

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# مراقبت های اولیه بهداشتی در ایران



# مطالب ارائه شده در این بحث

## ✓ کلیات

- مفاهیم مراقبت های اولیه بهداشتی
- تاریخچه تکامل ارائه خدمات بهداشتی در ایران

## ✓ ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی قبل از تحول بهداشت

- خانه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، مرکز بهداشت شهرستان

## ✓ ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی بعد از تحول

- ضرورت تحول در حوزه بهداشت
- مطالعات انجام شده جهت ایجاد تحول
- راهبردهای کلان و برنامه های تحول
- الگوی نظام نوین ارائه خدمات سلامت

## ✓ مقایسه مراقبت های اولیه بهداشتی قبل و بعد از تحول

## ✓ نتایج نهایی طرح

مفاهیم

مراقبت های اولیه بهداشتی



# Primary Health Care (PHC):

مراقبت های بهداشتی ضروری که در دسترس همه افراد جهان قرار گیرد، برای آن ها قابل قبول باشد، با مشارکت کامل آن ها باشد، قیمت مناسبی برای جامعه داشته باشد و کشور قادر به پرداخت هزینه های آن باشد.

Primary  
HealthCare





# Primary Health Care (PHC):

✓ PHC اولین سطح تماس مردم، خانواده ها و جامعه با خدمات سلامت است و مراقبتهای سلامت را هر چه نزدیکتر به محل زندگی و کار مردم ارائه می نماید.

✓ PHC در همه کشورها اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه، ارزش یکسانی دارد ولی در هر کشور شکل خاص خود را دارد.

✓ فلسفه PHC: سلامتی حق مسلم انسان است. توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی و منابع اجتماعی اقتصادی بهداشت، بخشی از توسعه اقتصادی اجتماعی هر کشور محسوب می شود.

# چارچوب خدمات بهداشتی اولیه



# تاریخچه ارائه خدمات بهداشتی در ایران

در ایران برای حل مشکلات مربوط به ارائه خدمات سلامت و توزیع نیروی پزشکی کشور از سال ۱۳۱۹ چندین تجربه به اجرا گذاشته شد:

□ سال ۱۳۱۹: تربیت بهدار در مشهد، شیراز و اصفهان

□ از سال ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۷: طرح سپاه بهداشت در کل کشور

□ طرح تربیت بهدار روستا در شیراز، شمیران و تنکابن

□ طرح سلسله در الشتر لرستان

Primary  
HealthCare





# تاریخچه ارائه خدمات بهداشتی در ایران

- از سال ۱۳۵۱ تا سال ۱۳۵۵: طرح رضاییه (در ارومیه فعلی)
- بعد از انقلاب اسلامی ایران: طراحی نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی کشور بر اساس تفکر مراقبت های اولیه بهداشتی مطرح شده در آلمانی قزاقستان (۱۹۷۸) و تجربه ارومیه
- از سال ۱۳۶۴: شکل گیری و اجرای نظام شبکه بهداشت و درمان فعلی (با اولویت پیشگیری بر درمان، مردم ساکن روستا به طبقه مرفه و شهرنشین، درمان سرپایی به بستری، درمان عمومی به تخصصی)
- سال ۱۳۸۴: شروع طرح پزشک خانواده
- سال ۱۳۹۳ تا کنون: طرح تحول نظام سلامت (درمان، بهداشت و آموزش)



**مراقبت های اولیه بهداشتی**

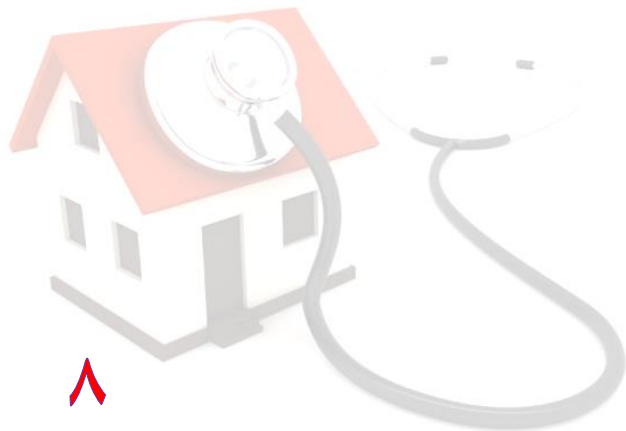
**قبل از تحول در حوزه بهداشت**



# واحدهای عرضه کننده خدمت در روستا

## خانه بهداشت:

- محیطی ترین واحد ارائه خدمات در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور است.
- جمعیتی حدود ۱۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد.
- بسته به شرایط جغرافیایی (بویژه راههای ارتباطی و جمعیت) یک یا چند روستای قمر را تحت پوشش دارد.
- یک بهورز زن و مرد بومی همان روستا مسئول ارائه خدمات است.



# واحدهای عرضه کننده خدمت در روستا

## وظایف خانه بهداشت:

- سرشماری سالانه و ثبت اطلاعات
- آموزش بهداشت عمومی
- تشکیل گروه های داوطلب و شوراهای محلی بهداشت
- مراقبت از زنان باردار و کودکان
- خدمات تنظیم خانواده
- آموزش و مراقبت تغذیه ای
- مراقبت از دانش آموزان و بهداشت مدارس
- بهداشت دهان و دندان
- ایمنی سازی
- نظارت بر موازین بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط
- بازدید منزل و بیمار یابی





# واحدهای عرضه کننده خدمت در روستا

## مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

- واحد پزشکی دولتی مستقر در مناطق روستایی که به وسیله پزشک عمومی اداره می شود.
- بطور متوسط ۵ خانه بهداشت یعنی ۷۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد.
- نظارت بر فعالیت خانه های بهداشت و هدایت آن ها، پذیرش موارد ارجاع شده توسط بهورزان و دادن بازخوراند و ارجاع موارد به سطوح بالاتر و ارتباط با بیمارستان شهرستان



# واحدهای عرضه کننده خدمت در روستا

## وظایف مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

- جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمارها
- کنترل و پیگیری اجرای برنامه ها
- پذیرش بیماران
- همکاری با گروههای اعزامی از مرکز بهداشت
- اعزام تیم های سیار
- برنامه های بهداشتی
- پژوهش
- ارجاع بیماران به بیمارستان
- ارتباط با شوراهای ده و معتمدان محلی



# واحدهای عرضه کننده خدمت در روستا

ضمانت احتمالی مرکز بهداشتی درمانی:

## الف: تسهیلات زایمانی

- در نقاط شهری فاقد بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی روستایی که در مسیر طبیعی چند مرکز دیگر قرار گرفته باشد.
- گلوگاه عبور جمعیتی حدود ۲۰ هزار نفر تلقی گردند.
- فاصله آن ها تا نزدیک ترین شهری که زایشگاه یا بیمارستان دارد از یک ساعت بیش تر باشد.



# واحدهای عرضه کننده خدمت در روستا

ضمائم احتمالی مرکز بهداشتی درمانی:

## ب: مرکز جراحی های کوچک

- در نقاط شهری فاقد بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی روستایی که در مسیر طبیعی چند مرکز دیگر قرار گرفته باشد.
- گلوگاه عبور جمعیتی حدود ۲۰ هزار نفر تلقی گردند.
- فاصله آن ها تا نزدیک ترین شهری که زایشگاه یا بیمارستان دارد از یک ساعت بیش تر باشد.



# واحدهای عرضه کننده خدمت در شهر

## پایگاه بهداشت شهری:

- کلیه خدمات بهداشتی که در روستا به عهده خانه های بهداشت است در مناطق شهری به عهده پایگاه است.
- بطور متوسط جمعیتی حدود ۱۲۰۰۰ نفر را پوشش می دهد.

## با ۳ تفاوت عمده شامل:

- تهیه پاپ اسمیر و امکان گذاشتن IUD
- پیگیری خدمات از طریق داوطلبان، تلفن و مکاتبه
- عدم پرداختن به خدمات درمانی حتی در حد OTC





# واحدهای عرضه کننده خدمت در شهر

## مرکز بهداشت درمانی شهری:

- متناظر مرکز بهداشتی درمانی روستایی است که جمعیتی حدود ۱۲۵۰۰ نفر را پوشش می دهد
- تفاوت: مراجعه مستقیم بیماران به این مرکز بدون نیاز به ارجاع از پایگاههای بهداشت



# واحدهای عرضه کننده خدمت در شهر

## مرکز بهداشت شهرستان:

- عهده دار برنامه ریزی تفصیلی، نظارت، ارزشیابی و تدارکات خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری می باشد.
- نظارت بر آموزشگاه بهورزی
- ناظر بر کلیه خدمات بهداشتی درمانی شهرستان اعم از سرپایی و بستری در بخش عمومی و خصوصی
- تقویت همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم از طریق ارتباط با سازمان های دولتی شهرستان و معتمدین محل

# دستاوردهای سه دهه گذشته

## نظام مراقبت های بهداشتی درمانی

- کاهش چشم گیر میزان های مرگ نوزادان و کودکان

- کاهش مرگ و میر مادران باردار

- کنترل بیماری های عفونی



**دوره تحول نظام سلامت**

**در حوزه بهداشت**

**(New PHC)**

# ضرورت تحول در حوزه بهداشت

- معکوس شدن درصد جمعیت شهری و روستایی نسبت به سه دهه قبل
- تراکم جمعیت در شهرها و حاشیه آن (یا سکونتگاه های غیررسمی)
- تغییر سیمای بیماری ها و مرگ های زودرس از واگیردار به غیرواگیر
- حضور هم زمان اپیدمی بیماری های واگیردار نوپدید و بازپدید، بیماری های غیرواگیر و آسیب های اجتماعی
- کم توجهی به ظرفیت همکاری های بین بخشی و مشارکت مردم در بهبود وضعیت سلامت مردم



# ضرورت تحول در حوزه بهداشت

- پوشش ضعیف مراقبت های اولیه سلامت در شهرها و حاشیه شهرها
- پوشش ضعیف مراقبت های مربوط به افراد سالم، عوامل خطر و بیماری های غیرواگیر در روستاهای کشور
- افزایش مخاطرات طبیعی و انسان ساخت به خصوص در مناطق شهری
- تغییر تقاضای عمومی جامعه به علت افزایش آگاهی و تغییر نگرش همچنین در تعریف دسترسی از آرایه دهنده خدمت به خودمراقبتی

# مطالعات قبل از تدوین طرح تحول در بهداشت

- تحلیل بار بیماری ها، عوامل خطر بیماری و علل مرگ ها در کشور
- شناخت حوزه بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی کشور
- آسیب شناسی برنامه پزشک خانواده شهری (استان های مازندران و فارس)
- آسیب شناسی پزشک خانواده روستایی و تامین منابع برای استمرار
- بررسی مشکلات سلامت حاشیه نشینان و تدوین الگوی ارائه خدمات
- بررسی وضعیت استانداردها و کمبود منابع (انسانی، تجهیزات، دارو و فضای فیزیکی) شبکه های بهداشتی کشور

# سه راهبرد کلان تحول حوزه بهداشت کشور

بهبود شاخص های سلامت  
جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی

ارتقای  
سواد سلامت و  
توانمندسازی مردم  
برای خودمراقبتی

خدمات PHC  
در هر سه سطح  
(شبکه جامع و  
همگانی سلامت)

همکاری  
بین بخشی برای  
محیط و  
سیاست سالم

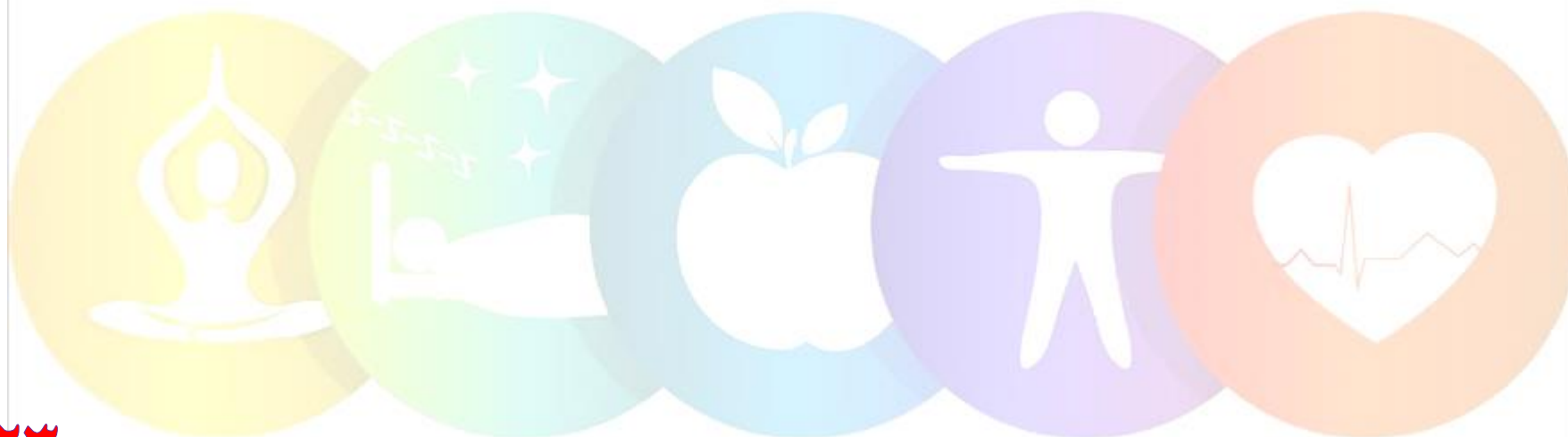
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی  
دانشگاه های علوم پزشکی و کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ها  
(سلامت برای همه و همه برای سلامت)

# طرح تحول در حوزه بهداشت

طرح تحول در حوزه بهداشت با ۶ برنامه ملی و

۸ پروژه شروع شد که در سال ۱۳۹۴ به ۱۵

برنامه و ۱۰ پروژه تکامل پیدا کرد.



# برنامه های طرح تحول در حوزه بهداشت





# طرح تحول در حوزه بهداشت





**الگوی نظام نوین ارائه**  
**مراقبت های اولیه سلامت**



# پایگاه سلامت

- پایگاه سلامت براساس تراکم جمعیت منطقه، به ازای هر ۵ تا ۲۰ هزار نفر (متوسط برای جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر) توسط طرف قرارداد یا دولت راه اندازی می شود.

- در این واحد، خدمات فعال مراقبت های جاری برای همه افراد جامعه تحت پوشش در قالب بسته خدمات سطح اول ارائه می گردد.



# مراحل راه اندازی یک پایگاه سلامت:

- شناسایی جمعیت تحت پوشش
- توزیع جمعیت براساس بلوک جغرافیایی منطقه بین مراقبین سلامت خانواده
- تهیه نقشه منطقه تحت پوشش پایگاه سلامت و تعیین محدوده هر مراقب سلامت خانواده برروی آن
- فراخوان مردم برای حضور در پایگاه سلامت و تشکیل پرونده
- جمع کردن مردم منطقه و اعلام فعالیت پایگاه سلامت و شرح وظایف آن، معرفی مراقبین سلامت خانواده و شیوه ارجاع یا حضور در اجتماعات مردم یا از طریق معتمدین، داوطلبان و ...
- تشکیل پرونده سلامت برای خانوارهای تحت پوشش توسط هر مراقب سلامت خانواده



# مراحل راه اندازی یک پایگاه سلامت:

- ثبت داده های هر مراقب سلامت خانواده از جمعیت تحت پوشش خود بر روی سامانه
- شناسایی مشکلات سلامت جمعیت تحت پوشش توسط هر مراقب سلامت خانواده و ثبت و گزارش دهی آن ها به مرکز خدمات جامع سلامت مربوط
- فراخوان و آموزش سفیران سلامت خانوار بر اساس راهنمای ملی خودمراقبتی
- شناسایی خیرین و معتمدین محل و کمک گرفتن از آن ها برای ارائه خدمات بهتر



# الگوی پایگاه سلامت در طرح تحول بهداشت



# مرکز خدمات جامع سلامت:

- مرکز خدمات جامع سلامت با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه (در صورت نبود، ایجاد) پذیرای ارجاعات مربوط به بیماری های هدف (واگیر و غیرواگیر) مشاوره تغذیه و روانشناسی بالینی از پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن مدیریت و نظارت بر پایگاه های سلامت تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت.

- در درون یا جنب هر مرکز خدمات جامع سلامت، یک پایگاه سلامت با عنوان پایگاه سلامت ضمیمه وجود دارد.

- به ازای هر ۲ تا ۴ پایگاه سلامت (جمعیت ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت) یک مرکز خدمات جامع سلامت در نظر گرفته می شود.



# الگوی مرکز خدمات جامع سلامت در طرح تحول بهداشت

سطح اول

مرکز خدمات جامع سلامت برای ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت

## مدیر سلامت منطقه

کارشناس تغذیه و رژیم درمانی

۱ تا ۳ پزشک عمومی (خانواده)

۱ تا ۳ دندانپزشک

کارشناس سلامت روان و آسیب اجتماعی

۱ تا ۳ کارشناس آزمایشگاه

کاردان / کارشناس سلامت محیط و کار  
۱ نفر برای ۳۰۰ واحد صنفی / شغلی

۱ تا ۴ نفر کارشناس مراقب سلامت خانواده

۱ نفر کارشناس مراقب سلامت خانواده  
مرد

ارجاع ۵ تا ۱۰ درصد جمعیت به سطح دوم

# تیم سلامت

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی هستند که بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد قرار می دهند.

## اعضای تیم سلامت شامل:



- مدیر اجرایی مرکز
- کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده
- کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار
- کارشناس تغذیه و رژیم غذایی
- کارشناس سلامت روان
- پرستاران / بهیاران
- کاردان های پذیرش
- پزشکان و در صورت لزوم دندان پزشکان و کارکنان آزمایشگاه



# تیم سلامت

باتوجه به اجرای بسته خدمت خودمراقبتی، جمعیت تحت پوشش، افراد و نمایندگان مردم و سازمان ها از جمله سفیران سلامت خانواده، دانشجو، دانش آموز و شوراهای ارتقای سلامت سازمان ها و محلات نیز جزو این گروه محسوب می شود.



# مرکز مدیریت سلامت منطقه

- این مرکز بعنوان ستاد مجتمع شامل مدیریت، واحد های کارشناسی ستادی، اموراداری مالی می باشد.
- وظیفه برنامه ریزی، هماهنگی، پایش و ارزشیابی واحد های ستادی، تامین منابع، پاسخگویی و ... بر عهده مدیر مجتمع می باشد.

## واحد های کارشناسی ستادی:

- کارشناس مبارزه با بیماری ها
- 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 مشارکت های مردمی
- کارشناس سلامت روان و آسیب های اجتماعی

# مرکز سلامت (شهری یا روستایی)

- مرکز سلامت شهری یا روستایی محیطی‌ترین واحد ارائه خدمات مجتمع‌های سلامت در شهرها و روستاها (در کنار خانه‌های بهداشت) می‌باشد.
- جمعیت تحت پوشش هر مرکز سلامت حدود ۸۰۰۰ الی ۲۰۰۰۰ نفر بوده و در آن چند تیم سلامت با بلوک بندی مشخص به ارائه خدمت می‌پردازند.
- جمعیت هر تیم سلامت حدود ۴۰۰۰ نفر و هسته اصلی آن متشکل از یک نفر پزشک خانواده و دو نفر مراقب سلامت می‌باشد که در مرکز سلامت مستقر بوده و سایر اعضای تیم سلامت شامل کارشناس بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، تغذیه، روانشناس و ... هستند.



# خانه بهداشت

- خانه بهداشت نخستین سطح ارائه خدمات مختلف بهداشتی برای مردم در روستاها می باشد. این واحد زیر مجموعه مرکز سلامت روستایی می باشد.
- ممکن است هر خانه بهداشت تعدادی روستای قمر و سیاری را تحت پوشش خود داشته باشد.

## خدمات ارائه شده در این واحد:

بیماریابی، پیشگیری، مراقبت های دوران بارداری، مراقبت از کودکان زیر ۵ سال، واکسیناسیون، فعالیت های بهداشت محیطی، ارجاع به پزشک خانواده

# مرکز سلامت جامعه

یکی از مراکز سلامت مجتمع است که از نظر موقعیت جغرافیایی بهترین دسترسی را به جمعیت تحت پوشش مجتمع داشته و به لحاظ فضای فیزیکی نیز به اندازه کافی بزرگ می باشد.

این مرکز علاوه بر داشتن تیم های سلامت، شامل واحدهای زیر خواهد بود:

## ✓ کلینیک ارجاع

- ارائه خدمات درمان تخصصی سرپایی به ارجاع شدگان
- حداقل چهار رشته تخصصی اصلی (کودکان، داخلی، زنان و روانپزشک)

## ✓ بهداشت دهان و دندان

بهداشت و درمان دهان و دندان کودکان زیر ۱۴ سال، مادران باردار و شیرده بر اساس بسته های تعریف شده، آموزش میدانی جامعه و مدارس

## ✓ مشاوره تغذیه

# مرکز سلامت جامعه

✓ مشاوره روان

✓ دارو و پاراکلینیک

✓ 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.



# شیوه ارزیابی مجتمع سلامت

محور ارزشیابی در مجتمع های سلامت مردم می باشند.

محتوای پایش و ارزشیابی شامل:

- رضایت گیرنده خدمت
- رضایت کارکنان
- کمیت و کیفیت خدمات تمام سطوح
- مصرف دارو
- مصرف پاراکلینیک
- رعایت راهنماهای بالینی
- بار ارجاع





# شیوه ارزیابی مجتمع سلامت

شیوه ارزیابی مجتمع های سلامت به ۵ دسته طبقه بندی می شود:

- مردم محور (بررسی مستمر رضایت مردم)
- کارشناس محور (مبتنی بر استانداردهای خدمات)
- مبتنی بر نظام اعتباربخشی با توجه به نقش بخش خصوصی در انجام این اعتباربخشی
- ارزشیابی داخلی: توسط خود مجتمع های سلامت هر دو ماه یکبار انجام می شود، شامل ارزشیابی برنامه ها و عملکرد کارشناسان
- ارزشیابی خارجی: هر ۲ ماه یکبار توسط کارشناسان شبکه دانشگاه انجام می و پرداخت ها براساس نتایج این ارزشیابی تحت تاثیر قرار می گیرند.

# مزایای مجتمع های سلامت

- انجام ویزیت های پایه ای و ادواری و شناسایی بیماری احتمالی در مرحله پیش بالینی
- مجتمع های سلامت ترکیبی از سیستم ارجاع، PHC، خانه های بهداشت، پزشک خانواده، خرید راهبردی خدمات، مدیریت هزینه و ساختار و ارائه خدمات سلامت می باشند که می توانند بسیاری از چالشهای فعلی نظام سلامت کشور را پاسخگو باشند.
- نمونه بارز مشارکت بخش خصوصی و دولتی

**مقایسه مراقبت های اولیه  
بهداشتی قبل و بعد از تحول**



# مقایسه قبل و بعد از طرح تحول حوزه بهداشت

بعد از تحول	قبل از تحول	حیطه
<ul style="list-style-type: none"> <li>- اولویت دادن به حاشیه شهرها و جمعیت آسیب پذیر</li> <li>- اصلاح بسته های خدمتی مطابق با نیازهای روز(۱۱ بسته، افزایش مراقبت ۱۰ بیماری غیر واگیر و افزودن بسته خدمت خود مراقبتی )</li> <li>- ارائه خدمات بهداشتی با رویکرد بیماری های غیر واگیر و بیماری های روان و آسیب های اجتماعی به صورت فعال</li> <li>- افزایش پوشش خدمات نوین سلامت میانسالان به میزان ۷۰ درصد جمعیت تحت پوشش</li> <li>- بازنگری و استمرار پایلوت برنامه پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ساختار ناکارآمد مراقبت های اولیه سلامت در شهرها و حاشیه شهرها به ویژه در پاسخ گویی به نیاز و تقاضاهای جدید مردم(ارائه خدمات غیر فعال و محدود)</li> <li>- محرومیت حدود ۱۰ میلیون نفر حاشیه نشین از خدمات مطلوب سلامت</li> </ul>	<b>برنامه ها و ارائه خدمت</b>

# مقایسه قبل و بعد از طرح تحول حوزه بهداشت

بعد از تحول	قبل از تحول	حیطه
<ul style="list-style-type: none"> <li>- پزشک خانواده به عنوان پزشک ۵ ستاره</li> <li>- تقویت و نهادینه سازی همکاری های بین بخشی حوزه بهداشت در سطح ملی، کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ها و متناظر آن در شهرستان ها</li> <li>- استفاده از ظرفیت های بخش خصوصی و خرید خدمت از این بخش</li> <li>- استفاده از روش پرداخت کارا</li> <li>- تمرکز زدایی فعالیت های اجرایی و نظارتی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ناکارآمدی مراقبت های موجود برای افراد سالم، با عوامل خطر و مبتلا به بیماری های غیرواگیر، از نظر خدمات ادغام یافته</li> <li>- بی عدالتی در دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت در کشور</li> <li>- کم رنگ شدن خدمات دهان و دندان</li> <li>- اجرای پزشک خانواده فقط در دو استان فارس و مازندران</li> </ul>	<b>برنامه ها و ارائه خدمت</b>

# مقایسه قبل و بعد از طرح تحول حوزه بهداشت

بعد از تحول	قبل از تحول	حیطه
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تکمیل استاندارد نیروی انسانی</li> <li>• تربیت و بکارگیری مراقبین سلامت بعنوان سطح اول تماس در پایگاه های سلامت</li> <li>• ارتقاء وضعیت مراکز آموزش بهورزی به مرکز آموزش عالی سلامت شهرستان</li> <li>• ارتقاء سطح آموزش بهورزان به کاردانی بهورزی</li> <li>• اضافه شدن یک نفر کارشناس سلامت روان و یک نفر کارشناس تغذیه برای هر ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر در مراکز سلامت جامعه</li> <li>• آموزش و به کارگیری یک نفر در هر خانواده به عنوان سفیر سلامت (به منظور توسعه خودمراقبتی)</li> <li>• تیم های سلامت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ناکارآمدی نیروی انسانی</li> <li>• تربیت شده و شیوه جذب و به کارگیری سازماندهی آنان</li> <li>• کمبود پزشک</li> <li>• بویژه در مناطق روستایی</li> </ul>	نیروی انسانی

# مقایسه قبل و بعد از طرح تحول حوزه بهداشت

بعد از تحول	قبل از تحول	حیطه
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ تبدیل مراکز بهداشتی درمانی به مرکز خدمات جامع سلامت</li> <li>▪ تبدیل پایگاه بهداشت به پایگاه سلامت</li> <li>▪ بهبود استاندارد تجهیزات و تسهیلاتی</li> <li>▪ بازسازی و نوسازی فضاهای فیزیکی</li> <li>▪ پوشش کامل مکمل یاری که قبلا به علت عدم بودجه تعطیل شده بود</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ سهم پایین اعتبارات حوزه بهداشت از منابع عمومی کشور</li> <li>▪ کمبود امکانات و تسهیلات (نبود خودرو در مراکز و خانه ها) برای دهگردشی پزشکان)، وضعیت نامطلوب فضای فیزیکی ارائه خدمت، تجهیزات فرسوده و محدود)</li> <li>▪ کمبود شدید مکمل ها و داروهای اساسی</li> </ul>	منابع، ساختار فیزیکی و تسهیلاتی



# نتایج نهایی حاصل از اجرای طرح

- خدمات ادغام یافته و جامع (شامل خدمات سطح ۱، ۲، ۳) بتدریج ارائه خواهد شد.
- بیماری های واگیر، غیرواگیر، آسیب های اجتماعی پوشش داده خواهد شد.
- سطح بندی خدمات اتفاق خواهد افتاد.
- یکپارچه سازی و هماهنگی در واحدهای ارائه خدمت دولتی و غیردولتی ایجاد خواهد شد.
- نیروی بومی و محلی بکارگرفته خواهد شد.
- همکاری بین بخشی اتفاق خواهد افتاد.
- از امکانات و توانایی های محلی استفاده خواهد شد.

