلامت نیز به‌دست آمده است.

نحوه‌ی واگذاری مجتمع‌های سلامت به پیمانکار

طبق یک فراخوان عمومی شرکت‌های داوطلب اعلام آمادگی می‌نمایند سپس سوابق این شرکت‌ها بررسی می‌گردد، در مرحله‌ی بعدی یک مناقصه محدود برگزار می‌گردد. در ابتدای امر به‌علت اهمیت حاشیه‌ی شهرها مناقصات حاشیه شهرها به‌صورت تک مرحله‌ای شامل یک سری ویژگی‌های الزامی انجام شد. نمونه فرم قرار داد در لینک انتهای گزارش پیوست شده است. در واگذاری مجتمع‌های سلامت یک سری شرایط اختصاصی برای مجتمع‌های سلامت وجود دارد. واگذاری خدمات به بخش غیر دولتی به دو صورت مناقصه تک مرحله‌ای و مناقصه‌ی دو مرحله‌ای ممکن خواهد بود.

در کل این منطقه قبل از اجرای طرح تحول، دو واحد ارائه‌کننده‌ی خدمت در حال ارائه‌ی خدمات سلامت بودند که شامل یک مرکز بهداشتی و درمانی و یک پایگاه سلامت بود. در این دو واحد جمعاً ۱۵ نفر پرسنل مشغول خدمت رسانی بودند اما هم اکنون در این منطقه ۸۵ نفر در حال ارائه‌ی خدمات سلامت به مردم منطقه در ۵ مرکز سلامت و یک مرکز مدیریت می‌باشند. ۳۳ درصد از جمعیت تحت پوشش مجتمع سلامت شهید چمران بیمه‌ی سلامت ایرانیان را دارا هستند و ۶۳ درصد نیز دارای بیمه‌ی تأمین اجتماعی می‌باشند و سایر بیمه‌ها درصد بسیار اندکی را به خود اختصاص داده‌اند. در این منطقه و تمام مناطق دیگر تیم سلامت و جمعیت تحت پوشش آن رنگ مخصوص به خود را دارند و تمام فرم‌ها به رنگ تعریف شده برای هر منطقه می‌باشد، در صورت جابه‌جایی محل زندگی فردی در بین این مناطق، در سامانه فرد به مرکز جدید معرفی می‌شود و در ادامه وی براساس رنگ‌بندی محل زندگی جدید تعریف می‌شود.

دستاوردهای این مجتمع سلامت را در جداول زیر می‌توان با زمان قبل از شروع طرح مقایسه نمود که در مورد بیماریابی‌ها و ویزیت‌های انجام گرفته داده‌ها تا آذر ماه ۱۳۹۴ می‌باشند. تفاوت‌ها نسبت به قبل و بعد از

جدول ۷- بیماریابی انجام شده در منطقه‌ی چمران قبل و بعد از شروع به‌کار مجتمع‌های سلامت (در جمعیت ۶۲ هزار نفری)

بیماری‌ها	قبل	بعد
تعداد موارد جدید شناسایی شده بیماری روانی	۰	۱۱۸۰
تعداد مشاوره روانشناسی ارائه شده	۰	۵۳۱
تعداد دیابت شناسایی شده	۰	۹۵
تعداد فشارخون بالای شناسایی شده	۳۰	۶۲۱
تعداد بیمار ایسکمیک قلبی شناسایی شده	۴۰	۱۰۱۷
تعداد بیماری هیپرلیپدمی شناسایی شده	۵	۱۶۷
تعداد بیماری آسم شناسایی شده	۱	۶۴۷
تعداد هیپاتیت شناسایی شده	۰	۱۴۱
تعداد تب مالت شناسایی شده	۰	۳۷
تعداد نمونه برداری موارد مشکوک به سل	۰	۸
تعداد بیماری سل قطعی شناسایی شده	۰	۱۶۹
تعداد نمونه برداری موارد مشکوک به التور	۰	۹
تعداد ریپید تست (HIV)	۰	۲۵۹
تعداد بیماری (HIV) قطعی شناسایی شده	۰	۱۲۷
تعداد جمعیت سرشماری شده	۰	۱
تعداد جمعیت ثبت شده در سامانه	۰	۶۶۸۴۳
تعداد جمعیت دارای پزشک خانواده	۰	۶۱۸۵۷
تعداد ویزیت پایه انجام یافته	۰	۶۱۸۵۷
تعداد بیماریابی انجام شده	۰	۱۷۶۲۴
تعداد ارجاع به متخصص	۰	۴۲۵۱
تعداد پسخوارند ارجاع	۰	۸۱۳۶
	۰	۵۲۶۸

نیز محقق گردیده است.

بحث

این بهبود به‌ویژه در مناطق حاشیه نشین از ابعاد مختلف قابل توجه بوده است، در یک مورد تفاوت بیماران شناسایی شده دیابتی از ۳۰ مورد به ۶۲۱ مورد در زیر مجموعه ۶۲ هزار نفری مجتمع سلامت شهید چمران و دسترسی این افراد دیابتی شناسایی شده به مشاور تغذیه موجود در مجتمع دستاورد مهمی در پیشگیری و کنترل دیابت می‌باشد. ارائه‌ی این حجم از مراقبت‌ها به افراد در حاشیه شهرها که جزو آسیب‌پذیرترین قشر جامعه محسوب می‌شوند قدمی بزرگ در راستای حفظ و ارتقاء سلامت جامعه می‌باشد. در راهبرد مجتمع‌های سلامت تنها به درمان افراد بیمار با علائم مشهود

راهبرد مجتمع‌های سلامت همان‌گونه که شرح آن رفت دسترسی فیزیکی، مالی و حتی فرهنگی (پذیرش خدمات) به خدمات سلامت را با تمرکز بر نحوه‌ی پرداخت و تعیین بسته‌ها بر پیشگیری بهبود بخشیده است. نه تنها تبریز بلکه در بازدید از حاشیه‌ی شهر مشهد مشاهده شد که ارائه‌ی خدمات فعال از طریق ۴۱ مرکز سلامت جامعه و ۱۱۶ پایگاه سلامت با مشارکت بخش دولتی و غیردولتی و با به‌کارگیری ۳۱۵ نفر از بخش دولتی و ۸۹۱ نفر از بخش غیر دولتی و تحت پوشش قرارداد جمعیت حدود ۱/۱۷۴/۰۰۰ نفر از افراد در وضعیت حاشیه نشینی هدفی بود که در این استان

تعیین شده است. مشارکت بیمه‌ها در هرچه پربار شدن این بسته‌های خدمتی و یا حتی ورود بیمه‌ها در تعیین بسته‌های خدمتی که بتواند هزینه‌های بیمارستانی بیمه‌ها را کاهش دهد یکی از اهداف و خواسته‌های طراحان مجتمع‌های سلامت می‌باشد. حال با در نظر گرفتن استقرار این مجتمع‌های سلامت در سراسر کشور توان بالقوه این مجتمع‌ها می‌تواند برآیندی مانند برآیند ایجاد خانه‌های بهداشت در مناطق روستایی را بر شاخص‌های سلامت کشور داشته باشد. به نظر مجتمع‌های سلامت ترکیبی از سیستم ارجاع، PHC، خانه‌های بهداشت، پزشک خانواده، خرید راهبردی خدمات، مدیریت هزینه و ساختار و ارائه خدمات سلامت می‌باشند که می‌توانند بسیاری از چالش‌های فعلی نظام سلامت کشور را پاسخ‌گو باشند.

راهبرد مجتمع‌های سلامت همان‌گونه که شرح آن رفت صرفاً به بیماری‌ها و درمان افراد نمی‌پردازد، شرایط به‌وجود آورنده این بیماری‌ها را با استفاده از کمک افراد خبره‌ای مانند روان‌شناسان، متخصصان تغذیه، متخصصان بهداشت حرفه‌ای و محیط که مسؤوّل تمام محیط و کارگاه‌های موجود در منطقه جغرافیایی تحت پوشش مجتمع‌های سلامت هستند و همچنین با همکاری و جهت‌دهی‌های بین بخشی و توجه ویژه‌ای بر توان خود جامعه عوامل اجتماعی و اقتصادی تهدید کننده سلامت افراد را نیز مد نظر قرار می‌دهد. مراکز مدیریت مجتمع‌های سلامت در تبریز که اکثراً با نیروهای شاغل در مراکز سلامت اداره می‌شوند، یکی از نقاط متمایز نسبت به سایر استان‌هاست به‌طوری که این مرکز مسؤوّل مدیریت سلامت ناحیه‌ی تعیین شده خود می‌باشد و نیاز سنجی جامعه تحت پوشش خود تا نظام مراقبت فعال برای پیشگیری از یک همه‌گیری و یا اعلام آن به سطوح بالاتر را بر عهده دارد. این مراکز مدیریت به‌عنوان مغز سیستم مجتمع سلامت عمل می‌نماید و احتیاجات جامعه و منطقه‌ی جغرافیایی تحت پوشش خود را سنجش و به اطلاع سیاست‌گذاران ملی و استانی می‌رساند، این امر در استان

پرداخته نمی‌شود و با انجام ویزیت‌های پایه و ادواری فرد را در مرحله‌ی پیش بالینی شناسایی و فرآیند درمان را در بهترین زمان ممکن آغاز می‌نمایند. به‌عنوان مثال برای بیماری دیابت که ۴/۶ میلیون نفر در ایران مبتلا هستند و در سال ۲۰۰۹ حدود ۳/۸ میلیارد دلار هزینه مالی برای کشور در بر داشته است حدود نیمی از این هزینه مربوط به هزینه‌های بیمارستانی این بیماری می‌باشد (۹) که با شناسایی زود هنگام این افراد با فرآیند ویزیت‌های پایه و ادواری دیده شده در مجتمع‌های سلامت و مداخلات تغذیه‌ای و راهنمایی افراد مبتلا، قطعاً اقدامات پُر هزینه درمانی کاهش خواهد یافت و از طرفی افراد آسیب‌پذیری که به علل مالی، فیزیکی (مسافت) یا عدم آگاهی از بیماری خود به سمت کنترل و درمان بیماری خود نمی‌روند، از این شرایط نامساعد دور خواهند گشت. در بسیاری از بیماری‌های دیگر مانند بیماری‌های روانی، فشار خون و... که توسط تیم سلامت مجتمع‌های سلامت شناسایی می‌شوند می‌توان با اقدامات درمانی و پیشگیرانه بسیار ابتدایی و یا همان اصول PHC از وخیم شدن و پیشرفت بیماری‌های گوناگون پیشگیری نمود. با کنترل فشار خون بالای بیش از یک هزار فرد مبتلا به فشار خون بالا که از میان زیر مجموعه ۶۲ هزار نفری تنها یک مجتمع سلامت شناسایی شده‌اند می‌توان از عوارض بعدی این بیماری جلوگیری نمود. در مطالعه‌ای که توسط Einarsdóttir و همکاران با موضوع اهمیت مراقبت اولیه‌ی منظم در کاهش بیماری‌های ایستیمیک قلبی بوده بر اهمیت ویزیت‌های ادواری تاکید شده است که توانسته بود بستری‌های مجدد و اورژانسی را کاهش دهد (۱۰).

بسته‌های خدمتی مشمول سرانه براساس نیاز سنجی‌های انجام پذیرفته توسط وزارت بهداشت در سراسر کشور و همچنین نیازسنجی‌های استانی انجام شده توسط دانشگاه علوم پزشکی استان و نیازسنجی‌های انجام شده توسط مرکز مدیریت سلامت منطقه با توجه به منابع مالی معاونت بهداشت وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی

فارس و مازندران به‌صورت منطقه بندی شده نیست و طبیعتاً ارائه داده‌های دسته‌بندی نشده بر اساس منطقه^۷ مشکلاتی را برای پایش ارزیابی و تشخیص مناطق بحران ایجاد خواهد نمود. ثبت نام کردن افراد در مراکز مدیریت سلامت براساس منطقه در برنامه‌ی پزشک خانواده می‌تواند پیشنهادی برای متمر ثمر واقع شدن هرچه بیشتر برنامه پزشک خانواده باشد.

نظام پرداخت موجود در این مجتمع‌ها که به گفته طراحان این راهبرد در دانشگاه علوم پزشکی تبریز در حال تکمیل می‌باشد، تمرکز ویژه‌ای بر پرداخت سرانه به‌عنوان روشی برای جلوگیری از هزینه‌های غیر ضروری دارد. در این راهبرد دانشگاه علوم پزشکی تبریز با کمک وزارت بهداشت به شیوه سرانه+تشویقی+کارانه به پیمانکار و یا مدیر مجتمع سلامت براساس تعیین سرانه و بسته خدمتی که تعیین کرده است پرداخت می‌کند و پیمانکار مجتمع سلامت نیز به شیوه‌ی حقوق+کارانه+تشویقی به پزشکان عمومی، متخصص و کارکنان و همچنین به روش FFS بابت خدمات پاراکلینیک و دارو و روش ترکیبی به بیمارستان‌ها پرداخت می‌نماید. طبق این شیوه بیشترین خطر عدم کارایی به ارائه کننده منتقل شده و ارائه کننده دائماً تمام سعی خود را خواهد نمود که در عین حال که سلامت جمعیت زیر پوشش خود را ارتقاء می‌دهد از هزینه‌های غیر ضروری اجتناب نماید. این امر هم‌زمان است با کنترل‌هایی که توسط دانشگاه و وزارت بهداشت انجام می‌شود و همچنین رضایت سنجی افراد تحت پوشش مجتمع سلامت و پایش و ارزیابی مدیریت مجتمع سلامت؛ در سیستم مجتمع‌های سلامت خدمات تشخیصی نیز در حال سازماندهی و سطح بندی هستند، به‌عنوان مثال برای خدمات تشخیص

آزمایشگاهی از مراکز نمونه‌گیری استفاده شده که براساس اصول استاندارد تهیه شده نمونه‌گیری را انجام داده و نمونه‌ها به مرکز آزمایشگاهی مادر ارسال می‌کنند تا ضمن کاهش هزینه‌های تاسیس مراکز عمده از سهم هزینه‌های بالاسری خدمات ارائه شده کاسته شود. که قابل گسترش به سایر خدمات تشخیصی نیز می‌باشد. همکاری بیمه‌ها در مناطق حاشیه نشین برای موفقیت آمیز شدن این راهبرد بسیار حیاتی می‌باشد. در مجتمع شهید چمران ۶۳ درصد افراد دارای بیمه تأمین اجتماعی هستند که اگر سازمان تأمین اجتماعی قسمتی از خدمات ارائه شده (به‌ویژه خدمات حیاتی و با جنبه اقتصادی) در مجتمع سلامت را زیر پوشش بیمه‌ای ببرد می‌تواند ضمن مساعدت به شکل گیری هرچه بهتر مجتمع‌های سلامت از بار بیماران و بستری شدگان آینده بیمارستان‌های خود بکاهد.

در راهبرد مجتمع‌های سلامت بین شهر و روستا تفاوت چندانی وجود ندارد و هر ساله نیازهای افراد جامعه توسط مجموعه دانشگاه علوم پزشکی تبریز بررسی و خدمات مورد نیاز و ضروری اکثریت جامعه در بسته‌ی سلامت استان قرار می‌گیرد مجتمع‌های سلامت موظف به ارائه این خدمات مورد نیاز جامعه و همچنین بسته‌های ملی خدمات می‌باشند.

در واگذاری مجتمع‌های سلامت به پیمانکاران اصل ۴۴ قانون اساسی مورد توجه بوده است و تلاش شده در تمام ابعاد بخش خصوصی عهده‌دار اجرای راهبرد مجتمع‌های سلامت باشد. "مشارکت بخش‌های دولتی و خصوصی، اعتقاد غالب در دانشگاه علوم پزشکی تبریز این است که دولت بخش عمده‌ی فعالیت‌های سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی و نظارت و قسمتی از پژوهش و

^۷ برای تشویق مردم به ثبت نام در طرح پزشک خانواده اجازه داده شد تا هر فرد از هر نقطه‌ی شهر پزشک خانواده خود را در هر ناحیه‌ای دیگری از شهر انتخاب کند.

نه تنها در تبریز بلکه در سایر باز دیده‌های تیم پژوهش از استان‌های فارس، البرز و شهرستان اسلامشهر نیز دیده و بیان شد. پرونده‌ی الکترونیک سلامت و زیرساخت‌ها و نرم افزارهای آن یکی از مهم‌ترین چالش‌ها بیان شدند؛ "مهم‌ترین کمبود طرح تحول عدم توجه به IT می‌باشد که می‌تواند به پاشنه‌ی آشیل طرح تبدیل شود" سیاست‌گذار استانی، شیراز}.

راهبرد مجتمع‌های سلامت که در راستای پیاده‌سازی برنامه‌ی پزشک خانواده و یا حتی فراتر از آن می‌باشد با چالش پرونده‌ی الکترونیک سلامت رو به رو است و مشکلات بسیاری را برای این برنامه به وجود آورده و یکی از اصلی‌ترین دغدغه‌های دست اندرکاران مجتمع‌های سلامت می‌باشد. زیرساخت‌ها و نرم افزار نهایی برای این منظور هر چه سریع‌تر بایستی در کشور نهایی و استقرار یابد. در بازدید مشهد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد پیشرفت‌های چشم‌گیری در زمینه‌ی نرم افزار و زیرساخت‌های پرونده‌ی الکترونیک سلامت به دست آورده بود و در این زمینه می‌تواند سرگروهی برای سایر استان‌ها جهت تکمیل این سامانه باشد. در پرونده‌ی الکترونیک سلامت طراحی شده در مشهد نرم‌افزار حالت هدایت‌گر و راهنما نیز دارد به گونه‌ای که مناطق دارای طغیان، و یا موارد نیازمند پیگیری را به کاربر گوشزد می‌نماید.

هدف نهایی طراحان مجتمع‌های سلامت را می‌توان به این صورت خلاصه نمود: در این برنامه تلاش بر آن است که منطق اقتصادی متناسب با راهبرد پوشش همگانی سلامت با تمرکز بر ۴ حوزه‌ی زیر فراهم شود: مدیریت رفتار مردم در حوزه‌ی سلامت، مدیریت ارایه دهندگان خدمت در حوزه‌ی سلامت، تدوین برنامه‌ی سطح‌بندی خدمات و نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با تاکید بر سطح بندی خدمات، نظام ارجاع و سلامت محوری به‌جای بیماری محوری.

برای جلوگیری از طولانی شدن متن از بحث پیرامون بسته‌های خدمت صرف نظر شد؛ این بسته‌های خدمت با

آموزش و بخش حداقلی از اجرا را به‌عهده بگیرد و بخش عمده‌ی فعالیت‌های آموزش، پژوهش و اجرا را به بخش غیر دولتی واگذار نماید. براساس همین سیاست و باور راهبرد مجتمع‌های سلامت به پیش رفت "سیاست‌گذار استانی}." مجتمع‌های سلامت با در نظر گرفتن منطقه‌ی جغرافیایی در دو حوزه‌ی کل مجتمع و مرکز سلامت باعث شده است که به راحتی بتوان افزایش شیوع، بروز و یا طغیان یک بیماری و یا ناپهنجاری را در یک منطقه خاص سریعاً تشخیص داد و اقدامات مقتضی را برای کنترل مشکل در نقطه‌ی آغازین آن اجرا نمود. در اداره‌ی بیماری‌های واگیر هر مجتمع فعالیت‌ها جنبه‌ی اجتماعی نیز دارند به‌عنوان مثال مسؤول اداره‌ی بیماری‌های واگیر مجتمع با شناسایی یکی از افراد گرفتار اعتیاد و جلب همکاری وی و دادن آموزش‌هایی به او، وی را به‌عنوان رابط سلامت به محل تجمع گرفتاران به اعتیاد می‌فرستد و به این صورت رفتارهای پُرخطر آن‌ها را پیشگیری و کنترل می‌نماید.

از جمله مهم‌ترین چالش‌های موجود بر سر گسترش و تکمیل این راهبرد طبق نظر دست اندرکاران، موارد عدم تکمیل و نهایی شدن سامانه‌ی پرونده‌ی الکترونیک سلامت، عدم آموزش پزشکان با محوریت پزشک خانواده در دانشگاه‌ها، تعدد فرم‌ها و دفاتر (فعالیت‌های تکراری)، هزینه بالای دارو و آزمایش (سرانه ناقص)، حجم کاری بالا برای مراقب سلامت و پزشک، درآمد پایین پزشکان و کارشناسان در مقایسه با فارس و مازندران (مقایسه‌ی خود با فرد مشابه)، مراقبت کند و ضعیف بیماران شناسایی شده، عدم همراهی همه جانبه بیمه‌ها و عدم رقبت آن‌ها به امر پیشگیری و خرید خدمت از مجتمع‌های سلامت، همراهی ضعیف سازمان‌های ذی‌نفع و... مهم‌ترین موارد می‌باشند و سیاست‌گذاران و طراحان این راهبرد انتظار دارند که با رفع این چالش‌ها بتوانند این طرح نوپا را تکمیل و گسترش دهند. چالش پرونده‌ی الکترونیک سلامت و آموزش تخصصی پزشکان برای فعالیت در حوزه‌ی پزشک خانواده

در روزهای تعطیل و ساعات غیر اداری، پزشک جانشین و جایگزین، ویزیت پایه و ادواری، طبقه‌بندی جمعیت در هر مجتمع سلامت و رنگ بندی آن‌ها، مالکیت فیزیکی مجتمع‌های سلامت، اندیکاسیون‌های تعریف شده برای هر گروه سنی، کانون‌های دوستدار سالمند و جزئیات فرم‌ها و فرآیندها و... به لینک زیر مراجعه نمایید.

<https://drive.google.com/file/d/0B6nqX1bEP8FjZVpFd2JjOUxxYIE/view?usp=sharing>

پیوست ۲

یازده بسته خدمت حوزه‌ی بهداشت کشورهای مختلف در لینک زیر قابل دسترس می‌باشند که با یازده بسته‌ی حوزه‌ی بهداشت داخل کشور قابل مقایسه‌اند.

<https://drive.google.com/file/d/0B6nqX1bEP8FjWkg1V2piWDDrCcEE/view?usp=sharing>

References

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Urbanization Prospects: The 2014 Revision, (ST/ESA/SER.A/366).
2. WHO. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals.: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2015.
3. United Nations, WORLD Urbanization Prospects, 2014 revision [cited 2016]. Available from: <https://esa.un.org/unpd/wup/Country-Profiles/>.
4. UN-Habitat. The Challenge of Slums - Global Report on Human Settlements 2003. 2004.
5. Sayari A, Kalantari N, Rafiefar S. Marginalization and Health Ministry of Health 2015. (persian)
6. Hall JM. Marginalization revisited: Critical, postmodern, and liberation perspectives. Advances in Nursing Science. 1999;22(2):88-102.
7. World health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 2016).

تمرکز ویژه بر پیشگیری از بیماری‌ها و حمایت از حساس‌ترین افراد مانند زنان باردار، کودکان در سن رشد و شایع‌ترین مشکلات محروم‌ترین طبقه‌ی اجتماعی و اقتصادی جامعه و خود مراقبتی و آموزش بنا نهاده شده‌اند.

نتیجه‌گیری

مسلماً ترکیب و الگوگیری از نقاط قوت ساختارهای متفاوتی که برای یک هدف طراحی و به‌کار گرفته شده‌اند، سیستمی پاسخگوتر و مناسب برای کل کشور خواهد شد، از آزمون و خطاها خواهد کاست و تفاوت‌ها و ناعدالتی‌های غیر قابل توجیه ناشی از ساختار را به حداقل خواهد رساند

کاربرد در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با سیاست‌گذاری

در نظام سلامت: شناساندن نقاط ضعف و قوت سیستم‌های مختلفی که جهت اجرای یک هدف مشترک طراحی شده‌اند باعث خواهد شد تا سیاست‌گذاران ملی، استانی، و حتی اجرا کنندگان بهترین الگوهای قابل انتخاب را جهت رفع ضعف‌های ساختاری خود انتخاب نمایند. نویسندگان این مقاله با ارزیابی بی‌طرفانه توسط پژوهشگران غیر ذی‌نفع سری مقالاتی را در ارتباط با هر استان انتشار خواهند داد تا راهنمایی مبتنی بر شواهد موجود برای سیاست‌گذاران باشد.

سیاسگزاری

از زحمات همکاران ارجمند معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به‌خصوص جناب آقای دکتر کارآموز قدردانی می‌شود.

پیوست ۱

برای مشاهده جزئیات اجزاء تشکیل دهنده یک مجتمع سلامت، دستورالعمل‌ها، ریز مقررات مالی مانند زمان پرداخت، پرداخت براساس ارزشیابی، نحوه‌ی ارائه خدمات

8. ay D, Varga-Toth J, Hines E. Frontline Health Care in Canada: Innovations in Delivering Services to Vulnerable Populations Canadian Policy Research Networks Inc. (CPRN), 2006.
9. The diabetes challenge in the Islamic Republic of Iran:
<https://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HQ/aboutus/documents/idlf-briefing-book.pdf>. 2015.
10. Einarsdóttir K, Preen DB, Emery JD, Holman CAJ. Regular primary care plays a significant role in secondary prevention of ischemic heart disease in a Western Australian cohort. *Journal of general internal medicine*. 2011;26(10):1092-7.



Design and deployment of health complexes in line with universal health coverage by focusing on the marginalized population in Tabriz, Iran

Ahad Bakhtiari¹, AmirHossein Takian^{2*}, AliAkbar Sayari³, Firoozeh Bairami¹, Jafar Sadegh Tabrizi⁴, Azar Mohammadi⁵, Samira alirezaei⁶

Abstract

Background: With increasing rate of urbanization in the globe, the problem of marginalization and health status of marginalized group, although with a different severity has been turned to a big issue for all nations and countries, in a way that slums have been addressed directly in the 11.1 of Sustainable Development Goals. The United Nations Human Settlements Programme estimates that 863 million people living in slum areas (2014), According to the 2015 census of Ministry of Health and Medical Education in Iran 10,280,270 people lived in slum areas (2015) and again according to this census this rate for Tabriz University of Medical Sciences is about 505,356 persons. This article as an independent assessment intends to introduce and discuss the Tabriz experience in this regard in line with universal health coverage for marginalized groups.

Methods: This paper has been conducted through qualitative methods, interviews, documents reviewing, data comparison before and after the implementation of health transformation plan and field surveys by two separate teams (national and provincial).

Results: By implementing the health complex strategy in marginalized areas the number of health institutions and healthcare workers has been significantly increased in these areas (a health team for 4000 persons and a 62000 population for a health complex, Diabetes cases detection has been increased from 30 to 621 and detection of heart diseases increased from 5 to 167, Meanwhile essential packages and supportive services provided to the population by governmental subsidy, as well as managerial practices and payment methods were used much more efficiently than in the past.

Conclusion: The implemented structures used to the health transformation plan were varied in different provinces. Recognizing the strengths of different structures and introduce them will provide a structural design based on the experiences of all provinces.

Keywords: Universal Health Coverage, health complexes, marginalization

1. Ph.D Student of Health Policy, Department of Health Management & Economic, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*2. Associate Professor of Health Policy Department of Global Health & Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Deputy Minister of Public Health, Ministry of Health and Medical Education (MOHME). Iran.

4. Tabriz Health Services Management Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

5. MSc, Social welfar planning, Faculty of Social Science. University of Tehran, Tehran, Iran.

6. Ph.D Student of Health Services Management, Department of Health Management, School of Health Management and Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Email: takiana@gmail.com