

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دانشکده پزشکی
گروه پزشکی اجتماعی
درس اصول خدمات سلامت عمومی
دکتر علی اصغر کلاهی، استاد پزشکی اجتماعی

مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) Primary Health Cares

مراقبت‌های بهداشتی اولیه مراقبت‌های اصلی در زمینه بهداشت است که باید برای همه افراد و خانواده‌های جامعه قابل دسترس باشد. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی کشور است. مراقبت‌های بهداشتی اولیه اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور بوده و خدمات را تا حد ممکن به جایی که مردم در آن کار و زندگی می‌کنند می‌برد. هدف از ارائه این مراقبت‌ها حفظ، نگهداری و ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه است و امروزه بر این نکته تاکید می‌شود که خدمات بهداشتی باید طیف کامل خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی را پوشش دهد.

اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Principles of Primary Health Care)

به منظور تامین مراقبت‌های بهداشتی اولیه اصول زیر باید مورد توجه باشد: (شکل ۲)

۱ - اصل هماهنگی بخش‌های توسعه اقتصادی - اجتماعی (Inter-sectoral Approach)

سلامت به صورت مجزا وجود ندارد و تحت تاثیر ترکیبی از عوامل محیطی، اجتماعی و اقتصادی است که به صورت تنگاتنگ با یکدیگر در ارتباطند. بنابراین بخش‌های مختلف جامعه که بر سلامت افراد تاثیر دارند باید تلاشی هماهنگ داشته باشند.

۲ - مشارکت مردم و اتکاء به خود (Community Participation)

بدون همکاری و علاقه مردم به تامین و توسعه خدمات هیچگونه موفقیتی برای آن پیش بینی نمی‌شود. این به عنوان «بهداشت به وسیله مردم» و «قرار دادن سلامت مردم در دست خود آنها» توصیف شده است. بدین ترتیب بهداشت پدیده‌ای خودجوش است که باید انگیزه برخورداری از آن در مردم ایجاد گردد و علاوه بر بخش بهداشت، جامعه باید درگیر مراقبت از خود شود.

۳ - روش‌های مناسب (Appropriate Methods)

نه تنها در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بلکه در تمامی سطوح ارائه خدمات بهداشتی درمانی باید از روش، ابزار، پرسنل، دارو، مواد و حتی سیستم اداری مناسب و منطبق با شرایط جامعه استفاده شود. در ارائه خدمات به مردم باید از روش‌هایی استفاده شود که با فرهنگ جامعه مطابقت داشته و از ابزار و پرسنلی استفاده گردد که با شرایط کار هماهنگ هستند. بنابراین فن آوری مناسب ترکیبی است که هم نیازهای مراقبت - بهداشتی و هم بافت اقتصادی - اجتماعی کشور را در نظر بگیرد. بعلاوه ارائه دهندگان خدمات در سطوح مختلف برای استفاده از مناسب ترین و هزینه اثربخش ترین روش‌ها و ابزار باید آموزش لازم را دیده باشند.

۴ - عدالت (برابری) (Equity)

منابع بهداشتی و خدمات مربوط به آن باید به صورت برابر در اختیار همه افراد جامعه قرار گیرد و مردم با نیازهای یکسان باید دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی داشته باشند. برای اطمینان از دسترسی برابر باید توزیع و پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطقی بیشتر باشد که بیشترین نیازها وجود دارد.

۵ - جامعیت خدمات (comprehensiveness)

مراقبت‌های بهداشتی اولیه یک رویکرد جامع براساس مداخلات زیر است :

- مداخلات ارتقایی: برخورد مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تاثیر می‌گذارد
- مداخلات پیشگیری کننده: این مداخلات کاهش دهنده بروز بیماری‌ها یا برخورد سریع با عللی است که برای فرد ایجاد مشکل نموده است
- مداخلات درمانی: این مداخلات سبب کاهش شیوع بیماری بوسیله توقف پیشرفت بیماری در بیمار است
- مداخلات بازتوانی: این مداخلات سبب کوتاه نمودن پی آمد یا عوارض مربوط به مشکل سلامتی افراد می‌شود.

اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه

۱. آموزش بهداشت (آموزش در خصوص مشکلات معمول بهداشتی، پیشگیری و روش‌های کنترل بیماریها)

۲. بهبود تغذیه
۳. دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط
۴. بهداشت مادر و کودک و فاصله گذاری بین موالید
۵. واکسیناسیون بر علیه بیماری های عفونی قابل انتقال در دوران کودکی
۶. پیشگیری و کنترل بیماری های عفونی (بیماری های عفونی آندمیک محلی)
۷. درمان بیماری های معمول و جراحی ها
۸. دسترسی به داروهای اساسی

لازم به ذکر است که هشت فعالیت فوق، حداقل اقدامات لازم الاجرا برای همه جوامع بوده و هر جامعه ای باید براساس نیازها و اولویت بندی آن برای ارائه خدمات مورد نیاز مردم اقدام به برنامه ریزی و اجرا نماید در حال حاضر در ایران علاوه بر هشت جزء فوق مراقبت های بهداشت دهان و دندان، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای و تا حدودی مراقبت های بهداشت روانی نیز به مردم ارائه می گردد. ارائه خدمات بهداشتی برای مدیریت بیماری های غیر واگیر جزو برنامه های تحول بهداشت می باشد که اجرای آن در حال حاضر آغاز شده است.



شکل ۲: نمایش اصول سطوح و اجزای مراقبتهای اولیه بهداشتی درمانی

نحوه شکل گیری نظام سلامت در ایران

وقتی در کنفرانس آلمآتا، راهبرد "سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰" برای موفق شدن برنامه برابری‌های اجتماعی و اقتصادی و سیاسی بین کشورها مطرح شد، مراقبت اولیه بهداشتی بعنوان راه دستیابی سلامت برای همه عنوان شد. ایران هم مثل بقیه کشورهای دنیا با شناخت مجموعه‌ای از مشکلات و تنگناهای نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در سال‌های قبل از انقلاب و تجربه‌ای شکل گرفته در سالهای نزدیک به وقوع انقلاب، تجربه‌های بین المللی، فضای سیاسی خاص پس از انقلاب، شرایط لازمی را برای ایجاد یک جهش اصلاحی بزرگ در شکل و محتوای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و نظام سلامت در ایران فراهم نمود. این مسئله باعث شکل گیری یک نظام اصولی و تعریف شده دولتی برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بصورت عینی و در کنار نظام ارائه خدمات خصوصی و خیریه قدیمی و سنتی شد و باعث تحولات جدی در وضعیت سلامت کشور گردید.

ساختار شبکه سلامت در ایران

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه مسائل بهداشتی و تامین بهداشت را از نیازهای اساسی جامعه برشمرده و دولت را مکلف به تامین آن نموده است. در جمهوری اسلامی ایران سلامت بعنوان یک حق در قانون اساسی شناخته شده است و اصول ۱۲، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی بر این مسئله تاکید دارند. در عمل چنین تفکری موجب گردیده تا نظام سلامت کشور بر مبنای خدمات اساسی که از منابع عمومی تأمین هزینه میشوند، آحاد مردم را از مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عرضه می‌گردد بهره‌مند گرداند. در همین حال خدمات سطح دوم و سوم که عمدتاً مشتمل بر خدمات درمانی و توانبخشی است در اغلب موارد از طریق بیمه‌های اجباری نظیر تأمین اجتماعی برای کارکنان بخش‌های غیر دولتی و وابستگان آنان، بیمه خدمات درمانی برای کارکنان رسمی دولت، خانوارهای روستایی و اشخاصی که به صورت خویش‌فرما بیمه می‌شوند، و بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، برای خانواده‌های نظامی و وابستگان آنها تأمین می‌شود. در سال‌های اخیر بیمه خدمات درمانی بر طبق مصوبه مجلس شورای اسلامی اقدام به پوشش تمامی ساکنین روستا که از سایر بیمه‌ها برخوردار نبوده‌اند، نموده است. در ۲ سال اخیر نیز طرح بیمه همگانی سلامت از طرف وزارت بهداشت اجرا و تقریباً همه مردم تحت بیمه‌های درمانی قرار گرفته‌اند.

خدمات بهداشتی اولیه در سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری

رهبر معظم انقلاب اسلامی در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی، سیاستهای کلی «سلامت» را در فروردین ماه ۱۳۹۳ ابلاغ کردند. در بند دوم این سیاستها، خدمات بهداشتی اولیه به شرح زیر مورد تاکید قرار گرفته

است.

- تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت :

- اولویت پیشگیری بر درمان.
- روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی.
- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدید کننده سلامت مبتنی بر شواهد معتبر علمی.
- تهیه پیوست سلامت برای طرح‌های کلان توسعه‌ای.
- ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی.
- اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی.

ساختار نظام سلامت در کشور جمهوری اسلامی ایران مشتمل بر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همراه با معاونت‌های مختلف در بالاترین سطح است. در سطح استان‌ها دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مسئولیت تربیت نیروی انسانی و ارائه خدمات سلامت را بر عهده دارند. در برخی از استان‌های کشور مانند تهران بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد. علاوه بر این دانشگاه‌های علوم پزشکی دیگری نظیر دانشگاه‌های علوم پزشکی ارتش در کشور وجود دارد که عمدتاً در محورهای تربیت نیروی انسانی اقدام می‌کنند. بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و خانه‌ها و پایگاه‌های بهداشتی تحت نظارت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشورند.

نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی دولتی در ایران

ویژگیها:

به منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت و درمان، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را بعنوان درون مایه شبکه‌های تعریف شده بهداشت و درمان پیاده نمود. سیاست‌های دولت برای این جریان عمدتاً بر سه اصل زیر پایه ریزی شد:

۱- اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی

۲- اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات

۳- اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری

براساس سه اصل فوق در اوایل دهه ۱۳۶۰ نظام مراقبت های اولیه بهداشتی در قالب شبکه های بهداشتی درمانی شکل گرفت. این نظام دارای خصوصیات ذیل است:

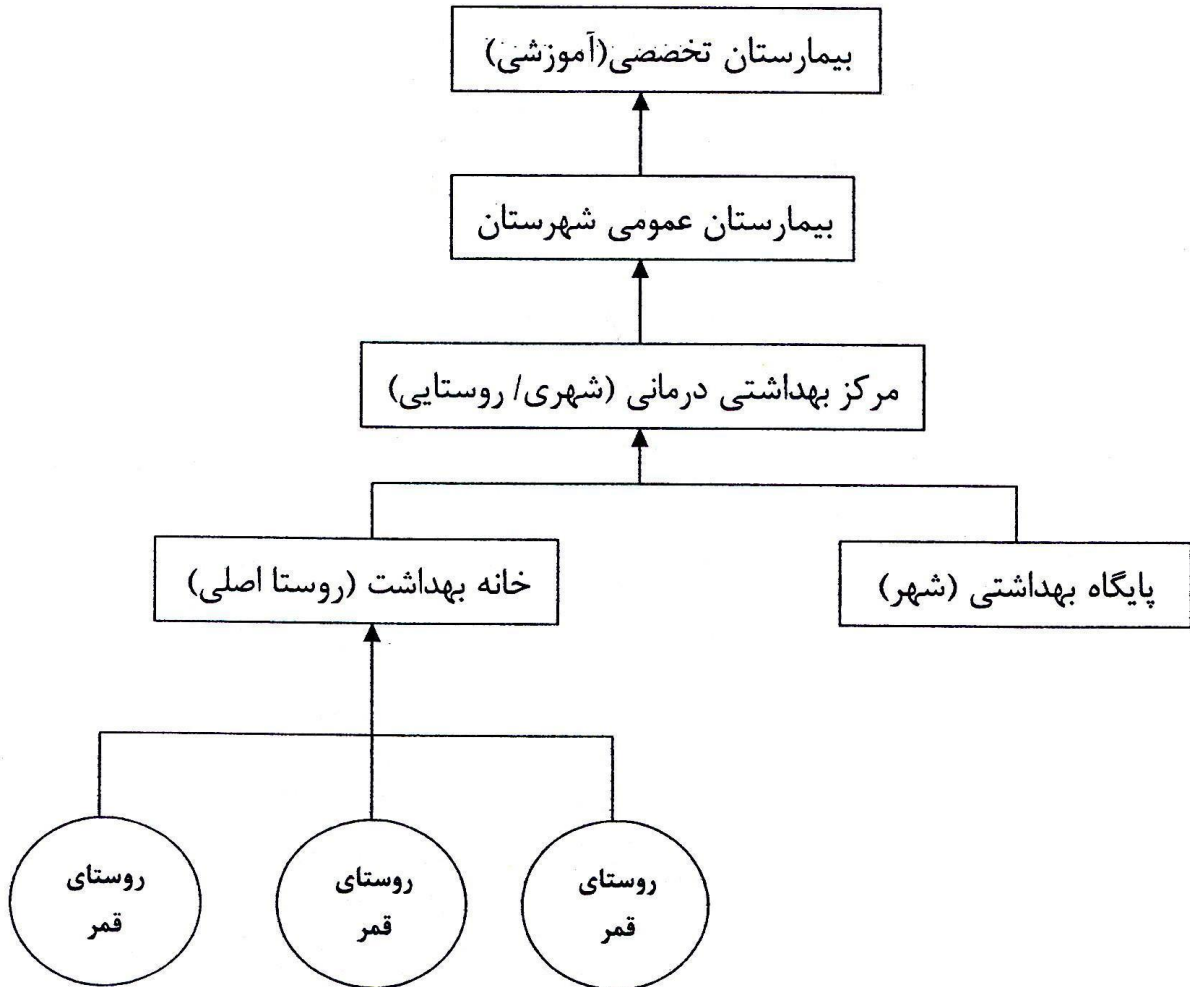
- ۱- در این نظام، خدمات در سطوح مختلف ارائه می شود (سطح بندی خدمات و منابع)
 - ۲- ارائه خدمات به صورت ادغام یافته است
 - ۳- منابع در واحدهای مختلف سطح بندی شده برای جمعیت های تعریف شده وجود دارد.
 - ۴- خدمات بصورت برنامه ریزی و با استانداردهای روشن و تعریف شده ارائه می شود.
- در سال های نخست شکل گیری نظام مراقبت های اولیه بهداشتی تمرکز برنامه ها و گسترش منابع بیشتر در محیط روستا بود، اما در سالهای بعد به دلیل مهاجرت روستائیان به مناطق شهری خصوصا حاشیه شهرها، و کمبود تسهیلات بهداشتی در این مناطق برنامه ریزان سلامت کوشیدند این خدمات را به شهرها نیز توسعه دهند.

سطوح

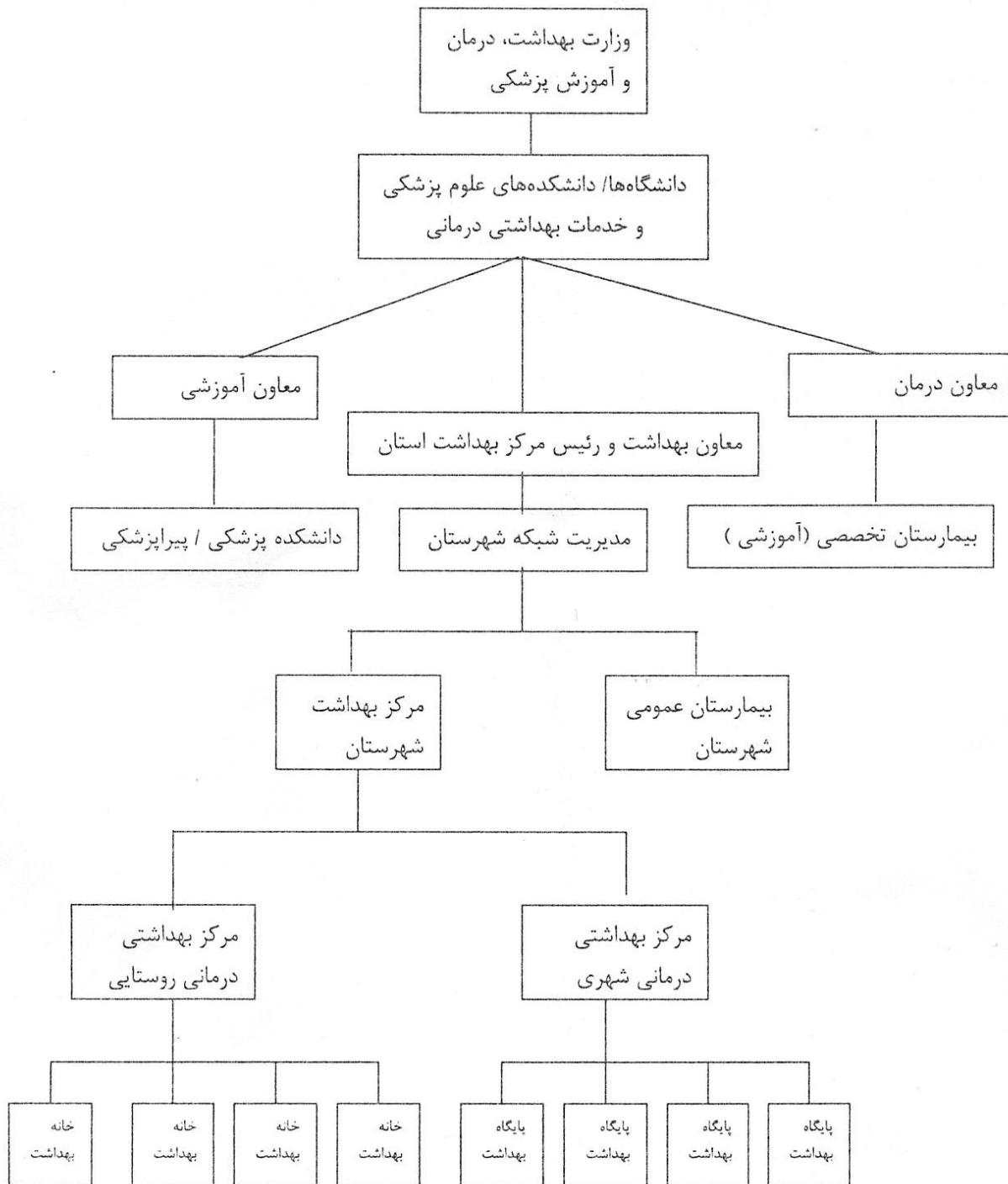
سطوح مختلف ارائه خدمات و حرکت متقاضی خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه و تصویر سازمانی شبکه سلامت در نمودار هایی که در ادامه آمده، نشان داده شده است.

- ۱- تعریف
 - ۲- اصول
 - ۳- اولویت ها
 - ۴- اجزای خدمات
 - ۵- ساختار سازمانی واحد های ارایه خدمات و وظایف واحد های مختلف
 - ۶- سطح بندی خدمات و نظام ارجاع
 - ۷- سطح بندی خدمات و نظام ارجاع:
- سطوح مختلف ارائه خدمات و حرکت متقاضی خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه در نمودار صفحه بعد نشان داده شده است.

سطوح ارائه خدمات و نظام ارجاع



سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نظام ارائه خدمات کشور



تصویر سازمانی شبکه سلامت در کشور ایران

واحدهای عرضه کننده خدمات سلامت و سطوح مختلف آن

برای انتقال خدمات به جایی که مردم در آنجا زندگی و کار می کنند، یا تأمین دسترسی سهل و آسان به گسترده-ترین و اساسی ترین نیازهای بهداشتی با در نظر گرفتن اطلاعات اقلیمی و جمعیتی قابل دسترس، برای گسترش واحدهای بهداشتی و سطح بندی ضوابطی وجود دارد که براساس آن این واحدها مورد بهره برداری قرار گرفته اند. این ضوابط به شرح زیر است:

- سهولت دسترسی جغرافیایی در هر وضعیت اقلیمی بطوریکه با حداکثر یک ساعت پیاده روی مردم به اولین یا محیطی ترین واحد دسترسی داشته باشند.
- واحدها در مسیر طبیعی حرکت مردم باشد.
- دسترسی فرهنگی به آن معنا که اختلافات قومی و فرهنگی و مذهبی در آن محل نباشد.
- روستای محل استقرار، سابقه شیوع بیماری های واگیر مثل سل و جذام را نداشته باشد
- محتوای خدماتی که ارائه می شود با آداب و سنت های قومی ملی و مذهبی جامعه هماهنگی داشته باشد.

خانه بهداشت

خانه بهداشت محیطی ترین واحد ارائه خدمت در محیط روستاست که جمعیتی در حدود ۱۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. معمولاً یک کارمند زن به نام بهورز در محل خانه بهداشت که بومی همان روستا است، خدمت می کند. وظیفه اصلی بهورز ارائه خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه به جمعیت تحت پوشش است. هر خانه بهداشت یک تا چند روستا، شامل یک روستای اصلی و چند روستا اقماری، را تحت پوشش دارند. روستای اصلی که محل استقرار خانه بهداشت است، معمولاً در سر راه روستائیان به شهر قرار دارد و از شمار بیشتری از جمعیت نسبت به روستاهای اقماری برخوردار است. بهورزان از بین جوانان روستایی که از حسن شهرت به لحاظ رفتار اجتماعی، هوش و سایر صفات پسندیده برخوردارند انتخاب شده و پس از طی یک دوره دو ساله در مرکز آموزش بهورزی شهرستان اقدام به ارائه خدمات در خانه بهداشت می نمایند. معمولاً برای جمعیت حدود هزار نفر، یک بهورز زن انتخاب می شود، در صورتیکه جمعیت بیش از این باشد که بهورز مرد هم به خانه مزبور اضافه می شود. و اگر جمعیت تحت پوشش بیش از ۲ الی ۳ هزار نفر باشد بهورز سومی نیز به جمع مذکور اضافه می شود. در واقع بهورزان ارائه دهندگان چند پیشه خدمات سلامت هستند که توانایی ارائه خدمات مراقبتهای بهداشتی اولیه را دارا می باشند. تا پایان سال ۱۳۹۳، حدود ۲۰۰۰۰ خانه بهداشت با حدود ۳۳ هزار نفر بهورز، نزدیک ۲۵ میلیون نفر (۹۰٪) از جمعیت روستایی را تحت پوشش خود داشتند.

وظایف خانه بهداشت:

۱- سر شماری سالانه و ثبت اطلاعات مانند وقایع حیاتی

در آغاز هر سال خانه بهداشت اطلاعات آماری کاملی از منطقه تحت پوشش خود با مشخصات جمعیتی موجود در روستا جمع آوری می کند.

۲- آموزش بهداشت

مهمترین نقش خانه بهداشت و بهورز آموزش سلامت است. خانواده و مدرسه مناسبترین بستر های عرصه های فعالیت آموزش بهداشت می باشند.

۳- تشویق مشارکت جامعه در سلامت

بدلیل آشنایی عمیق کارکنان بومی با آداب و رسوم محلی، باورها و اعتقادهای مردم و استفاده از گویش های محلی امکان بیشتری برای ارتباط کارکنان بهداشتی با جامعه و نفوذ آموزش های آنان فراهم بوده و به مشارکت فعالانه افراد در فعالیت بهداشتی می انجامد. به این ترتیب مشارکت و مداخله مردم در خدمات، منجر به دستیابی به یکی از اساسی ترین اهداف نظام سلامت که (Self Care) و خود اتکایی است، میشود.

۴- مراقبت از زنان باردار و مراقبت از کودکان و تنظیم خانواده

نگاهداری آمار دقیق زنان باردار - مراقبتهای ماهیانه - ثبت تولدها، آموزش زنان در مورد تغذیه خود و کودک خود، ارجاع زنان نیازمند به مراقبت های تخصصی آموزش و مراقبت های بعد از زایمان، کنترل رشد و نمو و کودک، آموزش تغذیه با شیر مادر و واکسیناسیون در سال اول و دوم زندگی، آموزش اجراء پیگیری های برنامه های تنظیم خانواده در زنان متاهل ۱۵-۴۹ ساله.

۵- آموزش و مراقبت تغذیه ای

چگونگی استفاده از منابع تغذیه ای در آن منطقه، شناخت سنت ها و عادات درست و نادرست تغذیه ای.

۶- مراقبت از دانش آموزان و بهداشت مدارس

با بازدیدهای منظم از مدارس روستاهای تحت پوشش، معاینه جمعی دانش آموزان، بررسی بوفه های مدارس. غربالگری دانش آموزان از نظر بیماری های قارچی مو و پوست، ناراحتی های پوستی، ورم ملتحمه، تراخم، مشکلات دید و شنوایی.

۷- بهداشت دهان و دندان

آموزش مادران باردار شیرده و دانش آموزان در زمینه مراقبت های دندانی برای جلوگیری از افزایش دندانهای پوسیده، از دست داده و پر شده (D.M.F¹)

۸- ایمن سازی

¹ - Decay , Missed , Filled

ایمن سازی فقط به واکسیناسیون متولدین جدید و تزریق واکسن های یادآور محدود نمی شود، بلکه پیگیری اجرای صحیح برنامه گسترده واکسیناسیون (E.P.I)^۲ کودکان ۵-۲ ساله و ایمن سازی زنان در سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) بر علیه کزاز را هم شامل می شود.

۹- نظارت بر موازین بهداشت حرفه‌ای

نور کافی، محافظت از گوش‌ها در برابر صداهای زیان آور، پیشگیری از مسمومیت‌های ناشی از حشره کشها و سموم نباتی.

۱۰- بهسازی محیط

بهداشت محیط مکان‌های عمومی، کمک فنی به مردم برای بهداشتی کردن توالت‌ها و دستشویی‌ها، کنترل بهداشت و سلامت مواد غذایی در رستوران‌ها و لبنیات فروشی، هر دو ماه یک بار انجام می گیرد .

۱۱- بیماریابی

بیماریابی یکی از فعالیت‌های مهم خانه بهداشت است که متناسب با توانایی‌ها و آموخته‌های بهورز و میزان کار کارکنان خانه بهداشت و تکنولوژی مناسب برای هر مورد بیماری متفاوت می باشد. موارد زیر از جمله این بیماریابی‌ها می باشند:

- غربالگری زنان در معرض خطر سرطان پستان
- غربالگری کودکان مدرسه از نظر بیماری کچلی
- غربالگری بیماران مشکوک به مالاریا و گرفتن لام خون از بیماران مبتلابه تب و لرز
- غربالگری بیماران روانی

این نکته قابل ذکر است که بعضی از بیماری‌ها دستورالعمل درمانی مشخصی دارند مانند اسهال، عفونت‌های تنفسی (ARI^۳) که می‌توانند مستقیماً توسط خانه‌های بهداشت و بهورز آموزش دیده تحت درمان قرار گیرند.

۱۲- کمک‌های اولیه درمانی و پیگیری

بهورز مجاز است که فقط از درمان‌های علامتی کم خطر استفاده نماید.

بیماران خانه بهداشت به ۴ گروه تقسیم می‌شوند:

- ۱- بیماران که پزشک درمان را شروع کرده و پیگیری به عهده خانه بهداشت است.
- ۲- بیماران که ناراحتی آنان با دادن داروهای اولیه و درمان‌های علامتی برطرف می‌گردد

² - Expanded Program of Immunization

³ - Actual Respiratory Infection

۳-مراجعه کنندگانی که نیاز به ارجاع فوری ندارند و ضمن دریافت داروهای اولیه در لیست ارجاع غیر فوری برای روز بازدید پزشک قرار می‌گیرند.

۴-بیمارانی که ارجاع فوری دارند و نیازمند خدمات پزشکی تخصصی تر هستند، در موارد ضروری مانند ابتلا به بیماری‌های واگیردار آموزش اطرافیان بیمار در زمینه روش درست پرستاری و پیشگیری از سرایت به بقیه افراد خانواده بیمار به عهده بهورز است.

بهورزان بجز تلقیح واکسن اجازه انجام تزریقات دیگر را ندارند. تکرار تزریق بدون حضور پزشک مشروط بر این است که تزریق اول توسط پزشک انجام و دستور ادامه تزریق در نسخه ذکر شده باشد.

در موارد فوریت‌ها و بروز سانحه، کمک‌های اولیه بعهد بهورز است و اعزام بیمار باید سریع انجام گیرد و همچنین انجام پانسمان‌های ساده به عهده بهورزان می باشد.

بهورزان عهده دار شناسایی معلولان و ارجاع آنان به مراکز توانبخشی چه ذهنی و چه جسمی و پیگیری آنها خواهند بود.

مرکز خدمات جامع سلامت روستایی

مرکز خدمات جامع سلامت روستایی با نان پیشین مرکز بهداشتی درمانی روستایی یک واحد روستایی است که یک تا پنج خانه بهداشت را تحت پوشش دارد. در این واحد حداقل یک پزشک عمومی و چند کاردان و پرسنل خدماتی دیگر مشغول به کار هستند. محل استقرار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی بیشتر در روستاهای بزرگی است که مسیر تردد روستائیان به مناطق شهری هستند.

پزشک مرکز ضمن نظارت بر فعالیتهای خانه بهداشت و هدایت آنان نیازهای درمان تخصصی و بستری جمعیت تحت پوشش خود را از طریق ارجاع و ارتباط با بیمارستان شهرستان تأمین می‌کنند. محل استقرار مرکز باید بگونه‌ای باشد که در مسیر طبیعی جمعیت روستاهای مذکور قرار گیرد و مرکز روستایی حداقل چهارکاردان با وظایف متفاوت دارد.

۱- کاردان زن با مسئولیت بهداشت خانواده

۲- کاردان مرد با مسئولیت بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای و مبارزه با بیماری ها

۳- کاردان بهداشت دهان و دندان

۴- کاردان دارویی و آزمایشگاه

وظایف مرکز خدمات جامع سلامت روستایی

۱- جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار بهداشتی و جمعیتی

جمع آوری اطلاعات مربوط به روستاهای تحت نظارت خود، اطمینان از صحت به روز بودن آن. گاهی در تهیه و تنظیم این اطلاعات باید با خانه بهداشت همکاری داشته باشد.

۲- کنترل و پیگیری اجرای برنامه‌ها

با بازدید منظم از خانه‌های بهداشت، بازدید مستقیم از فعالیت‌های در حال اجرا، مذاکره با مردم و نمایندگان آنها، کنترل کمی و کیفی کمک‌های اولیه درمانی که در غیاب پزشک در خانه بهداشت انجام گرفته، بازدیدهای اتفاقی از روستاهای قمر یا تحت پوشش خانه‌های بهداشت و تیم‌های سیار

۳- پذیرش بیماران

حدود ۲۰ درصد از مراجعه کنندگان متقاضی خدمات و کمک‌های درمانی هر خانه بهداشت به سطح بالاتر ارجاع می‌شوند.

مراجعه کنندگان به مرکز خدمات جامع سلامت روستایی سه گروه مختلف هستند:

الف - موارد فوریت‌های پزشکی که بدون ارجاع مراجعه می‌کنند.

ب - ارجاع شدگان فوری از خانه بهداشت

ج - ارجاع شدگان غیر فوری که در بازدید پزشک مسئول از خانه بهداشت در محل خانه بهداشت مورد مداوا قرار می‌گیرند.

۴- مشارکت در فعالیت‌های آموزشی

مراکز بهداشتی و درمانی روستایی عرصه کارآموزی و کارورزی آموزش‌های رده‌های مختلف نیروی انسانی پزشکی است. و این مراکز مشارکت در بازآموزی‌ها و آموزش‌های ضمن خدمت به‌روز تا پزشک را بر عهده دارند.

۵- اعزام تیم‌های سیار

در روستاهایی که به دلیل کمبود جمعیت یا نبودن راه‌های ارتباطی جغرافیایی خانه بهداشت مستقل وجود نداشته و یا در محدوده قمر خانه بهداشت اصلی قرار نمی‌گیرند از مراکز بهداشتی درمانی کسانی به عنوان تیم سیار پیش بینی شده‌اند که عهده دار خدمات ایمن سازی، بیماری‌یابی، مبارزه با مالاریا و سل، بهداشت مادر، کودک و بهداشت محیط می‌باشند. هر تیم باید بتواند حداقل ماهی یک بار به روستاهای تحت پوشش خود مراجعه کند.

برنامه‌های بهداشتی مختلف

آموزشهای لازم، انجام آزمایش‌های پاراکلینیکی مورد نیاز زنان باردار، ایجاد امکان برخورداری از زایمان سالم، تهیه پاپ اسمیر، گذاشتن "IUD"⁴، غربالگری کارگران کارگاه‌ها و کارخانه‌ها، انجام بررسی‌های اپیدمیولوژیک برای شناخت مسایل بهداشتی و بیماری‌های بومی منطقه.

پژوهش: موضوعات متعددی برای پژوهش کاربردی در مورد روش زندگی مردم، عوامل خطر و برخورداری از خدمات بهداشتی و درمانی را می‌توان در این مراکز مورد پژوهش قرار داد. رابطه با بیمارستان: بیمارانی که نیاز به بستری شدن دارند، با برگه کتبی ارجاع به بیمارستان اعزام می‌شوند. تسهیلات لازم برای پیگیری و ادامه درمان بیمارانی که از بیمارستان مرخص می‌شوند نیز در اختیار مراکز است و مرکز خدمات جامع سلامت مکلف است که این مهم را انجام دهد.

ضمائم مراکز بهداشتی درمانی روستایی

مراکز بهداشتی درمانی روستایی بسته به نیاز آن منطقه ممکن است دارای واحد‌های ضمیمه باشند مانند:

الف - تسهیلات زایمانی

در برخی مراکز براساس دسترسی بیشتر از یک ساعت تا نزدیکترین شهر و زایشگاه، تسهیلات زایمانی برای زایمان‌های طبیعی وجود دارد و در موارد پیچیده با پزشک مرکز بهداشتی مشاوره انجام گرفته و در صورت لزوم ارجاع داده می‌شود. در برنامه‌های این مراکز مراقبت‌های بعد از زایمان وجود دارد و فعالیت آن شبانه‌روزی است. یک بهیار زن غیر از ماما نیز باید وجود داشته باشد. پزشک مسئول این مراکز بهداشتی درمانی روستایی در دسترس "On Call" تلقی می‌گردد.

ب - بخش جراحی‌های کوچک

در روستاهایی که گلوگاه مسیر حرکت ۲۰ هزار نفر جمعیت تلقی شده و بیشتر از یک ساعت با اتومبیل تا اولین شهر دارای بیمارستان فاصله داشته باشند، امکان ایجاد بخش جراحی‌های کوچک وجود دارد. این مسئله مشروط به تغییر اساسی در آموزش پزشکی است که انجام اعمال جراحی مورد بحث بطور جدی مورد توجه و آموزش بالینی قرار گرفته باشد. توصیه می‌شود که اکثر جراحی‌ها بدون استفاده از بیهوشی عمومی باشد. مانند: بریدگی‌ها، سوختگی‌های درجه یک بدون عارضه، سوختگی کودکان زیر ۵ سال، درناژ آبسه، خارج کردن اجسام خارجی، بند آوردن خونریزی بینی، فتق ساده، شکستگی بدون عارضه استخوان بازو.

4 - Internal Uterine Device

واحدهای عرضه خدمات در شهر

۱- پایگاه بهداشت

پایگاه بهداشت محیطی ترین واحد ارائه خدمت در محیط شهر است و مسئول ارائه خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی به جمعیت شهری است. ارائه این خدمات به مردم مناطق شهری شباهت زیادی به ارائه این خدمات در مناطق روستایی دارد. هر پایگاه بهداشت، جمعیتی در حدود ۱۲۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. در هر پایگاه بهداشت سه نفر کاردان بهداشت خانواده، یک نفر کاردان بهداشت محیط و حرفه ای و یک نفر ماما ارائه خدمت می نمایند.

کلیه خدماتی که در روستا بعهده خانه های بهداشت قرار دارد در مناطق شهری به عهده پایگاه بهداشتی است و تفاوت وظیفه آنان در نکات زیر است:

دریافت خدمات در این مرکز به ازای مراجعه فرد است و ارائه خدمات از نوع غیر فعال می باشد.

در این پایگاه یک کاردان بهداشتی مرد و سه کاردان بهداشت خانواده زن کار می کنند و وجود کاردان مامایی در این پایگاه حتماً لازم است. وظیفه پیگیری دریافت خدمات به عهده رابطین بهداشتی است. کلاس های آموزش برای رابطین بهداشت در هفته یک روز در پایگاه های بهداشتی برگزار می شود. یکی از این کاردانهای بهداشت خانواده همه روزه به مدارس و کارگاههایی که کارگران زن دارند سرکشی می نماید و یکی از کاردانهای بهداشت خانواده همیشه در محل پایگاه حضور داشته تا در صورت مراجعه افراد تحت پوشش خدمات لازم را ارائه نماید. کاردان بهداشت عمومی مرد در خدمات بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای، و بررسی اپیدمیولوژیک اولیه را در منطقه تحت پوشش خود به عهده دارد.

وظیفه کاردان مامایی مراقبت از مادران، تنظیم خانواده و گذاشتن I.U.D در مراکز می باشد.

پایگاه بهداشتی وظیفه پرداختن به کارهای درمانی حتی در مورد تجویز داروهای بدون نسخه را ندارد ولی در مواقع لزوم می توانند ارجاع دهند.

مرکز خدمات جامع سلامت شهری

مرکز خدمات جامع سلامت شهری با نام پیشین مرکز بهداشتی درمانی شهری اساساً شبیه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی است و سه تا پنج پایگاه بهداشت از تحت پوشش دارد. حداقل دو پزشک عمومی به منظور انجام وظایف مدیریتی مرکز (بویژه نظارت بر عملکرد پایگاه ها) و همچنین پذیرش موارد ارجاعی در مرکز خدمات جامع سلامت شهری اقدام به ارائه خدمات می نمایند. پایگاه بهداشت ضمیمه به همراه تعدادی از پرسنل خدماتی، مجموعاً ترکیب سازمانی مرکز خدمات جامع سلامت شهری را تشکیل می دهند.

تمام وظایف مرکز خدمات جامع سلامت روستایی در قبال خانه بهداشت را این مرکز در مقابل پایگاه های بهداشت شهری خواهد داشت.

خدمات ارائه شده عمدتاً خدمات مراقبتی اولیه است، ولی مراجعه بیمار لازم نیست حتماً از طریق ارجاع پایگاههای بهداشتی باشد. در این مراکز وظایف بسیار شبیه به مراکز بهداشتی درمانی روستایی است که نمونه هایی از آن مانند جمع آوری اطلاعات و آمار نوشتن دفاتر سنجش سلامت دانش آموزان توسط پزشکان به ویژه در مقطع ورود به دبستان و سال اول راهنمایی می باشد.

از وظایف دیگر این مراکز انجام بررسی های اپیدمیولوژیک بیماری بومی منطقه تحت پوشش مرکز میباشد. وظایف مرکز خدمات جامع سلامت شهری در ۵ دسته زیر خلاصه می شود:

- ۱- خدمات پزشکی: حضور پزشک و دارو یار لازم است
- ۲- خدمات تشخیصی طبی: توسط کاردان علوم آزمایشگاهی و رادیولوژی
- ۳- خدمات دندانپزشکی، حضور دندان پزشک را لازم دارد
- ۴- برای ارائه خدمات تکمیلی برای موارد ارجاع شده از پایگاهها و مناطق دیگر، وجود پزشک و بهیار دارو یار لازم است.
- ۵- هدایت و پایش خدمات پایگاههای بهداشت شهری تابعه.

در شهرهای فاقد بیمارستان و نیز در شهرهایی که دسترسی به بخش اورژانس بیمارستان آسان نیست یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت شهری شبانه روزی ایجاد می شود تا دسترسی و رسیدگی به موارد اورژانس فراهم باشد.

نظام اطلاعات مراقبت های بهداشتی اولیه

نظام اطلاعات مراقبت های بهداشتی اولیه، عمدتاً بر محور داده هایی است که در سطوح محیطی واحدهای ارائه خدمت جمع آوری می شود. با توجه به این که در حال حاضر خانه های بهداشت حدود ۹۰٪ از مردم روستایی کشور را تحت پوشش دارند و علاوه بر این با گسترش پایگاه های بهداشت موجب افزایش هر چه بیشتر جمعیت تحت پوشش مناطق شهری شده است، داده ها و اطلاعات به دست آمده از اعتبار بسیار بالایی برخوردار است. نظام شبکه توانسته است با استفاده از ابزار و روش های خاصی اقدام به راه اندازی یک نظام ثبت اطلاعات جاری نماید. اجزای این نظام برای ثبت جاری اطلاعات، عمدتاً شامل پرونده های خانوار، دفاتر مراقبت ماهیانه، فرم های گزارش آماری ماهیانه، زیج حیاتی و نرم افزار نظام شبکه است.

از آنجا که به دلایل مختلف از جمله نیازهای متنوع برنامه ریزان و سیاستگذاران، نظام ثبت اطلاعات جاری، پاسخگوی تمامی نیازهای طراحی و اجرای برنامه های سلامت نیست، لذا با استفاده از روش های دیگری نیز به صورت دوره ای اقدام به گردآوری برخی اطلاعات مورد نیاز می شود. این روش ها عمدتاً عبارتند از: مطالعات تحقیق منطقه ای، کشوری و دوره ای بصورت نمونه گیری و ثبت اطلاعات پزشکی در واحد های درمانی می باشند.

شبکه بهداشت و درمان شهرستان

کوچکترین واحد مستقل نظام ارائه خدمات سلامت در کشور است که مسئول هماهنگی و نظارت بر فعالیت های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی حوزه شهرستان است. شبکه بهداشت و درمان شهرستان بوسیله مدیر شبکه اداره می شود. شبکه بهداشت و درمان دارای دو معاونت "درمان و دارو" و "بهداشتی" است. معاونت درمان و دارو مسئول نظارت بر عملکرد بیمارستان های شهرستان و کلیه درمانگاه ها، مطب ها، داروخانه ها، واحد های ارائه کننده خدمات تشخیصی درمانی بخش خصوصی و خیریه، و واحد های تولید کننده دارو و غذا است. صدور مجوز و نظارت بر عملکرد کلیه این واحد ها بر عهده این معاونت می باشد.

مدیریت معاونت بهداشتی یا مرکز بهداشت شهرستان به عهده معاون بهداشتی یا رئیس مرکز بهداشت شهرستان می باشد. مرکز بهداشت شهرستان - یک سطح مدیریتی است که مسئولیت فرآیندهائی مانند برنامه ریزی، پایش، ارزشیابی در عرصه خدمات بهداشتی و خدمات درمانی سرپائی در حوزه شهرستان را به عهده دارد.

وظایف مرکز بهداشت شهرستان:

- جمع آوری، طبقه بندی اطلاعات و استفاده از آن به منظور تدوین برنامه های محلی
- بررسی و شناخت اپیدمیولوژی بیماری های بومی و اپیدمی
- تدوین برنامه های بهداشتی برای حل مشکل بهداشتی و مبارزه با بیماری های بومی و اپیدمی
- مشارکت در برنامه ریزی و اجرای آن قسمت از آموزش پزشکی جامعه نگر که در واحد بهداشتی می گذرد
- تدوین، اجراء مشارکت در اجرای آموزش های بدو خدمت و حین خدمت پزشکان و کارکنان بهداشتی

شهرستان

برنامه های مرکز بهداشت شهرستان را می توان به طریق زیر طبقه بندی کرد.

- آموزش بهداشت
- بهداشت و تنظیم خانواده

- بهداشت مدارس
- مبارزه با بیماری ها
- بهداشت محیط
- بهداشت حرفه ای
- بهداشت دهان و دندان
- تهیه و تدارک دارو
- آمار و اطلاعات
- هماهنگی و گسترش شبکه بهداشتی - درمانی شهرستان

دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

دانشگاههای علوم پزشکی که از تلفیق آموزش گروههای پزشکی و شبکه های بهداشت و درمان بوجود آمدند، مسئولیت های متعددی داشته و علاوه بر تربیت نیروهای انسانی در زمینه سلامت و مورد نیاز جامعه، پژوهش در عرصه های سلامت، مدیریت، برنامه ریزی، سازماندهی و هدایت و کنترل خدمات پژوهشی و درمانی را در منطقه ای از کشور که عمدتاً مناطق استانی می باشند، بر عهده دارند.

در زیر مجموعه دانشگاهها، معاونت بهداشتی مسئولیت هدایت خدمات بهداشتی و معاونت های درمان مسئولیت هدایت، اعطای مجوز، پایش و نظارت بر خدمات درمانی در سطح شهرستان را بر عهده دارند. حوزه معاونت درمان شامل بخش بیمارستانی در حوزه دولتی و سایر ارائه کنندگان خدمات سلامت در بخش خصوصی و خیریه را در بر می گیرد. ارائه کنندگان خدمات سلامت شامل مطب ها، دندانپزشکی، داروخانه ها، دفاتر ارائه خدمات توسط کارشناسان غیر پزشک (مامایی، تغذیه ...) کلینیک ها، بیمارستان ها، آزمایشگاه ها، رادیولوژی ها، فیزیوتراپی و مشابه می باشد.

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارای دو مسئولیت اساسی است، آموزش پزشکی (علوم وابسته) و ارائه خدمات سلامت به تمامی مردم پهنه جغرافیایی کشور. دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مسئول اجرای دو مسئولیت فوق در مناطق مختلف ایران هستند و بخش اساسی بدنه عملی نظام سلامت را تشکیل می دهند و پیوند آنان با شبکه های ارائه خدمات بهداشتی درمانی امکان مشارکت و همکاری بیشتر در

طراحی برنامه های سلامت را بوجود می آورد. این همبستگی موجب توسعه نظام شبکه به سوی ارائه خدمات موثر و عادلانه ترشدن و پایداری نظام سلامت شده است.

سایر بخش های ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران
کلینیک

این اصطلاح نیز برای درمانگاههای وابسته به بخش خصوصی، خیریه یا دولتی وابسته به مراکز بستری بکار می رود. این گونه مراکز بوسیله چند پزشک متخصص (دارای یک نوع تخصص) اداره می شود. در این گونه کلینیکها نیز مجموعه ای از خدمات مثل؛ پذیرش بیماران سرپایی، اقدامات تشخیصی در حد مقدمات تخصصی، اقدامات درمان سرپایی، تجویز نسخه، انجام مشاوره و آموزشهای لازم ارائه می شود.

پلی کلینیک

معمولاً این اصطلاح برای مراکزی مثل کلینیک ها بکار می رود، با این تفاوت که مجموعه ای از تخصصهای مختلف در کنار یکدیگر فعالیت می نمایند و محدوده فعالیتهای آنها به اقدامات تشخیصی و درمانی سرپایی محدود می شود. در اغلب موارد اینگونه پلی کلینیکها در کنار مراکز درمان بستری دولتی و خصوصی فعالیت می نمایند.
مطب

این اصطلاح برای محل ارائه خدمات یک پزشک عمومی، متخصص یا دندانپزشک بکار می رود. این محلهای ارائه خدمات، همواره بصورت خصوصی اداره می شود و نمونه های دولتی، عمومی، یا خیریه آن وجود ندارد. فارغ التحصیلان مامایی و تغذیه در سطح کارشناسی ارشد می توانند در جنب مطب پزشکان عمومی یا متخصص، دفاتر مامایی و یا دفاتر مشاوره تغذیه را دایر نمایند.

مراکز جراحی محدود سرپایی روزانه (Day Clinic)

به مراکزی اطلاق می شود که در آنها اعمال جراحی کوچک (بدون بیهوشی و یا با بی حسی موضعی) یا جراحی بزرگ (با بیهوشی عمومی) که بیمار حداکثر ظرف چند ساعت قادر به ترک مرکز بوده و نیازی به بستری شدن نداشته باشد، انجام می شود. این مراکز در کشور عمدتاً بصورت خصوصی اداره می شود.

واحد آزمایشگاهی

واحد آزمایشگاهی به واحدی گفته می شود که در آن آزمایشهای مربوط به انسان از قبیل خون، ادرار، نسوج، غدد و انواع آزمونهای سرطانی انجام گیرد و نتایج آن نیز قابل استناد باشد. واحدهای آزمایشگاهی به چند گروه تقسیم می شوند: آسیب شناسی بالینی و تشخیص طبی، آسیب شناسی تشریحی، آسیب شناسی بالینی و تشریحی.

واحد پرتونگاری (رادیولوژی)

واحد پرتونگاری به محلی گفته می شود که طبق مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأسیس شده و در آن آزمایشهای پرتوشناسی انجام می شود و یا با استفاده از پرتونگاری، به تشخیص علل بیماریها می پردازد.

واحد توانبخشی

توانبخشی به مجموعه اقداماتی گفته می شود که به منظور بازگرداندن بخشی از عملکرد از دست رفته و حفظ توانمندیهای بالقوه افراد دارای ناتوانی های مختلف انجام می شود.

داروخانه

به محلی اطلاق می شود که طبق مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به منظور عرضه، ساخت و مشاوره دارویی ایجاد شده است.

برنامه پزشکی خانواده

در سال های اخیر به علت تغییرات زیاد جمعیتی مانند مهاجرت روستائیان به شهرها و تغییر سیمای بیماری ها از بیماریهای واگیر به بیماری های غیرواگیر، نیاز به تغییراتی در نظام ارائه خدمات وجود داشت. همچنین با وجود موفقیت برنامه مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) در قالب نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور، نظام ارجاع در آن به حد کافی اجرا نشد. بنابراین به منظور تداوم برنامه PHC در روستاها و شهرهای کوچک و پشتیبانی مالی و تلاش در اجرای نظام ارجاع، براساس قانون بودجه سال ۱۳۸۴، سازمان بیمه سلامت ایران موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه سلامت ایران برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، امکان بهره مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد. بدین ترتیب پشتیبانی مالی وزارت رفاه و بیمه ها موجب شد که دسترسی ساکنین این مناطق به خدمات سلامت افزایش یافته و برنامه نظام ارجاع نیز اجرایی شود.

نظام ارجاع

سازوکاری برای ارائه خدمات سلامت است که متقاضیان (آحاد مردم شناسایی شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پزشک خانواده مراجعه کرده و نزد وی تشکیل پرونده می دهند. مراجعه کننده در نقطه تماس اول توسط کارکنان تیم سلامت شامل بهورز/ ماما/ پرستار/ پزشک خانواده در سطح اول خدمات، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می گیرد. در صورت نیاز به خدمات سطح بالاتر، پزشک خانواده او را به صورت هدایت شده و پس از تکمیل فرم ارجاع به سطوح بالاتر (تخصصی، فوق تخصصی، مراکز پاراکلینیکی خاص و

بیمارستان) ارجاع می‌دهد و مسوولیت سلامت او در هر صورت با پزشک خانواده است. واحد ارائه دهنده خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، (در فرم بازخورد) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین‌تر) تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد. و در انتها، کلیه موارد برای درج در پرونده به پزشک خانواده مربوطه اعاده می‌گردد.

تعریف پزشک خانواده:

پزشک خانواده دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسوولیت‌هایی از قبیل: توجه به جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش‌ها را برعهده دارد. منظور از پزشک خانواده همان پزشک عمومی می‌باشد. هر چند ممکن است تعدادی از پزشکان دارای مدرک بالاتر بوده یا دوره‌های تکمیلی، یا MPH (Master Public Health) و یا دوره‌های دستیار را هم گذرانده باشند. MPH: در کشور ما دوره‌ای یک ساله‌ای است که فارغ‌التحصیلان پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی می‌توانند بصورت دوره عمومی یا گرایش‌های خاص در دانشکده بهداشت بگذرانند. محتوی دوره شامل آمار، اپیدمیولوژی و جنبه‌های مختلف سلامت و پیشگیری می‌باشد)

پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته‌ای تعریف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده در صورت لزوم باید برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسوولیت پیگیری تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسوول اداره کردن تیم سلامت است.

افراد تحت پوشش پزشک خانواده برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به او مراجعه می‌کنند و هرکس مایل نباشد از طریق وی وارد سیستم دریافت خدمات شود، موظف است تمام هزینه‌های درمانی را شخصاً پرداخت نماید. پزشک خانواده، بیمار را در سیستم ارجاع قرار می‌دهد و او را از بدو ورود به سیستم تا پایان درمان و مراقبت‌های پس از درمان تحت نظر خود دارد.

منظور از خدمات سلامت مجموعه فعالیت‌ها و فرایندهایی است که بستر لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می‌کند. خدمات سلامت بطور اعم در برگیرنده امور مربوط به تغذیه، بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، آموزش و تحقیقات و فناوری در حوزه‌های ذیربط و همچنین،

کنترل کیفیت و ایمنی مواد و فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، خوردنی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثربخشی فرآورده‌های دارویی و بیولوژیک می‌باشد.

سایر سازمانهای عمومی ارائه خدمات بهداشتی درمانی

علاوه بر دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که جایگزین وزارت بهداشت و درمان در سطح استان است و با استفاده از شبکه های بهداشت و درمان و بیمارستانها ارائه خدمات بهداشتی درمانی و آموزش پزشکی را بعهده دارند، سازمانهای دیگر دولتی و نیمه دولتی نیز به ارائه خدمات بهداشتی درمانی (عمدتاً درمانی) یا خرید خدمت اشتغال دارند. برخی از این سازمانها و نهادها عبارتند از:

سازمان تأمین اجتماعی

این سازمان خدمات درمانی سرپایی و بستری را در واحدهای ملکی خود ارائه می دهد. بطور عمده دریافت کنندگان خدمات بهداشتی درمانی از سازمان مزبور، بیمه شدگان تأمین اجتماعی هستند. علاوه بر این، بیمه شدگان این سازمان می توانند بسیاری از خدمات مورد نیاز خود را از بخش خصوصی طرف قرار داد یا سایر بخشهای دولتی نیز دریافت نمایند. سایر افراد (غیر بیمه شدگان تأمین اجتماعی) نیز می توانند با پرداخت تعرفه های دولتی از خدمات ارائه شده در واحدهای بهداشتی درمانی سازمان مزبور بهره مند گردند.

سازمان بیمه خدمات درمانی

سازمان بیمه خدمات درمانی کلیه کارمندان رسمی دولتی، روستائیان و خویش فرمایان (افراد دارای مشاغل آزاد) را تحت پوشش قرار می دهد.

سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

این سازمان همه کارکنان دولت و افراد آزاد داوطلب را تحت پوشش قرار می دهد نیروهای مسلح در جمهوری اسلامی ایران، شامل: ارتش، سپاه پاسداران و نیروهای انتظامی نیز برای پرسنل نظامی و غیر نظامی خود و خانواده آنها بیمارستانها و درمانگاههایی دارند، همچنین این افراد می توانند از بخش خصوصی طرف قرارداد با سازمان بیمه نیروهای مسلح و سایر بخشهای دولتی نیز استفاده نمایند.

سایر بخشهای دولتی ارائه خدمات بهداشتی درمانی

این بخش ها مستقیماً به خود نیروی انسانی و خانواده آنها ارائه خدمت می نمایند:

وزارت نفت: خدمات درمانی سرپایی و بستری به پرسنل خود و خانواده آنها ارائه می نماید.

بانک مرکزی، شهرداری تهران، وزارت دادگستری، وزارت آموزش و پرورش و نیز نسبت به ارائه خدمات درمانی بستری یا سرپایی بطور مستقیم به پرسنل خود اقدام می نمایند.

کمیته امداد نیز افراد بی بضاعت جامعه را تحت پوشش قرار داده است.

کمیته امداد امام(ره) نیز با تحت پوشش قرار دادن اقشار آسیب پذیر جامعه (اقشار کم درآمد و آسیب پذیر که به نوعی در چتر حمایتی آن کمیته قرار دارند) نیز تسهیلاتی را برای بهره مندی از خدمات آنان فراهم می نماید.

افراد تحت پوشش کمیته امداد(ره) می توانند از خدمات بستری و سرپایی خصوصی طرف قرار داد این نهاد در حد تعرفه های دولتی بیمارستانها، و پلی کلینیکهای تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی استفاده نمایند.

بنیاد شهید و بنیاد جانبازان: این دو نهاد نیز به جانبازان جنگ تحمیلی و خانواده آنها و خانواده شهدا در مراکز توانبخشی، درمان بستری و سرپایی مستقیم، خدمات ارائه مینماید.

سازمان بهزیستی: بطور عمده این سازمان به آسیب دیدگان جسمی و روانی و اجتماعی، خدمات توانبخشی، ارائه می نمایند. این خدمات بطور عمده رایگان است.

واحدهای ارائه خدمات درمان بستری

این نام به کلیه مراکز درمانی اعم از بیمارستان، بیمارستان و زایشگاه، زایشگاه و آسایشگاه که مجهز به تخت باشند اطلاق می شود.

بخش خصوصی و تاثیر آن در ساختار نظام سلامت در ایران:

قدیمی ترین بخش ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشور است. این بخش خدمات خود را بصورت مستقیم و با دریافت پول به مراجعین ارائه می نماید. بخش خصوصی در حال حاضر نه تنها مستقیماً از مراجعین، هزینه های خود را دریافت می کند، در مواردی بخشی از هزینه های خود را از طریق سازمان های بیمه گر (تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، سازمان خدمات درمانی کمیته امداد امام (ره) و) نیز دریافت میکند .

البته در مواردی این بخش مشمول یارانه های دولتی بخصوص در مورد خرید وسایل و تجهیزات پیچیده نیز می گردد. چون به موجب قانون اساسی و سیاست اجتماعی و اقتصادی کشور حضور بخش خصوصی در ارائه خدمات نظام سلامت پیش بینی شده است، نقش و تاثیر آن در سازماندهی زیرساخت بهداشتی

کشور و نظام سلامت اجتناب ناپذیر و مهم است و بخش خصوصی جزئی از سرمایه ملی در کشور است و استفاده درست از امکانات و خدمات آن می تواند تنگناهای مربوط به سرمایه گذاری دولتی را کاهش دهد. عرصه فعالیت بخش خصوصی بطور عمده خدمات درمان سرپایی، خدمات تشخیصی، خدمات درمان بستری (محدود)، خدمات توانبخشی و خدمات مشاوره ای است. اگرچه اخیراً، در ارائه خدمات سلامت نیز مسئولیت هایی را برعهده گرفته اند. در مقابل بخش دولتی بیشترین حجم خدمات سرپایی را در مناطق روستایی بعهده دارد. عمده خدمات بهداشتی چه در مناطق شهری و چه در مناطق روستایی توسط بخش دولتی ارائه می گردد و در مقابل خدمات درمان سرپایی بخصوص در مناطق شهری تقریباً بطور کامل در اختیار بخش خصوصی است. خدمات درمان بستری، برای روستائیان و شهرنشینان، توسط دولت و بخش عمومی ارائه می گردد. بخش خصوصی کمتر از ۲۰٪ از خدمات بستری را ارائه می کند.

بخش خیریه

در ایران، بخصوص طی دو دهه اخیر بخش خیریه آمیختگی زیادی با بخش عمومی و دولتی پیدا کرده است. بطور مثال کمیته امداد امام (ره) با وجود اینکه بخش عمده ای از هزینه خدماتی خود را از طریق وجوه خیریه مردم تأمین می نماید، همچنین بسیاری دیگر از نهادهای خیریه که در امر بهداشت و درمان فعالیت دارند، از یارانه های مستقیم و غیر مستقیم بخش دولتی نیز برخوردار هستند. بخش خیریه در ایران، بطور عمده، در عرصه خدمات درمان سرپایی و گاهی خدمات بستری مداخله دارد. مداخله این بخش در خدمات درمان بستری اغلب حمایتی است. بخش خیریه ایران، کاملاً ایرانی است و در موارد نادری به کمکهای خارجی متکی است. البته مشارکت و همکاری ایرانی های ساکن یا شاغل در کشورهای خارجی را در امور خیریه درمانی باید از مشارکت مستقیم سازمان های خیریه خارجی که وابسته یا مستقل از دولتهای خود هستند، جدا کرد.

سایر بخشهای مربوط به نظام سلامت

سازمان هلال احمر: یکی از وظایف عمده این سازمان که به نوعی به خدمات بهداشتی درمانی مرتبط می شود، امداد و نجات در زمان بروز حوادث غیر مترقبه است و در مواردی وظایف امداد و نجات در مناطق غیر شهری را نیز بعهده دارد. این وظایف در مناطق شهری بعهده سازمان آتش نشانی است.

سازمان هلال احمر در کنار ارائه وظایف امداد و نجات، هم در زمان بروز حوادث غیر مترقبه و هم در خارج از آن اقدام به ارائه خدمات بهداشتی درمانی می نماید. گرچه در سطح بین المللی سازمان مرجع هلال احمر «صلیب سرخ» یک سازمان خیریه غیردولتی است ولی در ایران تا کنون این سازمان بصورت یک بخش نیمه دولتی اداره شده است.

سازمانهای خارجی که در مواقع بحران خدمات بهداشتی درمانی ارائه می نمایند، سازمان های جهانی مرتبط با نظام سلامت در دنیا می باشند. در مواقع بحرانی، زمان بروز حوادث غیر مترقبه و جنگ، سازمانهای بین المللی نسبت به سامان دهی ارائه خدمات درمانی اقدام می نمایند؛ نمونه هایی از این نوع فعالیتها، مداخله های درمانی در جریان جنگ خلیج فارس، زلزله رودبار و و تداوم آن تا پس از خاتمه شرایط بحرانی می باشد.

