



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی آذربایجان غربی



روژه های اقتصادی دانشگاه

علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی

در بیست و هشتمین سفر استانی

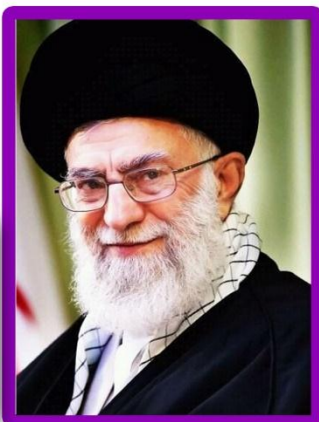
رئیس جمهوری اسلامی ایران و کاروان تدبیر و امید

به استان آذربایجان غربی

دهم خرداد ماه ۱۳۹۵

الله أكبر

تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در
مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی
به اقشار نیازمند را در اولویت قرار دهید.



اولین قدم در تحول نظام سلامت
اصلاح سبک زندگی است.



طرح تحول سلامت در راستای
تحقق توسعه پایدار است.



مقدمه



طرح تحول نظام سلامت که مولود ماندگار دولت تدبیر و امید است و دوره رشد و تکاملی خود را طی میکند و همزمانی اجرای این طرح بزرگ با ابلاغ سیاست های کلی سلامت،

سیاست های جمعیتی، سیاست های کلی اقتصاد مقاومتی توسط مقام معظم رهبری بارقه امیدی در چشم انداز بهار سلامت شهروندان جمهوری اسلامی ایران ایجاد نموده است. در سایه توجهات مقام محترم ریاست جمهوری اسلامی ایران به ارتقای سلامت و جهت گیری های کلی دولت تدبیر و امید در راستای استراتژی سلامت در همه سیاست ها و همراهی مجلس محترم شورای اسلامی در این پروسه عظیم ملی فرصت بسیار مغتنمی را در نیل به اهداف و اسناد ملی از جمله سند چشم انداز ایران ۱۴۰۴ ایجاد نموده است. در قالب طرح تحول نظام سلامت، اقدامات برنامه ای بسیار بزرگی در سطح ملی شکل گرفته و فعالیت های هدفمندی را در سطح نظام اجتماعی بخصوص نظام سلامت بویژه در سطح دانشگاههای علوم پزشکی موجب شده است. یکی از برنامه های بنیادین طرح تحول در حوزه بهداشت همگانی تامین دسترسی به خدمات مراقبتهای اولیه سلامت در جغرافیای ملی از جمله حاشیه شهرهای بزرگ (به عنوان یک جمعیت مورد غفلت واقع شده نظام سلامت) و سایر مناطق شهری و اصلاح و بهبود فرآیند ارائه خدمات در قالب خدمات جامع، فعال و نوین

سلامت (UHC) بود که نظام سلامت را از یک سازمان سنتی و نامتناسب با نیاز مردم به سازمانی پویا، فعال، متناسب با انتظارات مردم و ... تبدیل کرد، که از تدابیر و تلاش های شبانه روزی جناب آقای دکتر هاشمی وزیر دانشمند و فرزانه ی بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صمیمانه تشکر و قدر دانی می نمایم. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی همسو با نظام ملی سلامت و در طی سالهای ۹۴-۱۳۹۳ در راستای رسالت طرح تحول سلامت برنامه های متعددی را در حوزه بهداشت و درمان به مورد اجرا گذاشت. از جمله اقدامات زیربنایی و سخت افزاری در این حوزه ساخت و تجهیز ۱۸۰ خانه بهداشت، تامین دسترسی به خدمات مراقبتهای اولیه سلامت در مناطق شهری سراسر استان و حاشیه شهرهای بزرگ، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده در مناطق روستایی با احداث و بهبود استاندارد واحد های روستایی و تامین دسترسی به پزشک خانواده، تامین و بهبود استاندارد خدمات پشتیبانی (آمبولانس، تجهیزات آزمایشگاهی و دندانپزشکی، زنجیره سرمای واکسن) و فراهمی امکان جذب و بکار گیری بیش از ۱۱۰۰ نفر مراقب سلامت و سایر نیروهای کارشناسی بوده است. در حوزه نرم افزاری نیز خدمات نوین سلامت، خدمات سلامت باروری، مدیریت بیماریهای عفونی با توجه به موقعیت خاص جغرافیایی استان، مدیریت مراقبت بیماریهای غیرواگیر در مناطق حاشیه و سایر مناطق شهری و روستایی و اجرای طرح پایلوت کشوری IrapEN با جدیت دنبال شده است. در حوزه جلب مشارکت های بین بخشی نیز تدوین پلان های حمایت طلبی از مقامات ارشد استانی و کشوری، تصویب سند تغذیه و امنیت غذایی استان و تدوین سند استانی کنترل بیماریهای غیرواگیر در

کارگروه استانی امضاء تفاهم نامه های بین بخشی و... برای سرعت بخشیدن به چرخه فعالیت های بهداشتی فقط بخشی از فعالیت های دانشگاه بوده است. مجموعه حاضر برای معرفی پروژه های احداث خانه های بهداشت (بالا ترین تعداد خانه بهداشت احداث شده در سطح کشور)، برنامه تامین مراقبت های اولیه سلامت در مناطق حاشیه شهرها و سکونتگاههای غیررسمی، مناطق شهری شهرهای ۵۰-۲۰ هزار جمعیت و شهرهای بالای ۵۰ هزار جمعیت و کلان شهر ارومیه و راه اندازی پرونده الکترونیک سلامت (پروژه سیب) جهت افتتاح به دست پر برکت، مبارک و توانای جناب آقای دکتر روحانی رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران تدوین گردیده است.

انشاء.. این جشن پایان محرومیت در مناطق روستایی و آغاز خدمات نوین سلامت برای آحاد جامعه استان اعم از شهری و روستایی مبارک و ميمون خواهد بود و افزایش امید زندگی عادلانه مردم استان را رقم خواهد زد. اینجانب برخورد فرض میدانم از زحمات، حمایت ها و تدابیر جناب آقای سعادت استاندار محترم استان صمیمانه تشکر و قدردانی مینمایم. همراهی نمایندگان محترم مردم شریف استان در مجلس شورای اسلامی نیز در تحقق برنامه های تحول سلامت امید بخش خادمان عرصه سلامت استان بود، از همگامی و همراهی نمایندگان محترم استان در مجلس شورای اسلامی نیز در این امر مهم سپاسگزارم و از خداوند منان توفیق همه خادمان و خدمتگزاران نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران را مسئلت مینمایم.

دکتر آقازاده

رئیس دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی

پروژه اول: احداث و تجهیز ۱۸۰ خانه بهداشت (جشن پایان محرومیت روستایی)

استان آذربایجان غربی اولین پایلوت کشوری برنامه کشوری (طرح رضائیه) تامین مراقبت های اولیه بهداشتی(راه اندازی اولین خانه بهداشت ایران در روستای حیدرلوی بیگلر از توابع مرکز بهداشتی درمانی چنقرالو) در راستای راهبرد بیانیه آلما آتا سازمان جهانی بهداشت مبنی بر "سلامت برای همه" بود و برهمین اساس قدیمی ترین شبکه بهداشتی درمانی کشور را دارا میباشد. در استان آذربایجان غربی بیش از ۹۸۰ خانه بهداشت وظیفه خدمات رسانی به ۱.۲ میلیون نفر جمعیت روستایی در ۲۹۶۰ روستا را برعهده دارد.

برای ارائه خدمات مراقبت های اولیه بهداشتی در مناطق روستایی در قالب خانه بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی بیش از ۱۲۵۰ ساختمان احداثی وجود دارد که بهبود استاندارد و بازسازی این تعداد ابنیه توان مالی - عملیاتی و نظارتی گسترده ای را طلب میکند. در قالب طرح تحول نظام سلامت موضوع احداث خانه های

بهداشت فرسوده، احداث خانه های بهداشت استیجاری و راه اندازی خانه های بهداشت جدید در اولویت کاری وزارت متبوع قرار گرفت و مقرر گردید در این راستا ۲۰۰۰ خانه بهداشت در سراسر کشور احداث شود. بدنبال ارزیابی های محیطی انجام گرفته در زمستان سال ۱۳۹۲، مقدمات احداث ۱۸۰ باب خانه بهداشت (در حدود ۱۰ درصد خانه های بهداشت احداثی کشور) در بهار ۱۳۹۳ فراهم و در دست اقدام قرار گرفت. براساس هماهنگی انجام گرفته در سطح ملی، مقرر بود بخشی از هزینه های احداث خانه های بهداشت با مشارکت کمیته امداد انجام گیرد که این مشارکت شکل نگرفت و فرآیند ساخت خانه های بهداشت را از نظر زمانی با چالش جدی مواجه ساخت. این امر خوشبختانه با مسئولیت پذیری، تدابیر ویژه و مداخلات انجام گرفته توسط دانشگاه و حمایت های استاندار محترم و تلاش شبانه روزی زیر مجموعه های معاونت توسعه مدیریت و منابع و معاونت امور بهداشتی دانشگاه و همکاری همه جانبه مدیریت شبکه های بهداشت و درمان شهرستانهای تابعه شکل عملیاتی پیدا کرد و در کمتر از یک سال آماده بهره برداری شد و خانه های بهداشت احداثی براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی نیز تجهیز گردیدند

خلاصه اطلاعات خانه های بهداشت جدید الاحداث از محل اعتبارات ملی و استانی به شرح جدول میباشد.

شهرستان	تعداد خانه بهداشت احداث شده	شهرستان	تعداد خانه بهداشت احداث شده	شهرستان	تعداد خانه بهداشت احداث شده
ارومیه	۴۸	چالدران	۱	شوط	۲
اشنویه	۱	چاپاره	۵	ماکو	۵
بوکان	۱۲	خوی	۲۹	مهاباد	۶
پیرانشهر	۵	سردشت	۲	میاندوآب	۲۰
پلدشت	۶	سلماس	۲۴	نقده	۱
تکاب	۳	شاهین دژ	۱۱	استان	۱۸۱

این واحدها در دو متر از ۷۰ و ۹۰ متر مربعی متناسب با جمعیت تحت پوشش و بهورز شاغل در آن احداث گردیدند. کل هزینه ساخت این خانه های بهداشت ۱۴۳۰ میلیارد ریال بود که ۲۰ درصد از هزینه های احداث از منابع استانی و مابقی عمدتاً از طریق وزارت متبوع و بخشی نیز توسط دانشگاه تامین و هزینه گردید. بازای هرخانه بهداشت نیز مبلغ ۲۰۰ میلیون ریال هزینه صرف تجهیز

گردید. کل اعتبارات هزینه شده (احداث و تجهیز متناسب با نیازهای روز خانه های بهداشت) معادل ۱۸۰ میلیارد ریال بوده است.



پروژه دوم: برنامه تامین مراقبت های اولیه بهداشتی و خدمات نوین سلامت به جمعیت ساکن در حاشیه و سکونت گاههای غیررسمی

قرن بیستم عصر تغییرات بزرگ در تاریخ بشریت بود و یکی از این تغییرات نیز افزایش اعجاب انگیز جمعیت جهان و رشد جمعیت بود. در طی بیش از نیم قرن جمعیت جهان از ۲/۵ میلیارد نفر به بیش از ۷ میلیارد نفر افزایش یافت و ۶۰ درصد این افزایش در مناطق شهری رخ داد. مهمترین چالش های محوری رشد جمعیت شهری در جهان در حال توسعه مهاجرت ها و حاشیه نشینی می باشد. حاشیه نشینی امروزی در جهان از دهه ۹۰ میلادی شروع و پیش بینی میشود تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۲ میلیارد نفر افزایش پیدا کند. در حال حاضر از ۷۵ درصد جمعیت شهرنشین جهان توسعه یافته فقط ۶ درصد حاشیه نشین هستند این در حالی است که از ۴۱ درصد جمعیت شهرنشین کشورهای در حال توسعه این نسبت ۴۳ درصد است. حاشیه نشینی (SLUM) مفهومی است که مصادیق آن از

کشوری تا کشور دیگر متفاوت بوده و به یک زیست گاه انسانی پر جمعیت با مسکن غیر استاندارد و محلات کثیف و آلوده اطلاق می‌گردد. حاشیه نشینی زائیده فقر (نابرابری درآمدی و فقدان رشد اقتصادی)، مهاجرت و فقدان قدرت خرید مسکن است. حاشیه نشینی نمادی از فقر شهری و نابرابری درون شهری است. حاشیه نشینان معمولاً جمعیتی همگن نیستند و اگر چه شغل رسمی ندارند ولی درآمد آنها مشابه بخش عمومی جامعه می‌باشد. حواشی شهرها نقش های متعددی در زندگی شهری دارند. آنان منبعی از فرصت های اقتصادی، تولید خدمات ارزان قیمت، پتانسیل شبکه حمایتی برای مهاجران جدید و پذیرش نقش های اجتماعی مختلف هستند.



مهمترین ویژگی های حاشیه نشینی و حاشیه نشینان عبارتند از:

مساکن غیررسمی - نامناسب و غیراستاندارد با سرانه فضای فیزیکی پایین ، استقرار در مناطق نامناسب شهری و غیرایمن، فقدان خدمات پایه (آب، برق و...)، فقر خدمات اجتماعی، پایین بودن سطح بهداشت عمومی ، شرایط محیطی غیر بهداشتی و خطرناک، فقر و محرومیت اجتماعی/پایین بودن شاخص های توسعه شهری (CDI) و توسعه انسانی (HDI) ، تجمعی از افراد فقیر بیسواد/ کم سواد، بالا بودن اشتغال غیررسمی و غیر عادی، کودکان کار، کسب درآمد از روشهای غیرمعمول ولی بهتر از مناطق روستایی، بالا بودن احتمال خطرات محیطی و آسیب های اجتماعی، محیطی سرشار از تعارض ها و تضاد های فرهنگی، تقابل هنجارها و ارزشها و...

ارتقای سلامتی که با بهبود کیفیت زندگی و افزایش امید زندگی با کاهش مرگ در گروه های سنی و جنسی نمود میابد و امروزه شاهد این وضعیت ارتقا یافته سلامت در اکثر جوامع هستیم، متأسفانه شکاف فقرا و اغنیا را تشدید کرده است و این موفقیت نامتوازن را

بخصوص در حاشیه شهرها برجسته کرده است. امروزه هم فراوانی و هم الگوی مرگ در حاشیه و متن جوامع متفاوت بوده و نمادی از تفاوت در عوامل خطر و تهدید کننده های زندگی در این جوامع میباشد.

سلامت همه افراد پایه و اساس دستیابی به صلح و امنیت جهانی است.

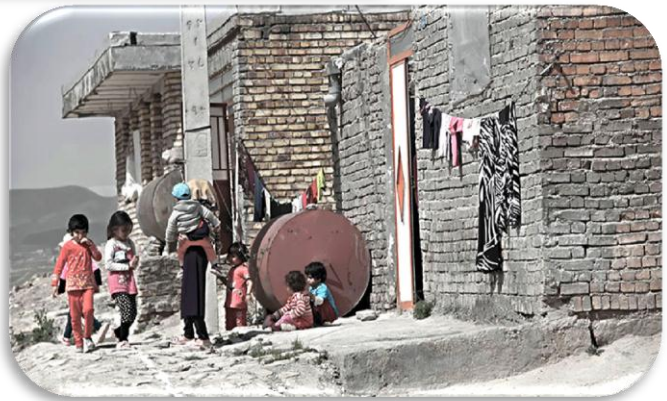
در ارزیابی مقایسه ای سطح سلامتی آحاد جامعه با مقیاس های سنجش پیامد سلامتی نظیر امید زندگی، مرگ کودکان و مادران باردار مشخص میشود که شاخص امید زندگی ساکنان مناطق شهری بالاتر از ساکنان مناطق روستایی است. این شاخص در مناطق حاشیه نشین پایین تر از مناطق روستایی است. به عبارت دیگر شانس بقای حاشیه نشین ها عملاً نه تنها کمتر از هموعان شهری که در آن زندگی میکنند است، بلکه امید زندگی آنها پایین تر از مناطق روستایی است که از آنجا کوچ کرده اند. بیماریها اعم از واگیر و

غیرواگیر نیز در جوامع فقیر از شیوع و بروز بالایی برخوردار است و معمولاً عوارض خطیری نیز دارند.

هرچند حاشیه‌نشینی ذاتاً مختص گروه‌های اجتماعی اقتصادی پایین و متوسط روبه پایین می‌باشد، ولی در میان حاشیه‌نشین‌ها هم طبقه بندی وجود دارد. یکی از مهمترین طبقه بندی حاشیه‌نشین‌ها، طبقه بندی از نظر تهدیدکننده‌های سلامت و ابتلا به بیماری‌های عفونی مهلک و مسری می‌باشد و با توجه به ماهیت این بیماری‌های عمدتاً رفتاری و تمرکز آنها در افرادی خاص (تحت عنوان جمعیت کلیدی) اهمیت به‌سزایی دارند. این گروه افرادی حاشیه‌نشین هستند که به مراتب بیشتر از بقیه در معرض ابتلا به بیماری‌ها و به خصوص بیماری‌های واگیر بدلیل رفتارهای پرخطر منجر به HIV/AIDS، بیماری‌های آمیزشی و هیپاتیت هستند. در میان جمعیت‌های کلیدی جوانترین آنها در معرض بیشترین خطرات قرار دارند عمیق‌ترین تاثیر حاشیه‌نشینی بر روی جمعیت‌های کلیدی است.

سایر ویژگی‌های حاشیه‌نشینی و حاشیه‌نشینان

تراکم بالای جمعیت، بالا بودن بیکاری، کانونی از افراد دارای انواع محرومیت‌های فردی-خانوادگی و اجتماعی، بروز و شیوع بالای خشونت‌ها و بزهکاری‌ها و جرایم خشن.



برنامه تامین مراقبت های اولیه بهداشتی و خدمات نوین سلامت در حاشیه شهرها و سکونتگاههای غیر رسمی

در طرح تحول سلامت، اولین توجهات سیاستگذاران معطوف به حاشیه نشینان شد. علیرغم تامین نسبی خدمات سلامت در مناطق حاشیه در سالهای اخیر توسط نظام سلامت متاسفانه بدلیل سرعت رشد حاشیه نشینی پوشش جمعیتی کامل نبود. خدمات ارائه شده توسط پایگاههای بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی متناسب با نیاز این جامعه نبود و این خدمات نیز منفعلانه ارائه میشد و انسجام خدماتی وجود نداشت و شکاف عمیقی بین مطالبات مردم و خدمات ارائه شده وجود داشت.

با معرفی طرح تحول نظام سلامت از نخستین روزهای استقرار دولت تدبیر و امید و پیگیری منسجم و هدفمند طرح با رویکردهای سازمانی نظام سلامت، این طرح در حوزه بهداشت با برنامه های متعددی (۱۵ برنامه) و ۱۰ پروژه پشتیبان پیگیری میگردد. دو برنامه مهم از برنامه های مذکور معطوف به تامین خدمات مراقبتی در

مناطق حاشیه شهرها، شهرهای ۵۰-۲۰ هزار جمعیت و بالای ۵۰ هزار جمعیت و کلان شهرهای دارای جمعیت بیش از ۵۰۰ هزار نفر بود. در این برنامه ها تامین دسترسی همگانی به خدمات با حمایت اجتماعی، توجه همه جانبه به سلامت تمام گروههای سنی و جنسی، تمرکز بر عوامل خطر و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در مدیریت کنترل بیماریها، ترویج شیوه زندگی سالم و کاهش مخاطرات اجتماعی و محیطی، پاسخدهی جامع به نیازهای سلامتی در تمامی سطوح با استفاده از نیروی تحصیلکرده دانشگاهی با مشارکت تیمی از افراد ماهر برای ارتقای شاخص های سلامت (افزایش امید زندگی مشابه سایر احاد جامعه) و افزایش رضایتمندی مردم حاشیه نشین از خدمات نظام سلامت رویکرد اصلی بود. راهبردهای اصلی نظام سلامت در این برنامه تامین عدالت در سلامت در سه مولفه پاسخگویی نظام سلامت، توزیع سلامت و کاهش هزینه های کمرشکن بصورت عادلانه بین تمام گروههای سنی و جنسی برای جمعیت ساکن در مناطق حاشیه بود. شیوه ارائه خدمات در نظام نوین سلامت تسهیل دسترسی به خدمات جامع، فعال بودن ارائه

خدمات مراقبتهای اولیه سلامت، ایجاد و تسهیل دسترسی به خدمات سطح دوم و ایجاد فضای مشارکت جامعه و توانمند سازی (ترویج خود مراقبتی) تعیین شده است.

در ساختار جدید پیش بینی شده برای نظام ارائه خدمات، واحد های سازمانی و نیروی تحصیلکرده به شرح زیر میباشند:

- راه اندازی پایگاه سلامت برای ۱۲۵۰۰ نفر با استقرار ۳ کارشناس مراقب سلامت و یک ماما برای خدمات اختصاصی
- تامین یک کاردان/کارشناس مراقب سلامت برای هر ۲۵۰۰-۳۰۰۰ نفر
- راه اندازی یک مرکز سلامت جامعه به ازای هر ۴ پایگاه سلامت

- کارکنان مرکز سلامت جامعه: پزشک، دندانپزشک، کارشناس تغذیه، کارشناس بهداشت روان، کارشناس بهداشت محیط، کارشناس بهداشت حرفه ای



پیشگیری، شاه بیت اقتصاد مقاومتی، اقدام و عمل

فرآیند کسب آمادگی جهت ارائه خدمات

در راستای اهداف برنامه ای نسبت به افزایش دسترسی فیزیکی به واحد های ارائه کننده خدمات به شرح زیر اقدام گردید:

نوع واحد	قبل از طرح تحول	بعد از طرح تحول (پایان سال ۱۳۹۴)
پایگاه سلامت	۳۱	۵۹
مرکز سلامت جامعه	۱۹	۲۸

- افزایش تعداد پایگاه سلامت از ۳۱ در سال ۱۳۹۲ به ۵۹ پایگاه سلامت در پایان سال ۱۳۹۴
- افزایش تعداد مراکز سلامت جامعه از ۱۹ در سال ۱۳۹۲ به ۲۸ در پایان سال ۱۳۹۴
- افزایش تعداد ارائه کنندگان خدمات مراقبتهای اولیه سلامت از ۹۳ نفر به ۲۳۶ نفر (کاهش جمعیت تحت پوشش هر مراقب سلامت از ۵۱۴۰ نفر به ۲۰۰۰ نفر)

- بهبود شاخص دسترسی جمعیت حاشیه نشین به مرکز سلامت جامعه به میزان ۳۰ درصد (از ۲۵ هزار به ۱۷ هزار نفر)
- بهبود شاخص دسترسی جمعیت حاشیه نشین به پایگاه سلامت به میزان ۴۷ درصد (از ۱۵ هزار به ۸ هزار نفر)
- ایجاد دسترسی برای بیش از ۵۰ هزار خانوار با جمعیتی بالغ بر ۲۰۰ هزار نفر حاشیه نشین شهر های هدف به مراقبت های اولیه سلامت (برای اولین بار)^۱
- ایجاد دسترسی به بیش از ۱۵ هزار خانوار فقیر و بسیار فقیر در بین اقشار محروم حاشیه نشین شهر های هدف به مراقبت های اولیه سلامت.

برهمن اساس از نیمه دوم سال ۱۳۹۳ فرآیند برنامه ریزی با هدف تامین خدمات جامع سلامت برای حاشیه نشینان شهرهای استان با شناسایی این مناطق آغاز شد و مراتب با مشارکت فرمانداران و

^۱ این جمعیت علیرغم عدم دسترسی از خدمات غیر فعال مراقبت های اولیه سلامت با صرف هزینه و زمان بهره مند میشدند و در این برنامه دسترسی فیزیکی نیز فراهم گردید.

دستورالعمل های وزارت کشور پیگیری گردید و در زمان بسیار کمی ضمن طراحی تشکیلات سازمانی برای تکمیل ساختار شبکه بهداشتی درمانی در مناطق حاشیه نسبت به تامین دسترسی فیزیکی به خدمات پایه و خدمات نوین سلامت در قالب پایگاه سلامت، مرکز سلامت جامعه و مرکز ارجاع تخصصی (پایلوت ارومیه) اقدام گردید. به موازات شکل گیری نظام ارائه خدمات نسبت به منطقه بندی، بلوک بندی و شناسایی خانوارها اقدام و با استفاده از مشارکت تمامی سطوح نظام شبکه ثبت نام از خانوارها آغاز شد. در قالب برنامه تامین خدمات سلامت برای مناطق حاشیه و سکونتگاههای غیررسمی از ۶ شهرستان ارومیه، بوکان، پیرانشهر، خوی، میاندوآب و مهاباد تعداد ۴۵۰ هزار نفر جمعیت شناسایی و برای خانوارهای این جمعیت پرونده سلامت تشکیل گردید. در فرآیند تکمیل پرونده سلامت اطلاعات مورد نیاز جمع آوری و نسبت به شناسایی ۸ بیماری واگیر و غیر واگیر نیز اقدام گردید.

اقدامات ابتکاری دانشگاه علوم پزشکی در راستای اهداف برنامه‌ای

الف) راه اندازی مراکز ارجاع تخصصی با چهار رشته تخصصی داخلی-کودکان-زنان و مامائی-روانپزشکی

در راستای طرح تحول نظام سلامت در بخش بهداشت و توجه ویژه به جمعیت ساکن در سکونتگاه‌های غیر رسمی و حاشیه شهرها به عنوان نقاط آسیب پذیر که در اولویت برنامه ریزی قرار گرفته است و در راستای تحقق سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری و به منظور اعمال سیاست های کاری مقام محترم وزارت در خصوص جامعیت خدمات (UHC)، تامین دسترسی، کاهش OOP و تضمین نیل به اهداف برنامه ای و وفق مصوبات کمیته اختصاصی برنامه در دانشگاه، مقرر گردید به ازای هر سه مرکز سلامت جامعه یک مرکز ارجاع تخصصی راه اندازی و نسبت به بهره برداری خدمتی از پتانسیل پزشکان متخصص در رشته های داخلی، زنان-مامائی، کودکان و روانپزشکی در چهارچوب نظام ارجاع با مشارکت و همکاری معاونت محترم درمان دانشگاه راه اندازی گردد. بر همین اساس شیوه نامه ای در دو محور شرح وظایف پزشکان متخصص در

۱۱ بند و نظام نامه اداری-مالی در ۱۰ بند تنظیم و در قالب قرارداد خرید خدمت از خدمات تخصصی پزشکان متخصص چهار رگانه مذکور بکار گرفته شدند. براساس شیوه نامه فوق الذکر از بیماران فرانشیز با ماخذ تعرفه دولتی (۱۰ درصد فرانشیز برای بیماران ارجاعی و ۳۰ درصد خارج از نظام ارجاع) اخذ میگردد.

در این مرکز خدمات تخصصی برای مادران باردار از جمله سونوگرافی و NST، نوزادان و کودکان و سایر گروههای سنی و جنسی حسب مورد با یک تعرفه دولتی ارائه میشود و اهداف مورد نظر تامین میگردد.

مهمترین اهداف راهبردی راه اندازی مراکز ارجاع تخصصی در مراکز سلامت جامعه بشرح زیر میباشد که همه موارد تحقق مییابد:

- لزوم طراحی زنجیره ارجاع خدمات تخصصی سرپایی و ثبت در پرونده سلامت خانوار با قابلیت پیگیری توسط مراقب سلامت

- تامین عدالت در سلامت و کاهش نابرابری ها در دسترسی به خدمات تخصصی سلامت در مناطق حاشیه

- حفاظت مالی از جمعیت ساکن در مناطق حاشیه در بستر پوشش بیمه سلامت
- بهبود بهره مندی و کاهش زمان انتظار خدمات تخصصی سرپایی



حقایق از خدمات فعال مراقبت بهداشتی در حاشیه شهرهای ۶ گانه آذربایجان غربی

- ۱) جمعیت ساکن در مناطق حاشیه ۴۵۰ هزار نفر در ۴۰ منطقه حاشیه شهری
- ۲) تشکیل پرونده سلامت خانوار برای ۱۲۰۱۰۹ خانوار (۹۷ درصد ساکن در حاشیه)
- ۳) شناسایی ۶۳ کارگاه خانگی قالبیافی برای اولین بار و معاینه ۲۵۰ نفر از ۲۹۹ نفر قالبیاف خانگی بصورت فعال توسط پزشک طب کار و تشکیل پرونده سلامت نیروی کار
- ۴) ارزیابی و شناسایی وضعیت ابتلا به بیماریهای شایع در میان افراد هدف در خانوار

تعداد (نفر)	موارد ابتلا به بیماری	تعداد (نفر)	موارد ابتلا به بیماری
۶۰۰	شناسایی دیابت (موارد جدید)	۸۰۰۰	دیابت
۸۰۰	شناسایی پرفشاری خون (موارد جدید)	۱۲۸۰۰	پرفشاری خون
۴۵۰	موارد ابتلا به سرطان تحت درمان	۲۳۰۰	اختلال شدید روانی
۳۵	موارد سل ریوی اسمیر مثبت جدید	۸۰۰	موارد ابتلا به صرع

(۵) خدمات تخصصی ارائه شده در مراکز ارجاع تخصصی (سه مرکز - ارومیه)

عنوان رشته تخصصی	تعداد خدمت معاینه و مراقبت طبی	شایعترین گروه گیرنده خدمت
طب داخلی	۳۷۰۰ نفر	دیابتی ۱۲۸۰، پرفشاری خون ۱۰۸۰، قلبی ۶۲۰
طب کودکان	۱۷۷۰	نوزاد ۳۸۰، کودک ۵۹-۱ ماهه ۱۰۱۵
زنان و مامایی	۳۲۰۰	زنان باردار ۲۰۷۰ نفر، شناسایی و ارجاع زوج نازا به مرکز تخصصی نازایی ۱۱۲
روانپزشک	۲۹۰	موارد ارجاعی ۱۰۰ مورد، مشاوره پیشگیری از خودکشی ۴ مورد

ب) ارائه خدمات مددکاری اجتماعی جهت کاهش آسیب های اجتماعی (پایلوت ارومیه)

صرف نظر از عوامل پس رانی شهری حاشیه نشینان، این افراد پس از مهاجرت و اسکان در حاشیه شهرهای بزرگ، معمولاً جذب نظام اجتماعی - اقتصادی شهری نشده و از نظر جامعه شناسی خود یک شیوه زندگی اختصاصی را رقم میزنند و خرده فرهنگ هایی با مجموعه ای از ارزشها و هنجارهای نامتجانس نه تنها با متن زندگی شهری بلکه با خود حاشیه نشینی را ایجاد مینمایند. این زندگی جزیره ای در یک انزوای اجتماعی با مختصات فردی - خانوادگی - اجتماعی آستن تهدیدات متعددی تحت عنوان آسیب های اجتماعی است که سلامت فردی و خانوادگی را تحت تاثیر قرار داده و امنیت اجتماعی را نیز به چالش میکشد. علیرغم اینکه در مجموعه وظایف سازمانی مرکز بهداشت شهرستان پیشگیری سطح سوم و پیشگیری از آسیب های اجتماعی تعریف نگردیده است ولی بدنبال معرفی برنامه های ذیل تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت همگانی، مدیریت آسیب های اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین تهدیدات سلامتی بخصوص در حاشیه شهرها مطرح گردید و براساس درخواست معاون محترم بهداشت وزارت متبوع، اجرای

فعالیت های برنامه ای ابتکاری (Good practice) در راستای کاهش و کنترل آسیب های اجتماعی مد نظر قرار گرفت. در این راستا شرح وظایف و حدود انتظارات از مددکاران تدوین و نسبت به بکارگیری ۴ مددکار اجتماعی پس از طی دوره های آموزشی و آموزش ضمن خدمت اقدام گردید. در این طرح مددکاری اجتماعی به عنوان حرفه ای تخصصی می کوشد در بستر نظام سلامت به مصداق آیه شریفه " تعاونوا علی البر و التقوی " موجبات تامین، حفظ و ارتقای سلامت در ابعاد روانی و اجتماعی افراد را علاوه بر بعد جسمی فراهم نماید. راهبردهای برنامه ای عبارتند از:

➤ کمک به مددجو برای بازگشت به خویشتن و درک پتانسیل های فردی - خانوادگی و ضرورت بهره مندی از پتانسیل های اجتماعی

➤ تشویق به گسترش ارتباطات بین فردی و کنش های متقابل مناسب در جامعه و ترویج رفتارهای سالم اجتماعی

➤ کمک به مددجویان برای اصلاح رفتار فردی - گروهی و ایجاد رفتارهای متناسب مطلوب، معقول و منطقی (ساخت رفتار سالم)

- کمک به مددجویان جهت توانبخشی روانی-اجتماعی.
- کمک به افزایش مشارکت های جمعی در حل مشکلات مربوط به جامعه.
- برنامه ریزی حل مشکلات اجتماعی با مشارکت بین بخشی و خانواده و آحاد جامعه

رویکردهای خدمات نوین نظام سلامت: عدالت در پوشش و جامعیت خدمات، شکل گیری خدمات بهداشتی درمانی حول نیازها و انتظارات مردم، مشارکت فعالانه مردم در فرآیند تامین، حفظ و ارتقای سلامت با خود مراقبتی

اهم خدمات مورد انتظار از مددکاری اجتماعی

مدیریت پیشگیری و کنترل موارد اقدام به خودکشی، بحران های خانوادگی، دختران فراری، کودک آزاری و همسر آزاری، سوء مصرف مواد(بخصوص تزریقی)، زنان تن فروش، زنان خیابانی، معلولان ذهنی و جسمی و حرکتی، کودکان کار، کودکان خیابانی، فرار از منزل، بیماران روانی مزمن ، خدمات آموزشی -مشاوره ای- پیگیری به موارد بیماریهای رفتاری و سایر بیماریهای قابل مراقبت در نظام مراقبت های اولیه سلامت، عوامل خطر بیماری های واگیر و غیر واگیر

به منظور افزایش کارآیی- اثر بخشی اجزای خدماتی این طرح و جلب مشارکت سایر سازمانهای مسئول در امر مدیریت آسیب های اجتماعی و بهره مندی از توان سازمانی و تجارب این سازمانها طرحی با عنوان

مدیریت مشترک کاهش آسیب های اجتماعی
از طریق ساماندهی – توانمند سازی آسیب
دیدگان اجتماعی ساکن در حاشیه شهرها

جهت ارائه خدمات مددکاری اجتماعی در قالب تفاهم نامه بین بخشی با محوریت استاندار محترم آذربایجان غربی به عنوان اولین تجربه نظام سلامت کشور (پایلوت ارومیه) با اهداف

- بهره برداری از پتانسیل های سازمان های اجتماعی مسئول در بهبود مدیریت کنترل آسیب های اجتماعی
- تشویق و ترویج رفتارهای سالم اجتماعی و کمک به ساخت رفتار سالم
- کمک به مددجویان جهت توانبخشی روانی و اجتماعی
- کمک به برنامه ریزی حل مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی با مشارکت فرد، خانواده و مردم طراحی و پس از تصویب در بهمن ماه ۱۳۹۴ در جلسه مشترک مدیران بین بخشی و در حضور استاندار محترم و رئیس کارگروه

سلامت و امنیت غذایی استان به مورد اجرا گذاشته شد. در این پروژه مدیرکل امور اجتماعی و فرهنگی استانداری نقش محوری داشته و نسبت به ایجاد هماهنگی و هم‌افزایی توان سازمان‌های مسئول اقدام مینماید. بدنبال انعکاس موضوع پروژه به وزارت کشور توسط استاندار محترم، مراتب مورد پیگیری معاونت اجتماعی وزارت کشور قرار گرفت و استان آذربایجان غربی به عنوان یکی از استانهای پایلوت مداخلات کاهش آسیب‌های اجتماعی انتخاب گردید.



اهم خدمات و فعالیت های محوری پروژه

شناسایی آسیب دیدگان اجتماعی از طریق ارائه کنندگان خدمات بهداشتی / پیمایش محلی، بازدید منزل، ارزیابی وضعیت فردی / خانوادگی / اجتماعی، تدوین پلان حمایتی و معرفی به نهادهای خدماتی حمایتی مرتبط و پیگیری لازم توسط مددکار اجتماعی

چشم انداز کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت برنامه ریزی ارتقاء حاشیه نشینی و شهرهای بدون حاشیه با شکوفایی شهری

- برنامه ریزی ارتقای حاشیه نشینی شامل بهبود فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی، سازمانی و محیطی با مشارکت شهروندان، گروههای اجتماعی و سایرین

استراتژی های مدون رسیدن به هدف حاشیه شهر ارتقا یافته عبارتند

از:

حکمرانی خوب، حفظ و ارتقای زیرساخت ها و خدمات، تامین منابع مالی، سرمایه اجتماعی و اصلاحات اداری

بطور خلاصه، اهداف شکوفایی شهری را میتوان در موارد زیر خلاصه نمود:

• ارزیابی محله های حاشیه و سکونت گاههای غیررسمی، در سطح ملی و استانی از نظر وسعت و فرم

• تعیین نیروهای نهفته در ظهور و شکل دادن به توسعه محله های حاشیه

• ارزیابی ویژگی های اجتماعی، فضایی و اقتصادی و عملکرد محله های حاشیه شهرها

• شناسایی و ارزیابی سیاست پاسخ به محله های زاغه نشینی، از جمله کسانی که در بخش دولتی، سازمان های بین المللی و جامعه مدنی؛ بوده و

• تعیین رویکرد و جهت گیری سیاست های آینده مدیریت شهری با هدف تحقق شهرهای بدون مناطق حاشیه

ایده شهرهای موفق و برخوردار (شکوفایی شهری) (Prosperity cities) در گزارش سال ۱۳-۲۰۱۲ سازمان ملل متحد مطرح و به صورت شهرهای ثروتمند، پیشرفته و موفق تعریف گردید. شهرهای برخوردار براساس این تعریف دارای ۵ بعد سودمندی (توسعه و رشد اقتصادی)، توسعه زیرساخت ها (برای بهبود زندگی شهری)، کیفیت زندگی (همبستگی اجتماعی، زندگی متناسب، ایمن و امن)، شمولیت اجتماعی و برابری (توزیع عادلانه، کاهش فقر، محافظت قانونی، گروههای آسیب پذیر، اطمینان از مشارکت همگانی در ساختار سیاسی، فرهنگی و اجتماعی) و پایداری محیط (حفاظت محیط زیست، استفاده از انرژیهای پاک و...) میباشند.

**پروژه سوم: برنامه تامین مراقبت های اولیه
بهداشتی و خدمات نوین سلامت به جمعیت ساکن
در شهرهای ۲۰-۵۰ هزار نفر، ۵۰-۵۰۰ هزار نفر
و کلانشهر ارومیه**

در این پروژه جمعا ۲۷۹ هزار نفر در شهرهای ۲۰-۵۰ هزار نفر مشتمل بر ۷ منطقه شهری اشنویه، تکاب، چاپاره، سردشت، شاهیندرژ، شوط و ماکو و ۱۳۶۰ هزار نفر در شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر جمعیت مشتمل بر ۸ منطقه شهری شهرهای ارومیه، بوکان، پیرانشهر، خوی، سلماس، مهاباد، میاندوآب و نقده از خدمات نوین سلامت در همان چهارچوب تشکیلات سازمانی مصوب و اهداف و راهبرد های برنامه ای مشابه با برنامه حاشیه شهرها و سکونت گاههای غیررسمی آغاز میگردد.

**فرآیند کسب آمادگی جهت ارائه خدمات در مناطق شهری سراسر
استان (به جز حاشیه شهرها)**

در راستای اهداف برنامه ای نسبت به افزایش دسترسی فیزیکی به
واحد های ارائه کننده خدمات به شرح زیر اقدام گردید:

نوع واحد	قبل از طرح تحول	بعد از طرح تحول (پایان سال ۱۳۹۴)
پایگاه سلامت	۹۵	۱۲۳
مرکز سلامت جامعه	۴۶	۵۴

**خلاصه اطلاعات برنامه ارائه خدمات و مراقبتهای اولیه
بهداشتی و درمانی (خدمات نوین سلامت) به کل مناطق
شهری استان (حاشیه، شهرهای ۵۰-۲۰ هزار و بالای ۵۰
هزار)**

- افزایش تعداد پایگاه سلامت مناطق شهری استان از ۱۲۶ در سال

۱۳۹۲ به ۱۸۲ پایگاه سلامت در پایان سال ۱۳۹۴

- افزایش تعداد مراکز سلامت جامعه از ۶۵ مرکز در سال ۱۳۹۲ به ۸۲ مرکز در پایان سال ۱۳۹۴

- افزایش تعداد ارائه‌کنندگان خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت از ۳۹۳ نفر به ۷۴۴ نفر (کاهش جمعیت تحت پوشش هر مراقب سلامت از ۴۸۰۰ به ۲۵۰۰ نفر)

- بهبود شاخص سرانه جمعیت شهر نشین (حاشیه و متن) به مرکز سلامت به میزان ۱۸ درصد (از ۲۷ هزار به ۲۲ هزار نفر)

- بهبود شاخص سرانه جمعیت شهر نشین (حاشیه و متن) به پایگاه سلامت به میزان ۳۰ درصد (از ۱۴ هزار به ۱۰ هزار نفر)

- ایجاد دسترسی به خدمات سلامت روان به ازای هر ۲۲ هزار نفر یک کارشناس روانشناس بالینی

- ایجاد دسترسی به خدمات مشاوره و مراقبت‌های تغذیه‌ای به ازای هر ۲۶ هزار نفر یک کارشناس تغذیه

- ایجاد دسترسی به خدمات سلامت کار به ازای هر مرکز سلامت جامعه یک کارشناس بهداشت حرفه ای

- ایجاد دسترسی به خدمات سلامت محیط به ازای هر مرکز سلامت جامعه یک کارشناس بهداشت محیط

- افزایش دسترسی به خدمات مشاوره بیماریهای رفتاری به میزان ۵۰ درصد (افزایش تعداد مراکز و پایگاه های مشاوره بیماریهای رفتاری از ۶ به ۱۱ مرکز)

- بهبود و افزایش دسترسی به خدمات مشاوره قبل از ازدواج به میزان ۲۰ درصد (افزایش از ۱۷ مرکز مشاوره قبل از ازدواج به ۲۱ مرکز)

در راستای اجرای فعالیت های برنامه ای پروژه های دوم و سوم جمعا ۵۷۰ میلیارد ریال هزینه شده و با جذب وبکارگیری ۱۱۱۲ نفر در ۱۳ رده شغلی با خرید خدمات از بخش خصوصی بالغ بر ۲۷۰ میلیارد ریال اعتبار مورد نیاز میباشد.



ما هنوز در مقدمه اجرای طرح تحول نظام سلامت هستیم. بی‌تردید برکات این طرح ادامه خواهد داشت و اقدامات بسیار خوبی در حوزه سلامت انجام خواهد شد.

پروژه چهارم: راه اندازی پرونده الکترونیک سلامت در قالب سامانه یک پارچه بهداشتی (سیب)

پرونده الکترونیک سلامت در قالب سامانه یکپارچه بهداشتی (سیب) یکی از تعهدات دولت در برنامه چهارم (بند ه ماده ۸۸) و بند الف ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران بود که در آخرین ماههای آخرین سال برنامه پنجم جامه عمل پوشید و در قالب برنامه های طرح تحول سلامت به سفارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی طراحی و پس از پایلوت اولیه در دانشگاه علوم پزشکی تهران و ۴ دانشگاه دیگر، از اواسط زمستان سال ۹۴ جهت اجرا به سراسر کشور ابلاغ گردید.

اهم قابلیت های سامانه سیب عبارتست از:

- مدیریت جمع آوری، ذخیره، پردازش، بازیابی و توزیع اطلاعات واحدهای ارائه دهنده خدمت شامل اطلاعات مکانی، امکانات و تجهیزات، تعمیرات و استانداردهای مربوطه در دوره های زمانی مختلف.

- مدیریت اطلاعات ارائه دهندگان خدمت شامل نقشها و سطوح دسترسی.

- مدیریت اطلاعات دریافت کنندگان بر اساس بانکهای اطلاعاتی موجود در سطح ملی و محلی و ارائه خدمات سلامت بر اساس سن، جنسیت، علائم خطر، بیماریها، محل سکونت، خانوار، پیگیری ها از طریق ابزارهای در دسترس ارائه دهندگان خدمت و ...

- ارائه خدمات مراقبتی ، کلینیکی و پاراکلینیکی مانند ویزیت، آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه بر حسب نیاز مراجعین و ثبت در سوابق پرونده سلامت فردی خانوار با قابلیت های پیگیری و ارجاع به سطوح تخصصی

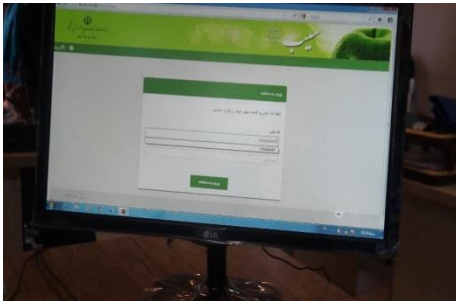
- مدیریت مالی واحدهای ارائه دهنده خدمت

- مدیریت زمان و تواتر خدمت در مراکز ارائه دهنده خدمات بر اساس ویژگی های دریافت کنندگان خدمت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی از اسفند ماه سال ۱۳۹۴ اقدام به اجرای برنامه با تامین زیرساخت های سخت افزاری، نرم افزاری و شبکه ای (به روز نمودن ساختار واحدهای ارائه خدمات (خ ب، مرکز سلامت) انتقال یافته به سرور سیب، هماهنگی با کارشناسان شرکت مجری جهت انجام تنظیمات و نصب برنامه بر روی سرور و انتقال اطلاعات جمعیت روستایی سرشماری شده (شهاب) پس از استقرار سرور) مورد نیاز نموده و به صورت آزمایشی برنامه در مناطق حاشیه شهر ارومیه آغاز شده است. از ۱۳۴۳ واحد تعریف شده ارایه کننده خدمات بهداشتی درمانی سطح استان، برای بیش از ۴۰ درصد از واحدهای ارائه خدمات امکان برقراری ارتباط با اینترنت شبکه ملی سلامت (شمس) فراهم شده است. برای سایر واحدهای خدماتی فاقد امکانات شبکه شمس و بدلیل آنلاین بودن سامانه از سطح خانه بهداشت تا درمانگاههای تخصصی و ضرورت برقراری ارتباطات شبکه ای در تمامی واحدهای خدماتی، برنامه ریزی اجرایی از طریق مودم GSM ۳G جهت برقراری ارتباط از طریق اپراتورهای

مخابراتی در حال راه اندازی می باشد. و برای خانه های بهداشت فاقد دسترسی از طریق نقاط تحت پوشش اپراتورها بررسی تامین امکانات مخابراتی از سیم کارت جهت برقراری ارتباط در دست پیگیری قرار دارد.

رئوس اهم اقدامات انجام گرفته

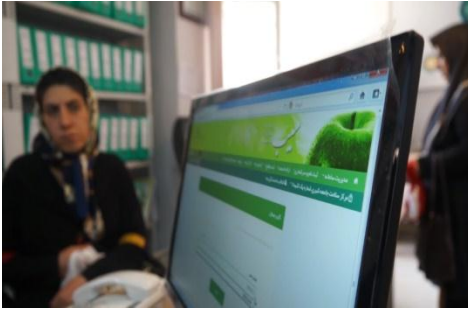


الف) خرید ۱۲۰۰ دستگاه کامپیوتر PC ، Server مرکزی، مودم های ۳G و ...

ب) آموزش کارشناسان محیطی و ستادی توسط نماینده موسسه دانش پارسیان در ارومیه

ج) ثبت اطلاعات جمعیتی شهری در سامانه سیب به تعداد بیش از ۵۰ هزار نفر (در حدود ۱۰۰۰۰ خانوار) در ۴ مرکز سلامت جامعه

د) ارائه خدمات مراقبتی براساس پرونده الکترونیک سلامت در ۲



مرکز سلامت جامعه

ه) برنامه ریزی ارائه خدمات نوین سلامت در مناطق شهری و روستایی ارومیه و نظام گزارشدهی در سطوح مختلف (محیط تا ستاد وزارتی) به صورت بدون کاغذ (Paperless)

و) گسترش اجرای برنامه در مناطق شهری و روستایی شهرهای اشنویه، نقده و خوی از نیمه اول خرداد



آسیب‌ها و مفاسد اجتماعی یکی از بیماریهایی است که هر روزی که بر آن بگذرد و علاج نشود، عمق بیشتری پیدا می‌کند و علاجش دشوارتر خواهد شد. هر چند وجود آسیب‌های اجتماعی از نظر جامعه‌شناسی طبیعی است اما در شأن کشوری که آرمان «ساخت تمدن نوین اسلامی» دارد، به هر میزان، ولو اندک هم شایسته نیست. بنابراین گرچه در خصوص مقابله با آسیب‌های اجتماعی کارهایی شده است اما یقیناً کافی نیست. برای حل آن، باید کار شبانه‌روزی کرد. «توقعات بیشتر از اینها است... اهمیت کار را، بزرگی مسئولیت را، خطرات ناشی از آن را آدم توجه بکند، آن وقت می‌فهمد که چه قدر باید در این زمینه تلاش کرد و شب و روز نشناخت. ممکن است حتی در کوتاه‌مدت، نتایج این تلاش شبانه‌روزی مشخص نشود اما نفس تلاش مسئولین، برای مردم مایه آرامش و مرهم است.... چون مردم این آسیبها را در زندگی لمس می‌کنند... و وقتی می‌بینند یک دولتی است که دنبال علاج این آسیبها است، نفس این تلاش مردم را خرسند می‌کند، راضی می‌کند، امیدوار می‌کند.

مقام معظم رهبری در دیدار با مسئولین کشوری در ۱۳۹۵/۲/۱۱