

مرکز مدیریت سلامت شهری منطقه در کلان شهر تهران: سامانه ای مشارکتی برای ارتقای عدالت در سلامت

بهزاد دمازی: استادیار، گروه مولفه های اجتماعی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، تهران، ایران

عباس وثوق مقدم: استادیار، گروه هماهنگی سیاست های بخش سلامت، حوزه قائم مقام وزیر در امور سیاست گذاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران-نویسنده رابط: a.vosoogh@gmail.com

کامل شادپور: متخصص سلامت مادر و کودک، کارشناس مستقل نظام سلامت، تهران، ایران
محمدحسین سالاریان زاده: پزشک عمومی، مدیر گروه برنامه ریزی بین بخشی، حوزه قائم مقام وزیر در امور سیاست گذاری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

داود مقیمی: پزشک عمومی، معاون بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز، کرج، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۶/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۱۵

چکیده

زمینه و هدف: یکی از کارکردهای اساسی شهرداری ها به عنوان «نهاد اجتماعی» تامین، حفظ و ارتقای سلامت شهروندان است. به منظور توسعه عادلانه شبکه های خدمات سلامت در بستر شهری به ویژه حاشیه شهرها، تلاش های پراکنده ای صورت گرفته است. این مطالعه برای طراحی سامانه یکپارچه مرکز مدیریت سلامت شهری به اجرا درآمد.

روش کار: مطالعه به روش توصیفی و تحلیلی انجام شد. با استفاده از نظرات خبرگان و ذی نفعان، شواهد جهانی، تجربیات ملی و استنادات قانونی چارچوب مفهومی و الزامات برای طراحی مرکز مدیریت سلامت شهری در منطقه تدوین شد. بر اساس این چارچوب مفهومی، نظام نامه مرکز مدیریت سلامت منطقه تهیه گردید.

نتایج: مدل ارائه شده در این مطالعه پنج ویژگی مهم دارد که چالش های فعلی شبکه بهداشتی درمانی در شهر را با مشارکت شهرداری به عنوان نهادی اجتماعی و سایر سازمان ها پاسخگو است از آن جمله همکاری بین بخشی در مقابل حرکت انفرادی بخش دولتی سلامت، تعریف و ارائه خدمات سلامت اجتماعی و تاثیر گذاری در مولفه های اجتماعی سلامت، انجام خدمات فعال در مقابل خدمات غیرفعال، عدم تمرکز با تشکیل هیات امناء و یا شورای هماهنگی و مشارکت مستقیم مردم از سطح تصمیم گیری (از طریق عضویت در شورای هماهنگی) تا ارائه خدمات و عضویت های مرتبط.

نتیجه گیری: اجرای آزمایشی و ارزشیابی آن پیش از توسعه آن به سایر مناطق شهری توصیه می شود و برای توسعه آن به سایر شهرها، ضروری است که نظام نامه نهایی در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور بررسی و تصویب شود.

واژگان کلیدی: سلامت شهری، مدیریت سلامت منطقه، عدالت در سلامت، سامانه مشارکتی، همکاری بین بخشی، مشارکت مردم

مقدمه

بشمار می رود (HPC 2009). دولت ها نیز برای

پاسخگویی مسئولانه به نیاز سلامت مردم سامانه ای مشارکتی را شکل می دهند که نظام سلامت نامیده می شود.

این نظام مشتمل بر تمام سازمان ها، مؤسسات، افراد و منابعی می باشد که در ارائه خدماتی که هدف اولیه آن

ارتقای سلامت است مداخله دارند (Murray and Frenk 2000).

سلامت یکی از ارزش ها و نیازهای اساسی هر انسان

و حقی پذیرفته شده در مکاتب الهی و اسناد بین المللی

همچون اعلامیه جهانی حقوق بشر، حقوق بشر اسلامی و

بیانیه سازمان جهانی بهداشت است. حفظ و ارتقای

سلامت، مسئولیتی فردی، اجتماعی، سازمانی و حاکمیتی

است و یکی از پیش شرط های تحقق توسعه پایدار

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و پاسخگو نمودن آنها به نیازهای جامعه، نقشی به سزا ایفا نمود (Entezari et al., 2009). اما گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در دو دهه گذشته، تغییر سیمای بیماری از واگیر به غیرواگیر، مهاجرت از روستاها و افزایش جمعیت شهری و حاشیه شهرها و افزایش آگاهی و انتظارات مردم، مدیریت سلامت در شهرها را باچالش‌های فراوانی روبرو کرده است. اسکان روزافزون مهاجران در حاشیه شهرهای بزرگ کشور نیز، خدمت‌رسانی را با دشواری بیشتری مواجه خواهد ساخت. با وجود اینکه الگوی شبکه‌های بهداشتی درمانی دولتی در شهرها در حال ایجاد و گسترش بوده است اما شتاب مهاجرت از روستا به شهرها از سرعت توسعه زیرساخت‌های این شبکه‌های ارائه خدمات سلامت همچون پایگاه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهری پیشی گرفت و ناگزیر نقش بخش غیردولتی و خصوصی خدمات سلامت بیش از پیش توسعه یافت و در شهرها غلبه اصلی را پیدا کرد (Rajabi et al., 2013).

متأسفانه مراکز ارائه خدمات سلامت در شبکه دولتی مراقبت‌های اولیه بهداشتی در شهرها از کفایت و کارایی مراکز روستایی که توسعه آنها در طول سال‌های جنگ میان ایران و عراق آغاز شده بود، برخوردار نشد. سبب این ناکامی عبارت بود از:

الف- برای دسترسی آسان مردم، واحدهای بهداشتی درمانی شهری باید براساس نظام سطح بندی خدمات و در محل‌هایی حساب شده و درست برپا می‌شدند. لازمه‌ی این کار توان مالی و اجرایی درخور، برای تهیه زمین و احداث بنا یا اجاره‌ی محل‌های مناسب بود که با شرایط دشواری‌های ناشی از جنگ تحمل‌ناپذیر می‌نمود.

ب- در روستاها، مراکز روستایی و خانه‌های بهداشت تنها ارائه‌کنندگان خدمات سلامت بودند اما در شهرها، بخش خصوصی بهداشت و درمان گسترده‌گی و توان درخور توجه داشت.

ج- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، به اتکای حضور بخش خصوصی خدمات پزشکی، که دست کم به فراهمی

اصول ۲، ۳، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی کشور، قسط و عدل و انسجام اجتماعی را از اهداف نظام جمهوری اسلامی ایران برشمرده شده است و بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی ملت می‌داند و دولت را موظف می‌کند در راستای نیل به اهداف مذکور، همه امکانات خود را برای اموری همانند پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیر بیمه به کار برد و از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، حق همگانی برخوردار از خدمات و حمایت‌های تامین اجتماعی همچون نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی را برای تک‌تک افراد کشور فراهم نماید. همچنین براساس اصول ۱۰۰ و ۱۰۳، امور کشور باید به اتکای آرای عمومی از راه انتخابات همچون انتخاب رئیس‌جمهور، نمایندگان مجلس و اعضای شوراها اداره شود؛ نظارت بر اداره امور هر روستا، بخش، شهر، شهرستان یا استان با شورایی است که برای پیش‌برد سریع برنامه‌های اجتماعی، اقتصادی، عمرانی، بهداشتی، فرهنگی، آموزشی و سایر امور رفاهی از طریق همکاری مردم با توجه به مقتضیات محلی، تشکیل می‌شود؛ کلیه مقامات کشوری که از طرف دولت تعیین می‌شوند در حدود اختیارات شوراها که قانون مشخص کرده است، ملزم به رعایت تصمیمات آنها هستند (RCICP 2013).

در سه دهه گذشته نظام سلامت ایران موفقیت‌های چشمگیری در ارتقای وضعیت سلامت مردم به ویژه در بهبود شاخص‌های مربوط به بهداشت کودکان و مادران، کنترل جمعیت، کاهش بیماری‌های عفونی قابل پیشگیری با واکسن و افزایش دسترسی به آب سالم در سایه طراحی و گسترش نظام شبکه ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، از سال ۱۳۶۴، داشته است (Malekafzali 2009; Manenti (2011). در این میان ادغام آموزش و پژوهش علوم پزشکی در ارائه خدمات سلامت با تشکیل

پنج راهکار برای ارتقای وضعیت فعلی و زمینه سازی برای آینده را پیشنهاد می کند:

- . ارتقای برنامه ریزی شهری برای رفتارهای سالم و ایمن: طراحی شهری به منظور افزایش تحرک مردم، تدارک غذای ایمن، مقبول و قابل دسترس، تدارک خدمات سلامت برای همه و ارتقای ایمنی خیابان ها
 - . بهبود شرایط زندگی شهری: قرارگرفتن اماکن مسکونی در مناطق ایمن، بهبود شرایط سکونت، کنترل آلودگی داخل و خارج خانه، اطمینان از آب ایمن و بهداشت بهبود یافته
 - . اطمینان از حکمرانی مشارکتی در شهر: تسهیم اطلاعات درباره برنامه ریزی شهری برای سلامت، تشویق گفتگوی عمومی، درگیر ساختن مردم در تصمیم گیری ها، ایجاد فرصت هایی برای مشارکت
 - . پایه گذاری شهرهایی دوستدار سالمند: حمل و نقل عمومی برای افراد دچار ناتوانی تسهیل و قابل دسترس شود؛ پیاده روی ایمن برای کلیه افرادی که نیازهای خاص حرکتی لازم دارند؛ ساختن مکان های عمومی و ساختمان ها با دسترسی آسان؛ ارتقای زندگی شهری فعال و ورزش برای همه.
 - . افزایش تاب آوری مناطق شهری به بلایا و فوریت ها: قرارگیری تسهیلات سلامت در مناطق ایمن، و ساخت مقاوم آنها، تقویت آمادگی جامعه و ظرفیت های پاسخگویی، بهبود مراقبت از بیماری ها
- براساس اصل ۱۰۰ قانون اساسی ج.ا.ایران، اداره امور هر روستا و شهر با نظارت شورایی به نام شورای ده و شهر صورت می گیرد که اعضای آن را مردم همان محل انتخاب می کنند (RCICP 2013). قانون شوراها در سال ۱۳۷۵ تصویب و اولین دوره شوراهای اسلامی شهر و روستا از سال ۱۳۷۹ تشکیل شد. مطابق بند ۱، ۲ و ۱۸ ماده ۷۱ این قانون از جمله وظایف شورای اسلامی شهر انتخاب شهردار به مدت ۴ سال، بررسی و شناخت کمبودها، نیازها و نارسایی های اجتماعی، فرهنگی، آموزشی، بهداشتی، اقتصادی و رفاهی حوزه انتخابیه و تهیه طرح ها و

خدمات کمک عمده می کرد، حاضر نبود منابع لازم برای گسترش مراکز بهداشتی درمانی شهری در حد و اندازه برنامه ریزی شده را در اختیار گذارد. د- قواعد مشخص برای همکاری بخش های دولتی و خصوصی سلامت در میان نبود و در عمل نظام سلامت از توان بخش خصوصی که سهمی عمده در این راه داشت و دارد، بی بهره ماند.

ه- نبودن الگوی شراکت دولتی خصوصی برای ارائه خدمات پیشگیری و غربالگری. و- نبود جمعیت تعریف شده به ازای مراکز مراقبت های اولیه سلامت و دفترچه های بیمه سلامت که افراد بتوانند به هر ارایه کننده خدمات سلامت در بخش دولتی یا خصوصی مراجعه کنند. ز- نقص تداوم مراقبت های سلامت در مناطق شهری.

ماحصل حضور واحدهای گوناگون ارائه کننده خدمات سلامت از بخش های دولتی (همچون وزارت بهداشت، وزارت دفاع، وزارت آموزش و پرورش و وزارت نفت)، عمومی (سازمان تامین اجتماعی و شهرداری)، خصوصی و خیریه در شهرها با امکانات و شیوه های خاص مدیریتی و حکمرانی، موجب تنوع قیمت و کیفیت خدمات و لذا نابرابری در بهره مندی از خدمات ضروری و وضعیت سلامت مردم در مناطق نواحی مختلف شهر شده است که می تواند امنیت و رشد و پیشرفت عادلانه در شهر را تهدید نماید (Vaezmahdavi et al. 2009, 2011) امروزه براساس شواهد متقن، تاثیر شهرنشینی به عنوان یکی از مولفه های اجتماعی سلامت شناخته شده است (Wilkinson and Marmot 2003). توصیه سازمان جهانی بهداشت بر ادغام مولفه های اجتماعی سلامت در نظام ارایه خدمات سلامت و اصلاح نظام سلامت براساس رویکرد مراقبت های اولیه سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی و جامع سلامت و تامین مالی پایدار به ویژه در مناطق شهری است (WHO 2008, 2010). این سازمان ضمن هشدار به کلیه کشورها، حداقل

عادلانه آن کمیته راهبری سلامت شهر تهران را با حضور خبرگان تشکیل داده است و با مشارکت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران پروژه ای را با نام توسعه خدمات اولیه سلامت در شهرهای بزرگ مبتنی بر مولفه های اجتماعی سلامت را آغاز نمود که منجر به راه اندازی ابتکاری باعنوان مرکز مدیریت سلامت منطقه ۹ در سال ۱۳۸۹ گشت. برای بازآرایی و سازماندهی علمی این مرکز از کمک موسسه ملی تحقیقات سلامت بهره گرفته شد که نتایج این کار در این مقاله آورده شده است.

روش کار

مطالعه توصیفی و تحلیلی بوده و برای جمع آوری اطلاعات از روش های بررسی متون، مرور و تحلیل محتوای اسناد موجود و مرتبط، مصاحبه عمیق با خبرگان و بحث گروهی متمرکز در کمیته راهبری استفاده شده است. برای تشکیل کمیته راهبری از مدل ماتریس تحلیل ذی نفعان به منظور انتخاب موثرترین نمایندگان در یک منطقه شهری استفاده شد. در ابتدا فهرستی از سازمان های موثر در طراحی و استقرار مرکز مدیریت سلامت منطقه تهیه و سپس از طریق بحث گروهی متمرکز میزان تعهد و تاثیر بالقوه آنها در ایجاد تغییر مورد هدف مطالعه تحلیل شد (جدول شماره ۲). موثرترین سازمان ها به عنوان مشارکت کنندگان در کمیته راهبری انتخاب شدند.

در بررسی متون از ترکیب کلید واژه های متعددی در جستجوی منابع در پایگاه های اطلاعات داخلی شامل و خارجی شامل Magiran, Iranmedex, Irandoc, SID, Embase, Ovid, Proquest, PubMed, Google Scholar و Scopus استفاده شد. پس از دسته بندی مستندات به دست آمده، غربال اولیه آنها به منظور انتخاب موثرترین مقالات و گزارش ها متناسب با هدف طرح انجام و سپس موارد منتخب مطالعه و تلخیص شد.

اسناد بالادستی شامل قانون اساسی، قانون تشکیل شهرداری ها و دهیاری ها، قوانین برنامه توسعه سوم، چهارم و پنجم، حقوق شهروندی از منظر امام خمینی (ره) و

پیشنهادهای اصلاحی و راه حل های کاربردی در این زمینه ها جهت برنامه ریزی و ارائه آن به مقامات مسوول ذیربط و نظارت بر امور بهداشت حوزه شهر می باشد (HCoP 1996). شهرداری، سازمان محلی است که بر طبق اصل عدم تمرکز اداری و به منظور اداره امور محلی از قبیل عمران و آبادی، بهداشت شهر و رفاه ساکنان آن شهر، تأسیس می شود. از آنجاکه شهرداری یک «نهاد اجتماعی» می باشد، تامین، حفظ و ارتقای سلامت شهروندان، یکی از کارکردهای اساسی آن برشمرده شده است. قانون تشکیل شهرداری ها و انجمن شهرها و قصابات، مصوب ۱۳۲۸ هـ.ش، و قانون شهرداری مصوب ۱۳۳۴/۴/۱۱ در مجلس شورای ملی ایران، «مراقبت در امور بهداشت و سلامت سکنه شهر» را یکی از وظایف اصلی شهرداری بیان می کند (HCoP) (1966). مطابق ماده ۱۳۷، قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی فرهنگی ایران (۱۳۸۸-۱۳۸۴) قرار شد آن دسته از تصدی های قابل واگذاری دستگاه های دولتی در امور توسعه و عمران شهر و روستا، همراه با منابع مالی ذیربط به شهرداری ها و دهیاری ها واگذار شود (RCICP 2005). یکی از حیطة های مدیریتی در خدمات شهری، «سلامت» است. اما نظام تدارک خدمات سلامت در شهرها به دلایل متعدد دشوار و پیچیده بوده و نیازمند مشارکت شرکا است. اگر سلامت را در هر چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف کنیم، در چنین شرایطی شرکای اصلی، همه سازمان های شهری خواهند بود که در مدیریت و ارائه خدمات نقش دارند. وجود نظام های مدون خدمات شهری و منابع مالی پایدارتر که برپایه مشارکت مردم تامین می شود و همچنین اتصال نهاد شورای اسلامی شهر به شهرداری، که بر عملکرد آن نظارت دارد و مطالبات مردم در بخش سلامت را انعکاس می دهد، به عنوان فرصتهای مناسبی برای بهبود سلامت شهروندان از طریق شهرداری ها محسوب می شوند. شهرداری تهران در راستای برنامه راهبردی خود و به منظور یکپارچه نمودن خدمات سلامت در شهر و توسعه

کلیه اطلاعات جمع آوری شده در جلسه ای با شرکت ذی نفعان (کمیته راهبری) ارائه شد و بر سر اصول طراحی مدل مرکز مدیریت سلامت شهری منطقه اجماع به عمل آمد. براساس این اصول و اطلاعات گردآوری شده نظام نامه مرکز مدیریت سلامت شهری منطقه طراحی و طی دو جلسه در کمیته راهبری نهایی شد. اجزای این نظام نامه شامل فلسفه، رسالت، اهداف و شاخص های سطح اثر سامانه، ساختار، سیستم فرایندها، روال ها و استانداردها، منابع (نیروی انسانی، تجهیزات، اطلاعات و تسهیلات فیزیکی)، شیوه مدیریت و تصمیم گیری، ارتباطات بیرونی (افقی و عمودی) شامل سهم و نقش هر دستگاه در سلامت منطقه بوده است.

نتایج

الف) وضعیت اسناد موجود:

مرور اسناد بالادستی در جمهوری اسلامی ایران نشان می دهد در قوانین موجود بر مداخلات شهرداری ها در حفظ سلامت محیط، نظارت بر تامین حقوق شهروندی (سلامت به عنوان یکی از حقوق) و توانمندسازی شهروندان تاکید شده و همکاری با بخش متولی در ارائه خدمات سلامت در برنامه چهارم توسعه کشور آورده شده است. بررسی مستندات دو سال کار گذشته نیز نشان داد که علی رغم پیش نویس شدن مفاد تفاهم نامه بین شهرداری تهران و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، در عمل این پیش نویس هیچ وقت نهایی نشد و کلیه مباحثات کمیته راهبری سلامت شهر تهران بر روی صفحات کاغذ باقی مانده است، البته شواهد نشان می دهند که افتتاح محلی برای استقرار مرکز مدیریت سلامت منطقه و تعیین مرکز انجام شده است.

ب) مشکلات حوزه‌ی مدیریت سلامت شهری:

نتیجه تحلیل مصاحبه ها نشان می دهد که مشکلات در حوزه‌ی مدیریت سلامت شهری در سه حیطه موانع قانونی و سیاستی، چالش های اجرایی و زیرساختی و موانع فرهنگی و رفتاری قابل دسته بندی است (جدول ۱).

بیانات مقام معظم رهبری استخراج و از آنها مهم ترین اصول راهنما بدست آمد.

مرور اسنادی به کلیه فعالیت های مستند و مشترک شهرداری و دانشگاه علوم پزشکی در این زمینه محدود شد که دوره زمانی دو سال قبل از مطالعه را در بر می گرفت. این مستندات شامل گاه نامه عمومی شماره یک، دو و سه پروژه مدیریت سلامت شهری، پیش نویس تفاهم نامه مراقبت های اولیه سلامت در شهر، پروژه توسعه خدمات اولیه سلامت در شهرهای بزرگ مبتنی بر مولفه های اجتماعی سلامت (استقرار مدل مراکز مدیریت سلامت شهری)، گزارش های پیشرفت امور اجرایی، مصوبات کمیته اجرایی، آئین نامه هیات امنای مرکز مدیریت سلامت شهری، صورت جلسات هیات امنای مرکز مدیریت سلامت شهری، شرح وظایف مرکز بهداشت غرب نسبت به مراکز مدیریت سلامت شهری منطقه و صورت جلسات کمیته راهبردی شهرداری بود.

نمونه گیری برای مصاحبه عمیق به روش عمدی و با استفاده از مانریس تحلیل ذی نفعان بود و بر اساس سه معیار « سابقه در طراحی و استقرار شبکه های بهداشتی درمانی کشور، مدیریت ستادی یا دانشگاهی در این حوزه و نقاد سیستم موجود » مصاحبه شوندگان انتخاب شدند. در مجموع با بیست نفر از خبرگان شامل ۳ نفر از وزارت کشور، ۳ نفر از وزارت بهداشت، ۳ نفر از دانشگاه های علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران، ۴ نفر از شهرداری تهران، ۲ نفر از نمایندگان کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، ۳ نفر از پیشکسوتان نظام سلامت و ۱ نفر از سازمان بهزیستی و ۱ نفر مشاور منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت در امور توسعه مشارکت مردم، مصاحبه به عمل آمد. برای مصاحبه راهنمایی تهیه شد که حاوی سوالات، شرح توجیهی مطالعه و روش کار مصاحبه گر بود (کادر شماره ۱). مصاحبه توسط فردی آشنا به اصول مصاحبه و نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور پس از آموزش لازم انجام شد. کلیه مصاحبه ها ضبط و سپس پیاده سازی و تحلیل محتوا شد.

ج) مداخلات پیشنهادی برای بهبود سلامت شهری:

نتیجه تحلیل مصاحبه ها نشان می دهد که مداخلات پیشنهادی در حوزه ی بهبود مدیریت سلامت شهری را نیز می توان در سه حیطه قانونی و سیاستی، اجرایی و زیرساختی و فرهنگی و رفتاری به شکل زیر دسته بندی نمود:

قانونی و سیاستی: برنامه ریزی در حیطه عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، جلوگیری از گسترش حاشیه نشینی و تدوین سیاست مدیریت یکپارچه شهری از مهمترین مداخلات پیشنهادی بوده است.

اجرایی و زیرساختی: تعریف مراکز سلامت مناطق ۲۲ گانه و شناسایی نهادی برای مدیریت این مراکز و استفاده از تمامی ظرفیت های خصوصی، دولتی و غیردولتی برای مشکلات سلامت روان از جمله پیشنهادات در حیطه تمرکز دایی بود. همچنین ایجاد مرکز مدیریت سلامت شهری بعد از سطح مرکز بهداشت شهرستان برای داشتن مدلی محله ای برای شهرها و یا ایجاد مدیریت واحد سلامت شهری با رویکرد محله محوری، مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی از راهکارهای ساختاری مصاحبه شوندگان است.

فرهنگی و رفتاری: تغییر نگرش مدیران و به ویژه اتخاذ رویکرد سلامت محوری در فعالیت های عمرانی شهرداری و سایر بخش ها، ترویج فرهنگ سلامت، افزایش مسئولیت پذیری سازمان های مدنی نظیر شهرداری ها و نهادهای مردمی غیر دولتی، از عمده ترین مداخلات پیشنهادی بوده است.

برای استقرار مداخلات فوق در سطح شهر، برقراری نظام جامع اطلاعات سلامت، ارتقای فرایند خدمات سلامت در بخش های بهداشتی، روانی و اجتماعی، تقویت نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و نظام ارجاعات، تقویت نقش قانونگذار در رفع مشکلات قانونی و نهادینه سازی مدیریت سلامت در شهر از زمره الزاماتی است که از طرف مصاحبه شوندگان مطرح شد.

د) نقش ذی نفعان و مردم در مدیریت سلامت شهری

در ارتباط با نقش سایر بخش ها، تبیین جایگاه بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت و فراهم نمودن زمینه رقابت میان آنها و ارائه خدمت بر اساس بسته تعریف شده، مطرح گشت. تحکیم سیاست گذاری، خرید خدمات با رویکرد پیشگیرانه، توسعه صنعت بیمه، تعریف بسته های خدمتی، کنترل و نظارت عالی و ارزیابی بهره وری برای نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عنوان شده است. مدیریت محلی و میدانی و متعاقباً پاسخگویی، فراهم نمودن زمینه همکاری بخش ها و واگذاری مدیریت اجرایی بخش خصوصی به عهده شهرداری برای اعمال مدیریت یکپارچه شهری در قالب مرکز مدیریت سلامت شهری، به عنوان نقش و جایگاه شهرداری از طرف مصاحبه شوندگان اعلام شده است.

مردم نیز در قالب تشکل های مشخص و با عهده گرفتن مسئولیت در حوزه مربوطه حداقل سه وظیفه را بر عهده خواهند داشت: ۱) تصحیح رفتارهای مخاطره آمیز و تهدید کننده سلامت که منجر به ارتقای سلامت خودشان و خانواده هایشان می شود؛ ۲) انتقال فرهنگ سلامتی و مهارت سلامتی به دیگر هموعان؛ ۳) پیگیری حقوق شهروندی نسبت به سلامت خود و جامعه شان در نهادهای متولی سلامت.

ه) اصول و چارچوب مفهومی طراحی مرکز مدیریت سلامت شهری

به استناد نظرات خبرگان و ذی نفعان، شواهد معتبر و در دسترس جهانی، تجربیات ملی و استنادات قانونی به دست آمده، اصول زیر برای طراحی چارچوب مفهومی تعیین شد: اصل اول) انسان سالم محور پیشرفت و توسعه پایدار منطقه شهری است.

اصل دوم) در مفهوم انسان سالم هر چهار بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی به دلیل اثرپذیری متقابل مد نظر است.

اصل سوم) ارتقای شاخص های سلامت منطقه در گرو تاثیر گذاری بر مولفه های اجتماعی سلامت است.

بحث

ساختارهای پایه نظام های نوین سلامت همچون نقش- های نسبی شاغلان، بازارها و دولت، در طی دهه های قرن گذشته پایه گذاری شده و پس از آن بسیار تغییر یافته است. زمان آن فرار رسیده که به انتخاب های محدود بین نظام های سلامت در اقتصادهای آزاد در کشورهای مختلف نگاهی انداخته شود و پاسخ های نو برای چالش ها و فرصت های جدید شناسایی کرد (Bloom and Standing 2008). همچنین باید توجه کرد که ارتقای سلامت به عنوان مهم ترین راهبرد برای دستیابی به برابری، مردم سالاری و عدالت اجتماعی در جهان امروز پدیدار شده است (PAHO 2013). تجربیات کشورهای چون کانادا، بنگلادش، ایتالیا، کلمبیا (شهر بوگوتا)، کاستاریکا (شهرکاتون سان کارلوس) کوبا (شهرداری کومانایاگوا- سین فوگوس)، مکزیک (شبکه شهرداری های مکزیک برای سلامت و شبکه های شهرداری های سلامت دولت)، بیانیه مدلین (آمریکای شمالی و جنوبی)، تعهد مانتری (۱۹۹۳)، توافق نامه بوکادل ریو (۱۹۹۷)، توافق نامه ای که به تشکیل انجمن شبکه های ملی شهرداری ها و جوامع سالم در آمریکای لاتین منجر شد، اعلامیه گواتمالا و سایرین نشان می دهند که شهرداری ها نقش اساسی در تامین، حفظ و ارتقای سلامت شهروندان دارند (Meresman et al. 2010). عصاره شعارها و تجربیات این کشورها در اجلاس جهانی شهرنشینی و سلامت در کوبه، ژاپن (۲۰۱۰) در سه کارکرد زیر خلاصه شده است:

- کشف و توجه به نابرابری های سلامت شهری برای ساختن شهرهای سالم تر
 - هدایت و رهبری با وارد کردن سلامت در همه سیاست های شهری از طریق عملکرد بین بخشی
 - استفاده از ساز و کارهایی برای مشارکت اجتماعی در برنامه ریزی و سیاست گذاری شهری.
- براساس قانون سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و بند ۱۳ فصل دوم قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۸۶، لزوم برون سپاری و

اصل چهارم) کلیه سازمان های دولتی، غیر دولتی و بخش خصوصی در سلامت مردم منطقه نقش دارند که از طریق ایجاد همکاری بین بخشی عملی است

اصل پنجم) بهبود پایدار شاخص های سلامت منطقه منوط به مشارکت مردم در طراحی، استقرار و ارزشیابی کلیه مداخلات سلامت محور است.

اصل ششم) استفاده از تجربیات شبکه بهداشتی درمانی کشور و بسته های خدمتی موجود متناسب با نیازهای شهری و با رویکرد فعال ضروری است.

اصل هفتم) مطابق قانون، تولید سلامت مردم بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

اصل هشتم) ایجاد حس مالکیت و مسئول بودن در برابر سلامت مردم باید به طور عملی در مدل لحاظ شود.

اصل نهم) قابلیت ادغام برنامه ارزشیابی شده پزشک خانواده و نظام ارجاع شهری در این مدل برای کلان شهرها وجود داشته باشد.

بر اساس اصول تعیین شده فوق، چهارچوب مفهومی مندرج در کادر شماره ۲ طراحی و مورد توافق کمیته راهبری قرار گرفت. هدف از طراحی آن، ایجاد نمای بصری برای نشان دادن ارتباطات درون و برون منطقه ای ذی نفعان، پاسخگویی به سوالات چالش برانگیز در بازمهندسی از جمله نقش بخش خصوصی، پزشک خانواده، مشارکت مردم، مولفه های اجتماعی سلامت و نقش سایر بخش ها، ایجاد انگیزه و نگاه مشترک بین ذی نفعان سلامت منطقه برای همکاری بین بخشی و ایجاد راهنما برای تحلیل وضعیت کلان و برنامه ریزی سلامت مردم منطقه بود.

بر اساس این مدل نظام نامه مرکز مدیریت سلامت شهری منطقه در هشت ماده پیش نویس شده است تا پس از بررسی و تصویب در مبادی ذی ربط به بوتله آزمایش گذاشته شود (پیوست).

در این مدل که مبتنی بر مدیریت مولفه های اجتماعی سلامت و با توجه به الگوی پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ برای نظام های سلامت تهیه شده است، هدف های تامین سلامت منطقه در طیف اهداف سه گانه عوامل دور، عوامل نزدیک و اثرات نهایی قرار دارد که برای هر دسته از هدف ها می توان شاخص های معینی را تعیین، تحلیل و مقدارگذاری کرد. کل خدماتی که برای دستیابی به اهداف سلامت ارایه می شود، در دو نوع بسته- های پایه سلامت (ضروری) و اقتضایی (نیازهای در اولویت و اجماع شده منطقه) دسته بندی شده اند. موقعیت- های ارایه خدمات پایه و اقتضایی در کلیه مراکز ارایه خدمات شامل مراکز بهداشتی درمانی شهری، مراکز سلامت محله و خانه های سلامت، مراکز مشاوره و واحدهای درمانی طرف قرارداد (خصوصی، غیردولتی، خیریه ها) کلیه سازمان های حاضر در منطقه و مراکز اجتماعی مرتبط به سازمان ها مانند مراکز فرآموز شهرداری و مراکز سازمان بهزیستی هستند. مرکز مدیریت سلامت شهری از طریق هیات امنای خود (یا شورای هماهنگی) علاوه بر نیازسنجی سلامت مردم منطقه در همه ابعاد، وظایف تدوین برنامه و مداخلات متناسب براساس سیاست های ملی، تامین منابع مالی و غیرمالی و نظارت بر حسن اجرا را بر عهده خواهد داشت و در مورد مولفه های اجتماعی سلامت نیز از طریق تولید شواهد و مداخلات منطقی، جلب حمایت و رهبری تغییرات اجتماعی نقش خود را ایفا می کند. مرکز مدیریت سلامت شهری منطقه مطابق با وظایف تعیین شده از قوانین، مقررات و استانداردهای اعلام شده مرکز بهداشت شهرستان (در تهران منظور مرکز بهداشت غرب برای منطقه ۹ شهرداری است)، شورای سلامت شهر تهران و کارگروه سلامت و امنیت غذایی استان تهران تبعیت دارد. مصادیق مشارکت مردم در سلامت منطقه شامل طیفی از عضویت میانجیان مردمی در هیات امنای یا شورای هماهنگی، ارایه خدمات از طریق سازمان های مردم نهاد و خیریه ها، تا مشارکت در پروژه های سلامت به صورت سلامت یار و

واگذاری وظایف غیرحاکمیتی دولت شامل امور تصدی های اجتماعی، فرهنگی و خدماتی بر پایه راهبرد شراکت دولتی و غیردولتی ابلاغ شده است (۲۰۰۷) (RCICP). همچنین ماده ۱۷۳ قانون برنامه پنجم توسعه (۱۳۹۴-۱۳۹۰) می گوید «دولت مجاز است در طول برنامه نسبت به تهیه برنامه جامع مدیریت شهری به منظور دستیابی به ساختار مناسب و مدیریت هماهنگ و یکپارچه شهری در محدوده و حریم شهرها، با رویکرد تحقق توسعه پایدار شهرها، تمرکز مدیریت از طریق واگذاری وظایف و تصدی های دستگاه های دولتی به بخش های خصوصی و تعاونی و شهرداری ها، بازرنگری و به روز رسانی قوانین و مقررات شهرداری ها و ارتقای جایگاه شهرداری ها و اتحادیه آنها اقدام قانونی به عمل آورد» (RCICP (2005). این مهم فرصت بی بدیلی را برای طراحی و اجرای مدل های مشارکتی عمومی-خصوصی برای تدارک خدمات اجتماعی و سلامت فراهم می کند. مدل ارایه شده در این مطالعه همسو با تجربیات جهانی و اسناد بالادستی پنج ویژگی مهم دارد که چالش های فعلی شبکه بهداشتی درمانی در شهر را پاسخگو خواهد بود:

- همکاری بین بخشی در مقابل حرکت انفرادی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یا شهرداری
- لحاظ شدن خدمات سلامت اجتماعی و تاثیر گذاری در مولفه های اجتماعی سلامت توسط مرکز مدیریت سلامت منطقه
- خدمات فعال در مقابل خدمات غیرفعال از جمله شناسایی افراد در معرض خطر بیماری و آسیب
- تمرکز زدایی با تشکیل هیات امنای و شورای هماهنگی
- مشارکت مستقیم مردم از سطح تصمیم گیری (از طریق عضویت در شورای هماهنگی) تا ارایه خدمات و عضویت های مرتبط

در یکی از مناطق شهری پس از بررسی و تصویب در شورای شهر تهران پیشنهاد می شود.

تشکیل نشست کشوری با مشارکت ذی نفعان مختلف برای بررسی نهایی نظام نامه پیشنهادی آزمایش شده، ضروری بوده و لازم است مشارکت سازمان جهانی بهداشت، انجمن های علمی مرتبط به آسیب های اجتماعی، خبرگان سلامت معنوی در این نشست جلب شود. تدوین و اجرای برنامه جلب حمایت مسئولین اصلی شامل وزیر بهداشت، شورای معاونین و شورای سیاست گذاری وزارت بهداشت برای طرح موضوع نظام نامه مدیریت سلامت شهری و تصویب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور گام اول در نهادینه سازی و استقرار ملی آن است که با تشکیل کمیته استقرار مدل در مرکز مدیریت سلامت شهری متشکل از نمایندگان وزارت بهداشت و شهرداری با هدف انتخاب و یا نظارت بر انتخاب اعضای هیات امناء (یا شورای هماهنگی) و توجیه آنان دنبال می شود.

اجرای دو دوره بررسی عدالت در سلامت شهری تهران تدوین «نقشه سلامت منطقه» در افق سه ساله و شاخص-های ارزشیابی آن را آسان و ملموس کرده است. بازبینی و تکمیل بسته های خدمتی موجود و ایجاد بسته های پیش بینی شده در این مدل از جمله بسته خدمات سلامت اجتماعی، بسته خدمتی مدیریت عوامل خطر بیماری های غیرواگیر و خدمات مشاوره سلامت معنوی راه را برای استقرار کامل الگوی طراحی شده هموار می سازد. پایش اجرای نقشه سلامت منطقه و ارزشیابی دوره ای آن و مقایسه تغییرات زمینه تعمیم آن به سایر نقاط کشور را فراهم می کند.

نقش نویسندگان : کلیه همکاران در مرحله طراحی، جمع آوری و تحلیل داده ها و نگارش مقاله همکاری کرده اند.

تشکر و قدردانی

این طرح با حمایت مالی اداره کل سلامت شهرداری تهران و همکاری معاونت های بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران و شهید بهشتی

عضویت در کانون های سلامت در مدل مفهومی نمایش داده شده است.

سوال مهم آن است که مرجع نهایی تصویب و مشروعیت بخشیدن به چنین مدلی کجاست؟ وزارت بهداشت، مجلس شورای اسلامی، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، شهرداری و شورای شهر؟ به نظر می رسد قانون گزار این مورد را در بند الف ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه پیش بینی کرده و آن هم شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور است. چراکه این شورا به منظور همکاری بین بخشی راه اندازی شده است و اغلب دستگاه ها از جمله وزارت کشور (که مجموعه شهرداری-ها و شوراهای اسلامی شهر و روستا زیر نظر آنهاست)، وزارت بهداشت و سایر وزارت خانه ها و سازمان های دارای سهم بالا در سلامت مردم در این شورا حضور دارند و شخص رئیس جمهور به عنوان مسئول شورا هست، تصویب نظام نامه در چنین سطحی الزام قانونی و اجرایی را برای همکاری بخش های مختلف فراهم می-آورد.

هر چند که از دیدگاه خبرگان راهبردهای متفاوتی برای تامین مالی خدمات این مرکز از جمله تشکیل صندوق مجازی تامین مالی خدمات سلامت برای یکپارچگی در انباشت منابع مالی دولتی، خصوصی و مردمی، پیشنهاد شده است اما هیچکدام از نظر عملیاتی امکان سنجی نشده است و به دلیل جدید بودن مدل لازم است مطالعه و بررسی مشخص و دقیقی برای تعیین شیوه تامین مالی انجام شده و پس از اجماع ذی نفعان به کار گرفته شود.

نتیجه گیری

راه اندازی چنین مدلی هایی یک « تغییر » در سطح اجتماعی محسوب شده و می بایست فرایند علمی خود را طی کند، تعمیم سریع این مدل ممکن است آسیب هایی به نظام ارایه خدمات در دستگاه های مختلف وارد کند بنابراین دوره آزمایشی حداقل دو سال برای این مدل

به انجام رسیده است و از مشاورین طرح دکتر حسین ملک افضلی، دکتر احمدرضا فرسار، دکتر محمد آسایی، دکتر محمد امیر امیرخانی، دکتر محمد مهدی گلمکانی، دکتر فخرالسادات امامی و همچنین همکاران اصلی طرح آقایان امیر پیرایش، رضا قهرمانی، حمید اسماعیل زاده، دکتر مریم رهبری بناب، دکتر فرزانه میر شریفی، دکتر فرانک رحیمی، دکتر فرشید فاطمی نظر و دکتر ماهرخ علایی تشکر و قدردانی می شود.

جدول ۱- مشکلات حوزه ی مدیریت سلامت شهری از نظر مصاحبه شوندگان

مشکلات	حیطه
کافی نبودن قوانین برای مدیریت سلامت شهری به ویژه کلان شهرها، ضعف قانونی و ساختاری نظام سلامت شهری، فقدان سیاست مشخص و شفاف در مورد مدیریت یکپارچه شهری، وجود نهادهای متعدد مسئول در آسیب ها و نبود نهاد مسئولی برای پیشگیری از تهدیدکننده های سلامت در کشور، نبود برنامه ریزی راهبردی جامع برای سلامت شهر تهران و همچنین نبود نظام ارزشیابی عملکرد این ساختارها	موانع قانونی و سیاستی
نبود مدیریت جامع و یکپارچه برای مدیریت سلامت شهر، نبود ساختار کارآمد هماهنگ کننده ی متولیان خدمات مختلف سلامت در تهران (دانشگاه های علوم پزشکی، بهزیستی، کمیته امداد و شهرداری)، عملکرد نامطلوب ساختارهای موجود برای هماهنگی، عدم شناسایی عوامل موثر بر سلامت شهری از سوی متولیان امر، ناشناخته بودن مرزهای سلامت برای جلب مشارکت بخش ها و مردم و توسعه ناموزون	چالش های اجرایی زیرساختی

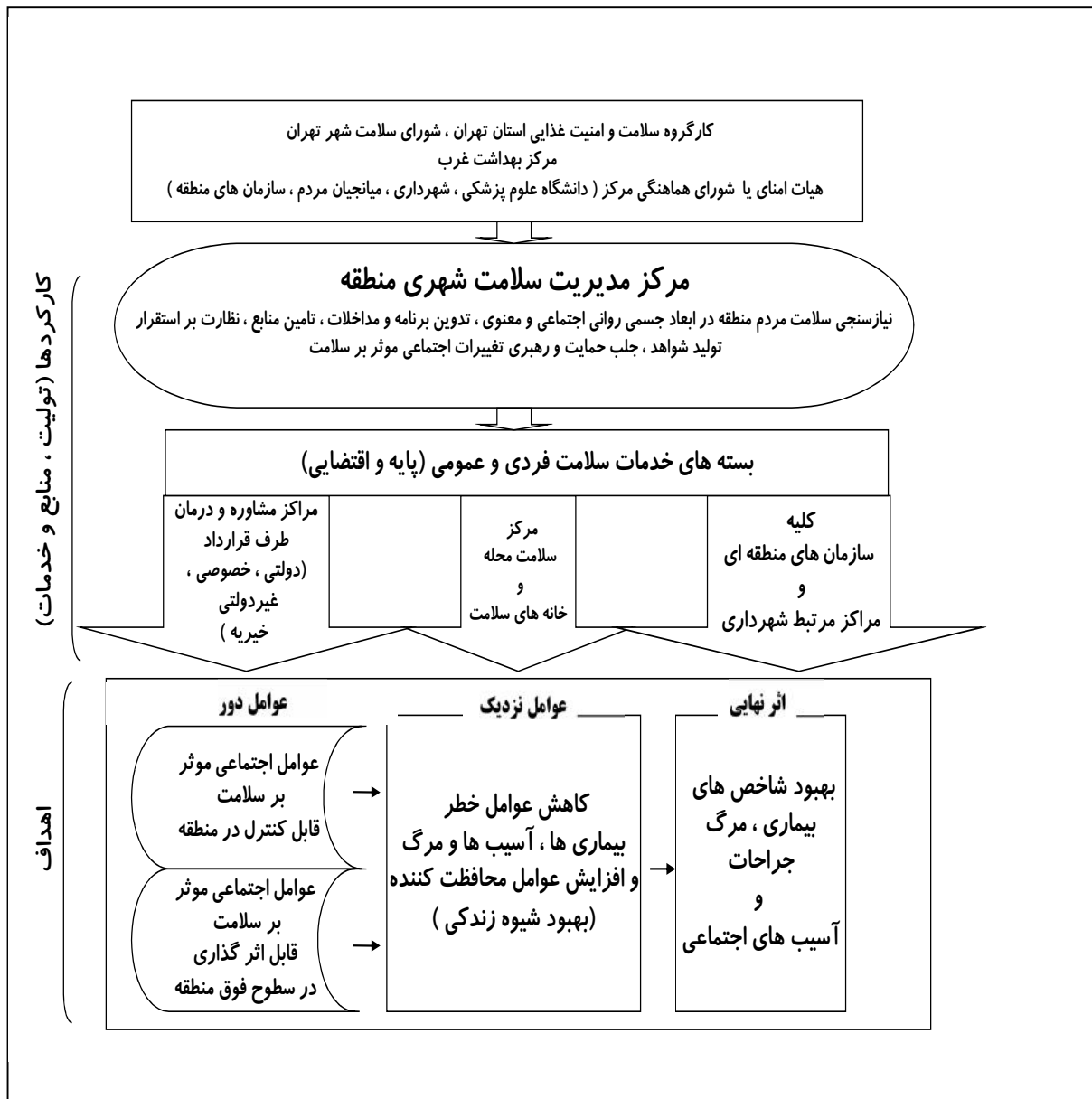
جدول ۲- ماتریس تحلیل ذی نفعان

		سطح تعهد		
		زیاد	متوسط	کم
سطح تاثیر	زیاد			
	متوسط			
	کم			

کادر ۱- سوالات مصاحبه

- مشکلات سلامت شهری تهران چیست؟
- علل ریشه ای این مشکلات کجاست؟
- مداخلات پیشنهادی شما برای بهبود وضع سلامت شهری چیست؟
- در قالب مرکز مدیریت سلامت شهری بخش خصوصی، بیمه، وزارت بهداشت، شهرداری و سایر سازمان ها چه نقش هایی را می توانند ایفا می کنند؟
- مشارکت مردم چگونه باید در این مدل دیده شود؟
- با توجه به ناکافی بودن سرانه سلامت در حال حاضر تامین منابع مالی خدمات مرتبط برای ارتقای سلامت مردم منطقه تحت پوشش مرکز مدیریت سلامت شهری چگونه باید باشد؟

کادر ۲- چارچوب مفهومی بازمهندسی مراقبت های اولیه سلامت در قالب مرکز مدیریت سلامت شهری



References

- Bloom, G., Standing, H., 2008. Future health systems: Why future? Why now?. *Social Science and Medicine*, **66**(10), pp. 2067-2075.
- Entezari, A., Momtazmanesh, N., Khojesteh, A. and Einollahi, B., 2009. Toward Social Accountability of Medical Education in Iran. *Iranian J Publ Health*, **38**(1), pp. 27-28.
- Health Policy Council (HPC)., 2009. Health in 5th economical, social and cultural development plan of I.R. of Iran. [Online]. Health Policy Council, Ministry of Health and Medical Education, Iran. Available from:

- <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=31686> [cited 10 September 2015] [In Persian].
- High Council of Provinces (HCoP)., 1966. Municipality Act [Online]. High Council of Provinces. Available from: <http://www.shoraha.org.ir/HomePage.aspx?TabID=4678&Site=DouranPortal&Lang=fa-IR>. [Cited 20 June 2015] [In Persian].
- High Council of Provinces (HCoP)., 1996. Councils Act [Online]. High Council of Provinces Available from: <http://www.shoraha.org.ir/HomePage.aspx?TabID=4666&Site=DouranPortal&Lang=fa-IR>. [Cited 10 May 2015]. [In Persian].
- Malekafzali, H., 2009. Primary Health Care in the Rural Area of the Islamic Republic of Iran. *Iranian J Publ Health*, **38**(1), pp. 69-70.
- Manenti, A., 2011. Health Situation in Iran. *Med J Islam Repub Iran*, **25**(1), pp. 1-7.
- Meresman, S., Rice, M., Vizzotti, C., Frassia R, Vizzotti, P. and Akerman, M., 2010. Contributions for Repositioning a Regional Strategy for Healthy Municipalities, Cities and Communities (HM&C): Results of a Pan-American Survey. *Journal of Urban Health*, **87**(5), pp. 740-54.
- Murray, C. and Frenk, J., 2000. A WHO Framework for Health System Performance Assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(6), pp.717-731.
- Pan American Health Organization (PAHO)., 2013. Healthy municipalities, cities and communities: evaluation recommendations for the policy makers in the Americas [Online]. PAHO. Available from: www.bvsde.ops-oms.org/bvsdemu/fulltext/MC_Recommendation.pdf [Cited: 15 May 2015].
- Rajabi, F., Esmailzadeh, H., Rostamigooran, N., Majdzadeh, R. and doshmangir, L., 2013. Future of Health Care Delivery in Iran, Opportunities and Threats. *Iranian J Publ Health*, **42**(1), pp. 23-30.
- Research Center for Islamic Consultancy Parliament (RCICP)., 2007. Country service management law [Online]. Research Center for Islamic Consultancy Parliament. Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/130021>. [Cited 20 September 2015] [In Persian].
- Research Center for Islamic Consultancy Parliament(RCICP)., 2013. Constitution of Islamic Republic of Iran 1979. [Online]. Research Center for Islamic Consultancy Parliament. Available from: http://rc.majlis.ir/fa/content/iran_constitution. [Cited 20 September 2015] [In Persian].
- Research Center for Islamic Consultancy Parliament (RCICP)., 2005. I.R. of Iran 4th 5-years economical, social and cultural development plan Act. Research Center for Islamic Consultancy Parliament Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/99696>. [Cited 20 June 2015] [In Persian].
- Vaezmahdavi, MR., Asadilar, M., 2009. Results of equity assessment in Tehran. Available from: http://hamahangi.behdasht.gov.ir/uploads/126_398_Urban%20HEART-MHME-Coordination.pdf. [Cited 13 May 2015] [In Persian].
- Vaezmahdavi, MR., Salarianzadeh, MH. and Sadr, F., 2011. Assessment of Systematic Accountability to Citizens in Tehran-"Urban HEART" Study. *Hakim Research Journal*, **14**(2), pp.78- 88.
- Wilkinson, R. and Marmot, M., 2003. Social determinants of health: the solid facts. 2nd

- edition, World Health Organization. Geneva.
- World Health Organization (WHO)., 2010. The World Health Report 2010- Health systems financing: the path to universal coverage. [Online]. World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/whr/2010/en/> [Cited 20 June 2015]
- World Health Organization(WHO)., 2008. The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). [Online]. World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/whr/2008/en/>. [Cited 20 June 2015]
- World Health Organization (WHO)., 2011. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health. [Online]. World Health Organization. Available from: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/en/>. [Cited 20 June 2015]

An Urban Health Management Center in cosmopolitan Tehran: A participatory system to promote health equity

Damari, B., MD-MFPH. Assistant Professor, Department of Social Determinant of Health, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran

Vosoogh-Moghaddam, A., MD-FFPH. Assistant Professor, Health Sector Policy Coordination Group, In charge of Minister for Policy making Affairs Bureau, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran- Corresponding author: a.vosoogh@gmail.com

Shadpour, K., MD-MPH. Independent Health system Expert, Tehran, Iran

Salarianzadeh, MH., MD-MFPH. Director of Intersectoral Planning Department, In charge of Minister for Policy making Affairs Bureau, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Moghimi, D., MD-MPH. Deputy of Public Health, Alborz University of Medical Sciences and Health Services, Karaj, Iran

Received: Sep 17, 2015

Accepted: Dec 6, 2015

Abstract

Background and Aim: One of the main functions of municipalities, as a social institution, is providing, maintaining and improving health of citizens. Scattered attempts have been made with the objective of expanding equitable health service networks in cities, particularly suburban areas. The present study aimed at designing an integrated system for urban health management center.

Material and Methods: This was a descriptive-analytical study. Based on the viewpoints of experts and relevant stakeholders, global evidence, national experience, and existing legislations, a conceptual framework for designing an urban health management center was developed and requirements for its implementation were determined. On the basis of the conceptual framework, regulations for designing model for a regional urban health management center (RUHMC) was prepared.

Results: The proposed model has 5 important characteristics which would provide an excellent opportunity as a response to the existing challenges of the health network in cities through active participation of the municipality, as a social institution, and other organizations:

1. Facilitating intersectoral collaboration, as against individual movements of the governmental health sector;
2. Defining and providing social health services and influencing the social determinants of health components;
3. Providing active, rather than passive, services;
4. Decentralization by forming a board of trustees and/or coordination council;
5. Direct community participation in all phases, from decision-making (membership in the coordination council) to service provision.

Conclusion: Pilot implementation and evaluation of the proposed RUHMC model is recommended before expanding it to other parts of the city. In addition, it is essential that, before expanding the model to the other cities, the final regulations be examined and ratified by the High Council of Health and Food Security.

Key words: Urban Health, Regional Health Management, Participatory System, Equity in Health, Intersectoral Collaboration, Community Participation