مقاله پژوهشی

اجزای کلیدی مدل های ارائه مراقبت های اولیه سلامت

مژگان لطافت نژاد[۱]، فرید ابوالحسنی شهرضا[۲]*

۱- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، نظام گروه ارائه خدمات سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.
۲- دکترای تخصصی طب داخلی، دانشیار، نظام گروه ارائه خدمات سلامت، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران.

* **نویسنده مسئول:** مؤسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، تهران، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰، طبقه‌ی ۶، واحد ۱۱، تلفن ۶۲۹۲۱۳۵۵-۰۲۱
پست الکترونیک : abolhassanif@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۵/۲۱ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۰۳**

چکیده

مقدمه: *تنوع مدل‌های موجود مراقبت های اولیه سلامتی در جهان، امکان انتخاب را برای سیاست‌گذاران مشکل نموده است. عوامل اقتضایی محیط های عام و خاص حاکم بر نظام های سلامت کشورها هم بر این پیچیدگی افزوده است. شناسایی ابعاد کلیدی مدل مراقبت‌های اولیه سلامتی می تواند ابزاری ساده و جامع برای طراحی روش های ارائه خدمات خدمتگیرمحور به سیاست‌گذاران ارائه نماید.*

روش کار: *مطالعه حاضر به روش مرور انتقادی و در بستر اینترنت و پایگاه های داده‌ای منتخب شامل پابمد، ایران مدکس، سید و نیز موتور جستجوی گوگل اسکالر و گوگل انجام شد. جستجو با استفاده از سه گروه کلیدواژه مرتبط با مفاهیم سلامتی، مدل و سیستم و به زبان های انگلیسی و فارسی از سال ۲۰۰۲ اجرا و نتایج در فرم محقق ساخته ثبت گردید. ابعاد کلیدی با استفاده از تحلیل محتوای یافته ها شناسایی گردید.*

یافته ها: *پس از طی گام های خروج مرحله ای مطالعات تکراری و نامرتبط، درنهایت ۲۱ مقاله وارد مطالعه گردید. نتایج این مطالعه به شناسایی ۱۲ بعد در قالب سه تم اصلی شامل عوامل ساختاری (وسعت گروه هدف، سطح تمرکز، نحوه ادغام و سطح به کارگیری دارو و فناوری های سلامت)، عوامل مالی (تأمین مالی و نظام پرداخت) و عوامل عملکردی (خدمتگران، مکان عرضه، بسته خدمت، روش ارائه خدمات، نحوه ثبت‌نام و سطح استفاده از داوطلبین) منجر گردید.*

نتیجه گیری: *ارائه پاسخ شفاف سیاست‌گذاران به ابعاد شناسایی‌شده، بخش زیادی از معماری برنامه های سلامت را تبیین می کند. توجه به نتایج این مطالعه می تواند دیدگاهی یکپارچه از مدل ارائه خدمات اولیه سلامتی را در اختیار قرار دهد و بدین ترتیب به‌عنوان یک سند بالادست برای تدوین اسناد اجرایی مورداستفاده قرار گیرد.*

واژگان کلیدی: *مدل، چارچوب، مراقبت های اولیه سلامتی، ابعاد کلیدی*

مقدمه

مراقبت‌های اولیه سلامتی، یک رویکرد جامعه نگر برای سازماندهی و تقویت مؤثر نظام‌های سلامت ملی است تا همه افراد جامعه بتوانند بر اساس نیاز و ترجیحات خود و در اسرع وقت، به بالاترین سطح ممکن سلامتی دسترسی داشته باشند. این رویکرد دارای سه جزء اصلی شامل ارائه عادلانه و منطبق بر نیاز خدمات سلامتی یکپارچه[۱]، توجه به تعیین‌کننده‌های بین بخشی سلامت و نیز توانمندسازی فردی، خانوادگی و اجتماعی برای ارتقاء سلامت است. خدمات یکپارچه سلامتی یا به تعبیری مراقبت‌های سلامتی بین حرفه ای، رویکردی است که با استفاده از گروه متنوعی از اعضا مانند پزشکان،

1. Integrated

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

پرستاران، روانشناسان و سایر متخصصان سلامت، یک برنامه سلامتی جامع برای رفع نیازهای زیستی[۲]، روانی و اجتماعی افراد فراهم می آورد. این خدمات، پیوستاری از خدمات غربالگری، پیشگیری، درمان، توان‌بخشی و مراقبت تسکینی را شامل می شود [۱]. سازمان جهانی بهداشت، مراقبت‌های اولیه سلامتی را پایه و اساس یک نظام قوی و پایدار می داند و آن را عنصری ضروری برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار، به‌ویژه در مورد چالش های فراگیر جهانی ازجمله بیماری های غیر واگیر و اختلالات سلامت روان، قلمداد می کند [۲].

چارچوب ها عناصر و مرزهای یک پدیده را مشخص می کنند تا در مرحله بعدی بتوان با تعیین نحوه ارتباط آن ها، مدل مناسب شرایط و موقعیت های خاص را استخراج نمود؛ بنابراین مدل ها، ترکیبی خاص از گزینه های عناصر شناسایی‌شده یک سیستم هستند. چارچوب های نظام سلامت هم اغلب به‌عنوان ابزارهایی برای تصمیم گیری های اجرایی در راستای رسیدن به اهداف مورداستفاده قرار می‌گیرند. شناسایی ابعاد کلیدی چارچوب ها و تعیین مدل مناسب و منطبق بر شرایط، می تواند بر کارایی و اثربخشی برنامه‌های نظام سلامت مؤثر باشد. سیاست‌گذاران اغلب از این ابزار به‌عنوان نقطه شروع توسعه و اصلاح برنامه های جدید استفاده می کنند. در این چارچوب ها مرزهای نظام سلامت از منظر ابعاد مختلف و ارتباط بین آن ها مشخص می‌شود. بدیهی است تصمیم گیری در مورد میزان گستردگی مرزها، به پیشینه تاریخی یک کشور، وضعیت رفاه، متغیرهای کلان سطوح ملی همچون متغیرهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، فناوری و زیست‌محیطی و نیز متغیرهای تأثیرگذار داخلی در حوزه سلامت همچون مشکلات بهداشتی و ویژگی‌های سیستم مراقبت‌های بهداشتی بستگی دارد و بدون در نظر گرفتن محدودیت های حاکم بر نظام سلامت کشورها، نمی‌توان آن‌ها را توصیف کرد. همچنین لازم است هماهنگی بین گزینه های منتخب هر یک از عناصر، موردتوجه سیاست‌گذاران قرار گیرد. پژوهش ها نشان داده اند که ایجاد یک سیستم مراقبت سلامتی مؤثر و کارا، به درجه هماهنگی بین ترکیب ابعاد اصلی نظام سلامت با یکدیگر و نیز بستر متغیرهای اقتضایی کشورها بستگی دارد [۳, ۴].

مدل های ارائه مراقبت‌های اولیه سلامتی، نشان دهنده رویکردی خدمتگیر محور از سیستم مراقبت‌های سلامتی است که هدف آن کاهش نابرابری های سلامت با استفاده از سازوکار ارائه خدمات قابل‌دسترس، جامع و مقرون‌به‌صرفه برای افراد و جوامع است [۵].

مدل های مختلفی برای پاسخگویی به نیازهای متنوع مراقبت های سلامتی در جهان توسعه یافته اند. برخی تلاش کرده اند جنبه های کلی ارائه مؤثر مراقبت ها را تشریح نمایند [۶] و برخی دیگر تنها به جنبه های خاصی از آن مانند روش تأمین مالی، جبران خدمات خدمتگران، کیفیت خدمات، ارزیابی آن ها، مدیریت دارو یا مدیریت داده ها پرداخته اند [۱۰-۷]، دراین‌بین برخی مدل ها هم به ارائه خدمات به بیماران خاص همچون سرطان، مشکلات تنفسی یا اختلالات روان [۱۳-۱۱] یا شرایط خاص مانند همه گیری ها یا فوریت ها [۱۴] محدود شده اند یا به ارائه خدمات در مکان خاص نظیر منزل، تسهیلات بهداشتی، مراکز بازتوانی و توان‌بخشی، خانه سالمندان و بیمارستان اشاره کرده اند [۱۵].

مدل ارائه مراقبت های اولیه سلامتی در کشورها متنوع است. درحالی‌که در کانادا، هزینه حوزه سلامت عمدتاً از طریق مالیات تأمین می شود، در فرانسه و آلمان از مشارکت های بیمه اجتماعی به عنوان روش غالب در این زمینه استفاده می کنند. مراقبت‌های سلامتی در انگلستان به‌طور عمده به‌وسیله‌ی مالیات مستقیم تأمین مالی می‌شوند و در فرانسه و ایتالیا از راه مالیات اختصاصی بر درآمد. همچنین در تایلند، بلژیک و انگلستان، حداقل قسمتی از درآمد مالیاتی حاصل از فروش کالاهای زیان آور (مانند سیگار) جمع آوری می شود [۱۶]. در کشور سوئیس مطابق مصوبه قانونی سال ۱۹۹۶، شرکت در برنامه های بیمه مراقبت های سلامتی پایه، برای همه شهروندان اجباری است درحالی‌که در امریکا از بیمه درمانی گروهی کارفرماهای خصوصی استفاده می شود [۱۷]. همچنین طیف گسترده‌ای از تنوع بسته خدمات در کشورها ارائه می شود؛ در کشور تایلند علی رغم وجود رویکرد سخاوتمندانه در بسته خدمتی طرح های بیمه ای، درمان های ناباروری و لقاح مصنوعی تحت پوشش قرار نمی‌گیرد [۱۸, ۱۹]؛ ولی اخیراً و در راستای ترویج فرهنگ فرزندآوری در ایران، سقف‌گذاری خدمات برای زوجین تحت درمان ناباروری برداشته شد [۲۰]. به همین ترتیب در کشور آلمان برای پیشگیری از هزینه های کمرشکن اختلالات روان، مشارکت در مراقبت های بلندمدت بهداشت روان ازلحاظ قانونی الزامی است ولی در ایران اختیاری است. پرداخت به پزشکان ارائه دهنده خدمات در کشور کانادا به شکل کارانه و در کشور ژاپن به‌صورت حقوق در مراکز دولتی و کارانه در بخش خصوصی انجام می شود [۲۱]. در کل برخی از موارد اختلاف

2. Biological

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

بسته های خدمتی در کشورهای گوناگون شامل هزینه های دندانپزشکی، برخی خدمات چشم پزشکی و نیز دارو، خدمات پاراکلینیک، توان‌بخشی و بازتوانی است.

بااین‌حال، تنوع مدل‌های موجود، پیچیدگی ها و محدودیت‌های احتمالی آن ها، امکان تصمیم گیری و انتخاب را برای سیاست‌گذاران مشکل کرده است؛ به‌ویژه آن که مدل های ارائه مراقبت های اولیه سلامتی به‌شدت به متغیرهای کلان جوامع وابسته است. این مطالعه با استفاده از روش مرور انتقادی، تلاش می کند مؤلفه‌های کلیدی یک مدل مراقبت‌های اولیه سلامتی را تعیین کند. نتایج این مطالعه می تواند ابزاری ساده و درعین‌حال جامع برای معماری روش های ارائه خدمات خدمتگیرمحور را در اختیار سیاست‌گذاران قرار دهد تا امکان برنامه ریزی هدفمند را برای تحقق اهداف نظام سلامت شامل ارتقاء عادلانه سلامتی، حفاظت بیماران از هزینه‌های سلامتی و افزایش پاسخگویی به بیماران فراهم کند.

روش کار

این مطالعه به روش مرور انتقادی[3] و با استفاده از رویکرد کارنول[4] و دالی[5] انجام گردید [۲۲]. هدف این نوع مطالعه، جستجوی وسیع مطالعات، شناسایی، توصیف و تحلیل مفاهیم کلیدی است تا بدین ترتیب امکان ارزیابی انتقادی آن ها فراهم شود. ترکیب مدل های یافت شده که در پی تفسیری منتقدانه از محدودیت های آن ها صورت می پذیرد، معمولاً منجر به توسعه یک مدل جدید می‌شود و با این دیدگاه، نیازی به ارزیابی کیفی شواهد یافت شده هم نیست [۲۳]. در این روش مطابق نظر گرنت[6] و همکاران، ذکر جزئیات روش و استراتژی جستجو، نحوه ترکیب و تحلیل آن ها الزامی نیست و مطالعه تا حد اشباع نظری، ادامه می یابد [۲۴].

محیط انجام پژوهش، اینترنت و پایگاه های داده‌ای موردنظر بود. جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی پابمد[7]، ایران مدکس[8] و سید[9] و استفاده از موتور جستجوی گوگل اسکالر[10] و گوگل برای یافتن منابع خاکستری، با استفاده از سه گروه کلیدواژه به زبان انگلیسی و فارسی از سال ۲۰۰۲ (که اصول مراقبت های اولیه سلامت مورد موافقت جهانی قرار گرفت [۲۵]) انجام شد. سه گروه کلیدواژه مذکور شامل مفاهیم مرتبط با سلامت[11]، مدل[12] و سیستم[13] بودند. نمونه ای از استراتژی جستجو در پیوست ۱ ارائه شده است.

نتایج یافت شده حاوی بسیاری از انواع مدل های ارائه خدمت همچون مدل مراقبت جامع [14]، ارائه خدمات بهداشتی و درمانی [15]، مراقبت یکپارچه [16]، مراقبت پیشگیرانه [17]، مدیریت سلامت جمعیت[18]، ارتقاء سلامت[19]، مراقبت بیمار محور[20]، مراقبت کل نگر[21]، مراقبت اولیه[22]و مدیریت سیستم[23] بود. به‌منظور حذف مدل های ارائه خدمات سلامت در بیماری ها و شرایط خاص، واژه های مرتبط با بیماری های شایع همچون سرطان[24]، دیابت[25]، بیماری قلبی[26]، سلامت روان[27]، نقص سیستم ایمنی انسانی یا ایدز[28]، سکته مغزی[29]، ضربه[30]، بیماری مزمن[31]، مراقبت های تسکینی[32]، کودکان[33]، سالمندی[34]، تحقیق[35]، فن آوری[36] و آموزش[37] از نتایج جستجو حذف گردید. همچنین از روش جستجوی منابع مطالعات یافت شده[38] نیز استفاده شد.

معیارهای ورود

- مدل یا چارچوبی (به‌صورت متن یا نمودار) در رابطه با ارائه مراقبت های اولیه سلامتی ارائه‌شده باشد.
- به ویژگی های سطح کلان نظام مراقبت های اولیه

3. Critical review
4. Carnwell R
5. Daly W
6. Grant MJ
7. PubMed
8. Iran Medex
9. SID
10. Google Scholar

11. مانند health, care
12. نظیر model, framework, component
13. همچون system, management, develop, comprehensive, stewardship, governance
14. Comprehensive care model
15. Healthcare delivery
16. Integrated care
17. Preventive care
18. Population health management
19. Health promotion
20. Patient-centered care
21. Whole-person care
22. Primary care
23. System management
24. Cancer
25. Diabetes
26. Heart Disease
27. Mental health
28. (HIV) OR (AIDS)
29. Stroke
30. Trauma
31. Chronic disease
32. Palliative care
33. Pediatric
34. Geriatric
35. Research
36. Technology
37. Education
38. Reference mining

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

سلامت پرداخته باشد.
- به زبان فارسی یا انگلیسی در بازه زمانی مدنظر در دسترس باشد.
- از سال ۲۰۰۲ به بعد منتشر شده باشد.

معیارهای خروج

طیف گسترده ای از نتایج یافت شده، مدل ها و چارچوب های قابل‌استفاده در سطح ارائه خدمات بودند؛ بنابراین تمام مطالعاتی که بیانگر ابعاد نظام سلامت در سطح سیاست‌گذاری کلان نبودند، از فهرست مطالعات خارج شدند مانند:
- مدل های مرتبط با بیماری های خاص همچون سل، پسوریازیس، سوختگی، بیماری های خونی، کلیوی و غیره
- مدل های مرتبط با شرایط خاص همچون همه گیری ها، فوریت ها یا بحران ها
- مدل های مرتبط با جمعیت خاص همچون سالمندان، زنان باردار، نظامیان، معلولان و غیره
- مدل های مرتبط با کیفیت ارائه خدمات
- مدل های مرتبط با ارزیابی خدمات
- مدل های مرتبط با مدیریت داده
- مدل های مرتبط با رفتار یا سبک زندگی افراد

پس از انتخاب مقالات و مرور خط به خط آن ها توسط هر دو محقق به طور مستقل، مفاهیم کلیدی اشاره‌شده در مدل ها، اعم از صریح یا ضمنی، به شیوه تحلیل محتوا در فرم محقق ساخته استخراج گردید (پیوست ۲). نتایج مندرج در فرم ها با یکدیگر مقایسه گردید و موارد اختلاف نظر به روش اقناعی اصلاح گردید. در نهایت نیز با ترکیب آن ها (با استفاده از رویکردی انتقادی)، ابعاد کلیدی مدل های مراقبت های اولیه سلامت شناسایی و تبیین شد.

یافته ها

در جستجوی اولیه تعداد ۱۰۴۹ مقاله یافت شد. پس از حذف موارد تکراری و یا نامرتبط در مراحل مرور عناوین و چکیده ها و متون کامل، نهایتاً تعداد ۲۱ مقاله در مطالعه وارد شد (پیوست ۲) و پس‌ازآن اشباع نظری در مضامین استخراجی حاصل گردید. از این تعداد، شش مقاله از سوی سازمان جهانی بهداشت و نیمی از آن ها از سال ۲۰۱۷ به بعد منتشر شده بود که حاکی از توجه اخیر جامعه جهانی به موضوع است.

یافته های مرحله مروری

پس از مرحله مرور منتقدانه و بررسی خط به خط مطالعات، ۱۲ بعد در قالب سه طبقه اصلی به شرح زیر استخراج گردید

در این مطالعه، معیارهای زیر، به‌عنوان ابعاد کلیدی مدل ها و چارچوب های ارائه مراقبت های اولیه سلامتی و مصادیق آن ها در سه مضمون کلی (ساختاری، مالی و عملکردی) شناسایی شد:

الف- عوامل ساختاری

ساختار هر سازمان تعیین‌کننده میزان توان آن در پاسخگویی به چالش‌های محیطی است. ساختار تحت تأثیر محیط، فناوری، اندازه، استراتژی، سازمان و نحوه توزیع قدرت کنترل در آن قرار دارد [۴۵].

وسعت گروه هدف

یکی از عوامل مؤثر بر مدل ارائه خدمات، تعیین وسعت جمعیت گروه هدف است [۱]. گروه هدف ممکن است بر اساس معیارهایی همچون منطقه جغرافیایی (ملی، استانی، شهرستانی، منطقه ای و یا روستایی و شهری) و یا سایر شاخص های همانندی مانند گروه هدف دانش آموزان، معلولان، زندانیان، بیماران، اتباع بیگانه یا دهک های مختلف اقتصادی انتخاب شود [۲۹]. هرچند تلاش عموم نظام های سلامت در جهان، مطابق اهداف پوشش همگانی سلامت، ارائه بسته خدمتی جامع به همه نیازمندان است [۱]؛ لکن در صورت اعمال هرگونه محدودیتی، ذکر ملاحظات و علل آن الزامی است.

سطح تمرکز

سطح تمرکز که بیانگر میزان تفویض مسئولیت به سایر سطوح سازمانی است، نحوه توزیع قدرت را در سازمان نشان می دهد [۴۲]. تعیین میزان تمرکز، بخشی از طرح ریزی ساختار سازمانی است و درجه‌ای است که تصمیم‌گیری در نقاط خاصی از سازمان محدود می شود. میزان اختیارات رسمی سازمان هم نتیجه تعیین سطح تمرکز سازمانی است [۴۴]. امروزه تمرکززدایی[۳۹] در بسیاری از نظام های سلامت پذیرفته شده است و کشورها می کوشند با استفاده از روش های مختلف همچون تراکم زدایی (انتقال بعضی اختیارات اجرایی از

39. Deconcentration

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

جدول ۱- ابعاد و مضامین استخراج‌شده از مطالعات منتخب

ردیف	طبقه	مضمون اصلی	تعداد مطالعات	نویسنده (منبع)
۱	ساختار	وسعت گروه هدف	۱	رابرتز[۲۹]
۲		سطح تمرکز	۱	آراه [۴۲]
۳		هماهنگی و ادغام	۵	رابرتز[۲۹]، WHO[1] [۱،۴۰] ، ریو [۳۵]، ابلسون [۴۱]
۴		سطح استفاده از دارو، تجهیزات و فناوری‌های نوین سلامت	۱۱	WHO [۳۰،۳۱،۲،۳۸،۴۰]، تلو [۸]، فیلیپس [۳۳]، هو [۳۴]، ریو [۳۵]، ناککارلا [۳۶]، مایکل سن لوپز [۳۷]
۵	مالی	تأمین مالی	۱۵	علاء الدینی [۲۷]، فلچر [۲۸]، WHO [۳۰، ۳۱، ۱،۲،۳۸،۴۰]، ریو [۳۵]، ناککارلا [۳۶]، مایکل سن لوپز [۳۷]، رید [۳۹]، آبلسون [۴۱]، آراه [۴۲]، ماری [۴۳]
۶		نظام پرداخت و روش تخصیص بودجه	۶	علاء الدینی [۲۷]،WHO [۳۱، ۲،۴۰]، ویلارد [۲۶]، آبلسون [۴۱]
۷	عملکردی	خدمتگران	۱۵	فلچر [۲۸]، رابرتز[۲۹]،WHO [۳۰،۳۱،۲،۳۸،۴۰، ۱]، دومیت [۳۲]، هو [۳۴]، ریو [۳۵]، ناککارلا [۳۶]، ویلارد [۲۶]، مایکل سن لوپز [۳۷]، آبلسون [۴۱]
۸		مکان عرضه خدمات	۵	تلو [۸]، دومیت [۳۲]، ریو [۳۵]، ناککارلا [۳۶]، آبلسون [۴۱]
۹		روش ارائه خدمات	۱۰	رابرتز[۲۹]،WHO [۳۱،۲،۳۸،۴۰]، تلو [۸]، ویلارد [۲۶]، مایکل سن لوپز [۳۷]، آراه [۴۲]، ماری [۴۳]
۱۰		نحوه ثبت‌نام افراد و روش تخصیص جمعیت	۲	WHO [۴۰]، آبلسون [۴۱]
۱۱		میزان مشارکت داوطلبین و جوامع مدنی	۵	WHO [۳۱، ۴۰]، تلو [۸]، دومیت [۳۲]، ویلارد [۲۶]،
۱۲		بسته خدمت	۵	WHO [۳۰، ۲، ۳۸، ۴۰]، آبلسون [۴۱]

[1] World Health Organization

وزارت خانه‌های حکومت مرکزی به نهادهای محلی)، تفویض[40] (انتقال مسئولیت و درجه‌ای از استقلال به دولت‌های محلی یا منطقه‌ای با یا بدون داشتن مسئولیت‌های مالی)، واگذاری[41] (دادن حق برنامه‌ریزی و اجرای تصمیمات در مورد فعالیت‌های خاص به سطوح پایین‌تر بدون نظارت مستقیم از سطوح بالاتر) و یا خصوصی‌سازی[42] که کامل‌ترین نوع تمرکززدایی از دیدگاه دولت است، به مزایای آن دست یابند [۴۵].

نحوه ادغام و تقسیم خدمات

وظایف خرد هر کارکرد نظام سلامت، ممکن است مبتنی بر جمعیت گروه هدف به چند شکل زیر اجرا شود و البته ممکن است که برای کارکردهای متفاوت، از روش های ادغام و هماهنگی متفاوتی نیز استفاده شود [۴۳]:

40. Devolution
41. Delegation
42. Privatization

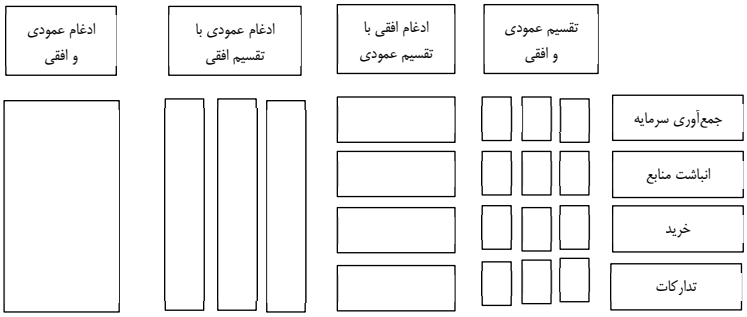
- همه وظایف به‌صورت یکپارچه برای همه جمعیت انجام می شود (ادغام عمودی و افقی).
- همه وظایف به‌صورت یکپارچه برای جمعیت های متفاوت جداگانه انجام می شود (ادغام عمودی با تقسیم افقی).
- هر وظیفه توسط یک متولی خاص برای همه جمعیت انجام می شود (ادغام افقی با تقسیم عمودی).
- هر وظیفه توسط یک متولی خاص برای جمعیت های متفاوت، جداگانه انجام می شود (تقسیم عمودی و افقی).

نمودار زیر بیانگر مثالی است که سازمان جهانی بهداشت برای درک بهتر موضوع ادغام، ارائه نموده است:

سطح به کارگیری دارو، تجهیزات و فناوری های سلامت

در روزگاری که تکنولوژی همه ابعاد زندگی انسان را تحت‌الشعاع قرار داده است، تصمیم در مورد وسعت استفاده از دارو و فن آوری های نوین در ارائه خدمات سلامتی مهم است

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]



نمودار ۱- نحوه ادغام فعالیت های حوزه مالی با سه جمعیت مفروض [۴۳]

[۸]. امروزه تنوع فن آوری های سلامت چنان است که نام بردن از همه آن ها امکان پذیر نیست؛ لکن برخی از آن ها همچون همراه سلامت[۴۳]، پرونده الکترونیک سلامت[۴۴]، سرویس های خودکار ارائه خدمات سلامتی[۴۵]، اتاقک های سلامت[۴۶] و همچنین روش هایی مانند استفاده از دوراپزشکی[۴۷]، هوش مصنوعی[۴۸] و غیره در جهان مرسوم است و تحول عظیمی را در ارائه خدمات به افراد ایجاد نموده است.

ب- عوامل مالی

نظام مالی در حوزه سلامت به مجموع کارکردهای تأمین مالی، خرید خدمات و سیستم پرداخت اطلاق می گردد [۳۰]. با توجه به این‌که نحوه خرید خدمات منوط به تعیین سایر عوامل همچون تعیین بسته خدمتی، راهنماهای بالینی و ترکیب خدمتگران است؛ لذا در این چارچوب، به دو بعد دیگر اشاره شده است.

تأمین مالی

چهار روش عمده تأمین مالی برای حوزه سلامتی شامل پرداخت های دولتی (از طریق مالیات عمومی و اختصاصی)، مشارکت‌های بیمه اجتماعی، مشارکت بیمه خصوصی و پرداخت مستقیم مصرف‌کنندگان است. هرچند برخی کشورها هم از نظام های مختلط و یا منابع حاصل از اهداء جوامع مدنی، خیریه ها یا سازمان های مردم‌نهاد (تنها به‌عنوان منبع مالی کمکی) استفاده می نمایند [۴۱، ۳۹].

نظام پرداخت و روش تخصیص بودجه

نظام پرداخت به راه هایی اشاره دارد که در آن منابع جمع‌آوری‌شده به ارائه‌دهندگان (سازمان ها یا اشخاص) پرداخت شود. این سیستم دارای سه جزء اصلی مرتبط با یکدیگر است: مکانیسم‌های پرداخت، تعیین فرانشیز و انعقاد قرارداد بین خریداران خدمات و ارائه کنندگان [۲۷، ۳۱].

مکانیسم‌های پرداخت ممکن است به‌صورت حقوق ثابت، سرانه (بر اساس جمعیت تحت پوشش)، کارانه (بر اساس عملکرد)، گروه های مرتبط تشخیصی[۴۹] (بر اساس تشخیص نیازهایی که ازنظر هزینه ای می‌توان آن ها را مشابه در نظر گرفت) یا ترکیبی از آن ها و یا حتی به‌صورت یک بودجه کلی برای ارائه کنندگان در بازه زمانی معینی (معمولاً یک ساله) تعیین شود [۴۱].

روش های انعقاد قرارداد هم در کشورها متفاوت است که عبارت اند از:

- پرداخت مستقیم (از طریق پرداخت از جیب[۵۰]): به این معنی که خدمتگیران به ازاء دریافت هر خدمت، هزینه آن را پرداخت می کنند.
- مدل بازپرداخت بیمه اختیاری: در این حالت خدمتگیر به شکل کارانه، حق‌الزحمه را پرداخت و سپس از شرکت بیمه‌ای دریافت می‌کند.
- مدل بازپرداخت بخش عمومی: در این روش تأمین مالی بر اساس مالیات بیمه ای متناسب با درآمد افراد است و ممکن

43. Mobile health
44. Electronic Health Records (EHR)
45. Automate
46. Health kiosk
47. Telemedicine
48. Artificial intelligence (AI)
49. Diagnosis Related Group (DRG)
50. Out of Packet (OOP)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

است به‌صورت حقوق ثابت، سرانه، کارانه و یا ترکیبی از هر یک پرداخت شود.

- مدل قراردادی بیمه اختیاری: این مدل به‌صورت عقد قرارداد با خدمتگران به همراه یا بدون سهم فرانشیز خدمتگیران و به‌صورت کارانه (بر اساس نوع خدمت) یا سرانه (بر اساس تعداد جمعیت تحت پوشش) اجرا می شود.

- مدل قراردادی عمومی: در این حالت مالیات بر درآمد به‌صورت اجباری از همه افراد جمع‌آوری‌شده و سازمان عمومی همچون دولت یا بیمه، به‌صورت کارانه، سرانه یا حقوق در اختیار خدمتگران می گذارد.

- مدل انحصاری بیمه اختیاری: خدمتگران تملک مراکز عرضه خدمات را در اختیار دارند. مؤسسات بیمه ای حق بیمه دریافت می کنند و به‌صورت حقوق ثابت به خدمتگران (و یا مسئول مرکز) پرداخت می کنند.

- مدل انحصاری بخش عمومی: پرداخت‌کنندگان عموماً دولت یا صندوق‌های بیمه هستند، تأمین مالی بر اساس مالیات بر درآمد است و پرداخت به خدمتگران به‌صورت حقوق ثابت است. مالکیت مراکز عرضه خدمات با پرداخت کننده (دولت یا سازمان بیمه) است.

- مدل ترکیبی: در غالب اوقات کشورها از چند مدل هم‌زمان استفاده می‌کنند [۴۹].

ج- عوامل عملکردی

ارائه کنندگان خدمات

در جهان الگوهای متفاوتی در مورد نیروی هسته ای ارائه خدمات مورداستفاده قرار گرفته، برخی، پزشکان را در محور خدمتگران قرار داده اند و برخی پرستاران یا مراقبین سلامت جامعه را هسته پاسخگویی در نظر گرفته اند [۴۱، ۴۰، ۳۲]. به‌هرحال لازم است تصمیم گیران در خصوص حداقل تخصص های موردنیاز تیم ارائه‌دهنده خدمات، تصمیم گیری نمایند.

مکان عرضه خدمت

از منظر مالکیت، مراکز ارائه خدمات ممکن است دولتی، خصوصی، مراکز وابسته به جوامع مدنی، خیریه ها و سازمان های غیرانتفاعی و یا ترکیبی از آن ها باشد [۴۹]. همچنین از منظر ارائه خدمات، مراقبت های اولیه سلامتی را می توان در منزل، تسهیلات بهداشتی و درمانی، مراکز بازتوانی و توان‌بخشی و یا در محل تجمع افراد با ویژگی های همانند مانند خانه سالمندان، پادگان، مراکز نگهداری از جانبازان و معلولان، مدارس، دانشگاه ها و یا ترکیبی از آن ها ارائه نمود [۴۱].

روش ارائه خدمات

ارائه خدمات ممکن است به‌صورت صرفاً حضوری و یا هم‌زمان با استفاده از فناوری های جدید و به‌صورت مجازی ارائه گردد [۲۹]. همچنین در صورت انتساب جمعیتی خاص به تیم خدمتگران (معمولاً در روش پرداخت سرانه)، لازم است تعیین شود آیا تنها ارائه فعال خدمات به متقاضیان حضوری یا مجازی مدنظر است و یا در صورت عدم تقاضای آنان، باید افراد تحت پیگیری قرار گیرند.

نحوه تخصیص جمعیت به خدمتگران و روش ثبت‌نام جمعیت

نحوه ثبت‌نام جامعه هدف به مفهوم اجباری یا اختیاری بودن شرکت در برنامه های سلامتی و حق انتخاب آن ها در مورد ارائه دهندگان خدمات است که مستقیماً بر گستردگی جمعیت تحت پوشش مؤثر است [۴۰]. سطح اجبار برای مشارکت ممکن است بنا بر میزان گستردگی یا محدودیت در نوع خدمات و نیز جامعه هدف متفاوت باشد. ممکن است همه خدمات مدنظر برای همه افراد جامعه در نظر گرفته شود یا خدماتی متمایز برای همه افراد (مثلاً اجبار همگانی برای شرکت در مراقبت های بهداشت روان)، یا خدمات متمرکز بر جامعه هدف مشخص (مانند شرکت در برنامه برای مستخدمین دولتی) و یا حتی به‌صورت متمایز متمرکز به معنای ارائه خدمات خاص برای گروه هدف ویژه (شرکت در برنامه مراقبت های بهداشت حرفه ای برای کارکنان صنوف) تعریف شود [۴۱]. بدیهی است اجباری شدن مشارکت در یک برنامه نیازمند مصوبات قانونی و تدوین آیین نامه های اجرایی شفاف در مورد اجزاء برنامه و شرایط برخورداری از آن دارد.

بسته خدمتی

شرط اصلی استفاده از خدمات سلامتی، تطابق خدمات با نیازها و خواسته های افراد است. با توجه به این که افراد به دلیل عدم تقارن اطلاعاتی ممکن است نتوانند بین نیازهای سلامتی خود و خواسته ها و تمایلات تفاوتی قائل شوند، لازم است سیاست‌گذاران حوزه سلامتی به نیابت از آن ها بسته خدمتی مناسب و مقرون‌به‌صرفه‌ای را تدارک ببینند. معیارهای تعیین

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

بسته مذکور یکی از چالش برانگیزترین تصمیمات در حوزه سلامت است [۴۱، ۳۰]؛ به ویژه آن‌که روش های غیرمعمولی همچون هومیوپاتی، طب سنتی، گیاه‌درمانی، هیپنوتیزم درمانی، طبیعت‌درمانی و غیره نیز به علم پزشکی معرفی شده و در برخی کشورها استفاده می شوند. بسته های خدمتی ممکن است به‌صورت جامع (برای عموم) در نظر گرفته شود و یا غیر جامع (بر اساس نیازهای افراد با ویژگی های خاص همچون سن، جنس، بیماری، منطقه سکونت و غیره) انتخاب گردد.

سطح استفاده از نیروهای داوطلب

جوامع مدنی که حلقه ارتباطی میان حاکمیت و مردم هستند، درواقع نهادهای غیردولتی هستند که می‌توانند در توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی کشورها نقش مؤثری ایفا کنند. در حوزه سلامت می توان از کارکردهای اطلاع رسانی و آگاه سازی عمومی، جلب مشارکت مردمی، جلب سرمایه های خرد مردمی، جذب سرمایه ها و فن آوری های بین‌المللی، تقویت هماهنگی بین مردم و دولت، هنجارسازی و نظارت عمومی، مطالبه گری و حتی ارائه خدمات در شرایط ویژه و یا با مجوزهای رسمی استفاده نمود [۸]؛ بنابراین نقش آفرینی سمن ها را عمدتاً می توان در نقش های اجرایی، تسهیلگری و مشارکت جویی خلاصه نمود.

مرحله تفسیر انتقادی نتایج

برخی مضامین یافت شده به دلایل زیر در مدل پیشنهادی ملحوظ نگردیده اند:

- این مطالعه به بررسی مضامین سیاست‌گذاری خدمات می پردازد و بنابراین محققین از تحلیل محتوای مضامین فرعی تولیت[51] چشم پوشی نمودند؛ مانند مضمون های فرعی آموزش و یا شرایط استخدام (برای مضمون اصلی خدمتگران) [۲۶].

- به همین ترتیب برخی منابع به مضامین بسیار کلی همچون سرپرستی، حاکمیت و پاسخگویی، مدیریت، برنامه ریزی و سیاست‌گذاری، رهبری و تولیت اشاره کرده بودند که در چارچوب اجرایی این مطالعه نمی گنجد.

- موضوع خدمتگیر-محوری مشرف بر همه تصمیمات سیاست‌گذاران بوده و توجه به حقوق افراد همچون خدمات مبتنی بر نیاز، دریافت خدمات باکیفیت، رعایت اصول اخلاقی و برقراری ارتباطات مؤثر درهرحال الزامی است.

- کنترل اقتضائات محیط عام همچون تعهدات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی (به‌طور خاص موضوع تعیین کننده های اجتماعی سلامت)، از دایره وظایف نظام سلامت کشورها فراتر بوده و نقش متولیان سلامت در آن ها تنها جنبه مشاوره و مطالبه گری از بدنه حاکمیت جامعه است.

بحث

تاکنون هیچ چارچوب یا مدل معماری جامعی در مورد نظام سلامت، موردتوافق کشورها قرار نگرفته است. تمام چارچوب های ارائه شده مدل هایی عقلایی و قابل‌باور از چگونگی کارکرد آن هاست. در این مقاله تلاش شده است با مطالعه ادبیات موجود، شایع ترین ابعاد کلیدی مدل های موجود نظام سلامت استخراج و ارائه گردد. یافته های شناسایی‌شده شامل وسعت گروه هدف، سطح تمرکز، نحوه هماهنگی و ادغام وظایف، بسته خدمتی، سطح استفاده از دارو، تجهیزات و فناوری های سلامت، خدمتگران، تأمین مالی، روش پرداخت، مکان عرضه خدمت، روش ارائه خدمات، نحوه تخصیص جمعیت به خدمتگران و ثبت نام افراد و همچنین سطح استفاده از نیروهای داوطلب است که در سه دسته عوامل ساختاری، مالی و عملکردی طبقه بندی شدند. این یافته ها شکل توسعه یافته از نتایج گزارش ارزیابی و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامتی است [۲۶]. از سوی دیگر تمرکز خاص بر یک ویژگی همچون مکان زندان [۳۰] یا کارکرد تیمی [۲۸] در برخی مطالعات، نتایج متفاوتی را فراهم کرده است.

هرچه تعداد جمعیت متأثر از برنامه، بیشتر باشد امکان این که تصمیم گیری ها به سمت ایجاد یک ساختار مکانیکی با سطح تمرکز و رسمیت بالا سوق داده شود، بیشتر است و این موضوع انعطاف پذیری برنامه را کاهش خواهد داد. در این شرایط سیاست‌گذاران ناگزیر از بهره مندی از روش هایی مانند برون سپاری و کوچک سازی سازمان، تفویض اختیار بیشتر به مراکز و پایگاه های ارائه دهنده خدمات و استفاده از روش های تیم محور هستند تا بتوانند هم‌زمان از مزایای ساختارهای مکانیکی و انعطاف پذیر ارگانیکی استفاده نمایند [۴۶] و چابکی سازمانی را افزایش دهند. کاستن هزینه‌ها و بروکراسی اداری، افزایش بازدهی، افزایش مشارکت جامعه و مشتری محوری مزایای استفاده از روش های مختلف تمرکززدایی است که در مطالعات به آن ها اشاره شده است [۴۷]. در بین عوامل ساختاری موضوع تفکیک و تلفیق کارکردها که

51. Stewardship

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

به‌نوعی بر میزان تقسیم‌کار و هماهنگی بین آن ها اشاره دارد، مهجور مانده است. نظر به این‌که سازمان های مرتبط با سلامتی عمدتاً دارای بخش‌بندی‌ها و تفکیک ساختاری زیادی هستند، به‌منظور بهره مندی هم‌زمان از مزایای کارایی و انعطاف پذیری، انتخاب نوع هماهنگی و ادغام در آن ها اهمیت زیادی دارد و لازم است بر اساس اصول وحدت فرماندهی، خط فرمان، حیطه نظارت و نیز توجه به سایر عوامل ساختاری و اقتضائات محیطی بدان توجه نمود. مثلاً در نظام سلامت نروژ و سازمان ملی خدمات سلامت انگلستان پیش از سال ۱۹۹۰، یک سازمان، وجوه را جمع‌آوری، انباشت و به همه خدمتگران تخصیص می داد (ادغام عمودی و افقی)، ولی در شیلی ادغام افقی در حوزه مالی وجود دارد [۴۳].

معیار اصلی تصمیم گیری در سطح به کارگیری دارو، تجهیزات و فناوری های سلامت، توجه به اصل کارایی است. مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت، فن آوری سلامت عبارت است از کاربرد دانش و مهارت سازمان یافته در قالب دستگاه ها، داروها، واکسن ها، روش ها و سیستم هایی که برای حل یک مشکل سلامتی و بهبود کیفیت زندگی استفاده می شود. انتخاب روش های فناوری، فعالیتی است که به‌طور دوره ای و با پیشرفت های علمی و تغییر در زیرساخت های کشور نیاز به بازنگری دارد. نکته دیگر در این باب توجه به موضوع پذیرش کاربران است که مطابق چارچوب الگوی اجتماعی فنی، سادگی و قابلیت استفاده، سودمندی، جریان کار و ایمنی، در بستر فرهنگی جوامع، نقش مهمی در پذیرش و استفاده از فن‌آوری‌های منتخب دارد [۴۸].

انواع روش های تأمین مالی در بخش یافته ها معرفی شده است. نظام بیمه عمومی با انواع پوشش های مختلف بیمه ای شامل خصوصی یا دولتی، اکثراً در کشورهای پیشرفته سرمایه‌داری همچون کانادا، دانمارک، فنلاند استفاده می شود [۴۹]، تأکید اساسی روش مبتنی بر جمع‌آوری مالیات، بر پیشگیری و غربالگری بیماری‌هاست و در پیگیری موارد و توسعه خدمات بهداشتی در همه جمعیت تحت پوشش به‌ویژه در گروه های آسیب‌پذیر سنی و شغلی فعال است، نظام بینابینی که علاوه بر پوشش همگانی جمعیت (مبتنی بر مالیات یا بیمه)، خدمات خاص را از طریق بخش خصوصی ارائه می دهد که در کشورهای انگلستان و سوئد به کار گرفته‌شده است و نظام تعاون همگانی که در آن‌همه عناصر با مشارکت یکدیگر به ارائه خدمات مشغول‌اند و سازمان های متنوعی از ارائه کننده و پرداخت کننده وجود دارد. تأمین مالی عمدتاً از طریق مالیات عمومی است؛ لکن مؤسسات مختلف بیمه اعم از دولتی و خصوصی هم فعالیت دارند. این سیستم در ۱۰۸ کشور با حدود ۴۹ درصد جمعیت و عمدتاً در کشورهای درحال‌توسعه مورداستفاده قرار گرفته است [۴۹].

بدیهی است هرچه پرداخت مستقیم مصرف کنندگان بیشتر باشد، نظام تأمین مالی به‌سوی بی عدالتی پیش خواهد رفت؛ لذا برای انتخاب یک روش تأمین مالی مناسب، لازم است معیارهایی همچون ظرفیت جمع آوری درآمد، عدالت، وسعت انباشت خطر، کارایی، پایداری مالی، سیاسی و مدیریتی و نهایتاً کیفیت خدمات مدنظر قرار گیرد [۵۰].

بعد دیگر در این طبقه، تعیین نظام پرداخت است. این شاخص مستقیماً می تواند بر برخی ابعاد نظام سلامت مانند مهار هزینه ها، کیفیت، دسترسی، کارایی، هماهنگی و مدیریت اجرایی تأثیر بگذارد [۵۱]. در اکثر کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه[۵۲] کارانه به‌عنوان مکانیسم اصلی و یا کمکی در پرداخت های مراقبت اولیه سلامتی در نظر گرفته می شود. کاربرد آن در استرالیا، اتریش، فرانسه و لوکزامبورگ یک روش اصلی و در کانادا، شیلی، دانمارک و استونی، یک روش کمکی در کنار روش سرانه محسوب می شود. هرچند کشورهایی همچون فنلاند و ایسلند تنها از بودجه عمومی استفاده می نمایند.

کاربرد روش های انعقاد قرارداد برای پرداخت به خدمتگران با یکدیگر متفاوت است، در بخش خصوصی و برای ایفای نقش حمایتی در پرداخت خرید دارو و تجهیزات و نیز فرانشیز خدمات، عمدتاً از روش کارانه استفاده می شود. در روش بازپرداخت بیمه اختیاری، خطر اخلاقی[۵۳] و تقاضای القایی[۵۴] افزایش می یابد یعنی هم خدمتگیر و هم خدمتگر هر دو تمایل به افزایش خدمات خواهند داشت. از سوی دیگر شرکت های بیمه هم تمایل به جذب افراد با خطر بیماری کمتر دارند و بدین ترتیب استفاده از این روش به افزایش بی عدالتی در سلامت دامن می زند. بیمه‌های خصوصی ژاپن، انگلستان، هلند، آلمان و ترکیه از این نوع است [۴۹]. در مدل بازپرداخت بخش عمومی مشکل نابرابری در بین اقشار مختلف کاهش می‌یابد. در مدل قرارداد بیمه اختیاری هم احتمال محدود شدن محل دریافت خدمات توسط خدمتگیران وجود دارد. در بسیاری از کشورهای اروپایی برای مراقبت های اولیه سلامتی از مدل عمومی قرارداد استفاده می شود. در مدل

52. Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)
53. Moral Hazard
54. Induce Demand

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

انحصاری بیمه اختیاری، کنترل اقتصادی در این روش ساده تر و کارایی بیشتر است ولی امکان داشتن پوشش همگانی در این روش وجود ندارد و در مدل انحصاری بخش عمومی، امکان پوشش همگانی فراهم می شود. در حال حاضر در ایران، روش پرداخت به خدمتگران مراقبت های اولیه سلامتی، تلفیقی از سه نوع سازوکار است: پرداخت بودجه خطی از منابع عمومی به مراکز، سرانه به پزشکان و نیز حقوق و پاداش به سایر خدمتگران مانند بهورزان، مراقبین بهداشتی، ماما و غیره. به همین ترتیب در برنامه پزشک خانواده ایران، روش پرداخت خدمات سرپایی تلفیقی از روش سرانه یکپارچه در روستاها و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، پرداخت موردی به ازای هر ویزیت غیرمعمول و پرداخت کارانه ای برای برخی خدمات است.

میزان موفقیت در ارائه مراقبت های اولیه سلامتی به‌طور قابل‌توجهی به نیروی کار شاغل در آن بستگی دارد و نحوه جذب، به کارگیری و ماندگاری آن ها باید موردتوجه سیاست مردان قرار گیرد. در ادبیات موجود ایران که مبتنی بر پزشکان عمومی است، به کمبود نیروی انسانی به‌ویژه پزشکان و کارشناسان تغذیه و نابرابری در توزیع منابع انسانی اشاره شده است [۵۲]. در نظام های سلامت کشورها، علاوه بر نیروی کار رسمی، استفاده از نیروی کار داوطلب با هدف افزایش ظرفیت نظام اجتماعی و ایجاد ظرفیت توانمندسازی و مشارکت آحاد جامعه هم مرسوم است. مثلاً در سال ۲۰۲۰ در السالوادور، از یک سازمان غیردولتی به نام «کودکان را نجات دهید[۵۵]» برای کمک در بحران های هم‌زمان شیوع کوید ۱۹ و طوفان استفاده شد تا بسته های غذایی-بهداشتی و حمایت های روانی ناشی از خشونت های جنسیتی را به نیازمندان ارائه دهند [۵۳]. همچنین اعتراض جوامع مدنی در سریلانکا به افزایش تولید دخانیات توسط یک شرکت خاص، منجر به جلوگیری از معرفی برند جدید محصولات دخانی گردید [۵۴]. به همین ترتیب بنیاد مپ اینترنشنال[۵۶] به همراه سایر سازمان های خیریه توانسته است ابتلا به بیماری شایع شاگاس در بولیوی را مهار نماید [۵۵].

اصل بر آن است که نیروهای رسمی و داوطلب در کشورهایی که بستر ساختاری موردنیاز وجود داشته باشد، عمدتاً به‌صورت ترکیبی از روش های مجازی و حضوری به ارائه خدمات بپردازند و چه‌بسا در حال حاضر الگوی ارائه خدمات مجازی رو به فزونی است. عملیات اجرایی ارائه خدمات با ثبت‌نام جمعیت گروه هدف آغاز می شود. بدیهی است ثبت نام اجباری می تواند تا حدود زیادی هدف پوشش همگانی را تأمین نماید؛ ولی در این راه لازم است از روش های انگیزشی یا تنبیهی اجتماعی بهره برد؛ همچنین آموزش باهدف تبیین اهمیت موضوع و نیز ارتباطات اقناعی می توانند در استقبال جمعیت و مشارکت در زمان موردنظر، مؤثر باشند. در ثبت‌نام اجباری، هرچه گزینه های اختیاری بیشتری برای افراد در نظر گرفته شود همچون انتخاب محل دریافت خدمت، خدمتگر، زمان مراجعه و انعطاف در تغییر گزینه های ترجیحی افراد، مقاومت افراد برای مشارکت کمتر خواهد بود. از سوی دیگر، ثبت نام های اختیاری به دلیل درصد کمتر جمعیت تحت پوشش، بار هزینه ای کمتر برای نظام سلامت خواهند داشت و ممکن است بدین ترتیب امکان گسترش بسته خدمتی افراد فراهم شود و بدین ترتیب رضایت مندی افراد بیشتر گردد.

مکان عرضه خدمات، جزء کلیدی (و نه کلیت) در مفهوم دسترسی است. در این جزء، سیاست‌گذاران باید تصمیم بگیرند که خدمات، کجا، چه زمان و چطور در اختیار نیازمندان قرار گیرد. تصمیم گیری در این زمینه به ظرفیت های فیزیکی، ساختاری و فرهنگی جوامع بستگی دارد.

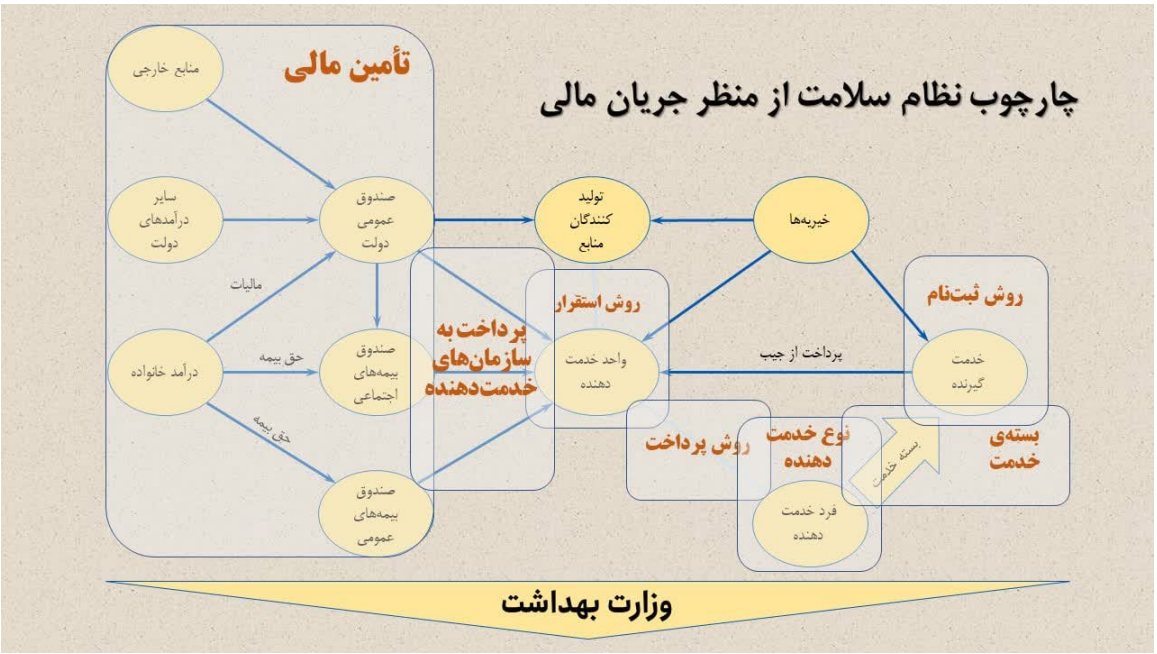
لازم است بسته خدمتی متناسب با منابع، زیرساخت ها و نیازهای سلامت جامعه، تعیین و به‌طور مداوم به‌روزرسانی گردد. استفاده از هنجارها یا رهنمودهای متخصصان، یکی از روش‌های متداول و مورداستفاده برای تعیین سطح نیازها و خواسته ها با استفاده از روش های قضاوتی است. توجه به اصل محدودیت منابع، نشان‌دهنده نقطه تعادلی عرضه و تقاضاست که بیانگر بالاترین میزان بهره مندی از خدمات موردنیاز با توجه به منابع موجود است.

به‌هرحال نکته مهم در انتخاب گزینه های ابعاد این مدل، تناسب و سنخیت بین آن هاست و لذا انتخاب آن ها باید بر اساس مجموعه‌ای از عبارات «اگر، در آن صورت» و به شکل تئوری توصیف گردد. همچنین بر کاربردی بودن چارچوب منتخب تأکید شود؛ چراکه کارکرد اصلی سیاست‌گذاران کلان حوزه سلامت، ادغام فعالیت های مدیریتی و پشتیبانی برای اجرای مناسب برنامه‌ها در سطوح عملیاتی و محیطی است. به عنوان مثال نمودار زیر، یک نمودار تهیه شده توسط محققین این مطالعه است که نمایی از جریان پول در چارچوب معماری نظام سلامت را نشان می دهد.

ابعاد کلیدی چارچوب حاصله می توانند عوامل مؤثر بر

55. Save the children
56. Map International

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]



نمودار ۲- ارتباط بین جریان مالی با چارچوب نظام سلامت

نظام سلامت را شناسایی و تعریف کنند. انتخاب شقوق مناسب هر جزء ممکن است به عملکرد مبتنی بر نتایج مطلوب، کاهش عدم اطمینان محیطی، افزایش کارایی و اثربخشی عملیاتی و مهم تر از همه تسهیل رسیدن به نتایج و افزایش پاسخگویی ارائه‌دهندگان خدمات منجر گردد.

مشخص است که پس از انتخاب مصادیق، لازم است برنامه‌ریزی مداخله‌ای شامل تکنیک‌های برنامه‌ریزی برای توسعه، به‌کارگیری و ارزیابی مداخلات در برنامه‌ها صورت پذیرد. نظر به این که استفاده از این ابزار در آغاز توسعه یا اصلاح برنامه های جدید حوزه سلامتی صورت می پذیرد، آزمایش تجربی تحقق پذیری مدل منتخب و سهولت کاربرد منطبق بر ظرفیت ها مورد توصیه است و انعطاف پذیری برنامه ها شرط اصلی پذیرش نهایی مدل خواهد بود.

نتیجه‌گیری

ارائه پاسخ شفاف سیاست‌گذاران حوزه سلامت به هر یک از ابعاد کلیدی شناسایی‌شده، بخش زیادی از معماری برنامه های سلامت کشورها را تبیین می کند. این چارچوب در عین سادگی، قادر است دیدگاهی یکپارچه از مدل ارائه خدمات اولیه سلامتی کشورها ایجاد کند و بدین ترتیب به‌عنوان یک سند بالادست برای تدوین اسناد اجرایی مورداستفاده قرار گیرد؛ همچنین استفاده از این چارچوب امکان مقایسه و بررسی دستاوردهای سلامت را با مدل های موجود فراهم می آورد.

کاربرد در تصمیم های مرتبط با سیاست گذاری در نظام سلامت

مدل ارائه شده، ابزاری است برای تصمیم گیری های اجرایی در حوزه سلامت و استفاده از آن می تواند از طریق افزایش انسجام در ابعاد مختلف اجرایی یک تصمیم، کارایی و اثربخشی تصمیمات سیاستگذاران این حوزه را ارتقاء دهد. این مدل، امکان برنامه ریزی هدفمند برای تحقق اهداف نظام سلامت را فراهم می آورد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کلیه همکاران و داوران گرامی که با انتقادات و پیشنهادات سازنده خود به ارتقاء کیفیت مقاله کمک کرده اند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

References

1. World Health Organization, A vision for primary health care in the 21th century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. 2018. [Cited 2024 July 22]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf
2. World Health Organization. Operational framework for primary health care: transforming vision into action . World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2020: 132.
3. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Van der zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. BMC health services research. 2010 Dec;10:10-65.
4. Ros CC, Groenewegen PP, Delnoij DM. All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. Health policy. 2000 May 1;52(1):1-3.
5. World Health Organization. Primary health care. [Cited 2024 July 18] Available from: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1.
6. Shi L, Singh DA. Essentials of the US health care system. 6th ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Bartlett Learning. 2023:72-5.
7. Janssen LM, Drost RM, Paulus AT, Garfield K, Hollingworth W, Noble S, et al. Aspects and challenges of resource use measurement in health economics: towards a comprehensive measurement framework. Pharmacoeconomics. 2021 Sep;39(9):983-93.
8. Tello JE, Barbazza E, Waddell K. Review of 128 quality of care mechanisms: A framework and mapping for health system stewards. Health Policy. 2020 Jan 1;124(1):12-24.
9. Saksena N, Matthan R, Bhan A, Balsari S. Rebooting consent in the digital age: a governance framework for health data exchange. BMJ Global Health. 2021 Jul 1;6(Suppl 5):50-7.
10. Sundaram S, Zeid A. Smart prognostics and health management (SPHM) in smart manufacturing: An interoperable framework. Sensors. 2021 Sep 7;21(18):5994.
11. Rosenfeld LC, Wang P, Holland J, Ruble M, Parsons T, Huang H. Care management of comorbid medical and psychiatric illness: a conceptual framework for improving equity of care. Population Health Management. 2022 Apr 1;25(2):148-56.
12. Maddux FW, Mcmurray S, Nissenson AR. Toward population management in an integrated care model. Blood Purification. 2014 Dec 20;36(3-4):152-9.
13. Gold PM. The 2007 GOLD Guidelines: a comprehensive care framework. Respiratory care. 2009 Aug 1;54(8):1040-9.
14. Diaz-Castro L, Ramirez-Rojas MG, Cabello-Rangel H, Sanchez-Osorio E, Velazquez-Posada M. The analytical framework of governance in health policies in the face of health emergencies: a systematic review. Frontiers in Public Health. 2022 Jun 24;10:628791.
15. Fu J, Wang H, Na R, Jisaihan A, Wang Z, Ohno Y. A novel" five-in-one" comprehensive medical care framework for rehabilitation and nursing. Mathematical Biosciences and Engineering: MBE. 2023 Jan 1;20(3):5004-23.
16. Arab M, Kavsi Z, Ravangerd R, Ostvar R. Health insurance systems. 3rd ed. Tehran, Iran: Jahad Daneshgahi; 2016:63-8.
17. Medicaid gov. Eligibility policy. [Cited 2024 June 18]. Available from :https://www.medicaid.gov/medicaid/eligibility-policy
18. Yazdian Q. Health Care and Social Insurance System of Thailand. Social Security. 2006; 8(25): 105-20. (In Persian)
19. Health System Reforms in Thailand with Emphasis on Universal Health Coverage. Deputy of Socio-Cultural Research, Social Studies Office, Islamic Council: Iran, Tehran, 2016: 34.
20. Research Center of the Islamic Consultative Assembly. Criteria for Insurance Coverage of Infertility Treatment Services and Insurance Coverage of Prenatal Care. [Cited 2024 July 1]. Available from: https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1749945. (In Persian)
21. Bayat F, Ebnahmady A, Samadzadeh H, Khoshnevisan MH. A Comparative Study of Oral Health Care Systems and Insurance Models in Selected Countries for Development of Suitable Iranian Model . Hakim J. 2014; 17 (1) :1-14. (In Persian)
22. Carnwell R, Daly W. Strategies for the construction of a critical review of the literature. Nurse education in practice. 2001 Jun 1;1(2):57-63.
23. Gharibzadeh F, Yunsian M. Typology of review articles, analysis and methodology of 14 types of review article. Tehran University of Medical Sciences: Iran, Tehran. 2014:6. (In Persian)
24. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. Health

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

information & libraries journal. 2009 Jun;26(2):91-108..
25. Shams L, Hosseini Shokouh S, Meskarpour Amiri M, Nasiri T. Primary Health Care: A Historical Review in Iran and the World. Journal of Military Health Promotion. 2022 Mar 10;2(4):484-94. (In Persian)
26. Veillard JH, Brown AD, Barıs E, Permanand G, Klazinga NS. Health system stewardship of National Health Ministries in the WHO European region: concepts, functions and assessment framework. Health Policy. 2011 Dec 1;103(2-3):191-9.
27. Alaeddini F, Tavolinejad H, Esmailzadeh H. Redefining the health system: A proposed updated framework of a systems approach to health. Frontiers in Public Health. 2022 Aug 15;10:956487.
28. Fletcher SC, Humphrys E, Bellwood P, Hill TT, Cooper IR, McCracken RK, et al. Team-based care Evaluation and Adoption Model (TEAM) Framework: Supporting the comprehensive evaluation of primary care transformation over time. Canadian Family Physician. 2021 Dec 1;67(12):897-904.
29. Roberts R. A rural health governance model that is fit for purpose—It's not them and us: It's' we'. Australian Journal of Rural Health. 2021 Dec 1;29(6):816-20.
30. Alves da Costa F, Verschuuren M, Andersen Y, Sturup-Toft S, Lopez-Acuna D, Ferreira-Borges C. The WHO Prison Health Framework: a framework for assessment of prison health system performance. European Journal of Public Health. 2022 Aug 1;32(4):565-70.
31. World Health Organization. Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. [Cited 2024 June 4]. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337641/9789240017832-eng.pdf
32. Daumit GL, Stone EM, Kennedy-Hendricks A, Choksy S, Marsteller JA, Mcginty EE. Care coordination and population health management strategies and challenges in a behavioral health home model. Medical care. 2019 Jan 1;57(1):79-84.
33. Phillips J, Yu D, Poon SK, Lam M, Hines M, Brunner M, et al. E-Health Readiness for Teams: A Comprehensive Conceptual Model. In: Ryan A, et al., editors. Integrating and Connecting Care . 1st ed. Studies in Health Technology and Informatics. IOS Press; 2017: (239)119-125.
34. Ho K, Al-Shorjabji N, Brown E, Zelmer J, Gabor N, Maeder A, et al. Applying the Resilient Health System Framework for Universal Health Coverage. In: Editors of the book, editors. The Promise of New Technologies in an Age of New Health Challenges . 1st ed. Studies in Health Technology and Informatics. IOS Press; 2017(231): 54-62.
35. Reeve C, Humphreys J, Wakerman J. A comprehensive health service evaluation and monitoring framework. Evaluation and program planning. 2015 Dec 1;53:91-8.
36. Naccarella L, Greenstock LN, Brooks PM. A framework to support team-based models of primary care within the Australian health care system. Medical Journal of Australia. 2013 Jul 2;199 (5):22-5.
37. Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, De Savigny D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. BMC international health and human rights.2011; 11(1): 1-11.
38. Indicators AH. Monitoring the building blocks of health systems. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services. 2010.
39. Reid TR. Four basic models of health care. Health: The Big Picture. [Cited 2024 Apr 28]. Available from: https://changeagent.nelrc.org/wp-content/uploads/2018/05/Four-Basic-Models-of-Health-Care.pdf
40. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. 1th ed. World Health Organization; 2008:119.
41. Abelson J, Hutchison B. Primary Health Care Models: A Review of the International Literature (1994-2015). [Cited 2024 Mar 8]. Available from: https://ideas.repec.org/p/hpa/wpaper/199415.html.
42. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, Asbroek AT, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. International journal for quality in health care. 2003 Oct 1;15(5):377-98.
43. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the world Health Organization. 2000;78:717-31.
44. Robbins SP. Essentials of Organizational Behavior. 52 nd ed. Cultural Research Office, Prentice Hall; 2005:355.
45. Robbins SP, Judge T, Breward K. Essentials of Management. 12th ed. Cultural Research Office, Pearson Canada; 2016:412.
46. Rezaian A. Fundamentals of Organization and Management . 3rd ed. Tehran, Iran: The Organization

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

for Researching and Composing University Textbooks in the Islamic Sciences and the Humanities (SAMT), Ministry of Science, Research and Technology; 2011: 540. (In Persian)
47. Jabbari Bayrami H, Tabibi S Jl, Delgoshaei B, Mahmoudi M, Bakhshian F. A comparative study of the mechanism of decentralization in the provision of health services in different countries and providing a model for Iran. Health Management J. 2007;10(27):33-40.
48. Woods M, Pestotnik S. A simplified sociotechnical model uncovers health IT safety risks. PSQH. 2015;12(4):18-20.
49. Asefzadeh A, Rezapour A. Health management. 6 th edition. Qazvin: University of Medical Sciences and Healthcare Services of Qazvin Province; 2014:460. (In Persian)
50. Fu N, Singh P, Dale S, Orzol S, Peikes D, Ghosh A, Brown R, Day TJ. Long-term effects of the comprehensive primary care model on health care spending and utilization. Journal of General Internal Medicine. 2022 May 1; 37:1713-21.
51. Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. Health policy. 2002 Jun 1;60(3):255-73
52. Ghiasvand H, Mohamadi E, Olyaeemanesh A, Kiani MM, Armoon B, Takian A. Health equity in Iran: A systematic review. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2021;35:51
53. The Bureau for Latin America and the Caribbean (RBLAC), United Nations Development Programme. Evaluation of the effects, impacts and needs El Salvador is facing due to the double incidence of the COVID-19 pandemic and the tropical storms Amanda and Cristóbal. [Cited 2023 Sep 1]. Available from: file:///C:/Users/letafatnezhad/Downloads/PDNA-CRNA%20El%20Salvador-Libro%20completo-Ingl%C3%A9s.pdf
54. Simpson D. Sri Lanka: brand launch runs into protest, Tobacco Control 2006. [Cited 2023 Sep 28]. Available from: https://tobaccocontrol.bmj.com/content/15/6/419.2.full
55. Medicine for all People (Map). Getting rid of Chagas disease, 2019. [Cited 2024 May 28]. Available from: https://www.map.org/hubfs/hope2019/MAP_Newsletter_Fall_2019_digital.pdf

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

Key components of primary healthcare delivery models

Mozhgan Letafat-nejad[1], Farid Abolhassani Shahreza[2*]

1- PhD in Healthcare Management, Department of Health Services, National Health Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- Associate Professor in Internal Medicine, Department of Health Services, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: The diversity of primary health care models worldwide has complicated the decision-making process for policymakers. The contextual factors specific to the general and particular environments of each country's health system have further added to this complexity. Identifying the key components of primary health care models can provide a simple and comprehensive tool for policymakers to design patient-centered service delivery methods.

Methods: This study employed a critical review approach, utilizing selected databases including PubMed, IranMedex, SID, as well as search engines like Google Scholar and Google. Searches were conducted using three groups of keywords related to health, models, and systems in both English and Persian, covering publications from 2002 onwards. The results were recorded in a researcher-made form, and key dimensions were identified through content analysis of the findings.

Results: After systematically excluding repetitive and irrelevant studies, a total of 21 articles were included in the final analysis. The results identified 12 subthemes into three key components: structural factors (target population size, level of consentration, integration methods, and the utilization of health technologies), financial factors (funding and payment systems), and functional factors (service providers, delivery locations, service packages, service delivery methods, registration processes, and volunteer engagement levels).

Conclusion: Providing clear responses by policymakers to the identified components elucidates a significant portion of the architecture of health programs. Attention to the results of this study can offer a unified perspective on the model of primary health service delivery and thus serve as a foundational document for developing executive guidelines.

Keywords: Model, Framework, Primary health care, Key components

Please cite this article as follows:
Letafat-nejad M, AbolhassaniShahreza F. Major components of primary healthcare delivery models. Hakim Health Sys. 2023; 26(2): 205-225.

***Corresponding Author:** National Institute of Health Research. Vesal Shirazi St., Bozorgmehr East St., No. 70, Tel: 021-62921355
E-mail: abolhassanif@tums.ac.ir

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research (NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/. Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

پیوست ها

پیوست ۱: نمونه ای از استراتژی جستجو (پابمد)

((("health"[Title] OR "care"[Title]) AND ("component"[Title] OR "framework"[Title] OR "model"[Title]) AND ("system"[Title] OR "governance"[Title] OR "stewardship"[Title] OR "comprehensive"[Title] OR "develop"[Title] OR "management"[Title])) NOT ("Cancer"[Title] OR "Diabetes"[Title] OR "heart disease"[Title] OR "Mental"[Title] OR "AIDS"[Title] OR "HIV"[Title] OR "Stroke"[Title] OR "Trauma"[Title] OR "Chronic"[Title] OR "Palliative"[Title] OR "Pediatric"[Title] OR "Geriatric"[Title] OR "Research"[Title] OR "Technology"[Title] OR "Education"[Title])) AND ((2000/1/1:3000/12/12[pdat]) AND (english[Filter] OR persian[Filter]))

پیوست ۲: مشخصات مقالات منتخب و نتایج استخراج‌شده

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

جدول ۱- نتایج مرور مقالات منتخب در مورد ابعاد کلیدی نظام ارائه خدمات سلامتی

ردیف	نویسنده اصلی (منبع)	سال چاپ	موضوع	تم‌های اصلی و فرعی
۱	علاء الدینی [۲۷]	۲۰۲۰	حوزه‌های اصلی سیستم سلامت	- برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری (حاکمیت) - منابع هزینه‌ای و پرداخت (حاکمیت، شرکت‌های بیمه، مردم و خیریه‌ها) - تدارک خدمات (حاکمیت، شرکت‌های بیمه و خیریه‌ها) - نظارت و تنظیم بازار (حاکمیت)
۲	فلچر [۲۸]	۲۰۲۱	چارچوب تیمی نظام سلامت	- حاکمیت و پاسخگویی (تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، رهبری و مدیریت سیستم، نظارت و ارزیابی، مشارکت ذینفعان) - ظرفیت‌سازی و دسترسی بر اساس کارکرد تیمی (خدمات جامع، دسترسی عادلانه، دسترسی به خدمات، ظرفیت تیم) - تیم سازی پایه‌ای در سطوح ارائه خدمات و همچنین قانون‌گذاری (هماهنگی مراقبت، زیرساخت‌های بالینی، ظرفیت نیروی کار، آموزش، بودجه) - هزینه‌های سلامت (مقرون‌به‌صرفه بودن مراقبت) - سلامت جمعیت مفروض (پیامدهای سلامت، دل‌بستگی، خدمات اجتماعی پاسخگو) - مراقبت رابطه محور (تداوم، ایمنی فرهنگی، بیمار، خانواده و رابطه محوری) - تجربه بیمار (درک بیمار از مراقبت، توانمندسازی و فعال‌سازی بیمار) - تجربه ارائه‌دهنده (تجربه فعالیت و مراقبت ارائه‌دهنده) - عملکرد تیم (آموزش تیم، ارتباطات، سیستم‌های اطلاعاتی) - فرآیند کیفیت مراقبت (اثربخشی مراقبت، فعالیت‌های بهبود کیفیت، ایمنی مراقبت)
۳	رابرتز [۲۹]	۲۰۲۱	ویژگی‌های نظام ارائه خدمات در استرالیا	- خط‌مشی مانند متولی ارائه خدمات (محلی، ملی، مشارکتی) و نیروی کار (پزشک محور، مبتنی بر نیروی بهداشتی) - سازمانی مانند توزیع خدمات (مبتنی بر جمعیت، مکان، ...) - تحقیقاتی - آموزشی - هماهنگی و ادغام - نحوه ارائه خدمات صرفاً حضوری (سنتی)، حضوری و آنلاین (سنتی و تله مدیسین)
۴	سازمان جهانی بهداشت (برای زندان)[۳۰]	۲۰۲۲	بلوک‌های سازنده نظام سلامت	- ارائه خدمت - کارکنان - اطلاعات - واکسن، تکنولوژی و تجهیزات پزشکی - تأمین مالی - رهبری و تولیت
			دامنه‌های چارچوب سلامت در زندان	- نظام سلامت (سازمان، تأمین مالی، رویکرد استراتژیک و چشم‌انداز، اطلاعات سلامت) - ارائه خدمات سلامت (بسته خدمتی و تداوم خدمت، توجه به دسترسی، کیفیت خدمات و رعایت استانداردهای خدمت) - نتایج اقدامات سلامتی (سطح سلامت و رفاه، مرگ‌ومیر و ناتوانی)
۵	سازمان جهانی	۲۰۲۰	اهرم‌های نظام سلامت	- اهرم استراتژیک مرکزی (تعهد سیاسی و رهبری، حاکمیت و چارچوب سیاست، بودجه کافی و تخصیص عادلانه منابع، مشارکت جامعه و سایر ذینفعان

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

جدول ۱- نتایج مرور مقالات منتخب در مورد ابعاد کلیدی نظام ارائه خدمات سلامتی

ردیف	نویسنده اصلی (منبع)	سال چاپ	موضوع	تم‌های اصلی و فرعی
	بهداشت [۳۱]			برای تعریف مشترک مشکلات و راه‌حل‌ها و اولویت‌بندی اقدامات) - اهرم عملیاتی (مدل‌های مراقبتی شامل عناصر ساختاری و عملکردی، تعامل با ارائه‌دهندگان بخش خصوصی، نیروی کار، زیرساخت‌های فیزیکی و داروها، محصولات و فناوری‌های مناسب، فناوری‌های دیجیتال، سیستم‌های خرید و پرداخت، تحقیقات، نظارت و ارزیابی)
۶	جوان تلو [۸]	۲۰۲۰	نقشه تولیت نظام سلامت	- مردم: مشارکت مردم در سلامت (جمعیت شهروندی، جمعیت مصرف‌کننده، بازرس و ناظرین، جوامع مدنی و سازمان‌های غیرانتفاعی) - بیماران: مشارکت بیماران در مراقبت و درمان خود (انجمن‌های بیماران، منشور حقوق بیمار، استراتژی و پروتکل استانداردهای تصمیم‌گیری مشترک) - فرایندهای بالینی: استانداردها، راهنماهای بالینی و ثبت بیماری‌ها و خدمات - مکانیسم پاسخگویی خدمات اورژانس: پروتکل‌های اعزام، چک‌لیست تجهیزات و فرم‌ها - مکانیسم ارتقاء خدمات آزمایشگاهی: اعتباربخشی، گواهینامه، استانداردهای بین‌المللی آزمایشگاهی، برچسب‌های بین‌المللی شناخته‌شده، مجوز، شناسه‌های بیمار و شناسه‌های نمونه، ثبت نمونه، فرآیند استاندارد خرید یا تدارکات، فرم‌های درخواست آزمون استاندارد و روش‌های عملیاتی استاندارد - فرایندهای مدیریتی ارتقاء کیفیت: قراردادهای عملکردی تسهیلات - اطمینان از شایستگی نیروی انسانی: تائید صلاحیت نهاده‌ای گواهی کننده اعتباربخشی آموزشی، مقررات مشترک، ثبت حرفه‌ای بهداشت فهرست (مجموعه اصلی) شایستگی‌های حرفه‌ای انجمن‌های حرفه‌ای (هیئت‌ها، شوراها، اتاق‌ها) مدرک حرفه‌ای صدور مجوز حرفه‌ای، اعتبار سنجی مجدد حرفه‌ای خودتنظیمی حرفه‌ای، آموزش مبتنی بر شبیه‌سازی (ازجمله بیماران استاندارد)، آموزش و تربیت - مکانیسم‌های اطمینان از استفاده تجهیزات پزشکی و داروهای به‌روز: بارکد گذاری مواد دارویی، خرید عمده، فهرست داروهای ضروری، ارزیابی فناوری سلامت، فرمولاسیون داروها، ثبت داروها کنترل قیمت مقررات ورود به بازار (دسترسی به بازار)، سیستم احراز هویت پزشکی، فرآیندهای تدارکات استاندارد، چک‌لیست ظاهر داروها، بازرسی قبل از تائید یا بازرسی اجباری داروهای جدی - مکانیسم اطمینان از تسهیلات سلامت: تغییر ساختارهای فیزیکی امکانات، پروتکل‌های ایمنی مبتنی بر تسهیلات، اعتبار تسهیلات، گواهی تسهیلات استانداردهای تسهیلات، مجوز/مجوز - مکانیسم اطمینان از سیستم‌های اطلاعات سلامت مناسب: حفاظت از داده‌ها و پروتکل‌های محرمانه پرونده الکترونیک سلامت، ثبت الکترونیکی بیماران، شناسه منحصربه‌فرد بیمار
۷	دومیت [۳۲]	۲۰۱۹	ویژگی‌های ساختاری مدل برنامه مراقبت‌های سلامتی در منزل در مریلند	عناصر ساختاری کلیدی - ارتباط رسمی بین افراد مراقب در منزل و خدمتگران مراقبت‌های اولیه بهداشتی ▪ ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه در سیستم (پزشک، پرستار و دستیار پزشک) ▪ مشارکت های رسمی بین کلینیک ها و مطب‌های خارج از سیستم - دسترسی به پرونده الکترونیکی پزشکی مشترک: ▪ دسترسی به پرونده الکترونیکی الکترونیکی مشترک بین خانه بهداشت رفتاری و ارائه دهنده (های) مراقبت اولیه - ارتباط مداوم بین ارائه دهندگان خدمات در منزل و در مرکز سلامت - پایش نیازهای سلامتی افراد (جسمی و روحی-روانی) جو سازمانی - پشتیبانی از فعالیت‌های مبتنی بر شواهد - حمایت از فرهنگ آموزش و یادگیری هماهنگی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

جدول ۱- نتایج مرور مقالات منتخب در مورد ابعاد کلیدی نظام ارائه خدمات سلامتی

ردیف	نویسنده اصلی (منبع)	سال چاپ	موضوع	تم‌های اصلی و فرعی
				- فناوری اطلاعات سلامت (HIT)، نسبت کارکنان و استخدام و جابجایی کارکنان. حفظ مشارکت های غیر رسمی
۸	سازمان جهانی بهداشت [۱]	۲۰۱۸		- سیاست‌گذاری و رهبری - سرمایه‌گذاری و تخصیص منابع - نیروی کار - کیفیت خدمات - فرد محوری (اولین برخورد، جامعیت، تداوم خدمت، هماهنگی، شخص محوری) - خدمات مبتنی بر جامعه (حفاظت از سلامت، ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها، نظارت و پاسخگویی، آمادگی شرایط اضطراری)
۹	سازمان جهانی بهداشت (در دسته-بندی دیگری) [۲]	۲۰۲۰	اهرم‌های نظام سلامت	- اهرم حاکمیت، سیاست‌گذاری و تأمین مالی (تعهد سیاسی و رهبری، حاکمیت و چارچوب سیاست، بودجه کافی و تخصیص عادلانه منابع) - اهرم عملیاتی (مشارکت جامعه و سایر ذینفعان برای تعریف مشترک مشکلات و راه‌حل‌ها و اولویت‌بندی اقدامات، مدل‌های مراقبتی که مراقبت‌های اولیه و عملکردهای بهداشت عمومی را در اولویت قرار می‌دهند، تضمین ارائه خدمات مراقبت بهداشتی باکیفیت بالا و ایمن، تعامل با ارائه‌دهندگان بخش خصوصی، نیروی کار، زیرساخت‌های فیزیکی و داروها، محصولات و فناوری‌های مناسب، فناوری‌های دیجیتال، سیستم‌های خرید و پرداخت، تحقیقات، نظارت و ارزیابی)
۱۰	فیلیپس [۳۳]	۲۰۱۷	مدل آمادگی برای ارائه خدمات از راه دور	- عوامل خارجی (ملاحظات سیاستگذاری، فرایندی، اجرایی و فرهنگی) - مهارت‌های تیم سازی (آموزش و تعلیم افراد تیم، فن‌آوری‌های قابل استفاده، عوامل مربوط به رهبری، ارتباطات) - توانمندی‌های بیماران (سیستم ارزشی بیماران و توانمندی آن‌ها) - عوامل مربوط به فن‌آوری (عوامل تکنیکی، پرونده الکترونیک سلامت)
۱۱	هو [۳۴]	۲۰۱۶	چارچوب نظام سلامت تاب آور	- دسترسی - سلامت عمومی - مشارکت و توانمندسازی بیماران - پیشگیری و غربالگری - زیرساخت‌های ارتباطی و اطلاعاتی سلامت - ظرفیت منابع سلامتی - رهبری، سیاست‌گذاری و حکمرانی
۱۲	ریو [۳۵]	۲۰۱۵	شالوده اساسی ارزیابی سیستم از راه دور	- پایداری (نیروی کار، زیرساخت‌ها، منابع مالی، هماهنگی، حاکمیت) - کیفیت (سلامت مادر و کودک، مدیریت بیماری‌های مزمن) - تعیین کننده های اجتماعی سلامت (وضعیت اجتماعی-اقتصادی، آموزش، درآمد، اشتغال)
۱۳	ناککارلا [۳۶]	۲۰۱۳	چارچوب مدل‌های موفق تیم محور ارائه مراقبت‌های اولیه سلامتی	- پایداری - اجرا ▪ فردی (تعیین نقش، مجموعه مهارت ها، شایستگی ها و ویژگی های شخصیتی) ▪ سازمانی (فرهنگ، ساختار، رهبری، ترتیبات قراردادی و چارچوب زمانی) ▪ سیستمی (سیاست، دانش خط مشی بخش، فشار نیروی کار و فشارهای مالی) - زیرساخت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

جدول ۱- نتایج مرور مقالات منتخب در مورد ابعاد کلیدی نظام ارائه خدمات سلامتی

ردیف	نویسنده اصلی (منبع)	سال چاپ	موضوع	تم‌های اصلی و فرعی
				- ارزیابی - تئوری
۱۴	ویلارد [۲۶]	۲۰۱۱	نقش سنتی دولت در بخش سلامت	- تمرکز بر دستیابی به اهداف نهایی نظام سلامت: تعریف شده به عنوان ▪ بهبود سلامت (سطح و برابری): نقش شهروندان در حفظ سلامت و مشخص کردن نقش ها و مسئولیت های سهامداران عمومی، خصوصی و داوطلبانه در اجرای استراتژی، تعیین مرز نقش‌های بازیگران حوزه سلامت ▪ پاسخگویی به نیازها و ترجیحات فردی بیماران ▪ حمایت مالی - بهبود کارایی
۱۵	مایکل سن لوپز [۳۷]	۲۰۱۱	ابعاد بهم پیوسته سیستم سلامت	- افراد - رهبری - اطلاعات - تامین مالی - سیستم ارائه خدمت - منابع انسانی - دارو و تجهیزات
۱۶	سازمان جهانی بهداشت [۳۸]	۲۰۱۰	بلوک‌های سازنده نظام سلامت	- ارائه خدمت، نیروی کار، نظام اطلاعات سلامت، نحوه دسترسی به داروهای اساسی، تأمین مالی، مدیریت و رهبری
۱۷	رید [۳۹]	۲۰۰۹	تأمین مالی در نظام سلامت	- تأمین مالی (بوریج، بیسمارک، بیمه سلامت ملی، پرداخت از جیب، مختلط)
۱۸	سازمان جهانی بهداشت [۴۰] (وان لربرگ)	۲۰۰۸		- ارائه خدمات مبتنی بر نیاز مردم، روابط شخصی بین کارکنان، مراقبت جامع، مداوم و شخص محور، اصل انسان-محوری، مسئولیت در قبال سلامت همه افراد جامعه در طول چرخه زندگی؛ مسئولیت مقابله با عوامل مؤثر بر بیماری، مسئولیت مردم در قبال مراقبت از خود و جامعه (ارتقاء توانمندی افراد برای خود مراقبتی)، استفاده از فناوری ارتباطات و اطلاعات، توجه به کیفیت خدمات، توجه به نقش ارائه‌دهندگان خدمت به‌عنوان دروازه‌بان ورودی، بخش خصوصی یا عمومی، الگوریتم استفاده از متخصصین و پزشکان عمومی، تعیین بسته خدمتی، نحوه ارتباطات و هماهنگی، تعیین میزان استفاده از داوطلبین، سازمان‌های غیر انتفایی و جوامع مدنی، تعیین مکانیسم مالی و اداری، انتساب جمعیت تحت پوشش، تیم مراقبت اولیه به‌عنوان هسته مرکزی ارتباطات بین تیم‌های ارائه‌دهنده خدمات تخصصی پیشگیری، تشخیصی و درمان، بیمارستان‌ها، مراکز آموزشی و مراکز حمایتی، جوامع مدنی و غیره است. - اقدامات سازمانی (ترکیب تیم‌های مراقبت اولیه، توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات، میزان تفویض اختیار مالی و اداری به تیم‌های ارائه‌دهنده خدمات) - توجه به ویژگی‌های متمایز مراقبت‌های اولیه (تأکید بر شخص محوری، تأکید بر جامعیت، تأکید بر تداوم خدمت، تأکید بر ارتباط دقیق بین ارائه‌دهنده و دریافت‌کننده خدمات در نقطه ورودی)
۱۹	مدل‌های ارائه مراقبت‌های اولیه	۲۰۰۴	ابعاد کلیدی مدل‌ها	- متولی: ▪ پرستار محور: کلینیک‌ها یا مراکز ارائه خدمت، به‌صورت فردی یا گروهی/برنامه‌های پرستاری بهداشت عمومی در بطن سازمان‌های بزرگ‌تر مانند مراقبت

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-09]

جدول ۱- نتایج مرور مقالات منتخب در مورد ابعاد کلیدی نظام ارائه خدمات سلامتی

ردیف	نویسنده اصلی (منبع)	سال چاپ	موضوع	تم‌های اصلی و فرعی
	سلامتی جولیا آبلسون [۴۱]			در منزل یا ایستگاه‌های پرستاری در مناطق دورافتاده ▪ پزشک محور: پزشک عمومی (به‌تنهایی یا گروهی)/سازمان‌های حافظ سلامت[۱] ▪ ترکیبی: مراکز بهداشتی درمانی/مراکز خدمات جامعه‌محور محلی[۲]/سازمان‌های سلامت جامع[۳]/ نظام‌های چند خدمتی - نحوه ادغام و هماهنگی: عمودی، افقی، ترکیبی - ارائه‌دهندگان - روش پرداخت (حقوق، سرانه، کارانه، ترکیبی) - بسته خدمتی - عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت - دروازه‌بانی سطح اول خدمات (بله/خیر/با شرایطی) - نحوه ثبت‌نام (اختیاری/اجباری/ اختیاری محدود) - ساختارهای تأمین مالی، مدیریت و پاسخگویی ▪ تصمیم کلان برای تخصیص بودجه: ملی/استانی/ شهرستانی/ محلی و منطقه‌ای ▪ نحوه تخصیص: جمعیتی، جغرافیایی، خدمتی، ... - تأمین مالی (بوریج، بیسمارک، بیمه سلامت ملی، پرداخت از جیب، مختلط)
۲۰	آراه [۴۲]	۲۰۰۳	متغیرهای تعیین نوع نظام سلامت	- سطح پاسخگویی، میزان تفویض مسئولیت، تأمین مالی، اصول ارائه خدمت
۲۱	ماری [۴۳]	۲۰۰۲	وظایف سیاست‌گذاران حوزه سلامت	- رهبری، تأمین مالی، ارائه خدمت، تولید منابع

[۱] Health Maintenance Organization (HMO)

[۲] Local community service center (LCSC)

[۳] Comprehensive Health Organization (CHO)