

خلاصه ای از گزارش اجرای برنامه ارایه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، درمانی به ساکنین حاشیه شهرها

بهمن ۱۳۹۴


جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی





تهیه و تدوین : دکتر علی اکبر سیاری
دکتر ناصر کلانتری
دکتر شهرام رفیعی فر

همکاران اصلی : دکتر عزیزالله عاطفی
دکتر احمد کوشا
دکتر محمد مهدی گویا
دکتر محمد اسماعیل مطلق
دکتر خسرو صادقی نیت
دکتر محمدرضا میرزایی
نیلوفر مردفرد

دکتر احمد حاجبی
دکتر زهرا عبدالمهی
دکتر حمید صمدزاده
دکتر علی اردلان
دکتر سیامک میراب سمیعی
عصمت جمشید بیگی



با تشکر از تمام کارشناسان حوزه معاونت بهداشت بویژه مرکز مدیریت شبکه که در تدوین، اجرا و مستندسازی این برنامه نقش اساسی داشته‌اند و امکان درج نام همگی در مقال وجود نداشت

بهمن ۱۳۹۴

پیش‌گفتار

جامعه‌ی آرمانی ترسیم شده در سند چشم‌انداز سال ۱۴۰۴ کشور، جامعه‌ای است که می‌بایست از حداکثر سلامت برخوردار باشد. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در این سند، مسوول و پاسخگوست که ضمن فراهم سازی زمینه دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با کسب حمایت کلیه سازمان‌ها و نهادها، رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها را اجرایی کند. این نظام با اولویت دادن به ارتقای سلامت و پیشگیری به بهره‌مندی مردم از مراقبت‌های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی اهتمام دارد. در این نظام، عدالت همه‌جانبه (در تامین، توزیع منابع و تحقق سلامت) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه‌ای، اصل نخست است و تمامی افراد بر مبنای نیاز خود از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند خواهند شد و براساس توان پرداخت خود، در تامین مالی خدمات مشارکت خواهند داشت. این نظام، خلاق است و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندی حداکثری از کلیه ظرفیت‌های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه بخش‌های ذینفع)، علم و فناوری به روز، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند، و در تعامل با کشورهای منطقه (بویژه کشورهای اسلامی)، الگویی الهام‌بخش برای سایر کشورها می‌باشد.

از آنجاکه، مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تامین سلامت همه‌جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم‌برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقاء وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی بویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم‌انداز ۱۴۰۴، سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری، اصلاح الگوی مصرف، اصل ۴۴ قانون اساسی، نقشه جامع علمی کشور، برنامه دولت تدبیر و امید و برنامه وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ضرورت دارد.

همچنین، بند (ج) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف نموده است «سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت» را مبتنی بر خدمات اولیه سلامت، محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، بازطراحی و برنامه‌اجرایی آن را با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری تصویب و عملیاتی کند. به منظور استقرار و پشتیبانی از این سامانه، دولت محترم به استناد بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه، اساسنامه بیمه سلامت ایران را در تاریخ ۱۳۹۱/۵/۲۲، و به استناد بند (د) ماده (۳۲)، آیین‌نامه اجرایی نظام درمانی کشور در تاریخ ۱۳۹۲/۲/۳ و به استناد بند (ز) ماده ۳۸ آیین‌نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت را در تاریخ ۱۳۹۳/۱/۲۸ تصویب کرده است.

مروری بر نظام‌های سلامت کشورهای مختلف نشان می‌دهد که نظام سلامت کارآمد، نظامی است که بتواند ساختار و شرایط ارایه خدمت در درون سازمان را با تغییرات موجود در محیط هماهنگ سازد.

افزایش شمار ساکنان شهرها، و رشد شهرنشینی، یکی از جلوه‌های بارز توسعه در جهان است. در سال ۲۰۰۰ میلادی بیش از ۵۱ درصد از جمعیت ۶/۳ میلیارد نفری جهان ساکن شهرها بودند که حدود ۴۶ درصد آنها در شهرهایی با بیش از ۵۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، سکونت داشتند و یک پنجم آنها ساکن شهرهای بزرگ چند میلیونی بودند. امروزه تقریباً ۹۰ درصد افزایش جمعیت جهان توسط مناطق شهری کشورهای کمتر توسعه یافته جذب می‌شود. براساس آمار، میزان جمعیت در شهرهای بزرگ بسیار بیشتر از نرخ رشد کلی جمعیت است و پیش‌بینی می‌شود که در آینده مسایل شهری بسی وخیم‌تر و حادث‌تر از وضعیت فعلی باشد. برآورد‌های سازمان ملل میزان رشد سالانه جمعیت شهری ۲/۴ درصد و برای مناطق روستایی ۰/۲ درصد اعلام می‌کند. در حال حاضر، کشور ایران نیز با تغییرات جمعیتی گسترده‌ای روبروست و شهرهای کشور ما به دلیل افزایش طبیعی جمعیت، مهاجرت به درون شهرها و طبقه بندی‌های نوین مناطق شهری (شهریت یافتن مناطقی که در گذشته روستا بودند) سرعت در حال گسترش‌اند. در سایر شهرهای بزرگ نیز وضعیتی مشابه وجود دارد. به بیان دیگر، گسترده‌گی قاعده هرم سنی جمعیت در سال‌های آغازین راه‌اندازی نظام شبکه‌ها (حدود ۳۰ سال قبل) بویژه در شهرهای بزرگ در حال انتقال به سطوح بالاتر هرم است و از طرف دیگر، مهاجرت روستاییان به شهرها به علت تفاوت‌های شرایط اقتصادی اجتماعی زندگی بین شهر و روستا به شکلی مهار نشده ادامه دارد. به منظور توجه و تبیین وجوه مختلف شهرنشینی تئوری‌های مختلفی بیان شده که تحت عنوان پارادایم‌های اکولوژیک (شیکاگو) و اکولوژی فاکتوریال طبقه بندی می‌شوند. در مدل اکولوژی، شکل‌گیری شهرنشینی براساس عوامل محدودیت رشد شهری؛ افزایش خانوارهای کوچک؛ افزایش خانوارهای با درآمدهای متعدد؛ وجود خانوارهایی که زمان یا هزینه مسافرت برای آنها اهمیت دارد؛ توجه می‌شود. براساس این تئوری، خانوارهای فقیر تدریجاً از مرکز به حاشیه رانده می‌شوند. تأکید اصلی این تئوری بر قیمت زمین و خانه متمرکز است. مبنای پارادایم اکولوژی فاکتوریال، آنالیز چند متغیره شاخص‌های اجتماعی-اقتصادی (تحصیلات؛ شغل؛ درآمد و...)، خانواده (Familism) و نژاد-قومیت (Ethnicity) است.

واقعیات موجود نشان می‌دهند که نسبت جمعیتی شهری به روستایی کشور در حال تغییر و به نفع جمعیت شهری است و نیز تغییر در ساختار این جمعیت، برنامه‌های مورد نیاز اکثریت جامعه، شکلی متفاوت یافته است و به دنبال آن، نیاز به تغییر در ساختار شبکه‌ها احساس می‌شود.

در بیشتر کشورهای روبه رشد، بخش دولتی به دلیل فقدان منابع، قادر به عرضه خدمات بهداشت و درمان به همه مردم، و بویژه شهرنشینان، نیست. از این رو، مشارکت کامل جامعه به شکل تأمین تسهیلات عرضه خدمات، کار داوطلبانه و حضور بخش غیردولتی در فرآیند ارائه خدمت ضرورت تام دارد. واقعیت این است که بدون مشارکت جامعه بسیاری از برنامه‌های حوزه سلامت در شهرها محکوم به شکست است. برنامه‌های آموزشی و تبلیغ بسیج همگانی مردم و سوق دادن آنها به سوی سلامت و بهبود محیط زیست مستلزم مشارکت جدی و کامل همه مردم است.

موضوعات فوق و تغییر الگوی بیماری‌ها از بیماری‌های واگیردار به بیماری‌های غیرواگیر و تغییرات فرهنگی و اجتماعی و همه و همه لزوم تغییر ساختار در مراکز بهداشتی، درمانی شهری را نشان می‌دهند.

گسترده‌گی مناطق شهری و برخوردار نبودن بخشی وسیعی از مردم از خدمات ارایه شده در نظام شبکه در کنار بالا بودن سطح سواد و معلومات مردم نسبت به ارایه دهندگان خدمات بهداشتی از یک سو و لزوم برنامه ریزی برای مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی از سوی دیگر، مارا بر آن داشت تا تغییراتی در نظام ارائه خدمت مناطق شهری طراحی نماییم تا از این طریق بتوان مردم را در راستای مراقبت از خود (Self Care) در مقابل مشکلات سلامت توانمند ساخت. همچنین، با کمبود منابع مالی و تراکم زیاد جمعیت در مناطق فوق الذکر باید از روشی که بتوان به کمک آن از فشار بار مالی ارایه خدمت در چنین مناطقی کاست، استفاده کرد.

معاونت بهداشت براساس تعهدات دولت تدبیر و امید و وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در برنامه تقدیمی خود به مجلس شورای اسلامی مبنی بر اجرای قانون برنامه پنجم توسعه و ایجاد تحول اساسی در نظام سلامت، در آغاز به کار خود، تحلیل سریعی از وضعیت انجام داد و با استفاده از خرد جمعی کارشناسان خبره و متعهد، طرح تحول حوزه بهداشت، ابتدا با ۷ برنامه و ۸ پروژه شروع شد و درحال حاضر مشتمل بر ۱۵ برنامه و ۱۰ پروژه برای دستیابی به اهداف زیر تهیه کرد:

۱. ارتقاء شاخص های سلامت
۲. افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت (مردم) و ارایه دهندگان خدمت
۳. عدالت در سلامت از نظر دسترسی به خدمات، بهره مندی از خدمات ارایه شده و حفاظت مالی از آنان در بستر پوشش بیمه همگانی
۴. بهبود کیفیت خدمات سلامت
۵. کنترل قیمت خدمات سلامت
۶. اصلاح رفتار گیرندگان و ارایه دهندگان خدمت
۷. اصلاح نظام پرداخت و شیوه خرید خدمت

با اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت، معاونت بهداشت نیز در راستای سیاست های کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به دنبال ماه ها کار فشرده کارشناسی و تبادل نظر با خبرگان، افراد مجرب حوزه سلامت و معاونین بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور، طرح تحول در حوزه بهداشت کشور را در قالب ۷ برنامه ملی و ۸ پروژه پشتیبان در سال ۱۳۹۲ تدوین نمود و اجرای این برنامه ها از خرداد ماه سال ۱۳۹۳ در سطح دانشگاه های علوم پزشکی آغاز شده و به تدریج با افزایش برنامه ها به ۱۵ برنامه و ۱۰ پروژه تا پایان دولت یازدهم در کل کشور توسعه می یابد.

برنامه های ملی تحول در حوزه معاونت بهداشت:

- ۱- برنامه ارایه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) به روستاییان، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر
- ۲- برنامه ارایه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) به حاشیه نشینان و شهرهای ۲۰

تا ۵۰ هزار نفر

- ۳- برنامه ارایه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی (خدمات نوین سلامت) به جمعیت شهرهای بیش از ۵۰ هزار نفر و گسترش آن به کلان شهرهای کشور
- ۴- تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران
- ۵- برنامه ملی ترویج و توسعه خودمراقبتی
- ۶- برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاری های بین بخشی
- ۷- برنامه بهداشت عمومی (آب سالم، غذای ایمن و رژیم غذایی سالم، هوای پاک)
- ۸- برنامه تحول سلامت دهان و دندان
- ۹- برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر و عوامل خطر
- ۱۰- برنامه جمعیت، ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری
- ۱۱- برنامه بهبود و اصلاح الگوی تغذیه جامعه
- ۱۲- برنامه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی
- ۱۳- برنامه تحول پیشگیری و کنترل بیماری های واگیردار
- ۱۴- برنامه کاهش رفتارهای پرخطر و VIH
- ۱۵- برنامه سلامت در بلایای طبیعت و انسان ساخت

پروژه های پشتیبان برنامه تحول بهداشت

۱. توانمند سازی مدیران و کارکنان بخش بهداشت کشور
۲. تکمیل، تجهیز و توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور
۳. مشارکت و همکاری بخش های دولتی و غیردولتی در ارایه خدمات (Public- Private Partnership PPP)
۴. تهیه و تدوین بسته های خدمات بهداشتی درمانی سطح اول (مشمول بر ۱۱ بسته خدمت طبق دستورعمل شرح خدمات سطح اول)
۵. ارتقای نظام فن آوری اطلاعات، ثبت اطلاعات و آمار بهداشتی در کشور، شبکه هوشمند بهداشت (شهاب)
۶. استقرار نظام پایش و ارزشیابی خدمات سلامت در کشور
۷. همکاری با مراکز آموزشی به منظور بهره مندی از ظرفیت آنها
۸. استقرار نظام دیده بانی حوزه سلامت
۹. ارایه خدمات فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی (اورژانس ۱۱۵) به ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از ۵۰ هزار نفر
۱۰. همکاری با مراکز تحقیقاتی در جهت اجرای پژوهش های کاربردی

با توجه به برنامه ریزی های بعمل آمده، پس از استقرار برنامه گسترش مراقبت های اولیه سلامت برای جمعیت مناطق حاشیه و شهرهای بیست تا پنجاه هزار نفر (که ابتدا در مشهد و تبریز و با فاصله کوتاهی در کرج آغاز شد و به سایر استانها

تسری یافت)، استقرار این برنامه به شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر در دستور کار معاونت بهداشت وزارت متبوع در سال ۱۳۹۴ قرار گرفت که امید است با بهره گیری از تجارب پیشین و استفاده از نتایج حاصل از گسترش مراقبت های اولیه سلامت در مناطق حاشیه و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر، با کمترین چالش اجرایی، ممکن گردد.

معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با اجرای برنامه های تحول سلامت از طریق برنامه ریزی، تخصیص اعتبار، برقراری امکان راه اندازی واحدهای ارائه خدمت، جذب نیرو و تدوین دستورعمل های اجرایی، امکان دسترسی تمامی جمعیت ساکن در مناطق حاشیه شهرهای کشور و سکونتگاه های غیررسمی و ساکنین مناطق شهری کشور به مراقبت های اولیه سلامت را ایجاد می کند.

گسترده گی مناطق حاشیه شهر و برخوردار نبودن بخش وسیعی از مردم (حدود ۱۰ میلیون نفر) از خدمات زیر ساخت شهری، مسکن مناسب و محیط اجتماعی سالم از یک سو و همچنین، وجود مشکلات سلامتی خاص این جمعیت از قبیل اعتیاد؛ مشکلات روانی؛ افزایش میزان خشونت و بزه کاری؛ فراهم نبودن بهداشت عمومی از قبیل دسترسی به آب آشامیدنی سالم، دفع بهداشتی فاضلاب، نامناسب بودن معابر و... از سوی دیگر، سبب گردید که برنامه تامین و ارتقاء مراقبت های اولیه سلامت در مناطق حاشیه شهر یکی از برنامه های اساسی طرح تحول سلامت در حوزه بهداشت باشد. این برنامه از سال ۱۳۹۳ در مناطق تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی کشور در حال اجرا است.

از پیشگامان اجرای این برنامه آقایان دکتر بهرامی (معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد)؛ دکتر جعفرصادق تبریزی (معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز)؛ دکتر داوود مقیمی (معاون محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی البرز)؛ در سطح دانشگاه ها و آقای دکتر ناصر کلانتری (قائم مقام اینجانب و رئیس محترم مرکز مدیریت شبکه) و سایر همکاران محترم ستاد ملی به قرار زیر که نقش عمده در طراحی برنامه به عهده داشتند، تقدیر و تشکر می نمایم:

• آقای دکتر حسین ملک افصلی

• خانم عصمت جمشیدیگی

• خانم دکتر ناهید جعفری

• خانم نیلوفر مردفرد

• آقای دکتر محمدرضا میرزایی

• خانم دکتر نگین طاهری

• آقای دکتر اردشیر خسروی

• خانم فاطمه مالکی

دکتر علی اکبر سیاری
معاون بهداشت

تعریف حاشیه نشینی

در فرهنگ عمید، حاشیه در لغت به معنی کنار هر چیز و کنایه از کسان و اطرافیان است.^۱ حاشیه نشینان کسانی هستند که در محدوده اقتصادی شهرها زندگی می کنند ولی جذب نظام اجتماعی و اقتصادی شهری نشده اند و به عنوان یک شهروند مشروع در جامعه شهری پذیرفته نشده اند.

حاشیه نشینان، بیشتر افراد مهاجر روستایی و عشایر و کمتر شهری هستند که اغلب فاقد مهارت لازم و در بعضی از اوقات غیر ماهرند. این افراد بیشتر به دلیل محدودیت های موجود در زادگاه خود و کمتر به دلیل عوامل جاذب شهری، به شهرها روی می آورند. این افراد به دلیل عدم تطبیق با محیط شهری از یک سو و عوامل پس ران شهری از دیگر سو در کانون هایی از شهر به صورت بهم پیوسته یا جدا از یکدیگر ساکن می شوند که از جمله مشخصات این محلات حاشیه نشین، پایین بودن سطح بهداشت، بروز جرائم و انزوای اجتماعی است.^۲

روند شکل گیری و گسترش مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه های غیررسمی در اکثر شهرها موجب شده تا خدمات شهری مطلوب در این نقاط کمتر ارایه شود و به دلیل فقر اقتصادی و فرهنگی، که ناشی از همان روند شکل گیری این مناطق می باشد آنها را بستری برای ایجاد و رشد سریع مسایل و آسیبهای اجتماعی کرده است.

براساس تعریف ستاد ملی توانمندسازی سکونتگاه های غیررسمی «**بافت هایی هستند که عمدتاً مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده اند و بدون مجوز و خارج از برنامه ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری (طرح های جامع و تفصیلی) در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده اند، عمدتاً فاقد سند مالکیت هستند و از نظر ویژگی های کالبدی و برخورداری از خدمات رفاهی، اجتماعی و فرهنگی و زیرساخت های شهری شدیداً دچار کمبود هستند**» (مناطق حاشیه نشین همان سکونتگاه های غیررسمی هستند که خارج از محدوده و در حریم شهر قرار دارند).

۱ فرهنگ فارسی به فارسی عمید - حامد دبانی - انتشارات سعدی - ص ۱۷۸

۲ آسیب شناسی اجتماعی - فرهنگی نقاط حاشیه نشین و ارتباط آن با جرائم - علی شریفی ، مونا محمدی

تاریخچه حاشیه نشینی در ایران و جهان

براساس مطالعات سازمان ملل «حاشیه نشینی و آلونک نشینی چالش اصلی هزاره سوم خواهد بود». در سال ۲۰۱۲ حدود ۳۳ درصد جمعیت شهری (حدود یک میلیارد نفر) در جهان به عنوان حاشیه نشین های شهرها شناخته شدند. این رقم برای کشورهای غرب آسیا که شامل ایران نیز می شود، ۲۵ درصد جمعیت شهری ذکر شده است. برآورد می شود که در ۵ سال آینده (یعنی سال ۲۰۲۰) رقم کل حاشیه نشینان شهری جهان تقریباً به ۱۴۰۰ میلیون نفر و تا سال ۲۰۳۰ به ۲ میلیارد نفر افزایش یابد.

حاشیه نشینی امروزه ریشه در قرن شانزدهم میلادی دارد. هجوم شتاب آلود فقرای جویای شغل مهاجر به لندن و ایجاد نیاز گسترده به سرپناه، ساخت و ساز غیرقابل کنترل مساکن محقر و استفاده ملاکین وقت از این فرصت برای اجاره منازل تقسیم شده بین چند/ین خانوار، منجر به تشکیل محلات پرجمعیت فقیرنشین در مرکز شهر شد. با تداوم مهاجرت ها، فضاهای فیزیکی قبلی بازهم بین افراد تقسیم و منجر به شکل گیری محلات شلوغ و کثیف گردید. در این وضعیت نابسامان، حضور متراکم مردم؛ فقر غیرقابل اجتناب و ناامیدی جمعیت باعث بهم ریختگی طبقات اجتماعی شد. فقر و تداوم آن منجر به استثمار مردم گردید و اماکن شلوغ، پاتوق سارقین و سایر مجرمان شد و همین موضوع، استیگما (انگ و تبعیض) را به فقر و حاشیه نشینی اضافه نمود.

جدول شماره (۱): نسبت های شهرنشینی و حاشیه نشینی در مناطق مختلف جهان (2003, The challenge of slums)

نام منطقه	درصد شهرنشینی	درصد حاشیه نشینی از جمعیت شهرنشین
جهان	۴۷/۷	۳۱/۶
توسعه یافته	۷۵/۵	۶
اروپا	۷۳/۵	۶,۲
مناطق در حال توسعه	۴۱	۴۳
آسیا	شرق	۳۹
	جنوب - مرکزی	۳۰
	جنوب - شرق	۳۸
	غرب	۶۵
		۳۳



مطالعات مختلف نشان می‌دهند شاخص‌های سلامتی بیشتر در گرو سطح توسعه یافتگی هستند تا تفاوت‌های منطقه‌ای. مقایسه شاخص‌های سلامتی بین کشورهای توسعه یافته، در حال توسعه و کمتر توسعه یافته این تفاوت‌ها را بخوبی نشان می‌دهند. مقیاس‌های سنجش پیامد سلامتی در جوامع امروزی عبارتند از امید زندگی، مرگ کودکان و مرگ مادران باردار. مقایسه میزان‌های مرگ و ابتلا مشخص می‌کند که شاخص امید زندگی ساکنان مناطق شهری بالاتر از ساکنان مناطق روستایی است. این شاخص در مناطق حاشیه نشین حتی پایین‌تر از مناطق روستایی است. به عبارت دیگر، شانس بقای حاشیه نشین‌ها عملاً نه تنها کمتر از هموعان شهرنشینی که در آن زندگی می‌کنند، است بلکه پایین‌تر از ساکنین مناطق روستایی نیز می‌باشد که از آنجا کوچ کرده‌اند. بیماری‌ها در جوامع فقیر معمولاً با محیط غیرسالم، فقدان خدمات جمع‌آوری زباله، وجود جانوران موذی، کیفیت بد هوای داخل منازل ناشی از نبود تهویه مناسب و وجود سوخت نامناسب، سوانح و حوادث بخصوص برای کودکان همراه است. آخرین مطالعات نشان داده‌اند که فقدان/کمبود اتاق‌های مناسب می‌تواند باعث افزایش



۲۵ درصدی خطر ناتوانی یا ابتلا به بیماری‌های شدید در طول حیات شود.

در جهان امروز شاخص‌های سلامتی مردمان فقیر پایین‌تر از ثروتمندان است و با ابتلای یکی از اعضای خانوار بویژه سرپرست خانوار به بیماری، سطح فقر خانواده بدتر شده و به طبقه پایین‌تری رانده می‌شود (Capability poverty).. در مناطق شهری دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامتی ناشی از نظام‌های مالی مترتب بر آن معمولاً مختص ثروتمندان بوده و فقرا بدلائیل مختلف از جمله فقدان منابع مالی، ضعف آگاهی، وجود بینش‌های خاص فرهنگی، فقر غذایی، سوء تغذیه و فقر محیط زندگی از این خدمات کمتر بهره‌مند هستند.

جمعیت کشور ایران به عنوان شانزدهمین کشور پرجمعیت جهان طی سالهای ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۰ به میزان ۲/۲۳ برابر افزایش یافته است. رشد جمعیت شهری کشور طی همین مدت بیش از ۵ برابر بوده است. طی سال‌های گذشته

به جز در شهرهای بزرگ کشور، تنها در استان تهران پدیده جدیدی بروز کرده که تقریباً غیر متعارف بوده است و آن افزایش انفجاری جمعیت روستایی یا همان حاشیه نشینی استان تهران است.

نتایج سرشماری سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از کل جمعیت حاشیه نشین در ایران، حدود ۱۰ میلیون نفر در سرشماری همکاری کردند. براساس گزارش ستاد ملی بازآفرینی پایدار شهری این افراد تاکنون در بیش از ۷۰۰ سکونتگاه غیررسمی در کشور زندگی می کنند. براساس همین سرشماری، جمعیت ساکن در سکونتگاه های غیررسمی و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر (یکی از برنامه های تحول در بخش بهداشت) به تفکیک استان به قرار زیر می باشد.

جمعیت ساکن در مناطق حاشیه شهر، سکونت گاه های غیر رسمی و شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر به تفکیک دانشگاه/دانشکده - بهمن ۱۳۹۳

ردیف	دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی	جمعیت حاشیه شهر یا سکونت گاه غیررسمی	جمعیت شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر
۱	تبریز	۵۰۵۳۵۶	۳۱۷۰۸۰
۲	ارومیه	۴۲۹۶۷۱	۲۷۵۶۹۵
۳	اردبیل	۲۲۴۳۱۰	۷۵۵۷۵
۴	اصفهان	۴۱۹۶۲۱	۳۹۵۹۰۷
۵	ایلام	۵۲۳۳۰	۹۲۴۵۱
۶	ایران	۳۴۴۷۰۵	۱۶۰۷۲۰
۷	بابل	۴۰۰۰	۲۷۵۰۸
۸	بوشهر	۳۶۰۰۰	۹۴۸۱۶
۹	بیرجند	۴۰۰۰	۱۱۵۱۵۳
۱۰	تهران	۳۱۶۸۱۸	۷۹۴۳۳
۱۱	چهرم	۱۲۸۵۸۹	۰
۱۲	شهرکرد	۴۳۷۸۱	۱۸۲۲۴۲

ردیف	دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی	جمعیت حاشیه شهر یا سکونت گاه غیررسمی	جمعیت شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر
۱۳	مشهد	۱۱۹۳۱۹۶	۲۹۱۰۲۰
۱۴	بجنورد	۱۰۵۶۶۴	۲۳۸۴۰
۱۵	اهواز	۱۲۴۴۹۰۳	۱۸۳۶۳۵
۱۶	رفسنجان	۷۰۰۰	۰
۱۷	زابل	۱۰۲۷۰	۰
۱۸	زنجان	۱۷۳۱۸۶	۳۱۶۶۴
۱۹	سبزوار	۴۳۰۱۷	۰
۲۰	سمنان	۴۵۰۰۰	۷۱۶۱۴
۲۱	زاهدان	۴۳۲۱۴۹	۶۸۱۶۶
۲۲	شاهرود	۱۳۶۰۵	۰
۲۳	شهیدبهشتی	۲۰۰۰۰۰	۱۷۲۳۱۵
۲۴	شیراز	۴۵۳۷۸۲	۲۶۹۶۱۰
۲۵	فسا	۱۳۵۰۰	۰
۲۶	قزوین	۱۳۲۴۱۵	۱۱۹۰۹۷
۲۷	قم	۳۰۰۰۰۰	۰
۲۸	کاشان	۴۰۱۸۸	۰
۲۹	کردستان	۳۲۶۹۸۸	۵۰۹۰۸
۳۰	کرمان	۴۸۰۱۳	۱۴۳۶۲۲
۳۱	کرمانشاه	۱۸۱۸۵۶	۲۹۵۹۰۸
۳۲	یاسوج	۱۲۰۸۰۳	۳۷۰۰۰
۳۳	گلستان	۶۲۳۸۴	۱۷۰۸۹۴
۳۴	گناباد	۱۶۰۳۵	۴۱۵۶۵
۳۵	گیلان	۱۴۶۳۵۹	۱۴۹۸۹۷
۳۶	لرستان	۱۳۲۴۰۰	۱۰۹۳۴۸
۳۷	ساری	۱۱۰۰۰۰	۱۹۷۱۹۹

ردیف	دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی	جمعیت حاشیه شهر یا سکونت گاه غیررسمی	جمعیت شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر
۳۸	اراک	۱۵۰۱۰۸	۱۲۸۹۳۹
۳۹	هرمزگان	۲۳۷۵۳۹	۱۵۸۳۱۲
۴۰	همدان	۱۷۴۴۷۱	۹۸۲۶۳
۴۱	یزد	۱۰۹۶۷۲	۹۸۶۰۲
۴۲	البرز	۱۰۰۰۴۸۲	۱۰۳۸۱۹
۴۳	جیرفت	۱۴۵۷۷	۴۳۵۱۳
۴۴	تربت حیدریه	۷۰۰۰۰	۰
۴۵	دزفول	۸۲۸۷۰	۰
۴۶	نیشابور	۴۹۱۶۱	۰
۴۷	بم	۹۱۳۴	۰
۴۸	آبادان	۱۱۲۶۱۶	۸۱۹۱۴
۴۹	ایران شهر	۲۳۷۰۰	۰
۵۰	مراغه	۵۳۷۲۹	۰
۵۱	بهبهان	۳۲۱۳۶	۰
۵۲	لارستان	۱۷۰۰۰	۲۳۳۳۹
۵۳	گراش	۰	۳۳۳۹۷
۵۴	شوشتر	۸۴۸۶۶	۰
۵۵	ساوه	۲۰۴۸۴	۰
۵۶	اسفراین	۷۰۰۰	۰
۵۷	اسدآباد	۵۴۰۰	۰
۵۸	تربت جام	۱۴۹۵۳	۰
کشور			۴۹۳۱۹۵۶
کل جمعیت حاشیه شهر ها و ساکنین شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر=۱۵۲۱۲۲۲۶			۱۰۲۸۰۲۷۰



همانطور که آمارها نشان می دهد حاشیه نشینی و مهاجرت از روستا به شهر در ایران روندی ناموزون و نگران کننده دارد. در سده اخیر به دنبال رشد روابط و مناسبات سرمایه داری، تحولات و دگرگونی های اقتصادی و اجتماعی شگرفی پدید آمده است. این روند از ابتدای روی کار آمدن دوره پهلوی تا سال ۱۳۴۰ کند می نمود، در دهه ۴۰ با اصلاحات ارضی، افزایش قیمت نفت و احراز جایگاه برتر در تامین درآمد و بالا رفتن میزان مهاجرت روستاییان به شهرها به امید اشتغال، افزایش یافت. وقوع انقلاب، جنگ تحمیلی، مهاجرت افغانیان، جابجایی جمعیت از مناطق جنگ زده و ورود بخشی از نیروهای جوان به شهرهای بزرگ و متوسط بر توسعه شهرها افزود.

بروز اغتشاشات سیاسی و امنیتی ناشی از انقلاب برای طبقات پایین موجب شد بخشی از زمین های فاقد مالک به تصرف مردم درآمده و اسکان حاشیه نشینان در قلب شهرها پدید آمد.

مشخصات حاشیه نشینان:

حاشیه نشینان گروه های محروم اجتماعی اند که هم از نظر اقتصادی و هم از نظر اجتماعی در مکانی در حاشیه قرار گرفته اند. حاشیه نشینی مختصاتی جهان شمول دارد که از آن میان می توان به فقر، نبود حداقل شرایط بهداشتی، بی بهره ماندن از خدمات شهری، نبود دسترسی یا بی رغبتی نسبت به آموزش و پرورش، اضطراب دائمی به علت استفاده غیرمجاز از زمین، آب، برق ... و تحقیر اجتماعی به عنوان اعضای بی طبقه جامعه و وجود زمینه مساعد گسترش آسیب های اجتماعی نام برد.

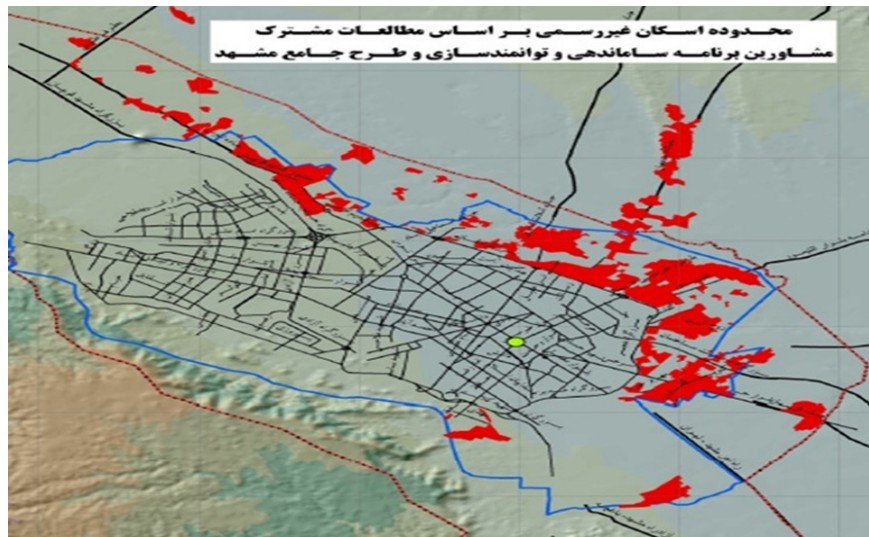
از دیگر مشخصات بارز این مناطق، نداشتن امکانات اولیه بهداشتی، نبود شبکه فاضلاب یا دفع غیر بهداشتی آن، رهاسازی زباله، غیربهداشتی بودن مساکن و نداشتن تهویه و سرویس مناسب بهداشتی و فضای مکفی و تراکم بالای جمعیت و حداقل برخورداری از خدمات رفاهی می باشد. براساس مطالعه ای که با عنوان تحلیل شاخص های اجتماعی اقتصادی محلات حاشیه نشین و ارتباط آن با جرائم شهری در دو محله حاشین نشین اصفهان انجام شده است از ۱۴۵۱۶ نفر جمعیت مورد مطالعه حدود ۸۰ درصد آنها یمه نبوده اند و حدود ۶۵ درصد ساکنین اعلام کرده اند که از خدمات و امکانات اولیه بهداشتی بی بهره اند.

در میان مشکلات ناشی از حاشیه نشینی و تبعات آن، مشکلات مربوط به سلامت روانی افراد ساکن در این مناطق تاثیر بسزایی در بروز ناهنجاری های اجتماعی و رفتارهای نامناسب حاشیه نشینان دارد.

براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان به قابلیت برقراری ارتباط هماهنگ و موزون با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها، مشکلات و تمایلات فردی بطور منطقی، عادلانه و مناسب اطلاق می شود.

از آنچه که گفته شد، چنین برمی آید که با توجه به رسالت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی

بر تامین سلامت جسمی و روانی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی، انجام مداخلاتی در جهت بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی این بخش از جمعیت کشور توسط وزارت بهداشت ضرورت دارد. ولی با در نظر گرفتن پیچیدگی مشکلات موجود در این مناطق و ویژگی های برشمرده شده از قبیل مشکلات مربوط به وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی این افراد، ضرورت دارد علاوه بر وزارت بهداشت، سایر ارگان ها و سازمان های دولتی و غیردولتی مانند وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، وزارت کشور به ویژه شهرداری ها، وزارت آموزش و پرورش و NGO ها در انجام این مهم همکاری داشته باشند و با طراحی روش مناسبی در تعامل با یکدیگر به رفع مشکلات اصلی و برآوردن حداقل امکانات ضروری به منظور بهتر زیستن حاشیه نشینان بکوشند.



مطالعات حاشیه نشینی در کشور

مطالعات متعددی از وضعیت حاشیه نشینی و مشکلات و معضلات مربوط در کشور انجام شده است که در زیر خلاصه ای از این مطالعات می آید:

۱. مقایسه میانگین رشد وزنی و قدی کودکان مدارس دولتی حاشیه و غیر انتفاعی

علی سهرابی- فصلنامه پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی زاهدان (طیب -شرق) سال ۸- شماره ۲- ص ۱۵۱ تا ۱۵۹

به دلیل رشد بالای جمعیتی در مناطق حاشیه ای و شرایط نامناسب اقتصادی اجتماعی آنان:

- از نظر قدی: هر پنج گروه دانش آموزان دبستان های حاشیه ۳ تا ۵ سانتی متر کوتاه تر از همسالان خود در دبستان های غیر انتفاعی اند. ($p > 0.05$) . همچنین، از نظر وزن اختلاف در هر پنج گروه سنی تا ۶ کیلو گرم می رسد. ($p > 0.05$)
- نتیجه گیری: وضعیت اقتصادی- اجتماعی در رشد جسمی کودکان بسیار موثر است.

۲. بررسی چالش های حاشیه نشینی در شهرستان کودشت استان لرستان

یاسر محمدی- پژوهش های جغرافیای انسانی- شماره ۶۶- زمستان ۸۷- ص ۸۵ تا ۹۸

طبق نتایج این بررسی، چالش های حاشیه نشینان بترتیب اهمیت در قالب ۵ دسته طبقه بندی می شود:

- چالش های اجتماعی - فرهنگی
- چالش های زیستی
- چالش های اقتصادی
- چالش های آموزشی - بهداشتی
- چالش های رفاهی



اولویت بندی چالش های حاشیه نشینی از دیدگاه پاسخگویان مطالعه

ردیف	چالش های حاشیه نشینی	میانگین رتبه ای	اولویت
۱	نبود یا نامناسب بودن سیستم فاضلاب	۸۳/۱۳	۱
۲	عدم رسیدگی شهرداری ها به این مناطق	۴۶/۱۳	۲
۳	مشکل مالی و کمبود در آمد	۴۴/۱۳	۳
۴	انحرافات اجتماعی مانند اعتیاد برای فرزندان	۰۴/۱۳	۴
۵	بیکاری و نداشتن شغل دائم	۶۶/۱۲	۵
۶	عدم امنیت اجتماعی برای خود و فرزندان	۲۲/۱۲	۶
۷	پایین بودن سطح بهداشت عمومی و سلامتی	۹۴/۱۱	۷
۸	کمبود امکانات رفاهی و تفریحی برای فرزندان	۸۳/۱۱	۸

۳. آمار مرگ و میر بویژه درمورد کودکان و مادران در مناطق حاشیه بسیار بالاست به گونه ای که مرگ و میر کودکان زیر پنجسال در این نواحی، ۵ برابر مناطق غیر حاشیه است (مارتینزو همکاران، ۲۰۰۳).
۴. در یک بررسی همه گیر شناسی معلوم شد بیش از ۹۰ درصد از ساکنان یک حاشیه نشین به بیماری انگلی مبتلا هستند. (جلالی ۵۷: ۱۳۷۰)
۵. در حاشیه شهرها جزء D از شاخص DMFT حدوداً ۱۰۰ درصد دندان پوسیده است (سیمای سلامت دهان و دندان کودکان ایرانی در سال ۱۳۸۳، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)
۶. التهاب و بیماری های لثه بیشتر از نقاط دیگر شهر است (حجت ا... احمدی، بررسی وضعیت سلامت و بیماری لثه توسط شاخص CPI در افراد ایرانی گروه های سنی ۱۹-۱۵ سال و ۴۴-۳۵ سال در استان کردستان در سال ۱۳۸۰)
۷. در بررسی شیوع مصرف مواد (سیگار، مواد مخدر و...) دردانش آموزان سوم دبیرستان شهر نظر آباد در



سال ۱۳۸۷ (توسط خانم قویدل و همکاران) نشان داده شد که میزان مصرف در پسران حاشیه شهر بیشتر است
 ۸. بین متغیرهای مستقل (نوع منزل مسکونی، تحصیلات، وضعیت اشتغال، شغل پدر، طبقه اجتماعی و محل سکونت [حاشیه و غیر حاشیه]) با متغیر وابسته (ارتکاب جرم) رابطه معنی داری وجود دارد (عوامل مؤثر بر ارتکاب جرم زنان در شهر اهواز: معصومه باقری، حسین ملفت)

۹. میزان گرایش به اعتیاد در گروه‌هایی از قبیل بیکاران، بی سوادان، روستاییان، حاشیه نشینان شهرها، ...، بالا و دارای تفاوت معنی دار است (بررسی میزان گرایش به اعتیاد در سنین بالای ۱۰ سال در اردیبهشت ۱۳۸۱-بهزاد ستاری و همکاران)

۱۰. مطالعه شیوع سل در ۱۵۳۱ بیمار سل ریوی اسمیر مثبت به میزان ۶۵ در ۱۰۰۰۰۰ در حاشیه شهر سنندج می باشد. نسبت به ۸ در ۱۰۰۰۰۰ سایر نواحی (دکتر منوچهر رشیدیان ۱۳۸۳)

۱۱. مطالعه آقای دکتر بهرامی در سنندج و در سال ۱۳۸۷: از نظر ناهنجاری جرایم خلاف اخلاق مانند دزدی، ۵۶ درصد؛ نزاع های دسته جمعی ۶۴ درصد؛ معتادان ۵۳/۳ درصد؛ بیش از ۷۵ درصد دستفروشی ها؛ و ۳۴

درصد جرایم جنسی از افراد حاشیه نشین هستند.

از آنچه که گفته شد، چنین برمی آید که با توجه به رسالت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی بر تامین سلامت جسمی و روانی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی، انجام مداخلاتی در جهت بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی این بخش از جمعیت کشور توسط وزارت بهداشت ضرورت دارد. ولی با در نظر گرفتن پیچیدگی مشکلات موجود در این مناطق و ویژگی های برشمرده شده از قبیل مشکلات مربوط به وضعیت اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی این افراد، ضرورت دارد علاوه بر وزارت بهداشت، سایر ارگان ها و سازمان های دولتی و غیردولتی مانند وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی، وزارت کشور به ویژه شهرداری ها، وزارت آموزش و پرورش و NGO ها در انجام این مهم همکاری داشته باشند و با طراحی روش مناسبی در تعامل با یکدیگر به رفع مشکلات اصلی و برآوردن حداقل امکانات ضروری به منظور بهتر زیستن حاشیه نشینان بکوشند.

با توجه به وضعیت بار بیماری های کشور و توسعه شهرنشینی و حاشیه شهرها در دهه های گذشته لازم است الگوی ارایه خدمات سلامت در شبکه های بهداشتی درمانی تغییر یابد. با این ضرورت الگویی به منظور پوشش جامع و همگانی سلامت در مناطق حاشیه نشین شهرها طراحی شده است. نقاط تمرکزی که الگوی بازطراحی شده پاسخ در خور برای آن ارایه می دهد به شرح زیر است :

۱. حقوق و تکالیف سلامت شهروندان (خودمراقبتی و مشارکت) با هم ملحوظ شود
۲. پاسخگوی باربیماری های کشور بویژه بیماری های غیرواگیر باشد
۳. هدف، ارتقای عادلانه کیفیت زندگی شهروندان باشد
۴. خدمات، کارا، هزینه اثربخش و مبتنی بر شواهد باشد
۵. از امکانات موجود استفاده شده و مشارکت تدریجی بخش خصوصی و غیردولتی فراهم شود
۶. خدمات از نیروهای با تحصیلات کافی و دارای توانایی روزآمد شدن خرید راهبردی شود
۷. خدمات فعال باشد، بازاریابی اجتماعی برای بهره مندی از خدمات انجام شود
۸. خدمات حفاظت از سلامت مردم (همکاری بین بخشی و مولفه های اجتماعی سلامت) ادغام شود
۹. سطح بندی خدمات و ارجاع ملحوظ شود
۱۰. خدمات جامع (همه ابعاد) برای همه گروه های سنی متناسب با اولویت بار بیماری ارایه شود



۱۱. غربالگری بیماری‌ها و مراقبت فعال از موارد مزمن به طور

تیمی باشد

۱۲. خدمات قبلی بیماری‌های واگیر و گروه سنی مادر و

کودک تقویت و یکپارچه شود

۱۳. مبتنی بر نوآوری و فن آوری روز باشد

۱۴. اطمینان سیاست گذار و اعتماد مردم را به همراه داشته باشد

۱۵. عدالت جغرافیایی در ارائه خدمات برای شهر و حاشیه شهر

، روستا و عشایر ملحوظ شود

۱۶. قیمت خدمات سطح یک برای مردم حداقل باشد

۱۷. از همه ظرفیت‌های منطقه مرتبط به جمعیت تحت پوشش

استفاده شود (سطح یک، دو و سه)

ویژگی‌های اصلی این مدل که خدمات آن را از قبل متمایز

می‌کند عبارتند از:



غربالگری جمعیتی عوامل خطر (مبتنی بر شواهد)، تضمین مراقبت

از بیماران مزمن غیرواگیر در سطح یک توسط تیم سلامت (پزشک

و کارشناسان آموزش دیده در مرکز آموزش عالی سلامت شهرستان

، مداخله برای ارتقای سلامت اجتماعی (علاوه بر سلامت جسمی و

روانی) و ارتقای خود مراقبتی مردم

هدف اصلی:

افزایش دسترسی تمامی ساکنین حاشیه شهرها و سکونتگاه‌های

غیررسمی به خدمات بهداشتی درمانی ضروری، برقراری عدالت در

سلامت و ارتقاء وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی آنان



اهداف اختصاصی:

- برقراری عدالت در سلامت برای جمعیت حاشیه نشین کشور باید حداقل، خدماتی که به ساکنین روستایی و شهرنشین توسط دولت ارائه می شود به این جمعیت شاکن در حاشیه نشین ها هم ارائه گردد (Equity).
- افزایش پوشش خدمات جامع سلامت با محوریت عوامل تعیین کننده اجتماعی (Social Determinants of Health) یا (Quality).
- پایداری خدمات بهداشت و درمان در مناطق حاشیه نشین کشور با ایجاد همکاری بین بخشی و مشارکت مردمی (Sustainability).

هدف کلی برنامه ارتقاء سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی افراد تحت پوشش از طریق آموزش و ارائه خدمات سلامت است. در این راستا و در ابتدای اجرای برنامه، ارائه مراقبت های اولیه سلامت و خدمات بهداشت عمومی در پایگاه های سلامت (اولین نقطه تماس جامعه با تیم سلامت) با اولویت واگذاری به بخش غیردولتی و با حضور نیروهای بهداشتی (مراقب سلامت) برای متوسط جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر آغاز گردید. خاطرنشان می سازد تمامی خدمات تعریف شده در ۱۱ بسته خدمت توسط مراقبین سلامت به صورت رایگان به جمعیت تحت پوشش ارائه می شوند.

خلاصه برنامه گسترش خدمات اولیه بهداشتی، درمانی (PHC) در حاشیه شهرها و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر

نکات برجسته برنامه

- اختصاص یک پایگاه سلامت برای هر ۱۲۵۰۰ نفر
- اختصاص یک مرکز سلامت جامعه برای هر ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر (بازای هر ۲ تا ۴ پایگاه سلامت)
- تبدیل کارشناسان/کاردانان بهداشت عمومی، خانواده، مبارزه با بیماری، مامایی و پرستاری به «کاردان/کارشناس «مراقب سلامت خانواده»
- بکارگیری ۱ نفر مراقب سلامت خانواده برای هر ۲۰۰۰ نفر
- تدارک بسته خدمات جامع
- افزایش مراقبت و غربالگری در بیماری های غیرواگیر بصورت مستمر و فعال از طریق کارشناس مراقب سلامت خانواده
- اجرای برنامه خودمراقبتی با بهره گیری از خدمات سفیران سلامت خانوار، داوطلبان سلامت و آموزش خانواده ها با بهره گیری از نیروهای موجود
- منظور کردن خدمات کارشناسان روانشناس و تغذیه برای مناطق با جمعیت حدود ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر در مرکز سلامت جامعه
- ارائه خدمات مراقبتی به صورت فعال
- ارتقا سیستم مدیریتی و نظارتی برنامه

شرح برنامه

مراقبت‌های سلامت به صورت فعال و در دو سطح در اختیار افراد تحت پوشش گذاشته می‌شود:

- سطح اول (پایگاه سلامت)
- پایگاه‌های بهداشت موجود به پایگاه‌های سلامت تبدیل می‌شوند.
- بسته خدمات سطح اول توسط مراقب سلامت خانواده مستقر در پایگاه سلامت ارایه می‌گردد.
- این دسته از خدمات با اولویت برون‌سپاری و خرید خدمت از بخش غیردولتی فراهم و ارایه می‌گردد. در صورت نبود داوطلب برای واگذاری ارایه خدمات در بخش غیردولتی، باید خدمات از طریق بخش دولتی ارایه شود.
- سطح دوم (مراکز سلامت جامعه): با راه‌اندازی به صورت برون‌سپاری یا تبدیل مرکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه، پذیرای ارجاعات افقی از پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود خواهند بود.
- خدمات مشاوره‌ای توسط کارشناس تغذیه و رژیم درمانی؛ کارشناس روانشناسی به موارد ارجاعی از پایگاه سلامت ارایه می‌شود.
- خدمات درمانی و مراقبت از بیماران/دارندگان عامل خطر بیماری‌های هدف توسط پزشک ارایه می‌شود.
- سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی و آزمایشگاهی نیز در مرکز سلامت جامعه و در صورت نیاز توسط موسسات دولتی و غیردولتی موجود در محل ارایه می‌شوند.
- خدمات تصویربرداری پزشکی با استفاده از موسسات دولتی و غیردولتی موجود در محل تامین و ارایه خواهد شد.
- افراد در صورت نیاز و صلاحدید پزشک، به بیمارستان ارجاع داده می‌شوند.

مراحل اجرایی کار راه‌اندازی یک پایگاه سلامت:

راه‌اندازی پایگاه سلامت براساس این دستورعمل و در برنامه تحول نظام سلامت حوزه بهداشت چه به صورت راه‌اندازی جدید (برونسپاری یا دولتی) و چه به صورت تبدیل پایگاه بهداشت به پایگاه سلامت باید مراحل زیر را دربر داشته باشد:

- شناسایی جمعیت تحت پوشش



- توزیع جمعیت براساس بلوک جغرافیایی منطقه بین مراقبین سلامت
- تهیه نقشه منطقه تحت پوشش پایگاه سلامت و تعیین محدوده هر مراقب سلامت بر روی آن
- فراخوان مردم برای حضور در پایگاه سلامت و تشکیل پرونده (از شیوه های مختلف اطلاع رسانی در منطقه استفاده شود)
- جمع کردن مردم منطقه و اعلام فعالیت پایگاه سلامت و شرح وظایف آن، معرفی مراقبین سلامت و شیوه ارجاع یا حضور در اجتماعات مردم یا از طریق معتمدین، داوطلبان و ...
- تشکیل پرونده سلامت برای خانوارهای تحت پوشش توسط هر مراقب.
- ثبت داده های هر مراقب سلامت از جمعیت تحت پوشش خود بر روی زیج حیاتی موجود بر دیوار
- انجام خدمات منطبق بر بسته خدمت شامل وظایف محوله به مراقب سلامت در برنامه های مختلف به

تفکیک گروه‌های سنی و مادران باردار

- شناسایی مدارس موجود در محدوده جغرافیایی هر مراقب سلامت و بازدید از مدارس (در بازدید از دبیرستان‌های پسرانه، همراهی مراقب سلامت مرد ضروریست)
- شناسایی مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش توسط هر مراقب و ثبت و گزارشدهی آن به مرکز سلامت جامعه مربوط
- دعوت از مردم برای خدمات داوطلبانه و ارتباط با داوطلبین سلامت و سفیران سلامت
- شناسایی خیرین و معتمدین محل و کمک گرفتن از آنها برای ارائه خدمات بهتر
- ثبت شرح وظایف مراقبین سلامت به صورت خوانا بر دیوار بطوریکه برای مراجعه کننده مشخص باشد
- ثبت ساعت کار پایگاه سلامت بر تابلوی اعلانات پایگاه
- رعایت ارائه دهندگان خدمت درمورد نصب کارت شناسایی و لباس فرم
- ارجاع موارد نیازمند به کارشناس تغذیه و پزشک و پیگیری دریافت بازخورد مراقبت‌های تغذیه ای موارد ارجاع شده
- اجرای برنامه مکمل یاری دانش آموزان از ابتدای سال تحصیلی و مکمل یاری ویتامین د میانسالان و سالمندان و مکمل‌های مادران باردار
- آموزش و ارائه توصیه‌های تغذیه ای و آموزش گروهی تغذیه به گروه‌های سنی و به جامعه در داخل یا خارج از مرکز (یک روز در هفته)
- آموزش و ارائه توصیه‌های سلامت روان براساس بسته خدمت به گروه‌های سنی و به جامعه در داخل یا خارج از مرکز (یک روز در هفته)
- ارجاع موارد نیازمند به کارشناس سلامت روان و پزشک و پیگیری دریافت بازخورد مراقبت‌های مربوط به ارجاع شده
- پیگیری فعال خدمات به شیوه‌های مختلف
- گزارش مشکلات اجرایی به مدیر اجرایی و مشکلات فنی به پزشک مسوول مرکز سلامت جامعه
- شرکت مسوول پایگاه سلامت در جلسات هماهنگی مرکز سلامت جامعه

شرح وظایف پایگاه سلامت

- سرشماری سالانه/ دوره ای و ثبت اطلاعات یا بهنگام کردن داده های جمعیتی
- شناسایی واحدهای ارایه دهنده خدمت توسط سایر بخش ها در منطقه
- شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن
- تشکیل پرونده سلامت خانوار
- ارایه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش و پیگیری آنها (با استفاده از داوطلبین، سفیران سلامت، ارسال پیامک، تلفن و ... و پیگیری درب منزل)
- تشویق جامعه به مشارکت در برنامه های مرتبط با ارتقای سلامت خود، خانواده و جامعه (سفیران سلامت خانوار، داوطلبان سلامت محلات، داوطلبان متخصص، شوراهای سازمان های مردم نهاد، خیرین ...)
- اجرای برنامه ملی خودمراقبتی
- آموزش بهداشت عمومی
- تشکیل شوراهای محلی بهداشت
- مراقبت از زنان باردار و سلامت باروری
- مراقبت از گروه های سنی شامل: کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان
- آموزش و مراقبت تغذیه ای
- بهداشت مدارس
- سلامت دهان و دندان
- بیماریابی
- انجام خدمات درمانی در حوزه اختیارات و آموزش های ارایه شده در بسته خدمت
- همکاری با سایر بخش های اجتماعی فعال در منطقه
- خدمات ارجاع به پزشک مرکز سلامت جامعه و کارشناسان تغذیه؛ سلامت روان؛ دندانپزشک؛ سلامت محیط و کار و ...

شرح وظایف مرکز سلامت جامعه

در درون یا جنب هر مرکز سلامت جامعه، یک پایگاه سلامت برای ارائه خدمات سطح اول وجود دارد که به پایگاه سلامت ضمیمه اصطلاح می شود. تمامی خدمات تعریف شده برای پایگاه سلامت، در این پایگاه نیز ارائه خواهد شد.

- خدمات ارجاعی و نظارتی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش ۲ تا ۴ پایگاه سلامت (جمعیت بین ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر) براساس دسترسی مناسب مردم.
- خدمات پزشکی به موارد ارجاع شده از پایگاه سلامت
- خدمات پرستاری
- خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی
- خدمات مشاوره فعالیت بدنی
- خدمات مشاوره و ترک دخانیات
- خدمات مشاوره ترک اعتیاد و رفتارهای پرخطر
- خدمات سلامت روان
- مراقبت و پیگیری مبتلایان یا دارندگان عوامل خطر بیماری های غیرواگیر و واگیردار هدف ارجاع شده از پایگاه های سلامت تحت پوشش و در صورت لزوم، ارجاع آنها به سطوح بالاتر
- خدمات سلامت محیط و حرفه ای
- خدمات توانمندسازی، خانواده و جامعه برای خودمراقبتی (مطابق بسته خدمت خودمراقبتی) در صورت ضرورت خدمات زیر نیز اضافه می شود:
- خدمت دندانپزشکی: بازای هر ۱۵۰۰۰ نفر، یک دندانپزشک
- خدمت آزمایشگاهی

تیم سلامت:

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی هستند که بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد قرار می دهند. اعضای تیم سلامت شامل: مدیر اجرایی مرکز، کاردان/کارشناس مراقب سلامت

خانواده؛ کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار؛ کارشناس تغذیه و رژیم غذایی؛ کارشناس سلامت روان؛ پرستاران/بھیاران؛ کاردان های پذیرش؛ پزشکان و در صورت لزوم دندانپزشکان و کارکنان آزمایشگاه هستند. باتوجه به اجرای بسته خدمت خودمراقبتی، جمعیت تحت پوشش و افراد و نمایندگان مردم و سازمان ها از جمله سفیران سلامت خانوار، داوطلبان سلامت و شوراهای ارتقای سلامت سازمان ها و محلات نیز جزو این گروه محسوب می شوند.

۱- مراقب سلامت خانواده

مراقب سلامت از بین دانش آموختگان کاردانی و کارشناسی رشته های بهداشت عمومی، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماری ها، مامایی و پرستاری بکارگیری می شود که پس از طی دوره آموزشی خاص به صورت تئوری و عملی و پس از کسب گواهی مربوط، به کاردان/کارشناس چندپیشه به نام «مراقب سلامت خانواده» تبدیل می شود. استمرار آموزش بصورت بازآموزی های یک روز در ماه (همانند آیین نامه بهورزی و براساس مشکلات و کمبودهای آموزشی افراد) نیز در نظر گرفته شده است.

شرح وظایف مراقب سلامت در تیم سلامت:

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس با استفاده از نتایج سرشماری
۳. شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت در منطقه
۴. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
۵. تشکیل پرونده و ثبت دفاتر، فرم ها و... براساس شرح خدمات
۶. ارایه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش براساس شرح خدمات
۷. ارایه خدمات آموزش و ارتقای سلامت و توانمندسازی افراد، سازمان ها و جوامع برای خودمراقبتی براساس برنامه ملی خودمراقبتی و بسته خدمت ابلاغی
۸. مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف
۹. غربالگری افراد براساس شرح خدمات به منظور تعیین سطح سلامت آنان (سالم، دارای عامل خطر، بیمار)
۱۰. پیگیری مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر
۱۱. ارجاع مراجعه کننده به سطح بالاتر در صورت لزوم براساس راهنمای اجرایی و بالینی و ارایه خدمات موردنیاز برای مراجعه کننده براساس پس خوراند دریافتی از سطوح بالاتر

۱۲. پیگیری موارد ارجاع شده
۱۳. دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
۱۴. بررسی سلامت محیط و توصیه‌های لازم براساس دستورعمل‌های ابلاغی
۱۵. ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و بهنگام براساس فرم‌ها، دستورعمل‌ها و تکالیف محوله
۱۶. سرشماری کارگاه‌های منطقه تحت پوشش و مجتمع‌های کارگاهی
۱۷. انجام خدمات مربوط به اپیدمیهای بیماری‌های واگیردار، بلایا و سایر خدمات درون جامعه
۱۸. نظارت بر اجرای برنامه‌های واگیردار

۲- پزشک عمومی/خانواده

شرح وظایف پزشک در تیم سلامت:

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
۳. مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش
۴. اجرای برنامه‌های آموزش و ارتقای سلامت
۵. اجرای برنامه ملی خودمراقبتی
۶. هماهنگی‌های درون بخشی و برون بخشی
۷. مراقبت از جامعه تحت پوشش براساس گروه‌های هدف تعیین شده و اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارایه خدمات سلامت
۸. پذیرش موارد ارجاعی و ارایه پس‌خوراند مناسب
۹. درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها
۱۰. ارجاع مناسب و بموقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر
۱۱. انجام اقدامات موردنیاز براساس پس‌خوراند
۱۲. ارزیابی خطر و ظرفیت پاسخ واحدهای ارایه خدمات در مواقع بحران
۱۳. ارزیابی امنیت غذایی در جمعیت تحت پوشش و اجرای برنامه‌های توانمندسازی مردم براساس ظرفیت‌های محلی

۱۴. نظارت بر عملکرد تیم سلامت

۱۵. پایش و ارزشیابی

۳- کارشناس تغذیه جامعه و مشاوره رژیم درمانی

شرح وظایف کارشناس تغذیه در تیم سلامت :

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
۳. انجام مطالعات میدانی و شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت تغذیه ای در منطقه (شناسایی فاکتورهای خطر مانند اضافه وزن و چاقی، لاغری، کم خونی، افزایش مصرف نمک، کمبود مصرف کلسیم و ویتامین D، افزایش مصرف روغن و)
۴. تدوین برنامه های مداخله ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای شناسایی شده در منطقه
۵. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر وجود عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
۶. انجام برنامه های موجود در بسته خدمت ابلای
۷. تجویز مکمل های غذایی (اسید فولیک، مولتی ویتامین، آهن) در موارد لزوم یا مطابق برنامه کشوری برای گروه های خاص
۸. آموزش به بیماران و موارد ارجاع شده
۹. اجرای برنامه های آموزشی گروهی
۱۰. نظارت بر برنامه های تغذیه ای شامل مکمل یاری، پایگاه های تغذیه سالم
۱۱. تنظیم رژیم غذایی برای بیماران یا افرادی که تغذیه ناسالم دارند
۱۲. شناسایی بیماران فشار خون بالا، دیابت، پوکی استخوان و اختلالات چربی خون، هیپوتیروئیدی، فنیل کتونوریا
۱۳. پیگیری درمان و اصلاح تغذیه بیماران فشار خون بالا، دیابت، پوکی استخوان و اختلالات چربی خون، هیپوتیروئیدی، و فنیل کتونوریا
۱۴. نظارت بر فروشگاه های عرضه مواد غذایی و پایش نمک های خوراکی به صورت موردی با همکاری کارشناس بهداشت محیط

۱۵. نظارت بر برنامه‌های تغذیه در مدارس شامل مکمل‌یاری، پایگاه‌های تغذیه سالم و مشارکت در برنامه‌های آموزشی تغذیه
۱۶. مشارکت در فعالیت‌های اجتماع محور (حمایت‌های تغذیه‌ای و توانمندسازی خانوارهای نیازمند، برگزاری جشنواره‌ها، مشارکت در برگزاری مناسبت‌های مختلف و..)
۱۷. مشارکت در اجرای برنامه خودمراقبتی
۱۸. عضویت در شورای اجتماعی محلات، مشارکت در برنامه‌های آموزشی فرهنگسرای محله و ..
۱۹. نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیت‌های مرتبط با غذا و تغذیه در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش
۲۰. قبول ارجاعات از مراقبین سلامت در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش و ارایه پس‌خوراند
۲۱. ارجاع موارد براساس بسته خدمت به پزشک مرکز

۴- کارشناس سلامت روان

شرح وظایف کارشناس سلامت روان در تیم سلامت

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
۳. انجام مطالعات میدانی و شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت روانی در منطقه (مانند مصرف دخانیات، سوء مصرف مواد مخدر، مصرف مشروبات الکلی، خشونت خانگی، بیکاری، میزان سواد و....)
۴. تدوین برنامه‌های مداخله‌ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای شناسایی شده در منطقه
۵. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر وجود عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
۶. انجام برنامه‌های موجود در بسته خدمت ابلاغی
۷. مشارکت آموزش‌های خود مراقبتی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۸. آموزش مهارت‌های فرزندپروری
۹. آموزش مهارت‌های زندگی
۱۰. غربالگری تکمیلی در سوء مصرف مواد، مداخله مختصر و پیگیری
۱۱. خدمات روانی-اجتماعی در درمان سوء مصرف کنندگان مواد

۱۲. آموزش های روانشناختی کاهش آسیب اعتیاد در مدارس
۱۳. آموزش های روانشناختی به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی (غیر سایکوز)
۱۴. آموزش گروهی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک
۱۵. آموزش گروهی بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک
۱۶. ویزیت در منزل بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک (در صورت لزوم و با همراهی مراقب سلامت مرد)
۱۷. پیشگیری از خودکشی
۱۸. مشاوره های عمومی
۱۹. عضویت در شورای اجتماعی محلات، مشارکت در برنامه های آموزشی فرهنگسرای محله و ..
۲۰. غربالگری تکمیلی سلامت اجتماعی
۲۱. آرایه حمایت های روانی - اجتماعی به بزرگسالان
۲۲. آرایه حمایت های روانی اجتماعی به کودکان
۲۳. نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیتهای مرتبط با سلامت روان در پایگاه های سلامت تحت پوشش
۲۴. قبول ارجاعات از مراقبین سلامت در پایگاه های سلامت تحت پوشش و آرایه پس خوراند
۲۵. ارجاع موارد براساس بسته خدمت به پزشک مرکز
۲۶. همکاری با سازمان های مردم نهاد و خیریه و بهزیستی برای کمک به نیازمندان و ایجاد اشتغال
۲۷. مشارکت در اجرای برنامه خودمراقبتی

بسته خدمات سلامت مورد تعهد این برنامه:

مجموعه ای از خدمات هزینه اثربخش و دارای اولویت همچون خدمات خودمراقبتی، خدمات سلامت عمومی، خدمات سلامت فردی سطح اول، و خدمات ویژه (تغذیه، سلامت روان و آسیب های اجتماعی) است که توسط تیم سلامت آرایه یا فراهم می شود.

بسته های خدمت سلامت این برنامه، شامل ۴ گروه خدمات اولیه فردی، عمومی، درمانی و خدمات ویژه به شرح

زیر هستند:

- خدمات سلامت عمومی: شامل بسته‌های خدماتی است که در حال حاضر برای جامعه و به صورت عمومی ارائه می‌شود مانند: خدمات بهداشت محیط (آب سالم، غذای ایمن و هوای پاک)؛ خدمات بهداشت مدارس؛ بهداشت حرفه‌ای؛ بهداشت اجتماعی، خدمات خودمراقبتی و خدمات خاص در اپیدمی‌ها و مدیریت خطر بلایا.
 - خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فردی: بسته‌های خدمات بهداشتی ادغام یافته در شبکه‌های بهداشت و درمان هستند که باید برحسب ساختار جمعیت تحت پوشش و گروه‌های مختلف سنی به آنها ارائه گردد مانند: برنامه‌های سلامت خانواده و جمعیت؛ سلامت باروری (مادران باردار، تعالی جمعیت)؛ واکسیناسیون؛ برنامه‌های مبارزه و کنترل بیماری‌های واگیردار، پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر؛ خدمات تغذیه، سلامت روان و برنامه ملی خودمراقبتی ... این بسته از خدمات، در مجموعه بسته خدمات سلامت سطح اول آمده است.
 - بسته خدمات درمانی: شامل خدماتی است که برحسب نیاز و درخواست فرد یا برای موارد ارجاعی از سوی کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده (دارای عوامل خطر یا بیماری هدف واگیردار/غیرواگیر) در سطح پزشک عمومی ارائه می‌شود.
 - سایر خدمات سلامت (ویژه): شامل خدماتی می‌شود که ارائه آن‌ها براساس مشکلات سلامت منطقه برگرفته از نیازسنجی، ضرورت می‌یابد و بسته خدمتی آن باید توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مشارکت دانشگاه فراهم شده و در اختیار ارائه‌دهندگان خدمت قرار گیرد مانند: خدمات توانبخشی، مبارزه و کنترل اعتیاد، خشونت، دخانیات و ...
- بسته‌های خدمت سلامت: تعریف دیگری که براساس گروه‌های سنی به عنوان بسته مراقبت‌های جاری سلامت و بسته مراقبت‌های بیماری یا عامل خطر با عنوان خدمات پیشگیری و ارتقای در گروه‌های سنی دسته‌بندی می‌شوند شامل:
- گروه کودکان شامل: تغذیه؛ شیرمادر؛ پایش رشد و نمو؛ واکسیناسیون و ...
 - گروه نوجوانان شامل: تغذیه؛ سلامت روان؛ پایش رشد و تکامل؛ واکسیناسیون؛ بیماری‌های واگیردار و

- غیرواگیر؛ شناسایی و کنترل عوامل خطر و ...
- گروه جوانان شامل: تغذیه؛ سلامت روان؛ بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر؛ شناسایی و کنترل عوامل خطر و ...
- گروه میانسالان شامل: تغذیه؛ سلامت روان؛ بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر؛ شناسایی و کنترل عوامل خطر و ...
- گروه سالمندان شامل: تغذیه؛ سلامت روان؛ بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر؛ شناسایی و کنترل عوامل خطر و ...
- سلامت باروری

بسته های خدمتی ویژه مناطق حاشیه شهری

- براساس وضعیت بیماری و شرایط اجتماعی ساکنین منطقه، در صورت لزوم بسته خدمتی خاصی برای گروه موردنظر تدوین شده و ارایه می گردد.
- ۱- پیشگیری و کنترل آسیب های اجتماعی
- خشونت:

- آموزش و آگاهی بخشی عمومی
- آموزش و آگاهی بخشی خانوار و فردی
- جلسات مشاوره فردی و خانوادگی
- گزارش به مراجع ذیربط
- اعتیاد:
- مشاوره ترک دخانیات و سوء مصرف مواد
- پیگیری
- هماهنگی بین بخشی-اشتغال
- فرار از منزل
- زنان ویژه

- طلاق
- رفتارهای پرخطر
- ۲ - ارتباطات و هماهنگی بین بخشی
- ۳ - مراکز ویژه زنان آسیب دیده اجتماعی
- حرفه آموزی و توانمند سازی آنان
- ایجاد اشتغال
- مهد کودک
- تغذیه رایگان
- درمان بیماری‌های منتقله از راه تماس جنسی حفاظت نشده و عوارض ناشی از آن

گزارش اقدامات انجام شده

در حال حاضر ۷۵ درصد پایگاه‌های مصوب و ۸۱ درصد مراکز سلامت جامعه مصوب در مناطق حاشیه شهر فعال شده (از طریق بخش دولتی و واگذاری به بخش غیردولتی) و در حال ارائه خدمت می باشند و حدود ۹۵ درصد جمعیت منطقه حاشیه نشین در پوشش برنامه قرار گرفته اند.

همچنین، تعداد نیروهای بکارگیری شده در این برنامه در کل دانشگاه‌های علوم پزشکی تا کنون، ۴۱۴۸ نفر مراقب سلامت، ۵۳۱ نفر کارشناس سلامت روان، ۴۷۷ نفر کارشناس تغذیه، ۲۰۸ نفر کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای و ۴۶۲ نفر پزشک عمومی می باشند.

واحد ها	پایگاه سلامت غیر ضمیمه	تجهیز شده		۱/۴۲۰
		تعمیر شده		۷۴۹
		مورد نیاز کل		۳/۰۵۵
		راه اندازی شده	برونспاری	۶۹۳
			دولتی	۴۴۴
			کل	۱/۱۳۷
	مراکز سلامت	تجهیز شده		۷۵۵
		تعمیر شده		۶۲۱
		مورد نیاز کل		۱۶۶۴
		راه اندازی شده	برونспاری	۱۹۷
			دولتی	۶۲۱
			کل	۸۱۸
جمعیت کل	تحت پوشش برنامه تحول شهری		۲۴/۴۳۷/۵۰۰	
	کل حاشیه نشین		۱۰/۱۷۵/۴۷۱	
	شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر		۴۲/۳۱۵/۹۹۳	
	شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر		۴/۵۹۹/۱۷۷	