



گزاره برگ^۱ مقایسه مدل ارائه خدمات سلامتی در سطح شاخص های ورودی^۲ در مدل تبریز با کل کشور

کشور شکل گرفته است. همچنین بسته خدمات اساسی که در مراکز سلامتی این استان ارائه می شود، تفاوتی با کل کشور ندارد. در جدول شماره ۳، الگوی نظام ارجاع بررسی شده است. مشاهده سطح بندی خدمات در این استان نشان می دهد که این موضوع در این استان در حال اجراست. برای خدمات تخصصی داخلی، زنان، اطفال و روانپزشکی در این استان در مراکز ارائه خدمات اولیه خدمت ارائه می شود. بیماران برای انجام آزمایش ها به همین مراکز مراجعه می کنند. در جدول شماره ۴ نظام مالی و روش پرداخت ارائه شده است. این جدول نشان می دهد مانند سایر نقاط کشور، منابع مالی این استان را دولت تأمین می کند و پرداخت ها در این استان براساس دستورالعمل خاصی صورت می گیرد. در جدول شماره ۵، روش ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده است. در مدل تبریز، هم برای بیمارستان و هم مراکز ارائه خدمات اولیه سلامت، برنامه ارزیابی کیفیت ارائه شده است.

دانشگاه علوم پزشکی تبریز برای ارائه خدمات سلامتی، الگوی متفاوتی نسبت به کل کشور برگزیده است. از مهم ترین ویژگی های آن ارائه خدمات سلامتی از طریق مشارکت بخش خصوصی است. در این گزاره برگ مقایسه تحلیلی این مدل با کل کشور، در سطح شاخص های ورودی صورت گرفته است. در جدول شماره ۱، مشخصات جمعیت تحت پوشش ارائه شده است. مطابق جدول مذکور در بحث پوشش خدمت تقریباً هر دو مدل موفق عمل کرده اند. در ادامه، روش ارائه خدمت در این دو مدل بررسی می شود. در جدول شماره ۲، الگوی ارائه خدمات سلامت در این استان با سایر مناطق کشور مقایسه شده است. جمعیت تحت پوشش در این مدل نسبت به کل کشور، از نظر تعداد پزشک و مراقب سلامت وضعیت بهتری دارد. ساخت، احداث و استقرار مراکز جامع سلامت و پایگاه ها در این استان، مشابه سایر مناطق کشور است. نظام اطلاعات الکترونیک در این استان همانند کل

جدول شماره ۱. مشخصات جمعیت تحت پوشش در نظام سلامت استان آذربایجان شرقی و کل کشور

جمعیت تحت پوشش		
کل کشور	تبریز	مدل
تمام جمعیت کشور غیر از سه استان فارس، مازندران و آذربایجان شرقی	تمام جمعیت استان	جمعیت تحت پوشش
نزدیک ۶۵ میلیون نفر	۲،۶۰۱،۳۶۷	جمعیت کل شهری
از زمان شروع تا آبان ۱۳۹۵، از ۴۵ میلیون نفر جمعیت شهری، ۱۶ میلیون نفر خدمت دریافت کرده اند.	بیش از ۹۰ درصد جمعیت	درصد جمعیت ثبت نام شده
۱۲،۵۰۰ نفر تحت پوشش یک پایگاه سلامت شهری؛ ۳۷،۵۰۰ نفر تحت پوشش هر مرکز جامع سلامت شهری (۳ یا ۴ پزشک)	۴۰۰۰ تا ۵۰۰۰ نفر	جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده شهری



جدول شماره ۲. الگوی ارائه خدمات در نظام سلامت استان آذربایجان شرقی و کل کشور

روش ارائه خدمات سلامتی		
مدل	تبریز	کل کشور
اولین گروه ارائه خدمت	یک پزشک و دو مراقب سلامت، به ازای ۴۰۰۰ نفر جمعیت	یک مراقب سلامت به ازای هر ۲،۵۰۰ نفر جمعیت؛ یک پزشک عمومی به ازای هر ۱۰،۰۰۰ نفر جمعیت.
سناریوهای استفاده شده در اخذ قرارداد	استقرار مراکز جامع خدمات سلامت، قرارداد با تیم‌های ارائه خدمات بخش خصوصی؛ تمام مراکز ارائه خدمات مراقبت‌های سلامتی اولیه تحت نظارت دانشگاه است.	پایگاه‌های سلامتی با مشارکت بخش خصوصی مستقر شده‌اند؛ ارائه مراقبت فعال در مناطق شهری، با استقرار ۱۲۸۳ پایگاه شهری (شامل ۳۲۰ شهر در مناطق حاشیه‌نشین) و خدمات از طریق عقد قرارداد با نیروهای جدید ارائه می‌شود.
تعداد پزشکان خصوصی طرف قرارداد برای برنامه پزشک خانواده	۱۳۷ (به‌طور کلی ۱۰۸۰ ارائه‌دهنده خدمت از قبیل پزشک، ماما، کارشناس بهداشت محیط و حرفه‌ای و...)؛	اطلاعاتی در دسترس نیست.
ترکیب تیم	یک ماما برای هر پزشک خانواده	یک پرستار یا ماما یا مراقب سلامت برای ۲،۵۰۰ نفر جمعیت
بسته پایه ارائه خدمات	مراقبت‌های بیماری‌های واگیر، غیرواگیر، بهداشت محیط و حرفه‌ای، بهداشت مدارس، تغذیه و بهداشت دهان.	مراقبت‌های بیماری‌های واگیر، غیرواگیر، بهداشت محیط و حرفه‌ای، بهداشت مدارس، تغذیه و بهداشت دهان.
استراتژی تداوم مراقبت	رابطین سلامت (زنان) که با مراکز ارائه خدمات اولیه سلامت همکاری می‌کنند.	رابطین سلامت (زنان) که با مراکز ارائه خدمات اولیه سلامت همکاری می‌کنند.
نظام اطلاعاتی	برای ۸۲ درصد جمعیت، پرونده الکترونیک تشکیل شده است؛ در مراکز روستایی به دلیل در دسترس نبودن رایانه، امکان ارائه خدمات الکترونیکی وجود ندارد.	به غیر از برخی خانه‌های بهداشت که در مناطق محروم واقع شده‌اند، نظام اطلاعاتی به‌طور کامل رایانه‌ای است.

جدول شماره ۳. نظام ارجاع و سطح بندی خدمات در نظام سلامت استان آذربایجان شرقی و کل کشور

روش ارائه خدمات سلامتی		
مدل	تبریز	کل کشور
مکانیسم ارجاع	برای تسهیل دسترسی، پزشکان متخصص (داخلی، زنان، اطفال و روانپزشک) دو روز در هفته در مراکز ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی بیماران را ویزیت می‌کنند؛ آنالیز خون و ادرار در آزمایشگاه‌های مراکز بهداشتی انجام می‌شود؛ در صورت نیاز به خدمات تخصصی، بیماران به بیمارستان‌ها یا پلی کلینیک‌ها ارجاع می‌شوند.	نظام ارجاع از سطح یک به دو تعریف نشده است؛ در صورتی که نیاز به خدمات پزشک خانواده، تغذیه یا سلامت روان وجود داشته باشد، ارجاع از پایگاه‌های سلامتی به مراکز جامع سلامت انجام می‌شود.
ارائه پسخوراند از سطح بالاتر به پزشک عمومی	شواهد ارائه پسخوراند از پزشکان متخصص به پزشک خانواده وجود دارد؛ راهنمای نظام ارجاع وجود دارد.	شواهد ارائه پسخوراند از مراکز جامع سلامت به پایگاه‌های سلامت وجود دارد.



جدول شماره ۴. منابع مالی و پرداخت به‌ازای خدمت در نظام سلامت استان آذربایجان شرقی و کل کشور

منابع مالی و روش پرداخت برای خدمات		
مدل	تبریز	کل کشور
پرداخت سرانه	۱۵ دلار آمریکا در ازای ارائه خدمات جامع: پیشگیری و درمان خدمات سربایی؛ (هر دلار آمریکا، ۳۶۰۰۰ ریال).	۵ دلار در ازای ارائه خدمات پیشگیری در پایگاه‌های سلامت.
منابع مالی	دولت تأمین می‌کند.	دولت تأمین می‌کند.
پرداخت توسط دریافت‌کنندگان خدمات	دریافت خدمات سلامتی در سطح یک رایگان است (ویزیت و داروهای معین از قبیل ویتامین‌ها)؛ دارو باید تحت پوشش بیمه باشد؛ ویزیت پزشک متخصص تحت پوشش بیمه است؛ در صورت ارجاع بیماران برای بستری، ساکنین شهر ۶ درصد و ساکنین روستاها ۳ درصد از فرانشیز را برای خدمات پرداخت می‌کنند.	دریافت خدمات سلامتی در سطح یک رایگان است (ویزیت و داروهای معین از قبیل ویتامین‌ها)؛ دارو باید تحت پوشش بیمه باشد؛ ویزیت پزشک متخصص تحت پوشش بیمه است؛ در صورت ارجاع بیماران برای بستری، ساکنین شهر ۶ درصد و ساکنین روستاها ۳ درصد از فرانشیز را برای خدمات پرداخت می‌کنند.
پرداخت به‌ازای عملکرد	در شروع هر ماه ۷۰ درصد قراردادها پرداخت می‌شود و در انتهای هر فصل براساس دستورالعمل‌های خاصی که مرتبط با کیفیت و پوشش خدمات است ۳۰ درصد باقیمانده پرداخت می‌شود.	پرداخت کارکنان مراکز و پایگاه‌های سلامت مبتنی بر عملکرد است.

جدول شماره ۵. کیفیت و ایمنی ارائه خدمت

کیفیت و ایمنی ارائه خدمت		
مدل	تبریز	کل کشور
در سطح مراقبت‌های اولیه سلامت	برنامه‌ریزی شده است که از چارچوب سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی و ارتقای کیفیت در مراکز ارائه خدمات اولیه سلامتی استفاده شود.	برنامه‌ریزی شده است که از چارچوب سازمان جهانی بهداشت برای ارزیابی و ارتقای کیفیت در مراکز ارائه خدمات اولیه سلامتی استفاده شود.
در سطح بیمارستان	برنامه ایمنی بیمار شروع شده است؛ کمیته کنترل عفونت بیمارستانی به‌خوبی اقدامات کنترل عفونت را انجام می‌دهد.	در دسترس نیست.

نتیجه‌گیری

می‌گیرد و بررسی و ارتقای کیفیت خدمات در سطح ورودی مناسب‌تر است. باتوجه به این که تعمیم این مدل به کل کشور مورد سؤال است، در گزاره‌برگ‌های بعدی شاخص‌های خروجی و پیامدهای این مدل در مقایسه با کل کشور ارائه می‌شود.

بررسی شاخص‌های ورودی نظام سلامت در مدل تبریز در مقایسه با مدل کل کشور، گویای این است که تعداد پزشک و سایر ارائه‌دهندگان خدمات در این استان نسبت به کل کشور وضعیت بهتری دارد. پرداخت‌ها به این گروه براساس سرانه بوده و مقدار این پرداخت بیشتر است. نظارت بر ارائه خدمات بهتر صورت