



کتابنامه علمی پژوهشی
مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت

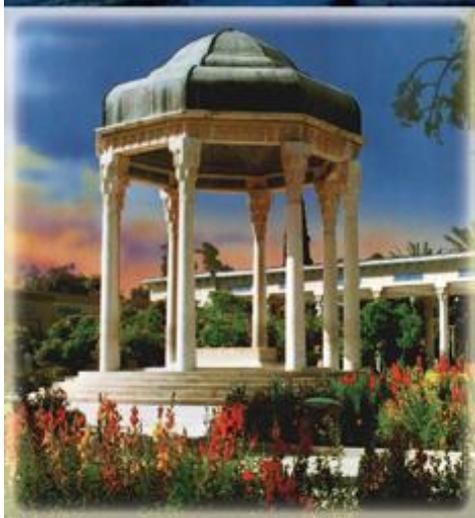
از فارس تا می‌سی‌سی‌پی



From Fars to Mississippi



دانشگاه علوم پزشکی شیراز
Jackson State University/Jackson Medical Mall
Global Community Health Worker
Training Center



سخن نخست

نمی دانم خواننده محترم که این شماره از نشریه کلید را مطالعه می کند تا چه میزان با سیستم های سلامت و نقش طراحی درست این سیستم ها در افزایش کارایی و بهبودی آنها از یک سو و پاسخگویی به نیاز مشتریان که تمام مردم سنین با هر جنسیتی و تورم و نزادی می باشد، آشنایی دارند. گرچه هدف نهایی همه سیستم های سلامت در کشورهای مختلف، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه می باشد اما تنوعی از این سیستم ها را در مقایسه با یکدیگر می توان ملاحظه کرد سیستم های دولتی، خصوصی یا ترکیبی از این دو، سیستم های مبتنی بر مالیات، بیمه، و یا درآمدهای عمومی و ... آنچه مسلم است سیستم سلامت کامل و بدون عیب را هیچ کجا نمی توان یافت و بر اساس شاخص های مختلف از نظر عملکرد، میزان هزینه و درون داد، رضایت مندی مشتریان و عوامل دیگر این سیستم ها ارزیابی می گردند.

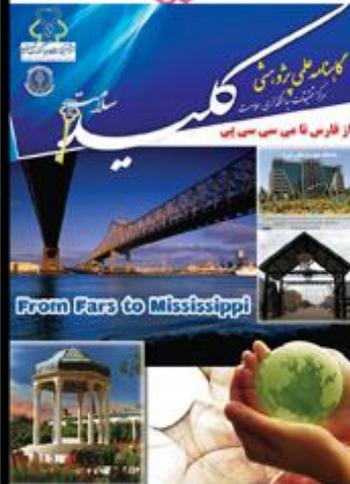
سیستم شبکه بهداشت و درمان ایران بر اساس اصول و قوانین PHC (مراقبت های بهداشتی اولیه) طراحی شده و طی ۳۰ سال از استقرار و عملکرد خودش نتایج بسیار درخشانی را بر سلامت جامعه به ویژه مناطق محروم داشته است. در حالیکه سیستم سلامت امریکا که عمدتاً بر اساس توجه قالب اقدامات درمانی و بخش خصوصی شکل گرفته، علیرغم حرف بودجه های سنگین نتوانسته به طور جامع پاسخگویی نیاز تمام اقشار جامعه تحت پوشش خود باشد لذا با توجه به این مختصر طی دو سال اخیر بر اساس یک تفاهم نامه بین دانشگاه علوم پزشکی شیراز و دانشگاه Jackson State آمریکا، همکاری بین این دو دانشگاه آغاز شد تا تجربیات سیستم شبکه بهداشت درمان ایران در اختیار مدیران اجرایی و علمی ایالت Mississippi و دو ایالت همجوار قرار گرفته و بتواند راهی برای اصلاح سیستم سلامت امریکا باز نماید. لذا ویژه نامه حاضر گرچه مختصر، به این موضوع پرداخته است.

دکتر حسن جولانی

در این شماره می خوانید:

- سختن نخست
- ۱ می سی سی پی و چالش های سلامت
- ۳ مراقبت های بهداشت اولیه و دلیل اهمیت توجه به آن در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه
- ۲ دستیابی به اهداف PHC
- ۴ اصول مراقبت های بهداشت اولیه
- ۲ سطوح PHC
- ۷ سیستم شبکه ای ایران
- ۹ از فارس تا می سی سی پی
- ۱۱ طراحی علمی سیستم ارائه مراقبت های بهداشتی پیشنهادی
- ۱۱ منابع و مآخذ

گاهنامه علمی پژوهشی
کلید سلامت



سال دوم - شماره ۱۲

از فارس تا می سی سی پی
تیر ۱۳۹۰

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر کامران باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:

دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی،
دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

نویسندگان:

دکتر حسن جولایی

دکتر کامل شادپور

دکتر حسین ملک افضلی

دکتر محمد شهبازی

طراحی و صفحه آرایی:

فرحناز ایزدی



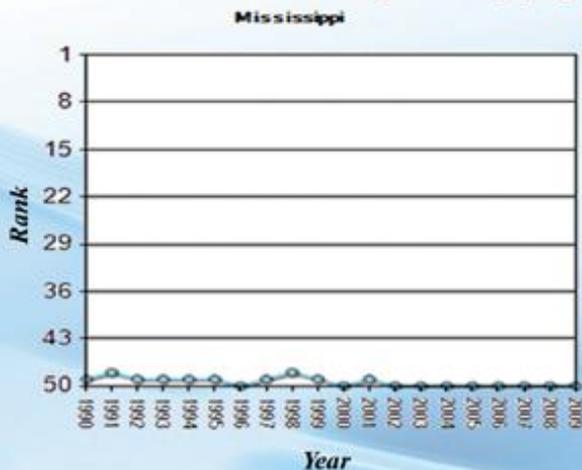
Mississippi

ایالت Mississippi، ایالتی است واقع در جنوب شرقی آمریکا با جمعیتی بالغ بر ۳ میلیون نفر حدود ۳۸٪ مردم این ایالت سیاهپوست و ۶۲٪ سفید پوست هستند. ۸۲ شهرستان دارد و رودخانه معروف می سی سی پی به دلیل اینکه با پیچ و خم زیاد از این ایالت گذشته و سرسبزی خاصی را به این ایالت داده به نام این ایالت در دنیا شناخته می شود. داستان جذاب **Tom Sawyer and Huckleberry Finn** که **Mark Twain** آن را به نگارش در آورده و از یک طرف برخورد سفید پوستان با سیاهپوستان، که ناشی از فرهنگ تبعیض و تضاد های قومی و نژادی در آمریکا به ویژه در می سی سی پی که تا دهه ۷۰ میلادی به نحوی ادامه داشته را نشان داده و از طرف دیگر رابطه انسانی بین یک برده سیاهپوست با یک سفید پوست جوان را نشان می دهد. در این ایالت بالغ بر ۹۲ بیمارستان در کنار بیش از ۲۵۰ کلینیک سلامت در نقاط مختلف شهری و روستایی و وظیفه ارائه خدمات را به عهده دارند، بد نیست بدانید که سرانه سالانه سلامت که برای این ایالت هزینه می شود حدود ۵۲۰۰ دلار است و با این حال در رتبه بندی ایالت های آمریکا از نظر شاخص های سلامت اغلب جزء ایالت های ۴۸ تا ۵۰ ام است. این در حالی است که آمریکا ۵۰ ایالت بیشتر ندارد. میزان چاقی و اضافه وزن ۶۵٪، پرفشاری خون در بین بزرگسالان ۳۳٪، دیابت در بالغین ۳۱٪، بالاترین میزان بارداری سنین نوجوانی ۶۸/۱۰۰۰ بوده (گراف ۱)

و کمترین میزان امید به زندگی را در بین ایالات آمریکا یعنی ۷۳۶ سال برای ایالت Mississippi ۷۴.۲ سال برای ایالت Louisiana و ۷۵.۲ سال برای ایالت Arkansas می باشد. این در حالی است که در هاوایی این عدد ۸۰.۲ و برای آمریکا در کل ۷۸.۱ است. به علاوه مرگ و میر کودکان زیر یکسال این ایالت ۱۰/۳ در ۱۰۰۰ تولد زنده است، و این شاخص برای ایالت Louisiana ۱۱.۸ و در کل برای ایالات متحده ۶.۸ می باشد. تمام این شاخصها در منطقه دلتای می سی سی پی که مشترک با دو ایالت دیگر یعنی Louisiana و Arkansas می باشد به قدری نگران کننده است که این منطقه را از نظر سلامت در حد کشورهای در حال توسعه قرار داده است. سابقه تبعیض نژادی در این منطقه موجب شده تا حتی از نظر شاخص های اقتصادی و اشتغالزایی نیز نسبت به سایر ایالتها عقب باشد.

همانگونه که قبلاً نیز اشاره شد تعداد بیمارستان ها و کلینیک های سلامت قابل توجهی در این ایالت و ایالت های همجوار وجود دارد، اما سوال اینجاست که چرا سیستم موجود ومبالغ هنگفت مالی نتوانسته مشکلات سلامت مردم را به طور اصولی و در حد یک کشور توسعه یافته مانند آمریکا حل کند؟

گراف زیر نشان دهنده رتبه می سی سی پی میان ۵۰ ایالت آمریکا طی سالهای ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۰۹ است.



Teen births rise

The nation's average teen birth rate in 2006 for 15- to -19 year olds rose to 41.9 percent, up from 40.5 in 2005.

States with highest rates: (per 1,000 births)

Mississippi	68.4%
New Mexico	64.1
Texas	63.1
Arkansas	62.3
Arizona	62
Oklahoma	59.6
Nevada	55.8
Tennessee	54.7
Kentucky	54.6
Georgia	54.2
U.S. average:	41.9

SOURCE: Centers for Disease Control and Prevention

AP



پاسخ سوال فوق را شاید بتوان در بعضی خصوصیات کلی سیستم سلامت آمریکا که به شرح ذیل است، یافت:

۱ - توسعه سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه در ابعاد مختلف مورد غفلت و کم توجهی قرار گرفته است. (به ساختار مناسبی برای این سیستم وجود دارد و نه دیدگاه مثبت و با انگیزه ای در ارائه دهندگان خدمات در سطوح مختلف نسبت به PHC)

۲ - سیستم های بیمه ای متفاوت با سطح پوشش، شاخص تعلق و بسته های خدمتی مختلف و در عین حال بالغ بر ۴۷ میلیون نفر یا ۱۷٪ از جمعیت غیر بیمه هستند

۳ - نگاه سرمایه داری و ترجیحاً سودآوری به بخش سلامت که دست کارخانجات داروسازی، تجهیزات پزشکی و سرمایه گذاران خصوصی در بیمارستان و کلینیک های سلامت را بازگذاشته و به گونه ای بازار ناقص سلامت را به نفع این بخش هدایت نموده است. این به معنای این نیست که قوانین و مقررات حامی مراجعین به این بخش وجود نداشته باشد، اما تنوع کیفیت خدمت، بسته خدمت و نگاه سودآوری به بیمار از جمله نتایج زیان آور این گونه نگاه یعنی سرمایه داری (Capitalistic) به بخش سلامت است.

۴ - همانند بسیاری از سیستم های سلامت در سایر کشورها، در آمریکا نیز سیستم گسسته سلامت و یا به عبارتی سیستم های سلامت وجود دارد که موجب سرگردانی و نهایتاً عدم نتیجه گیری بیمار از چنین سیستمی و مدیریت مشکل دار آن شده است.

۵ - مانند بسیاری از کشورها سیستم ارجاع بنا به دلایل پیشگفت بصورتی ضعیف اجرا می گردد.

۶ - طراحی سیستم با توجه به عامل ۱ که توضیح داده شد، بر اساس پاسخ به بیماران بسیار پر هزینه است به گونه ای که قیمت بعضی خدمات در حدی است که آن را از حد توان خرید بسیاری از مردم نیازمند خارج نموده است.

۷ - تاریخچه تبعیض بین گروه های مختلف نژادی عامل دیگری در پایین بودن شاخص های سلامت این منطقه نسبت به سایر مناطق و ایالات مختلف آمریکا می باشد.

اگر شما جای مسئولین چنین جمعیتی بودید چه می کردید؟

چرا باید به سیستم مراقبت های بهداشتی اولیه در هر کشور اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه توجه کافی نمود



مراقبت های اولیه بهداشتی یا PHC چیست؟

این استراتژی که ماحصل تجارب چند دهه کشورهای مختلف و تلاش ها و تفکرات علمی گروه های کارشناسی سازمان بهداشت جهانی است به شکل زیر تعریف می شود:

مراقبت های اولیه بهداشتی یا PHC: مراقبت های ضروری و اساسی سلامت است که بر پایه روش های علمی و در دسترس تمام اقشار جامعه اعم از افراد و خانواده ها قرار گرفته باشد، به گونه ای که از نظر اجتماعی قابل قبول و از نظر تکنولوژیک و اقتصادی قابل تامین برای دولتها و قابل دسترسی برای کل جامعه باشد و از طریق مشارکت و درگیری مردم حاصل می گردد.

برای اجرایی نمودن و دستیابی به اهداف PHC توجه به موارد زیر الزامی می باشد:

- مناسب بودن: خدمات برای رفع نیازهای ضروری فراهم باشد
- کافی بودن: خدمات به اندازه ای ارائه شود که نیازها را برآورده سازد
- جامع بودن: تمام سطوح پیشگیری را در برگیرد
- قابل دسترس بودن: نسبت جمعیت با تعداد واحدهای ارائه کننده خدمت تناسب داشته باشد
- قابل پرداخت بودن: دارای کمترین هزینه و حتی الامکان رایگان
- عملی بودن: از نظر تدارکات، پرسنل و منابع قابل اجرا باشد
- PHC دارای اصول، سطوح و اجزایی است که در مکعب ذیل بخوبی نمایش داده شده است و هرکدام از آنها دارای اهمیت و تعاریف مفصلی است که در اینجا به صورت مختصر به آنها اشاره می گردد.

Components of PHC



PHC

PHC بخشی ادغام یافته از نظام سلامت و جزء مهمی از توسعه کلی اقتصادی، اجتماعی جامعه را شکل می دهد و اولین سطح تماس مردم با نظام سلامت کشورهاست. اصول و مفاهیم PHC بر اساس شرایط هر کشور در تمام کشورهای دنیا طی ۳۰ سال گذشته بکار گرفته شده و به صورت پیشرونده ای در سیستم اجرایی آنها گسترش یافته تا نیازهای سلامت جوامع را تامین نماید.

مراقبت های اولیه بهداشتی با مفاهیم و محتوای زیر کلید تحقق بهداشت برای همه است:

۱. مراقبت های بهداشتی درمانی نه فقط به صرفه و مؤثر، بلکه باید در حد استطاعت مردم و مورد قبول آنان باشد.
۲. مراقبت های بهداشتی درمانی باید به صورت عادلانه برای تمامی مردم فراهم آید و نه اینکه بیشترین خدمات برای درصد کمی از مردم تامین، و در مقابل گروه زیادی از حداقل مراقبت های بهداشتی درمانی محروم مانند.
۳. افراد و جوامع باید در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه های بهداشتی درمانی مشارکت داشته و بهداشت باید به عنوان بخشی از توسعه اقتصادی و اجتماعی تلقی گردد.
۴. واحدهای ارائه کننده مراقبت های بهداشتی و درمانی باید خدمات پیشگیری، درمانی، توانبخشی و اعتلایی را بطور ادغام یافته ارائه نمایند.



اصول مراقبت‌های بهداشتی اولیه :

سطوح PHC:

- ۱- **سطح اول:** مراقبت‌هایی که در خانه یا خانواده شکل گرفته و در تامین سلامت جامعه تأثیر دارد.
- ۲- **سطح دوم:** مراقبت‌های بهداشتی اولیه ضروری و درمان‌های سرپایی که از طریق واحدهای بهداشتی محیطی و مراکز سلامت ارائه می‌گردد.
- ۳- **سطح سوم:** مراقبت‌های درمانی تخصصی سرپایی یا بستری که از طریق کلینیک‌های تخصصی، بیمارستانی، و یا نیروهای ماهر در مرکز بهداشت شهرستان ارائه می‌شود.
- ۴- **سطح چهارم:** مراقبت‌های اختصاصی تر که از طریق واحدهای فوق تخصصی در سطح استان ارائه می‌گردد، و به عنوان واحدها و خدمات پشتیبان سطح یک و دو محسوب می‌شود.

تاکید برنامه ریزان سلامت باید متوجه تقویت واحدهای سطح دوم ارائه مراقبت‌ها باشد.

ارائه مراقبت‌ها در این سطح و زیرمجموعه آن‌ها از نظر اقتصادی نیز بسیار هزینه- اثر بخش تر از ارائه این خدمات توسط کارکنان تخصصی در بیمارستان‌ها است. به همین دلیل توسعه این سطح و تامین دسترسی برای کلیه اقشار جامعه هم مقرون به صرفه و هم ضروری است. زیرا کلیه خدمات ارتقاء سلامت در جامعه، تامین مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز جامعه و همچنین خدمات درمانی ساده علامتی بیماری‌های شایع در این سطح قابل ارائه می‌باشد. به علاوه به عنوان محیطی‌ترین و گسترده‌ترین سطح سیستم سلامت در جامعه نقش موثری را در گزارش به موقع مشکلات سلامت و واکنش به موقع این سیستم در قبال این مشکلات جهت پیشگیری از شیوع و بروز بیماریها به عهده دارد. بیمارستان محل ارائه خدمت به بیماران ارجاع شده از مراکز بهداشتی درمانی است که نتوانسته اند خدمات درمانی کافی را به لحاظ تخصصی شدن خدمات، دریافت نمایند.

- **عدالت در دسترسی:** 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. البته امروزه واژه عدالت در سلامت مفهوم گسترده تری پیدا کرده و به معنای توجه به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت می‌باشد و در جای خود به آن اشاره کافی خواهد شد.
- **مشارکت جامعه:** مداخله جامعه در برنامه ریزی، اجرا، نگهداری، نظارت و ارزشیابی
- **هماهنگی بین بخشی:** مراقبت‌های بهداشتی اولیه علاوه بر بخش بهداشت، همه بخش‌ها و جوانب مرتبط با توسعه جامعه را در بر می‌گیرد از جمله بخش کشاورزی، دامداری، تهیه خوراک، صنایع، آموزش، مسکن و ...
- **تکنولوژی مناسب:** فن آوری مناسب است که از نظر علمی معتبر باشد، قابل انطباق با نیازهای محلی باشد، قابل پذیرش برای مردمی که آن را به کار می‌گیرند و قابل نگهداری توسط خود مردم با حفظ اصل اتکا بر منابع جامعه



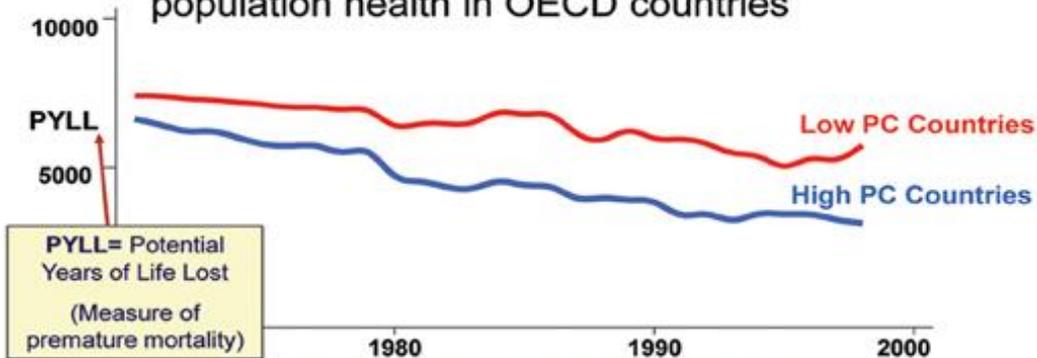


در نظام سطح بندی باید توجه شود که هر سطح، کامل کننده خدمات سطح قبلی خود باشد نه تکرار عین آن خدمت. قابل تاکید است که به دلیل اهمیت برخورداری تمامی مردم از مراقبت های بهداشتی اولیه باید توزیع واحدهای ارائه دهنده خدمات سطح اول به گونه ای باشد که هیچ جمعیتی خارج از محدوده عمل آنها قرار نگیرد. همچنین در نظام سطح بندی خدمات، به اصل پاسخگویی مناسب به بیمار به گونه ای که در این مسیر تحت مراقبت و درمان لازم و تکمیلی قرار گیرد و نیز هزینه اثر بخش بودن مسیر پیشگیری و درمان بیمار برای خود بیمار و سیستم ارائه خدمات سلامت به خوبی توجه شده است.

به این گراف دقت نموده و دو منحنی را با هم مقایسه کنید، اثر PHC را بر ارتقاء سلامت جمعیت دو دسته از کشورهای توسعه یافته به خوبی نشان می دهد.

PHC's Impact on Population Health

- PHC was a significant contributor to improved population health in OECD countries



PYLL= Potential Years of Life Lost
(Measure of premature mortality)

Lost Premature Mortality and PHC Performance In 18 OECD Countries, 1970-1998

Macinko et al., 2003

این گراف نیز به گونه ای دیگر اثر توجه به PHC بعد از اصلاح نظام سلامت در Costa Rica را در کاهش میزان مرگ و میر در گروه های سنی بزرگسالان و کودکان نشان می دهد.

PHC's Impact on Population Health

- PHC reforms in Costa Rica significantly reduced mortality in adults and children



**Trends in Under-5 Mortality in Districts With and Without PHC Reform
Costa Rica, 1985-2001**

Rosero-Bixby, 2004

به هر حال بعد از ۳۰ سال از طراحی هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی و اعلام استراتژی PHC به عنوان کلید رسیدن به این هدف، در نشست سال ۲۰۰۸ سازمان بهداشت جهانی بر اساس ارزیابی بین المللی نیز اثر گذاری این استراتژی بر سلامت مردم کشورها و نیز توجه به نقاط ضعف و قوت آن، این شعار مطرح شد که PHC هم اکنون بیشتر از هر زمان دیگر "PHC Now more than ever" برای اطلاع بیشتر از گزارش کامل این نشست و در یافت چرایی رسیدن به این شعار به سایت WHO مراجعه و گزارش نشست با همین عنوان را دانلود کرده و مطالعه نمایید.

گرچه عواملی از قبیل حمایت ناکافی مالی، عدم
همراهی موثر سایر اجزاء سیستم سلامت، ضعف
در مدیریت توانمند در سطوح مختلف، عدم انجام
به موقع اصلاحات در اجزاء مختلف آن در کنار
گذار سریع اپیدمیولوژیک بیماری ها و رفتار های
سلامتی و مهاجرت جمعیت و به ویژه رشد



حاشیه نشینی در شهرها، در کشور ما موجب شد
تا به تدریج کارآیی سیستم پایین آید، اما در
همین وضعیت نیز همچنان به عنوان محیطی
ترین سطح ارائه خدمات و مراقبت های بهداشتی
اولیه با توانایی های قابل قبول نقش موثری را
دارد.



سیستم شبکه ای ایران:

سیستم شبکه ای ایران، سیستمی است با سابقه بیش از ۳۵ ساله بر اساس تجربه های متعدد، که از آن جمله می توان به طرح کوار، طرح الشتر، طرح تندرستی، طرح سپاه بهداشت وبالاخره طرح رضایه بنام "نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران" اشاره نمود. طرح رضایه که با مشارکت سازمان بهداشت جهانی ودانشکده بهداشت دانشگاه تهران اجرا می شد، از سال ۱۳۵۱ آغاز شدو تا سال ۱۳۵۵ فقط در منطقه محدودی از رضایه (چونقراتلو) به آزمون گذاشته شد. پس از انقلاب حاصل این تجارب با کارهای کارشناسی عمیق تبدیل به یک نظام سلامت بی نظیر شد وتوانست تحول گسترده ای را در شاخص های سلامت جمعیت ایران به ویژه در روستاها و مناطق دور افتاده ایجاد نماید.



فلسفه پشت طراحی این سیستم و ساختار آن که بر اساس استراتژی مراقبت های بهداشتی اولیه با PHC شکل گرفته در ذات خود بسیاری از اصول و زبر ساخت های PHC را لحاظ نموده است. نظامی یکپارچه، سطح بندی شده، مبتنی بر نیاز جامعه ایران در سی سال قبل و در عین سادگی، علمی و پاسخگویی، خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه و درمان های سرپایی را در دسترس جامعه شهری و روستایی قرار داد.

شاخص های زیر اثر بخشی این سیستم را در ارتقاء بعضی شاخص های سلامت جامعه و پاسخگویی به نیازهای آنها را نشان می دهد.



- کاهش میزان مرگ و میر اطفال زیر ۱ سال از ۱۲۰/۱۰۰۰ به ۱۸/۱۰۰۰
- کاهش میزان مرگ مادران باردار از حدود ۲۳۰/۱۰۰۰۰۰۰ به نزدیک به ۲۴/۱۰۰۰۰۰۰
- افزایش میزان دسترسی به خدمات بهداشتی کمتر از ۳۵٪ به بالای ۹۰٪ در شهرو روستا
- افزایش پوشش ایمن سازی از حدود ۴۰٪ برای کل بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن به بیش از ۹۵٪ برای کودکان و بیش از ۷۰٪ برای بزرگسالان.
- ریشه کنی بعضی بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن نظیر فلج اطفال، و کنترل بسیاری از بیماریهای واگیر دار دیگر مثل مالاریا، سالک، سل و.....
- انجام غربالگری برای بسیاری از بیماریهای غیر واگیر مثل دیابت، برفشاری خون و چاقی
- ارتقاء سطح سواد سلامت جامعه به ویژه در روستاها
- ارتقاء بهداشت محیط به ویژه در روستاها و لذا کنترل عوامل بیماریزای محیطی
- افزایش امید به زندگی از حدود ۵۶ سال به ۷۱ سال به طور میانگین
- * طبیعی است توسعه کلی سایر عوامل در سایر بخشها نیز تاثیر به سزایی در بهبود این شاخص ها داشتند، اما یقینا سهم توسعه شبکه بهداشت و درمان بسیار چشمگیر بوده است.

مقایسه بین سالهای قبل از اجرای سیستم شبکه ای با نگرش PHC و سالهای اخیر یعنی پس از ۳۰ از اجرای موثر آن می باشد. محیطی ترین و در عین حال کم هزینه ترین و ساده ترین سطح ارائه مراقبتهای بهداشتی اولیه در این سیستم خانه های بهداشت در روستاها و پایگاههای بهداشتی در شهرها هستند که با حضور نیرو هایی همچون بهورزی و یا کاردانهای بهداشتی تنوعی از خدمات بهداشتی را به جامعه ارائه داده و برای ارتقاء سلامت جامعه تحت پوشش برنامه ریزی می کنند. خدماتی که اگر بنا باشد توسط سطوح بعد سیستم ارائه شود، هزینه ارائه آنها در مجموع به حدود ۱۰ برابر افزایش خواهد یافت.

از فارس تا می سی سی پی

From Fars to Mississippi

نام پروژه ای که بسیاری ممکن است آن را باور نکنند، مگر آنکه با مستندات بر آنها معلوم گردد که فارس برای عرضه چه داشته و می سی سی پی چه نیازی برای تقاضا داشته است.

موضوع به سالهای ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸ بر می گردد که افرادی در ایالت می سی سی پی این سوال را مطرح کردند که چرا علیرغم هزینه کردن میلیون ها دلار در بخش سلامت، مردم این ایالت و به ویژه ناحیه دلتا از دسترسی خوبی به خدمات سلامت برخوردار نیستند. بسیاری از مردم زمانی برای گرفتن خدمات به واحدهای مربوط مراجعه می کنند که گرفتار بیماری و عوارض آن شده اند و این مشکل هزینه درمان را هم برای بخش سلامت و هم برای مردم افزایش می دهند و از آن مهمتر موجب ناتوانی و مرگ زودرس شده است به گونه ای که شاخص های سلامت این ایالت را در پایین ترین حد نسبت به سایر ایالت های آمریکا قرار داده است.

همانگونه که در مقاله صفحه ۱ اشاره شد، در ایالت می سی سی پی شیوع بیماری های مزمن در حد بسیار بالا بوده و متأسفانه ناتوانی و کیفیت زندگی پایین امری شایع است. لذا آنها به فکر چاره ای افتادند تا بتوان با هزینه ای کم و با نگاه اولویت پیشگیری بر درمان، به این نیاز پاسخ دهند.

خدمات غربالگری برای بعضی بیماری های غیر واگیر یا واگیر، درمان ساده و علامتی بعضی بیماری های شایع نظیر بیماری های اسهالی یا درد ساده و موقت عضلانی، اسکلتی یا سرما خوردگی ساده به همراه ثبت و گزارش تمام اطلاعات جمعیتی و سلامت و بیماری جامعه تحت پوشش بصورت فعال در جامعه روستایی از هنر های بی دلیل این سیستم است که امکان دیده وری بیماریها و عوامل منجر به آنها در جمعیت را از هر نظر برای کارشناسان و مدیران سیستم سلامت فراهم آورده است. به طور خلاصه خصوصیات زیر برای این واحد ها آنها را به ساختاری مستحکم و قابل اطمینان برای ارتقاء سلامت جامعه تبدیل نموده است.

۱. دسترسی بالا برای اتمام اقبال جامعه
۲. سادگی ساختار، ساختمان، ترتیب نیروی انسانی و بسته خدمتی
۳. قیمت مناسب تمام شده برای تاسیس و فعالیت این واحدها
۴. تعیین محدوده ارائه خدمات (نه تنها آنچه را باید انجام دهند می شناسند بلکه آنچه را نباید انجام داده و باید ارجاع دهند می شناسند)
۵. دارا بودن سیستم ثبت و گزارش دهی ساختار یافته و قوی
۶. دارا بودن سیستم نظارتی و ارزشیابی قوی و شفاف
۷. تعیین محدوده جغرافیایی و جمعیتی مشخص
۸. خدمات ادغام یافته سلامت
۹. بومی بودن پرسنل ارائه کننده خدمات در خانه های بهداشت.

آنچه که "سیستم شبکه بهداشت" کشور ما را به مدلی قابل تعمیم به سایر جوامع با وضعیت مشابه تبدیل نموده است ساختار تنوریک و اثرات چشمگیر این ساختار در ارتقاء سلامت جامعه ایران به ویژه در نقاط محروم در مدت زمان کوتاه است.

سیستم مورد نظر آنها باید دارای مشخصات زیر می بود:

- ۱- این مدل باید بتواند هزینه های سیستم را کاهش دهد.
- ۲- تمرکز بر مراقبتهای اولیه بهداشتی داشته باشد و بار هزینه ای سیستم درمانی را ضمن متعادل کردن به سیستم اقدامات بهداشتی تغییر دهد.
- ۳- جامعه و سایر بخشها را ترغیب به همکاری نماید تا اثر بخشی دراز مدت برنامه را تضمین نماید.
- ۴- کاهش تبعیض در حوزه سلامت در یک مسیر اثر بخش از طریق افزایش دسترسی به مراقبتهای بهداشتی اولیه در مناطق محروم.
- ۵- نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت از درون جامعه انتخاب شده و براساس نیازهای جامعه تربیت شده باشند.
- ۶- بتواند خدمات قبل و بعد از بیمارستانی را تکمیل نماید.
- ۷- تحقیقات میدانی جامعه محور را تسهیل نموده و با توجه به عوامل اجتماعی اثر گذار بر سلامت در جمع آوری شواهد برای عمل کمک نماید.
- ۸- با دارا بودن نظام آماری ساده و مشخص بتواند در جمع آوری آمار حیاتی و سلامت جامعه کمک موثری به نظام سلامت موجود نماید.

این گروه آمریکایی بعد از پی گیری و بررسی زیاد با سیستم شبکه بهداشت ایران آشنا شدند که تمام مشخصات یک سیستم پاسخگو به این نیاز را داشت اولین بازدید آنها در سال ۲۰۰۹ از شبکه بهداشت و درمان استان فارس بود.

تیم سه نفره از دانشگاه *Jackson State* آمریکا، *Jackson Medical Mall* و *Oxford International Development Group* این بازدید را انجام دادند. برای آنها که مشخصات سیستم ایده آل خود را به خوبی می دانستند، وقتی اغلب آنها را در سیستم شبکه ای ایران یافتند، ایزار تمایل کردند که بتوانند از مدل این سیستم با همکاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز در منطقه دلتای می سی سی پی استفاده کنند متعاقباً تفاهم نامه ای بین دانشگاه علوم پزشکی شیراز و تیم مذکور امضاء شد. در سال ۲۰۱۰ نخستین بازدید تیم ایرانی با هماهنگی دانشگاه علوم پزشکی شیراز از ایالت مذکور و ایالت های همجوار انجام شد، نتیجه این بود که مدل سیستم شبکه ای ایران توانایی پاسخ به نیازهای مردم منطقه را داشت.

ساختار پیشنهادی، طراحی *Health House* بود با محوریت افرادی مشابه بهورزان در کشور ما، به نام *Community Health Worker CHW* یا بسته خدمتی که علاوه بر در چهارچوب قوانین و مقررات نظام سلامت آمریکا بودن و در سایر واحدها نیز تکرار نشود، پاسخگوی نیازهای جامعه مورد نظر هم باشد.

بدیهی است برای این منظور تاسیس یک مرکز تربیت *C.H.W* شبیه مرکز آموزش بهورزی در سیستم سلامت ایران جزء اولویت ها بود. لذا برای این کار دو نفر از افرادی که می توانستند در چنین مرکزی به عنوان *Focal Point* قرار گیرند به شیراز دعوت شدند و طی یک دوره ۲ هفته ای با مفاهیم و اصول *PHC*، ساختار شبکه بهداشت درمان ایران و بسته خدمتی که در سطح ۱ این سیستم ارائه می شود آشنا شدند. در کنار برنامه های تئوری از فیلد روستا و شهر سیستم سلامت استان فارس نیز بازدید نمودند تا به این ترتیب آنچه را در تئوری می بینند را در عمل نیز ببینند.



پس از این مرحله طراحی عملی سیستم ارائه مراقبتهای بهداشتی پیشنهادی آغاز شد و فعالیتهایی به ترتیب زیر انجام شد:

۱- به منظور تحلیل وضعیت موجود اقدامات زیر انجام گردید:

الف) جمع آوری و تحلیل داده های جمعیتی و سلامت مردم ایالت می سی سی پی
 ب) بازدید از اجزاء مختلف سیستم سلامت ایالت می سی سی پی و دو ایالت همجوار که منطقه دلنا بین آنها مشترک است، شامل برخی از کلینیک های سلامت شهری و روستایی، دو بیمارستان عمومی و تخصصی و نیز مراکز ارائه طرحهای حمایت تغذیه ای به مادران، کودکان و اطفال زیر خط فقر (WIC: Woman infants Children)

ج) بازدید از مناطق مختلف جمعیتی روستا و شهر و صحبت با مردم و آشنا شدن با نیازهای و مشکلات و دیدگاههای آنها از نزدیک

د) جلسات با افراد ماهر و آشنایی با سیستم سلامت آمریکا، نظام بیمه ای، فرایند و ساختار خدمت و قوانین حاکم بر این سیستم

۲- تدوین بسته خدمتی قابل ارائه توسط خانه های سلامت برای نقاط شهری و روستایی

۳- محاسبه نیروی انسانی مورد نیاز برای این بسته خدمتی به ازاء ۱۰۰۰ نفر جمعیت. به ازاء هر ۱۳۰۰ تا ۱۵۰۰ نفر جمعیت یک نفر CHW طبق محاسبه مانیز می باشد.

۴- طراحی ساختاری، استانداردهای جمعیتی، تجهیزات و ساختمان خانه های سلامت، هر ۳۰۰۰ تا ۵۰۰۰ نفر جمعیت بسته به طور میانگین نیازمند یک Health House می باشد.

۵- طراحی آموزشی تربیت C.H.W: برای این منظور ساختار مرکز آموزشی CHW، تعداد نیروی مربی مورد نیاز، شرح وظایف و نوع مدرک تحصیلی و مهارتهای حرفه ای آنها تعریف شد.

۶- طراحی Curriculum آموزشی C.H.W: طول دوره آموزشی، نوع دروس، ساعات تدریس، تعداد واحدها، سرفصل دروس، اهداف آموزشی و برنامه آموزش در فیلد در برنامه آموزشی آنها دیده شد.

منابع:

۱- شادپور کامل، جمشید بیگی عصمت، راه اندازی سازمان و مدیریت نظام بهداشتی شهرستان، چاپ دفتر بازموزی و آموزشهای آزاد، سال ۱۳۷۰

۲- مطلق محمد اسماعیل، اولیایی منشا علیرضا، بهشتیان مریم، سلامت و عوامل اجتماعی تعیین کننده آن، انتشارات موفق، ۱۳۸۷

۳- شادپور کامل، پیله رودی سیروس، بهداشت برای همه و مراقبتهای بهداشتی اولیه در قرن های ۲۰ و ۲۱، چاپخانه رامین، پاییز ۱۳۸۱

۴- پیله رودی سیروس، برنامه ریزی تفصیلی و بودجه عملیاتی در خدمات بهداشتی ادغام یافته، چاپخانه شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، سال ۱۳۷۵

۵- طوابع و اصول کلی در ساختار طرحهای گسترش شبکه های سلامت شهرستان، تهیه توسط گروه ساختار سلامت مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سال ۱۳۸۶

۶- رفیعی فر شهرام و همکاران، "گرفه سلامت (تاریخچه، مبانی، رویکردها، راه کارها)", انتشارات مهر راوش، ۱۳۸۴

۷- بنایه کنفرانس بین المللی مراقبتهای بهداشتی اولیه، آلمان آئی قزاقستان، سپتامبر ۱۹۷۸

8- "Health promotion theories and models", Health promotion agency for Northern Ireland, Retrieved from www. nci.nih.gov/theory 8/9/2010

9- Primary health care comes full circle. An interview with Dr Halfdan Mahler. News 747 Bulletin of the world health organization, Retrieved from www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-04 1008.pdf

10- Rifat A.Atun, Sara Bennett and Antonio Duran, "When do vertical (stand- alone) programs have a place in health systems?". WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, Publications; WHO Regional Office for Europe Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark, 2008.

11- American Human Development project of Social Science Research council, March 2010, Retrieved from web site, www.measureofamerica.org



Photo by Dr. Muhammad Shahrivar/Jackson State University

Mississippi health care pioneer Dr. Aaron Shirley visited Iran to learn how he could adapt the successful health house concept of primary care delivery for use in the Mississippi Delta.

November - December, 2009 | Volume 8, Issue 6

Iran's health houses provide model for Mississippi Delta

By Ann Peterbeault

A rocky, remote region of southern Iran may not seem the most likely place to look for a health care delivery model that would work in the U.S. But the remarkable success of Iran's health house concept – in which small primary care centers are located in each community – is providing hope and inspiration to officials in the Mississippi Delta.

After decades of frustration and millions of dollars invested with dismal results, Mississippi health care pioneer Dr. Aaron Shirley knew he needed a fresh approach. In some parts of his state, the infant death rate for nonwhites is on a par with Libya and Thailand. Mississippi's health consistently ranks dead last among states in annual tallies produced by the United Health Foundation. It has the highest rates of obesity, hypertension and teen pregnancy in the country, with about 20 percent of its population lacking health insurance.

"We've been attacking this problem over and over again with just heartbreaking results," said Shirley, chairman of the Jackson Medical Mall Foundation, a one-stop health care facility for Mississippi's underserved. "Instead of bragging about the number of buildings that get put up, I'd like to focus our efforts on improving health outcomes by providing primary care to people right in their communities."

Turning to Iran for advice

US region to model health service on Iranian system

Health workers in the Mississippi Delta are taking inspiration from an unexpected source in their bid to improve the health of the region's disadvantaged population, *Nutrition International* reports.

Health advocates for the poverty-stricken Mississippi Delta in southern USA have spent millions of dollars over the years attempting to address seemingly intractable health issues disproportionately affecting the region's African American population. Now a group is turning to an unlikely source for a model of primary care provision: the health house program of rural Iran.

Established in the early 1980s, the model uses community health workers to track village health and provide basic care and health education. Trained workers chosen from the community help patients correct with appropriate health services when needed. The high-level services have followed the health program in Iran's rural population and shown high praise internationally. Continuous monitoring and support, and a community-based link to the fragmented US health-care system is just what the Delta needs as well, say health house advocates. The present health system has failed the rural region for decades. Saddled with a long history of discrimination and unemployment, more than 20% of the population is uninsured, and rates of diabetes, hypertension, obesity, and infant mortality are among the highest in the country. Many residents have no access to regular care and turn to the hospital emergency room when they need attention.

Aaron Shirley is a long-time champion of health care for the Delta through the Jackson Medical Mall and chair of the Jackson Medical Mall Foundation, supporting its underserved efforts to improve the health of the population. Critical to the success, however, is the community involvement he led. A community involvement in health designing the programme and implementing it. "You've got to have Mississippi Delta. There's a distinct

factor, but this [programme] is from the ground up," says Shirley. "You'd be surprised at the response that we've gotten starting with the people and saying 'here's an idea, what do you think about it?' rather than going in and saying 'here's what we're going to do,'" he added. "They've had a lot of that."

"With tight budgets in Washington, and in advice to adopt a model from a country in extreme debt—in the USA, funding is an uphill battle,"

Delta health houses, like those in Iran, will employ members of the community to serve as health workers. They will bridge the divide between public health and clinical medicine, tracking individual households' health status and serving as advocates to improve living conditions including water quality and access to health care. They will help patients to negotiate the complex medical system, and follow physical instructions. The group initially will train workers with at least a high school education using the equivalent of nursing assistant certification, but hopes to develop an expanded curriculum with increased focus on community issues and even disaster preparedness. Shirley and others are seeking US\$30 million to begin supporting up to 25 health houses in the Delta region. With tight budgets in Washington, and uncertainty in extreme deficit in the USA, funding is an uphill battle. But the group is moving ahead with a pilot project in a donated building in Greenwood, MS. In addition to serving as a headquarters for the health workers, James Miller, another advocate for the project and managing director of Oxford

National Development Group in Oxford, MS, says the building will be a meeting place for health activities and will house exercise equipment and blood pressure monitors. 2009 health reform legislation, Congress provision of community-based primary care for underserved populations, both to improve access and cut costs. The use of community health workers like those in the Delta project, long a staple in global health programmes, is becoming more widely recognized and supported in the USA. According to Cal Kuo, a community health expert based in San Antonio, TX, more states, insurers, hospitals, and the federal government are realizing the value of the workers, ensuring disease prevention, ensuring adequate prenatal care to prevent low birthweight, and encourage patient follow-up to reduce hospital readmissions. Advocates hope turning to Iran as an unlikely ally in the promotion of rural primary health will finally start to meet the needs of the Delta population. "This is a human disaster that's been happening for decades," says Miller.



The project will focus on the Mississippi Delta region, which has high rates of poverty.

Iran's health houses provide model for Mississippi Delta



A remedy for Mississippi's health blues

The political hurdle could be high for a Delta doctor looking for low-cost rural healthcare solutions in an unlikely place: Iran.

Dr. Aaron Shirley, left, with Doug Sutterlin, center, and James Miller, hopes to start rural care in the Mississippi Delta. Dr. Aaron Shirley has devoted his career to serving the region's highest infant mortality rates lies in a surprising place: the Islamic Republic of Iran. *(Carolyn Cole, Los Angeles Times)*

Never mind that America and Iran broke diplomatic relations after militants seized the U.S. Embassy in Tehran in 1979, or that the White House is seeking new United Nations sanctions to punish the regime for its nuclear development program.

In May, Shirley and two colleagues flew to Iran for 10 days to study a low-cost rural healthcare delivery system that, according to the World Health Organization, has helped cut infant deaths by 70% over the last three decades.

In October, four top Iranian doctors, including an official from Iran's Ministry of Health, visited Mississippi for a week. They spoke at a conference in Jackson, the state capital, and toured the Delta.

"Sometimes communication was not easy," Dr. Hossein Mousakhanlou, a professor in the School of Public Health at Tehran University, recalled in a phone interview. "But they can understand our system and translate it to Mississippi."

Iran and healthcare are politically toxic topics in Washington these days. But Shirley and a colleague are to go to Capitol Hill today to seek funding to open an Iranian-style "health house" in Bogalusa, an impoverished neighborhood on the edge of Greenwood, and in 14 other Delta communities.

"We played black gospel and blues for these Iranians," said Sylvester Hoover, 52, owner of Bogalusa's only business, a one-room grocery, laundromat and barbecue grill. "They were just hogging on they were so excited. They loved it."

Tensions between the United States and Iran dominate daily headlines, but both governments have given quiet support to the little-known initiative in the Delta.

In Tehran, the Foreign and Health ministries approved a memorandum of agreement to authorize collaboration between Shiraz University of Medical Sciences and Shirley's team, which includes Jackson State University.

In Washington, the Treasury Department granted the Mississippians a license to ensure they