

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

# برنامه پنجم سازندگی بخش نظام سلامت برخی مطالب زمینه

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
معاونت توسعه مدیریت و منابع  
مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری

مشاور

موسسه مطالعات راهبردی فن آوری اطلاعات 

[www.irit.ir](http://www.irit.ir)

معمار ارشد: اردوان مجیدی

پائیز 1387

[IRIT-SALAMAT -ds-0018 -3-1/ 1 -10/9/87]

# گزارش WHO PHC 2008





# جابجایی و تحول تمرکز PHC - 1



نسخه پیشنهادی برنامه بنیم توسعه - بخش نظام سلامت [IRIT-SALAMAT - d-0018-3-1/1-10/9/87]



## جابجایی و تحول تمرکز PHC - 2

در تلاش های گذشته و اولیه

سرمایه و اعتبار دولتی و ارائه خدمت توسط یک نظام با مدیریت بالا به پایین متمرکز

مدیریت رشد کوچک سازی

یاری دو طرفه و یاری فنی

مراقبت اولیه در مقابل بیمارستان

PHC ارزان است و نیاز به سرمایه گذاری نسبتاً اندک دارد

به

اصلاحات و تجدید نظر و تحول کنونی

سیستم سلامتی کثرت گرایانه با عمل در فضای جهانی

مدیریت رشد منابع برای سلامتی بومی پوشش جهانی

همبستگی جهانی و یادگیری مشترک و پیوسته

مراقبت اولیه به عنوان هماهنگ کننده یک واکنش جامع در تمام سطوح

PHC ارزان نیست و نیاز به سرمایه گذاری قابل توجهی دارد. اما ارزش مادی بهتری را نسبت به شقوق دیگر فراهم می کند

نسخه پیشنهادی برنامه بنیم توسعه - بخش نظام سلامت  
[IRIT-SALAMAT-ds-0018-3-1/1-10/9/87]



# چهار مجموعه از تجدید نظر در PHC





# پنج کاستی مراقبت سلامتی

1. **مراقبت معکوس** – افراد با بیشترین درآمد (و البته معمولاً کمترین مشکل سلامتی) بیشترین خدمات سلامتی را دریافت می کنند و نیز بالعکس
2. **مراقبت فقیرکننده** – با هزینه های مصیبت بار و فاجعه آمیز در هنگام دریافت خدمات که باید از جیب پرداخت شود
3. **مراقبت پاره پاره** – به جای یک رویکرد کل گرا
4. **مراقبت غیرایمن** – سیستم ضعیف، اشتباه پزشکی و ...
5. **مراقبت گمراه کننده** – صرف منابع و توانمندی های بخش سلامت بر مسائل جنبی و موضوعات غیرمهم که توان آن را از موضوعات اصلی صلب می کند



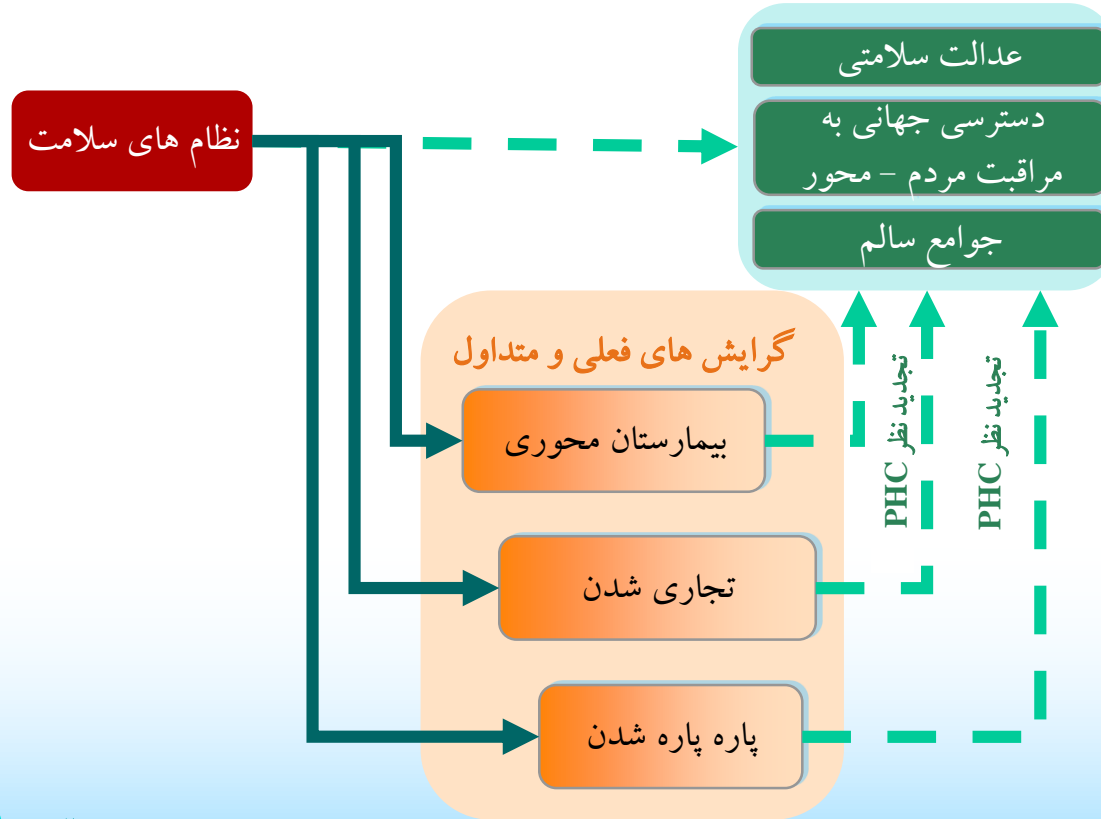
# تنگناهای PC در تعریف

موارد آرمانی مطلوب	قوانین و قواعد پیش فرض و باورهای مانع پذیرش آن موارد آرمانی مطلوب در کشور
PC فضایی را فراهم می کند که طیف وسیعی از مشکلات سلامتی را مورد پوشش قرار می دهد	فقط به حوزه تعداد محدودی از بیماری های مهم PC محدود می شود
PC مرکز فعالیتی برای درگیر شدن بیمار با نظام سلامت است	خواستار کاهش پایگاه های مستقل سلامتی یا فعالان PC سلامتی جداشده و ایزوله شده از اجتماع است
PC تسهیل می کند رابطه در حال پیشرفت بین بیمار و کادر کلینیکی که مشارکت بیمار را در تشخیص و تصمیم گیری در مورد سلامتی اش و مراقبت سلامتی اش ایجاد می کند، و پلس را بین مراقبت سلامتی فردی و خانواده بیمار و جامعه ایجاد می کند	محدود می شود به یک مسیر و کانال یک طرفه PC برای بداخلاقی سلامتی در حوزه های دارای اولویت
PC فرصت هایی را باز می کند برای جلوگیری از بیماری ها و بهبود سلامتی، به همان خوبی به تشخیص اولیه بیماری	فقط بیماری های مزمن و عمومی را کاهش می دهد PC
PC نیاز به تیم های حرفه ای سلامتی دارد، پزشکان پرستاران، و دستیاران ماهر تخصصی زیست پزشکی و مهارت های اجتماعی	مترادف است با مراقبت کم تخصص و غیر حرفه ای PC برای فقرای روستایی که استطاعت بهتر آن را ندارند
PC نیاز به منابع و سرمایه گذاری کافی دارد و سپس می تواند ارزش مادی بهتری را نسبت به سایر شقوق و روش ها ایجاد کند	از محل پرداخت از جیب قابل تعیین است، PC بودجه چون ارزان است و توسط مردم فقیر قابل پرداخت است





# انحراف نظام های سلامت از ارزش های محوری PHC



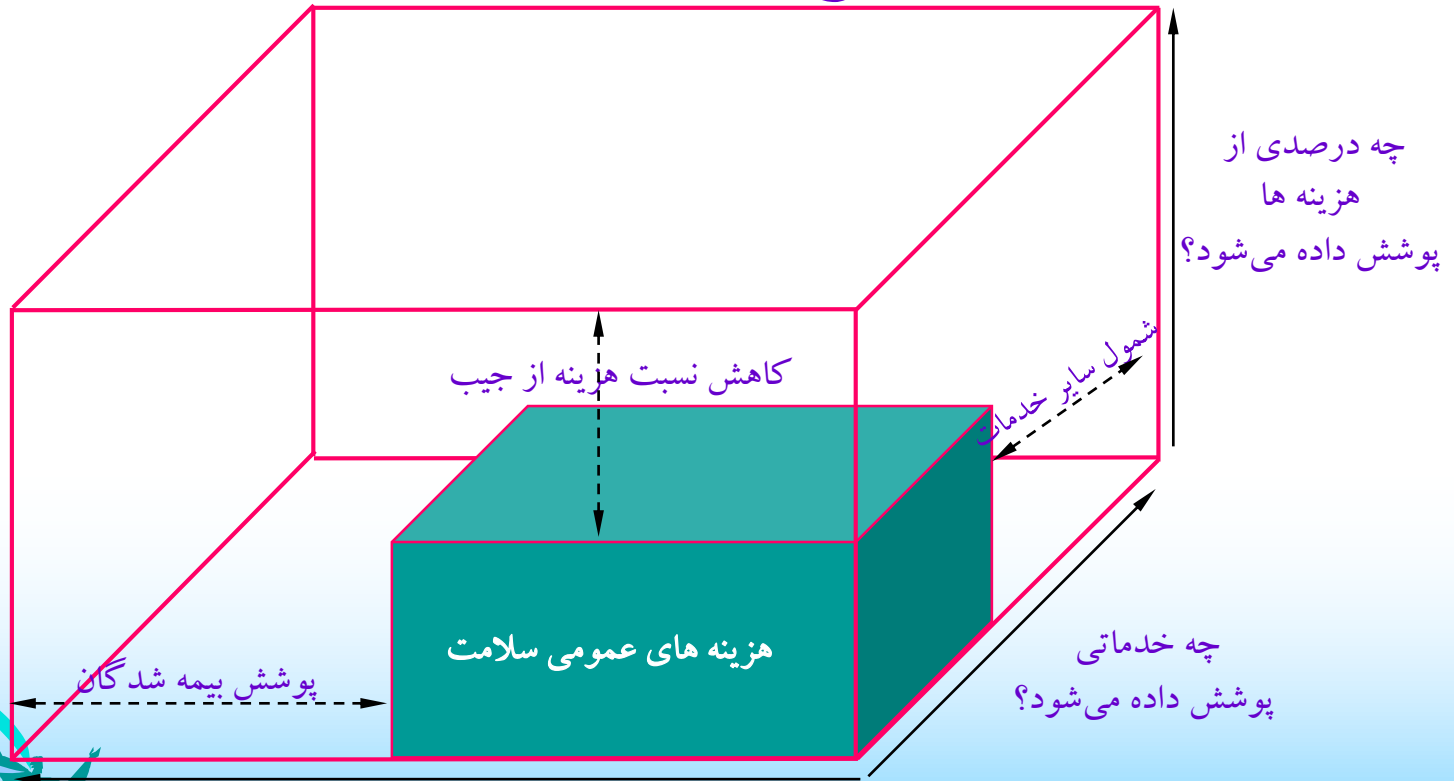
نسخه پیشنهادی برنامه رژیم توسعه - بخش نظام سلامت  
[IRIT-SALAMAT-d-0018-3-1/1-10/9/87]





# سه بعد هزینه های سلامت

## مجموع هزینه های سلامت



چه کسانی پوشش داده می شوند؟





# تمایز ابعاد مراقبت در مراقبت سلامت سنتی و مراقبت اولیه مردم محور

سنتی 1	سنتی 2	مراقبت اولیه مردم محور
مراقبت پزشکی سیار در کلینیک یا مراکز سرپایی	برنامه های کنترل بیماری ها	تمرکز بر نیازهای سلامتی
ارتباط فقط در زمان مشاوره	ارتباط محدود به اجرای برنامه	ارتباط مستمر با افراد
مراقبت و درمان اتفاقی	مراقبت و مداخلات مشخص شده طبق برنامه کنترل بیماری ها	مراقبت مداوم، جامع و فرد محور
پاسخگویی محدود به اثربخشی و مشاوره بی خطر در درمان مشاوره	مسئولیت و پاسخگویی برای کنترل بیماری های هدف و جمعیت هدف	مسئولیت و پاسخگویی برای سلامتی در تمام اجتماع و در طول مدت حیات، پاسخگویی برای درگیری در موارد تعیین کننده های بیماری - سلامتی
کاربران مصرف کننده مراقبتی هستند که خرید خدمت می کنند	گروه های جمعیت، هدف و مقصد مداخلات کنترل بیماری هستند	مردم شریک مدیریت سلامتی خودشان و جامعه شان هستند



# PC به عنوان یک مرکز فعالیت هماهنگی: شبکه ای در جامعه و در تعامل با سایر همکاران

مراقبت های ویژه

واحد سلامتی روانی اجتماع  
مرکز کنترل TB



کلینیک دیابت

ارجاع برای مقاومت چنددارویی  
حمایت مشاوره

ارجاع برای درهم آمیختگی



اورژانس



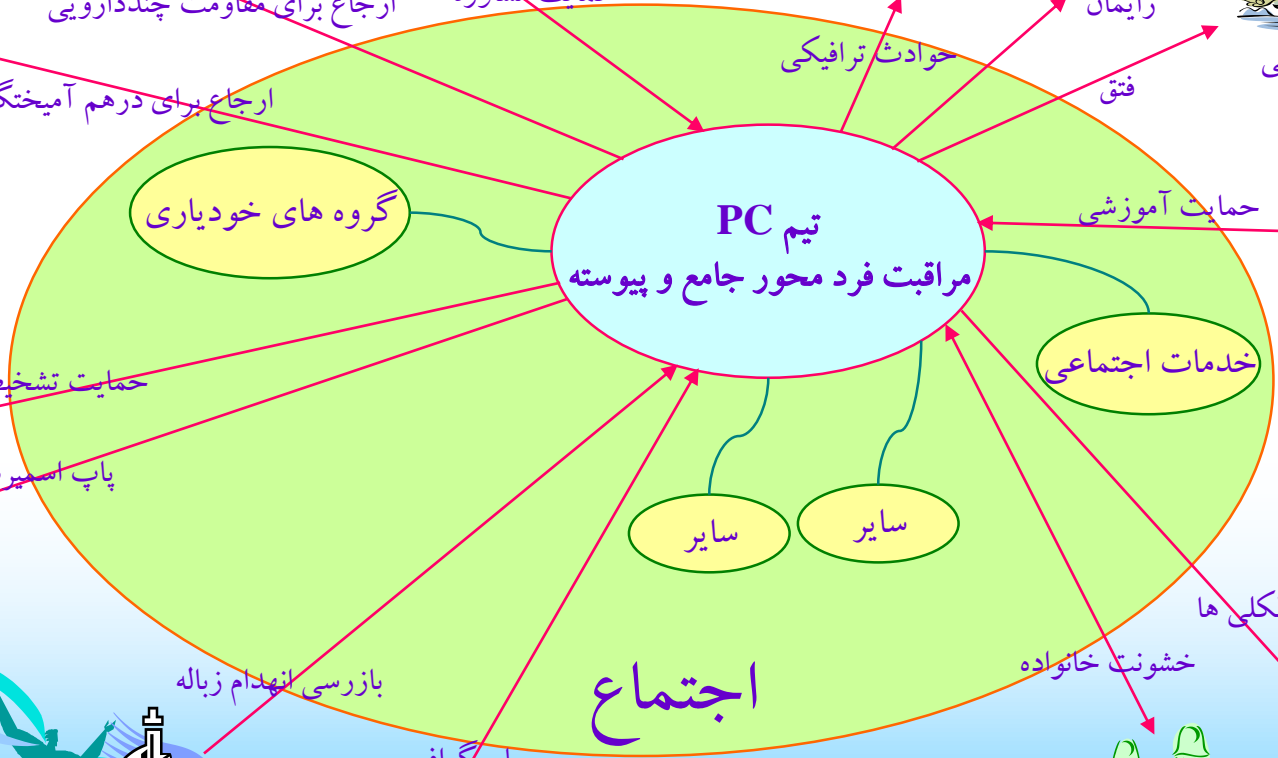
زایمان



جراحی

حوادث ترافیکی

فتق



بیمارستان



مرکز آموزشی

خدمات تشخیص



CT SCAN

حمایت تشخیص

پاپ اسکرین



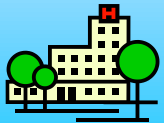
آزمایشگاه ها

بازرسی انهدام زباله

مأموگرافی

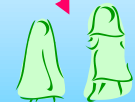


آزمایشگاه سلامت محیط



الکلی ها

خسونت خانواده



حفاظت زنان



ترک الکل

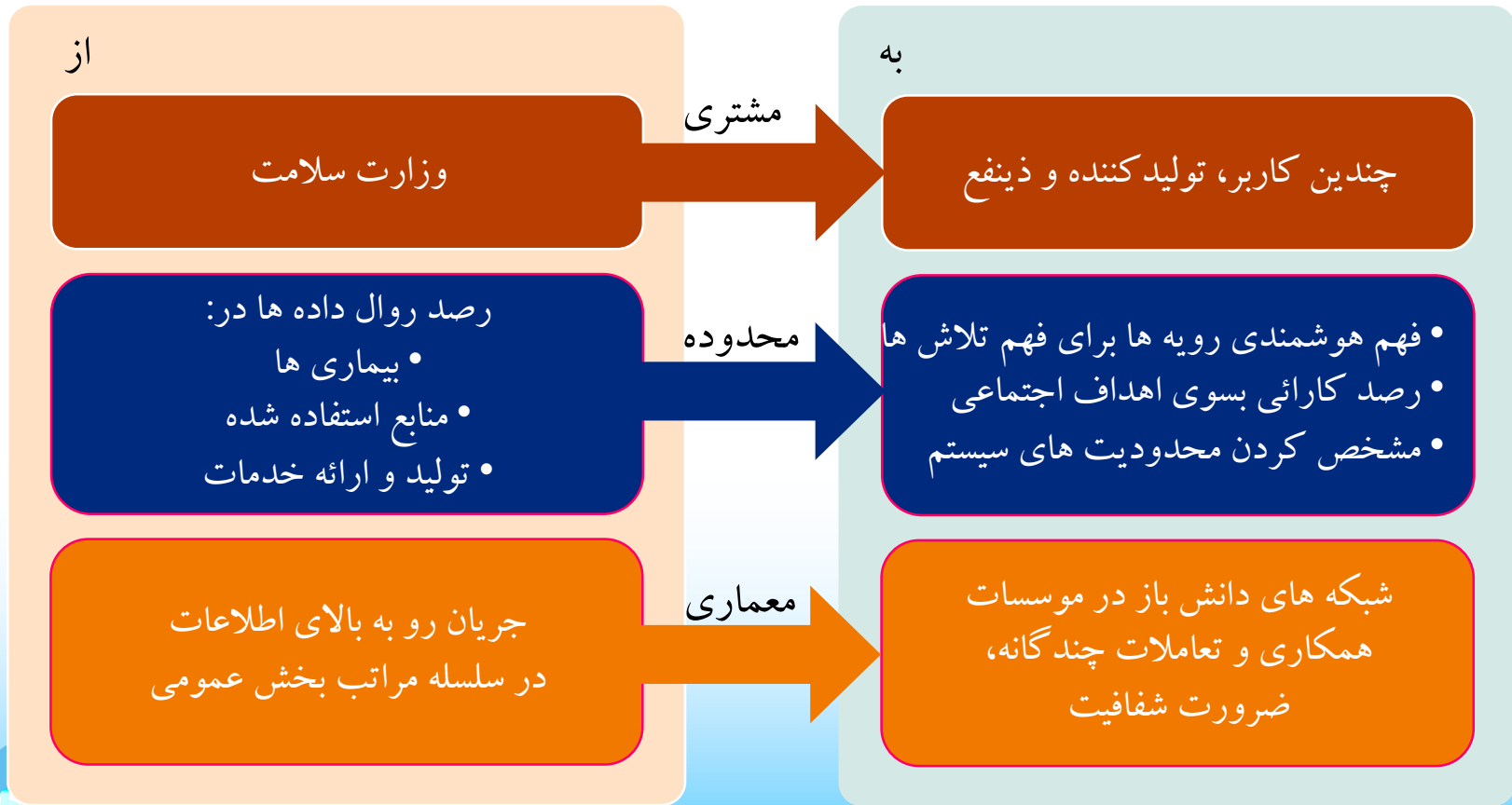
NGO ها

نسخه پیشنهادی بر نامه بنفش توسعه - بخش نظام سلامت [IRIT-SALAMAT -d-0018-3-1/1-10/9/87]





# تغییر و تحول سیستم های اطلاعاتی به سمت ابزاری برای تحول و تجدیدنظر در PHC





# نمونه - نقش ها و فعالیت های اصلی (صدی بخش عمومی سلامتی در انگلیس

نقش ها	فعالیت ها
رصد سلامتی و روند بیماری ها و مشخص کردن حوزه ها برای عمل	مطالعه نابرابری های موجود در بیماری انسداد شریان های قلبی، به همراه توصیه هایی برای فعالیت
شناسایی شکاف در اطلاعات سلامت	مطالعه منابع اطلاعاتی موجود و شکاف ها در خصوص سلامتی پیش از تولد و کودکی
مشاوره در روش های سلامتی و سنجش اثرات شدید ناهمگونی و بی عدالتی سلامت	بازبینی سنجش های اثرات سلامتی
کشاندن اطلاعات از منابع مختلف به صورت مشترک به روش های جدید برای ارتقای سلامتی	تعیین ویژگی های سلامتی از طریق استفاده از داده های مربوط به ساخت مسکن و استخدام در کنار داده های سلامت
انجام پروژه ها برای مشخص کردن پیامدهای سلامتی	مطالعه سلامتی مربوط به دندان سازی از پنج سال گذشته در یک ناحیه
فرایند ارزیابی به وسیله بنگاه های محلی برای بهبود سلامت و برطرف کردن بی عدالتی و ناهمگونی	تعیین داده های ابتدایی و سیر انجام کار
پایش آینده برای هشدار دادن مشکلات سلامتی در آینده	ایجاد بستری برای شرکاء برای تعیین نتایج احتمالی سلامت عمومی در آینده نظیر جمعیت سالخوردگی و ژنتیک

# منابع اصلی مورد استفاده در کل فرایند تحلیل و تلفیق





# لیست اسناد عمده مورد استفاده

- وضعیت نظام سلامت ایران: چالشها و راهکارها، دبیرخانه شورای سیاستگذاری و اصلاح نظام سلامت 1387
- برنامه سوم توسعه جمهوری اسلامی ایران
- برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران
- مدل مفهومی تدوین برنامه پنجم - معاونت توسعه
- سند تحلیل وضعیت نظام سلامت، برنامه پنجم توسعه کشور، 28 مهر ماه 1387
- سند سیاست ارتقاء مراقبتهای اولیه سلامت، 1386
- سند سیاست ارتقاء مراقبتهای سطح دوم سلامت، 1386
- سند سیاست ارتقاء مراقبتهای سطح سوم سلامت، 1386
- مروری بر دیدگاهها و مبانی نظری و تجربی سلامت با رویکرد اسلامی
- سیاستهای کلی در امور اجتماعی و اداری مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام
- سیاستهای کلی برنامه پنجم توسعه ج.ا.ا. مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام
- سیاستهای کلی پیشنهادی برنامه پنجم سازندگی - دولت ج.ا.ا.
- محورها و مضامین، راهبردها و بسته های سیاستی برنامه پنجم (پیشنهادی)
- بررسی نقاط قوت و ضعف و تهدید و فرصت های نظام سلامت ایران
- چشم انداز نظام سلامت در سال 1404
- رهنمودهای مقام محترم وزارت درباره تدوین برنامه پنجم سازندگی وزارت بهداشت
- WHO Report 2000
- WHO Report 2002
- WHO Report 2003
- WHO Report 2006
- WHO Report 2008
- مطالعه نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، بانک جهانی، 2007

نسخه پیشنهادی برنامه پنجم توسعه - بخش نظام سلامت  
[IRIT-SALAMAT-ds-0018-3-1/1-10/9/87]





والسلامه

الحمد لله

رب العالمين

نسخه پيشنهادي بر نامه زيم [توسعه - بخش نظام سلامت  
[IRIT-SALAMAT -d-0018-3-1/ 1-10/9/87]

