



Identifying and Classifying Types of Health Service Delivery Centers: A Scoping Review

Shahram Tofighi^{1,2} MD, PhD, Sahar Shojaei³ MA

¹ National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

² Department of Future Studies and Theory Building, Iranian Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Iranian Health Management Scientific Association, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

*Correspondence to: Sahar Shojaei, Email: saharshojaei1403@gmail.com

Received: February 18, 2025

Revised: April 12, 2025

Accepted: April 28, 2025

Online Published: May 25, 2025

Abstract

Introduction: Health care facilities – from primary care centers to tertiary hospitals and community-based units – enhance quality, access and equity. Many countries strategically use this diversity to control costs and strengthen preventive and post-hospital care. In Iran, the lack of use of primary/community and pre-hospital and post-hospital facilities has increased the financial burden on the health system and insurers and has caused inequalities in access. This study aims to identify the types of health care facilities and analyze their structural/functional characteristics and determine policy gaps in the Iranian service delivery model.

Methods: A domain review was conducted within the Arksey & O'Malley framework. Taxonomy of Health Care and Health Facilities entries from medical subject headings and non-MeSH terms was identified, based on which systematic searches of PubMed and international institution websites (2020-2025) were conducted. Two independent reviewers extracted the data. The facilities were categorized based on the scope of services and target population. A conceptual diagram of the patient flow in the health system and a comparative table were prepared.

Findings: At least 27 types of health facilities were placed into 7 categories. Naming conventions and functional roles varied across countries. Iran relies heavily on hospitals and has a limited pre- and post-hospital care infrastructure.

Conclusion: The structural categorization of health facilities enables policy reform and efficient allocation of resources. Rebuilding the Iranian model—by strengthening primary care, activating referral pathways, and promoting community-based and pre- and post-hospital services—is essential to reduce costs, improve equity, and increase system performance.

Keywords: Health Facilities, Primary Health Care, Patient Flow, Patient Referral, Health Policy

Highlights:

1. The service delivery model in Iran relies heavily on the "hospital" structure, which is costly.
2. Redesigning and increasing the diversity of health service delivery structures is essential to reduce costs and improve patient quality and safety.

Citation:

Tofighi S, Shojaei S. Identifying and classifying types of health service delivery centers: a scoping review. Iran J Health Insur. 2025;8(1):17-34.



شناسایی و دسته‌بندی انواع مراکز ارائه خدمات سلامت: یک مرور دامنه‌ای

شهرام توفیقی^{۱،۲} MD، PhD، سحر شجاعی^۳ MA

^۱ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران
^۲ گروه آینده‌نگاری، نظریه‌پردازی و رصد کلان سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۳ انجمن علمی مدیریت سلامت ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سحر شجاعی، پست الکترونیک: saharshojaei1403@gmail.com

انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۰۳/۰۴

۱۴۰۴/۰۳/۰۴

پذیرش:

تصحیح: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳

دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۳۰

چکیده

مقدمه: مراکز خدمات درمانی -از مراکز مراقبت‌های اولیه گرفته تا بیمارستان‌های سطح سوم و واحدهای جامعه‌محور- کیفیت، دسترسی و عدالت را افزایش می‌دهند. بسیاری از کشورها به‌طور استراتژیک از این تنوع برای کنترل هزینه‌ها و تقویت مراقبت‌های پیشگیرانه و پساییمارستانی استفاده می‌کنند. در ایران استفاده نکردن از مراکز سطح اولیه/جامعه و پیشاییمارستانی و پساییمارستانی، بار مالی نظام سلامت و بیمه‌گران را افزایش داده و باعث نابرابری در دسترسی شده است. در این مطالعه شناسایی انواع مراکز ارائه خدمات درمانی و تحلیل ویژگی‌های ساختاری/عملکردی آنها و تعیین شکاف‌های سیاستی در مدل ارائه خدمات ایران بررسی می‌شود.

روش بررسی: مرور دامنه‌ای در چارچوب Arksey & O'Malley انجام شد. تاکسونومی مداخل‌های Health Care و Health Facilities از سرعنوان‌های موضوعی پزشکی و اصطلاحات غیر MeSH شناسایی شد، براساس آنها جستجوهای سیستماتیک PubMed و وبسایت‌های نهادهای بین‌المللی (۲۰۲۰-۲۰۲۵) انجام شد. دو داور مستقل داده‌ها را استخراج کردند و مراکز بر اساس دامنه خدمات و جمعیت هدف دسته‌بندی شدند. نمودار مفهومی جریان بیمار در نظام سلامت و جدول مقایسه‌ای تهیه شد.

یافته‌ها: دست‌کم ۲۷ نوع مرکز درمانی در ۷ دسته جای‌گذاری شد. قراردادهای نام‌گذاری و نقش‌های عملکردی در کشورهای مختلف متفاوت بود. ایران بیشتر به بیمارستان‌ها متکی است و زیرساخت‌های مراقبت‌های پیشاییمارستانی و پساییمارستانی در آن اندک است.

نتیجه‌گیری: دسته‌بندی ساختاری مراکز درمانی، اصلاح سیاست‌ها و تخصیص کارآمد منابع را امکان‌پذیر می‌کند. بازسازی مدل ایران -با تقویت مراقبت‌های اولیه، فعال کردن مسیرهای ارجاع و ترویج خدمات مبتنی بر جامعه و پیشاییمارستانی و پساییمارستانی- برای کاهش هزینه‌ها، بهبود عدالت و افزایش عملکرد سیستم ضروری است.

واژگان کلیدی: مراکز مراقبت از سلامت، مراقبت اولیه، جریان بیمار، نظام ارجاع، سیاست‌گذاری سلامت

نکات ویژه

- ۱- مدل ارائه خدمت در ایران به شدت متکی به ساختار «بیمارستان» است که هزینه بالایی دارد.
- ۲- باز طراحی و افزایش تنوع انواع ساختارهای ارائه خدمات سلامت در کاهش هزینه و ارتقای کیفیت و ایمنی بیماران ضروری است.

مقدمه

روش‌های کاری متمایزی که در هر نسل وجود دارد، پویایی نیروی کار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در نهایت فرهنگ و عملکرد سازمان‌های مراقبت سلامت را شکل می‌دهد [۲]. علاوه بر این، پیچیدگی دسترسی به خدمات سلامت از آنجا ناشی می‌شود که این دسترسی در قالب پیوستار نیاز، زمان و

زمینه و ضرورت کلی روندهای جمعیتی جهانی و افزایش تنوع در بازار نیروی کار، لزوم به‌کارگیری مدیریت تنوع در تمامی ابعاد کسب‌وکار از جمله حوزه سلامت را آشکار می‌سازد [۱]. تنوع نسلی با اولویت‌ها، نگرش‌ها، سبک‌های ارتباطی و

شود [۱]. راهبردهای سازمانی در پاسخ به تنوع سازمان‌های متولی مراقبت سلامت باید به نیازهای جمعیت‌های بیمار که به طور فزاینده‌ای متنوع می‌شوند، پاسخگو باشند. کدام موضوعات به طور مداوم به این سازمان‌ها توصیه می‌شود تا به نیازهای گروه‌های متنوعی که با اکثریت جمعیت متفاوت هستند، رسیدگی کنند؟ [۸] سازمان‌های مراقبت‌های از سلامت باید به نیازهای جمعیت‌های بیمار که به طور فزاینده‌ای متنوع می‌شوند، پاسخگو باشند. سوالات اصلی این است که کدام موضوعات به طور مداوم برای سازمان‌های مراقبت‌های سلامت توصیه می‌شود تا به نیازهای گروه‌های متنوعی که با جمعیت اکثریت متفاوت هستند، رسیدگی کنند؟ چقدر اجماع بین رویکردهای مختلف وجود دارد؟ [۸] برای سازمان‌های مراقبت سلامت، ارتقای پاسخگویی به تنوع شامل اجرای سیاست‌ها و شیوه‌های خاص خدمات است. پاسخگویی به تنوع در سطح کل سیستم‌های سلامت شامل اقداماتی در سطح ملی یا استانی است، به عنوان مثال با وضع قوانینی که دسترسی مالی به مراقبت‌های سلامت را تضمین می‌کند [۸].

برای تکمیل نگاه به عدالت و گستره خدمات، لازم است مفهوم پوشش سلامت جهانی (UHC) بررسی شود. هدف نهایی UHC دسترسی همه جمعیت به مراقبت‌های «کافی و ضروری» با قیمت مقرون به صرفه است؛ این تعریف دو بعد پوشش خدمات سلامت و پوشش جمعیتی را مشخص می‌کند و حوزه خدمات سلامت را محدود به بستری نمی‌داند، بلکه شامل همه خدمات ضروری، از جمله مراقبت‌های اولیه و سرپایی با فرکانس بالا و هزینه کم است که ضمن کاهش پرداخت از جیب بیماران، هزینه تراکنش و بایگانی اسناد درمانی را نیز کاهش می‌دهد [۹].

همچنین یکی از اصول کلیدی UHC عدالت در دسترسی است، نه صرفاً وجود خدمات. به این معنا که افراد باید در زمان و مکان مورد نیاز و بدون مواجهه با سختی‌های مالی به خدمات سلامت دسترسی داشته باشند [۱۰]. با آنکه مخارج سلامت جهان بین سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۴۰ به‌طور مطلق افزایش خواهد یافت، سهم فعلی و آتی دولت‌ها از هزینه‌های مرتبط با خدمات اولیه و اجتماع محور کمتر از سطح لازم برای تضمین پوشش همگانی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد در کشورهای

نقاط ارائه خدمات رخ می‌دهد و وابسته به متغیرهای عرضه (از جمله دسترس پذیری، ساعات کاری، مکان، کادر درمانی، منابع و قیمت) و متغیرهای تقاضا (شامل آگاهی از نیازهای سلامت، در دسترس بودن زمان و منابع، فاصله تا محل خدمت، ملاحظات روان‌شناختی و درآمد قابل تصرف) است. ساختارهای سلسله‌مراتبی و هدف‌محور حوزه سلامت نیز پیچیدگی تعامل این متغیرها را تشدید کرده و در نقاط تلاقی‌شان نتایجی فراتر از جمع ساده اجزا از جمله دسترسی ناکافی بیماران، تجربه انگ یا ترس، بهره‌مندی ناقص از دوره درمان و تنش حرفه‌ای ارائه‌دهندگان پدید می‌آورند [۳].

در ادامه، اهمیت یک نظام سلامت قدرتمند که بتواند مراقبت‌های سلامت را به‌موقع و با کیفیت مناسب ارائه کند بیش از پیش آشکار می‌شود. سیستمی که پایه کارایی، کیفیت و عدالت در کل بخش سلامت را تضمین کند تا افراد و جوامع هنگام نیاز بتوانند به خدمات درمانی مورد نیاز دست یابند [۴]. با افزایش و پیری جمعیت و تشدید بیماری‌های مزمن، نیاز به مراقبت‌های حاد با اولویت پاسخ فوری به تهدیدهای حیاتی سلامت اهمیت یافته، اما در عین حال تقویت نظام مستلزم ادغام خدمات اورژانسی با مراقبت‌های اولیه و سلامت عمومی است تا به‌جای برنامه‌های تک‌بعدی (عمودی)، از طریق رویکرد افقی کل نظام ارتقا یابد. مراقبت حاد نه تنها منابع مشترکی با برنامه‌های متمرکز بر بیماری مصرف می‌کند، بلکه نیازمند اصلاح تصورات نادرستی نظیر محدود دانستن آن به انتقال با آمبولانس یا اتکا صرف به فناوری پیشرفته نیز هست [۵].

از سوی دیگر، تنوع ساختاری در مراکز ارائه خدمات سلامت نیز نقش محوری دارد؛ این مراکز از نظر مأموریت، ساختار سازمانی و مقیاس با یکدیگر تفاوت دارند [۶] و مدیریت تنوع مستلزم تطبیق سیاست‌ها و شیوه‌های ارائه با ویژگی‌های جمعیتی هدف است. برای مثال تفکیک واحدهای مراقبت در جمعیت‌های سالمند یا دارای پیشینه فرهنگی گوناگون. بنابراین، شناخت دقیق انواع مراکز و جایگاه آنها در زنجیره مراقبت و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد برای طراحی نظام‌های پاسخگو و عادلانه ضروری است [۷]. طراحی سیاست باید تنوع عملکردی و ساختاری ارائه‌دهندگان خدمات درمانی را در نظر بگیرد تا وجود سیستم‌های پاسخگو و عادلانه تضمین

۱- تعیین سوال مرور دامنه ای -۲ شناسایی منابع مرتبط
۳- انتخاب منابع بر اساس معیارهای مشخص -۴ استخراج
داده‌ها -۵ جمع‌بندی و گزارش یافته‌ها -۶ توضیحات و تفسیر
(اختیاری).

برای شناسایی اسامی انواع مراکز، از سایت سرعنوان‌های
موضوعی پزشکی (MeSH) استفاده شد. ابتدا از تاکسونومی
Health Care و سپس از تاکسونومی Health Facilities فهرست
اسامی انواع مراقبت‌ها و انواع مراکز ارائه خدمات سلامت به
دست آمد. با استفاده از این اسامی در سایت‌های نهادهای
معتبر بین‌المللی، ICSI، CMS، Definitive Health Care،
WHO، OECD، NHS، NIA، AHRQ و پایگاه PubMed با
استفاده از استراتژی جستجوی دقیق، تعاریف و ویژگی‌ها و
کاربردهای هریک از انواع مراکز ارائه خدمت شناسایی شد. این
کار توسط دو نویسنده به‌طور مستقل انجام شد و در صورت
اختلاف نظر به فرد خبره سوم ارجاع دادند و سپس در جلسه
مشترک به توافق رسیدند. علت استفاده از MeSH و سایت‌های
نهادهای معتبر بین‌المللی، دستیابی به اصطلاحات و اسامی بود
که تا حدی استاندارد شده‌اند و به کار می‌روند. رجوع به مقالات
برای دست پیدا کردن به ویژگی‌ها و مأموریت‌هایی از برخی
مراکز بود که از نظر نویسندگان در سایت‌های نهادهای کافی نبود
یا اختلاف نظر وجود داشت.

معیارهای شمول:

برای گزینش اسناد و مقالات از معیارهای شمول زیر
استفاده شد:

مفهوم: انواع مراکز ارائه خدمات مراقبت از سلامت.

محتوا: اسنادی که به توصیف، طبقه‌بندی، اهداف، کارکردها،
ویژگی‌های حداقل یک نوع مرکز درمانی می‌پردازند.

بافتار: هر کشور یا منطقه ای در جهان، با تمرکز بر تنوع مراکز.
نوع مطالعات: مقالات پژوهشی، مرور نظام‌مند، مرور دامنه‌ای،
فصل کتاب، گزارش‌های سیاستی، گزارش‌ها و مرجع واژگان
نهادهای بین‌المللی مرتبط با سلامت و گزارش‌های وزارت بهای
بهداشت کشورها که در وبسایت‌های رسمی نهادهای ثبت شده
بودند.

معیارهای مشمول نشدن:

معیارهای مشمول نشدن به این شرح بودند: مطالعاتی که

کم‌درآمد و پایین‌تر از متوسط درآمد، سهم «مراقبت اولیه» از
کل هزینه‌های دولتی سلامت از حدود ۱۳ درصد در ۲۰۱۵
به ۱۸ درصد در ۲۰۴۰ خواهد رسید؛ رقمی که برای خدمات
پیشگیرانه، مدیریت بیماری‌های مزمن و مراقبت سرپایی
ناکافی است و در غیاب توسعه بیمه‌های فراگیر دولتی، بار
پرداخت مستقیم از جیب بیماران همچنان بالاست و نابرابری
در دسترسی را تشدید می‌کند [۱۱].

برای پر کردن این شکاف‌ها، شبکه همکاران تامین مالی
سلامت در پروژه بار جهانی بیماری‌ها (GBD) در مقاله
«روندهای آینده در تامین مالی و پوشش سلامت: پیش‌بینی
هزینه‌های سلامت و دستیابی به پوشش سلامت جهانی در
۱۸۸ کشور» توصیه می‌کند دولت‌ها باید نه فقط کل بودجه
سلامت را افزایش دهند، بلکه سهم مشخصی از آن را به
بیمه خدمات اولیه و اجتماع‌محور اختصاص دهند. خدمات
مراقبت پایه، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها باید در
«بسته مزایا» قرار گیرند و از طریق نظام‌های پیش‌پرداختی و
صندوق‌های مشترک تأمین شوند. ابزارهای پیشنهادی شامل
حذف یا کاهش فی خدمت‌گیرنده در محل خدمت، گسترش
بیمه همگانی به همه سطوح (نه فقط بستری)، تقویت
سازوکارهای ارجاع و پیمایش‌پذیری، طراحی پرداخت‌های
مبتنی بر عملکرد (مثلاً سرانه تلفیقی همراه با شاخص‌های
کیفیت) برای مراقبت‌های اولیه. این تدابیر ضمن مهار رشد
بی‌رویه مخارج بیمارستانی، منابع مالی را به سمت تنوع بیشتر
خدمات پیشگیرانه و سرپایی سوق می‌دهد و عدالت در پوشش
سلامت را ارتقا می‌بخشد [۱۱].

هدف این مرور دامنه‌ای، ترسیم چشم‌اندازی جامع از
انواع مراکز ارائه خدمات مراقبت سلامت و ویژگی‌های کلیدی
آن‌هاست. این مطالعه تلاش می‌کند در حوزه ملی، ضمن
شناسایی شکاف‌های دانشی موجود، مسیر پژوهش‌های آتی و
اصلاحات سیاست‌گذاری را هموار سازد.

روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع مرور دامنه ای Scoping Review در
حوزه انواع مراکز ارائه خدمات مراقبت از سلامت است. از
چارچوب شش مرحله‌ای آرکسی-اومالی (۲۰۰۵) استفاده شد:

نام مراکز و توضیحات مربوط به ویژگی‌ها و کاربردهای به دست آمده با الگوی توصیفی-دسته‌بندی تحلیل شد. سپس این دسته‌بندی براساس ویژگی‌ها و کاربردهای انواع مراکز در جدول تطبیقی درج شد. در انتها، جدولی به منظور شناسایی وضعیت ایران در زمینه انواع مراکز ارائه خدمت تهیه شد.

یافته‌ها

۱- مراکز مراقبت میان‌مدت تعریف شده در مدیکید ICF/IIID (USA) برای افراد دارای معلولیت ذهنی یک مزیت اختیاری مدیکید است که ایالت‌ها را قادر می‌سازد تا خدمات مراقبت‌های سلامت و توانبخشی جامع و فردی را به افراد ارائه دهند تا وضعیت عملکردی و استقلال آنها ارتقا یابد. اگرچه این یک مزیت اختیاری است، اما همه ایالت‌ها آن را ارائه می‌کنند، حتی اگر فقط به عنوان جایگزینی برای معافیت‌های خدمات خانگی و جامعه محور برای افراد در سطح مراقبت ICF/ID باشد [۱۲].

۲- مراکز مراقبت میان‌مدت سیستم سلامت انگلستان (Intermediate Care UK) خدمات کوتاه‌مدت پس از ترخیص از بیمارستان یا در منزل است که با هدف بازتوانی فرد و بازگرداندن استقلال او ارائه می‌شود. این خدمات معمولاً تا ۶ هفته رایگان هستند و بر پایه ارزیابی و برنامه‌ریزی هدفمند صورت می‌گیرند. چهار گروه اصلی خدمات دارد: توانمندسازی منزل که تمرکز بر آموزش مجدد مهارت‌های روزمره در خانه، مراقبت در منزل که تیم چندتخصصی شامل پزشک، پرستار، کاردرمانگر و فیزیوتراپ، مراقبت بستری کوتاه‌مدت که اقامت موقت در بیمارستان‌های محلی، خانه سالمندان یا مراکز IC مستقل است و پاسخ به شرایط اضطراری در منزل برای جلوگیری از بستری غیرضروری که توسط NHS یا مراجع محلی تامین مالی و اجرا می‌شود؛ خدمات تا سقف تعیین‌شده رایگان است و ممکن است پس از ارزیابی مجدد نیاز به پرداخت توسط کاربر باشد [۱۳].

۳- بیمارستان‌های مراقبت حاد، مراکزی هستند که درمان کوتاه‌مدت را برای بیمارانی با شرایط پزشکی فوری، جراحات شدید یا نیازهای بهبودی پس از جراحی ارائه می‌دهند. این بیمارستان‌ها خدمات تشخیصی و درمانی حساس به زمان را

فقط بر یک بیماری خاص یا یک تکنولوژی خاص در یک مرکز متمرکزند (مگر اینکه اطلاعات کلی مهمی درباره خود مرکز ارائه دهند)، مطالعات بسیار قدیمی (مگر مرجع تاریخی باشند)، مطالعات با کیفیت بسیار پایین و غیرقابل اتکا، منابع غیررسمی.

فرآیند غربالگری به این صورت انجام شد: برای مقالات دو مرحله‌ای (عنوان/چکیده سپس متن کامل) برای گزارش‌های سیاستی و واژگان مندرج در وبسایت‌های رسمی نهادهای معتبر بین‌المللی توسط حداقل دو نفر به صورت مستقل انجام می‌شد. تعاریف و ویژگی‌ها و کاربردهای هریک از انواع مراکز ارائه خدمت شناسایی شد. این کار توسط دو نویسنده به‌طور مستقل انجام شد و در صورت اختلاف نظر به فرد خبره سوم ارجاع دادند و سپس در جلسه مشترک به توافق رسیدند. برای استخراج داده‌ها، فرمی طراحی شد و با در نظر داشتن اهداف پژوهش به سه نفر از خبرگان ارائه شد، پس از تایید نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

برای خلاصه‌سازی کیفی، دسته‌بندی مراکز براساس معیارهای اهداف، کارکردها، و ویژگی‌های کلیدی هر مرکز انجام شد. تفاوت‌ها و شباهت‌های نام‌گذاری انواع مراکز توسط نهادهای رسمی کشورها مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و در اکثر موارد در توصیف مرکز به آنها اشاره شد. موارد نوآورانه شناسایی شد.

الگوی تحلیل، نام مراکز و توضیحات مربوط به ویژگی‌ها و کاربردهای به دست آمده با الگوی توصیفی-دسته‌بندی تحلیل شد. سپس این دسته‌بندی براساس ویژگی‌ها و کاربردهای انواع مراکز در جدول تطبیقی درج شد. در انتها، جدولی به منظور شناسایی وضعیت ایران در زمینه انواع مراکز ارائه خدمت تهیه شد. برای انطباق جریان حرکت بیمار با انواع مراکز، یک جلسه با ۵ نفر از خبرگان برگزار شد که نتیجه آن در جدول ۲ ذکر شده است.

شکاف‌های دانشی تعیین شد. چه انواع مراکزی کمتر مورد بررسی قرار گرفته‌اند؟ چه نوع مراقبت‌هایی که می‌توانند دارای ساختاری جدا از ساختارهای فعلی باشند، باید مورد مطالعه قرار بگیرند؟ اطلاعات مربوط به اثربخشی و کارایی کدام ساختارهای قدیم و جدید با یکدیگر مقایسه شده‌اند؟

با هدف تثبیت وضعیت بیماران و جلوگیری از مرگ یا ناتوانی ارائه می‌کنند [۵].

۴- مراکز مراقبت نیمه‌حاد/تحت حاد به مؤسساتی اطلاق می‌شود که خدمات درمانی، پرستاری، و توان بخشی را برای بیمارانی ارائه می‌دهند که:

- * از مرحله حاد بیماری یا جراحی عبور کرده‌اند
- * هنوز برای ترخیص کامل یا مراقبت خانگی آماده نیستند
- * نیازمند مراقبت‌های تخصصی‌تر از مراکز پرستاری معمول هستند، اما نه در حد بیمارستان‌های حاد.
- این مراکز معمولاً شامل واحدهای توان بخشی، مراقبت‌های تنفسی، درمان‌های وریدی، پایش قلبی و مراقبت از زخم هستند و توسط تیمی چندرشته‌ای شامل پزشک، پرستار، فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، گفتاردرمانگر، مددکار اجتماعی و مدیر پرونده اداره می‌شوند [۱۹].
- ویژگی‌های مراقبت حاد:

- * مراقبت حاد نوعی مداخله درمانی زمان‌محور و سریع‌الاثرب است که می‌تواند مرگ یا ناتوانی را به سرعت کاهش دهد
- * مراقبت حاد مکمل مراقبت‌های اولیه و پیشگیرانه است و بدون آن، خدمات سلامت دچار تکه‌تکه‌سازی و ناهماهنگی می‌شود

- * مراقبت حاد به اشتباه صرفاً معادل آمبولانس یا فناوری بالا قلمداد می‌شود، در حالی که مؤلفه اصلی آن زمان واکنش است
- * نقش مراقبت حاد در کاهش بار بیماری‌های واگیر، غیرواگیر و آسیب‌ها در کشورهای کم‌درآمد و در حال توسعه بسیار مهم است

- * گام‌هایی برای توسعه مدل خدمات مراقبت حاد در این کشورها (مانند ایجاد ساختار خدمات، هماهنگی بین تخصص‌ها، تدوین شاخص‌ها، و ادغام در نظام سلامت).

- * مراقبت حاد به عنوان «پلتفرمی یکپارچه» از خدمات فوری و زمان‌مند مطرح است [۵].

۵- مرکز درمانی روزانه/ یک روزه به مراکزی اشاره دارند که خدمات درمانی یا توان بخشی یا روان درمانی یا جراحی را به صورت سرپایی و بدون نیاز به بستری شبانه ارائه می‌دهند. بیماران در طول روز برای دریافت خدمات مراجعه می‌کنند و شب به خانه بازمی‌گردند. این مراکز معمولاً برای:

- * سالمندان با نیازهای توان بخشی

- * بیماران روان پزشکی

- * بیماران سرطانی (برای شیمی درمانی)

- * کودکان با اختلالات رشدی

طراحی شده‌اند و هدفشان حفظ پیوند بیمار با خانواده و جامعه در کنار دریافت درمان تخصصی است [۱۵].

۶- مرکز جراحی یک‌روزه / مرکز جراحی سرپایی روزانه مراکزی هستند که جراحی‌های برنامه‌ریزی شده و کم‌تهاجمی را در همان روز انجام می‌دهند و بیمار پس از چند ساعت ترخیص می‌شود. این مراکز برای:

- * جراحی‌های چشم (مثل آب‌مرورید)

- * آندوسکوپی و کولونوسکوپی

- * جراحی‌های ارتوپدی سطحی

- * بیوپسی‌ها و درمان‌های سرپایی

مناسب هستند و مزایایی مانند کاهش هزینه، کاهش خطر عفونت بیمارستانی، و راحتی بیشتر برای بیمار دارند [۱۶].

۷- مراکز مراقبت در منزل مراکز خدمات مراقبت سلامت در منزل مؤسساتی هستند که خدمات درمانی، پرستاری، توان بخشی و حمایتی را در خانه بیمار ارائه می‌دهند. این خدمات معمولاً شامل موارد زیر هستند:

- * مراقبت پزشکی تخصصی توسط پرستاران، پزشکان، یا درمانگران (مانند مراقبت از زخم، تزریقات، تغذیه وریدی، پایش علائم حیاتی)

- * توان بخشی در منزل شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی

- * آموزش بیمار و خانواده برای مدیریت بیماری‌های مزمن یا پس از جراحی

- * خدمات پرستاری شخصی مانند کمک در حمام کردن، لباس پوشیدن، تغذیه، و تحرک

- * خدمات اجتماعی و روانی شامل مشاوره، ارجاع به منابع اجتماعی، و حمایت عاطفی

این خدمات معمولاً برای سالمندان، بیماران مزمن، افراد در حال بهبودی از جراحی، یا کودکان با نیازهای خاص طراحی می‌شوند و هدفشان حفظ استقلال، کاهش بستری مجدد، و ارتقای کیفیت زندگی در محیط خانه است [۱۷].

بیماران اغلب از ICU منتقل می‌شوند و نیازمند درمان‌هایی مانند تهویه مکانیکی، مراقبت از زخم‌های پیچیده، یا درمان‌های عفونی شدید هستند. این مراکز دارای تیم‌های چندرشته‌ای با نظارت روزانه پزشک هستند [۲۲].

۱۲- خدمات مراقبت سلامت در منزل از انواع مراکز مراقبت پس از مرحله حاد هستند که مراقبت‌های پزشکی، پرستاری، توان‌بخشی و حمایتی را در خانه بیمار ارائه می‌کنند. مناسب برای بیماران مزمن، سالمندان، یا افراد در حال بهبودی از جراحی خدمات شامل پرستاری ماهر، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، آموزش بیمار و خانواده، و مراقبت از زخم است. بیمار باید homebound باشد و خدمات توسط آژانس تأییدشده Medicare ارائه شود [۱۷].

۱۳- کلینیک آزمون‌های پیش بستری / کلینیک ارزیابی اولیه مطابق دستورالعمل‌های انجمن متخصصان بیهوشی بریتانیا در ارزیابی قبل از عمل و دستورالعمل جامع جامعه متخصصان بیهوشی آمریکا سرویسی سرپایی است که پیش از اعزام رسمی بیمار به بیمارستان یا قبل از عمل جراحی انتخابی انجام می‌شود. هدف اصلی آن، ارزیابی جامع وضعیت پزشکی، انجام آزمایش‌های لازم، مشاوره دارویی و آموزشی بیمار است تا ضمن کاهش لغو عمل و عوارض بعدی، طول دوره اقامت بیمار در بیمارستان به حداقل برسد [۲۳، ۲۴].

۱۴- مراکز توان‌بخشی سرپایی از انواع مراکز مراقبت پس از مرحله حاد هستند که خدمات درمانی و توان‌بخشی را بدون نیاز به بستری شبانه ارائه می‌دهند. مناسب برای بیمارانی که پس از آسیب، جراحی، سکته یا بیماری مزمن نیاز به توان‌بخشی دارند. خدمات شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، روان‌درمانی، و مدیریت درد است. بیماران می‌توانند درمان را با حفظ فعالیت‌های روزمره خود دریافت کنند [۲۵]. مراکز توان‌بخشی، مراکز مراقبت‌های بهداشتی سرپایی یا اقامتی هستند که مراقبت‌های توان‌بخشی ارائه می‌دهند. طبق ICHA2000، مراقبت‌های توان‌بخشی شامل خدمات پزشکی و پیراپزشکی است که در طول توان‌بخشی به بیماران ارائه می‌شود. مراقبت‌های توان‌بخشی شامل خدماتی است که در آن تأکید بر بهبود سطح عملکردی بیماران است که محدودیت‌های عملکردی یا به دلیل بیماری یا آسیب اخیر

۸- مراکز مراقبت پس از مرحله حاد اصطلاحی کلی برای تمام مراقبت‌هایی است که بعد از ترخیص از بیمارستان (مراقبت حاد) ادامه می‌یابند و با هدف بازتوانی، مدیریت علائم و بازگشت به بیشترین سطح استقلال ارائه می‌شوند. این مراکز می‌توانند شامل مراکز پرستاری ماهر، مراقبت حاد بلندمدت، توان‌بخشی کوتاه‌مدت، مراقبت‌های تحت حاد و ... باشد [۱۸].

۹- مراکز پرستاری ماهر (SNFs) مراقبت‌های پزشکی و توان‌بخشی را به صورت بستری کوتاه‌مدت یا میان‌مدت برای بیمارانی ارائه می‌دهند که نیاز به مراقبت‌های تخصصی دارند اما نه در حد بستری در بیمارستان. خدمات رایج در این مراکز عبارت است از مراقبت ۲۴ ساعته توسط پرستاران مجاز، توان‌بخشی (فیزیکی، شغلی، گفتاردرمانی)، مراقبت از زخم، تغذیه وریدی، مدیریت دارو و درمان‌های پیچیده مانند تهویه مکانیکی یا تغذیه لوله‌ای. تفاوت این مراکز با پرستاری در منزل این است که مراکز پرستاری در منزل مراقبت‌های حمایتی و روزانه دارند که بلندمدت است و در آن پرستاران پایه و مراقبان عمومی فعالیت می‌کنند، اما این مراکز مراقبت‌های درمانی و توان‌بخشی تخصصی دارد که کوتاه‌مدت است و در آن درمانگران، پرستاران و پزشکان فعالیت می‌کنند [۱۹]. مرکزی (الزامات خاص صدور گواهینامه نظارتی را دارد) که در درجه اول مراقبت‌های پرستاری تخصصی بستری و خدمات مرتبط را به بیمارانی که به خدمات پزشکی، پرستاری یا توان‌بخشی نیاز دارند ارائه می‌دهد، اما سطح مراقبت یا درمانی را که در بیمارستان موجود است، ارائه نمی‌دهد [۲۱].

۱۰- مراکز توان‌بخشی بستری (IRFs) خدمات توان‌بخشی فشرده را برای بیمارانی ارائه می‌دهند که پس از مرحله حاد بیماری یا جراحی، نیازمند مراقبت بیمارستانی همراه با توان‌بخشی تخصصی هستند. بیماران باید توانایی تحمل حداقل ۳ ساعت درمان در روز، ۵ روز در هفته را داشته باشند. خدمات شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، پرستاری توان‌بخشی و نظارت پزشکی تخصصی است [۲۱].

۱۱- بیمارستان‌های مراقبت حاد بلندمدت از انواع مراکز مراقبت پس از مرحله حاد هستند که خدمات بیمارستانی را برای بیمارانی ارائه می‌دهند که به مراقبت‌های پیچیده و طولانی‌مدت نیاز دارند، معمولاً به مدت بیش از ۲۵ روز،

متخصصان سلامت، طیف گسترده‌ای از مراقبت‌ها را ارائه می‌کنند؛ از خدمات پیشگیرانه و غربالگری‌های روتین گرفته تا آزمایش‌های تشخیصی، اقدامات جزئی و مدیریت شرایط حاد و مزمن. با ارائه مشاوره‌های همان روز، کلینیک‌های بدون نوبت، خدمات مراقبت اورژانسی و کلینیک‌های تخصصی در یک مکان، مراکز مراقبت سرپایی دسترسی بیماران را تسهیل می‌کنند، هزینه‌های کلی مراقبت سلامت را کاهش می‌دهند و بار بر دوش بخش‌های اورژانس و بستری بیمارستان را کم می‌کنند [۳۱].

۱۸- مراکز مراقبت مزمن مؤسساتی هستند که خدمات پزشکی و پرستاری مداوم و توان‌بخشی را برای افراد مبتلا به بیماری یا ناتوانی‌های مزمن ارائه می‌دهند. این مراکز شامل خانه‌های سالمندان، مراکز پرستاری ماهر (SNF)، مراکز توان‌بخشی بستری و مجتمع‌های زندگی گروهی می‌شوند که با حفظ استقلال نسبی بیمار، مدیریت بیماری‌های پیچیده و حمایت در فعالیت‌های روزمره زندگی، کیفیت زندگی را در طولانی‌مدت ارتقا می‌دهند [۳۲]. مرکز مراقبت طولانی‌مدت، خدمات پزشکی، شخصی و اجتماعی مداوم را به افرادی که به دلیل بیماری، معلولیت یا محدودیت‌های مرتبط با سن به کمک در فعالیت‌های روزمره زندگی نیاز دارند، ارائه می‌دهد. این مراکز طیف وسیعی از خدمات، از جمله مراقبت پرستاری، مراقبت شخصی و پشتیبانی در فعالیت‌هایی مانند حمام کردن، لباس پوشیدن و غذا خوردن را اغلب در یک دوره طولانی ارائه می‌دهند [۲۰]. مراکز مراقبت طولانی‌مدت، خدمات پشتیبانی پزشکی و شخصی را به بیمارانی که قادر به زندگی مستقل نیستند، ارائه می‌دهند. نوع مراقبتی که این مراکز ارائه می‌دهند با مراقبت کوتاه‌مدت متفاوت است، زیرا برای مدت زمان طولانی (معمولاً ۱۲ ماه یا بیشتر) ارائه می‌شود و نتیجه مشخصی مانند درمان یک بیماری حاد، کسالت یا آسیب‌دیدگی ندارد. مراقبت طولانی‌مدت می‌تواند در محیط‌های مختلفی از جمله خانه بیمار، مراکز مراقبت پرستاری، مراکز تداوم مراقبت برای جمعیت‌های بازنشستگان ارائه شود [۳۳].

۱۹- مطب پزشک خانواده ارائه مراقبت اولیه به‌عنوان نقطه نخست تماس بیمار با نظام سلامت را عهده دار است. خدمات آن عبارتند از: ارائه مراقبت جامع و مداوم برای افراد و خانواده‌ها

یا ماهیت عودکننده (پسرفت یا پیشرفت) است. این امر مستلزم ارزیابی مکرر (روزانه تا هفتگی) بیمار و بررسی سیر بالینی و برنامه درمانی برای یک دوره زمانی محدود (چند روز تا چند ماه) تا زمانی که وضعیت تثبیت شود یا یک دوره درمانی از پیش تعیین شده تکمیل شود، استو مراکز توانبخشی شامل مراکز بینایی‌سنجی، شنوایی‌سنجی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و غیره است [۲۶].

۱۵- واحد مراقبت تسکینی / بخش مراقبت حمایتی چندرشته‌ای می‌تواند در بیمارستان‌ها، مراکز تسکینی (پالیاتیو)، مراکز hospice یا در منزل ارائه شوند. مراقبتی است که کیفیت زندگی بیماران و خانواده‌هایشان را در مواجهه با بیماری‌های تهدیدکننده حیات بهبود می‌بخشد. این مراقبت شامل ارزیابی دقیق، درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است [۲۷].

واحد‌های بیمارستانی با حداقل ۵ تخت که مراقبت چندرشته‌ای برای بیماران با علائم شدید و نیاز به همراهی روانی و اجتماعی ارائه می‌دهند [۲۸]. مراقبت تسکینی، می‌تواند از همان ابتدای تشخیص بیماری فرد یا تا اواخر بیماری او شروع شود و می‌تواند در کنار سایر انواع درمان بیماری انجام شود. می‌تواند در هر مرحله از یک بیماری جدی ارائه شود این نوع مراقبت شامل، اما نه محدود به، برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته، مراقبت‌های پایان عمر (هاسپیس)، مراقبت‌های آسایشگاهی و حمایت از سوگ است [۲۹].

۱۶- مراقبت تسکینی در پایان عمر / مراقبت حمایتی آخر عمر (هاسپیس) مراقبتی برای افراد مبتلا به بیماری لاعلاج که در هفته‌ها یا ماه‌های پایانی زندگی هستند. تمرکز بر راحتی، کیفیت زندگی و حمایت از خانواده است [۳۰]. در فرانسه شامل مراقبت معنوی، روانی، کنترل درد و حمایت از خانواده است [۲۸]. هاسپیس بر مراقبت، آسایش و کیفیت زندگی فردی که به بیماری جدی مبتلا است و به پایان عمر خود نزدیک می‌شود، تمرکز دارد [۲۹].

۱۷- مراکز مراقبت سرپایی / خدمات بدون بستری شبانه مؤسساتی هستند که خدمات پزشکی سرپایی را بدون نیاز به بستری شبانه ارائه می‌دهند. این مراکز با بهره‌گیری از تیم‌های چندرشته‌ای متشکل از پزشکان، پرستاران و سایر

در تمام سنین و جنسیت‌ها

* پیشگیری و غربالگری بیماری‌ها، مدیریت بیماری‌های حاد و مزمن
* تشخیص اولیه، درمان دارویی و راهنمایی بیمار برای ارجاع به متخصصان
* هماهنگی مراقبت‌های بین رشته‌ای و پیگیری وضعیت سلامت در طول زمان [۳۴].

پزشکی خانواده اما یک تخصص رسمی پس از دوره پزشکی و گذراندن حداقل سه سال رزیدنتی است که پوشش جامع سلامت افراد و خانواده‌ها را در طول عمر از تولد تا سالمندی برعهده دارد. پزشکان خانواده با تمرکز بر استمرار مراقبت و مدیریت بلندمدت بیماری‌های مزمن، نقش هماهنگ‌گر درمان را ایفا می‌کنند [۳۴].

۲۰- مطب پزشک عمومی مرکزی است که خدمات پایه مراقبت اولیه را برای بیماران در تمام گروه‌های سنی و بدون ایستگاه‌بندی شبانه فراهم می‌کند. پزشکان عمومی پس از دوره پزشکی، معمولاً یک سال دوره کارورزی عمومی می‌گذرانند و می‌توانند بیماری‌های حاد ساده، مراقبت‌های پیشگیرانه، و مراجعات سرپایی را مدیریت کنند [۳۵].

۲۱- مراکز مراقبت اولیه مراکزی هستند که اولین نقطه تماس در نظام سلامت به شمار می‌روند و نقش «در ورودی» سرویس‌های NHS را ایفا می‌کنند. مراقبت اولیه شامل پزشکی عمومی، داروخانه‌های جامعه، خدمات دندان پزشکی و بینایی‌سنجی است. حرفه‌ای‌های مراقبت اولیه در درمان بیماری‌های خفیف و بلندمدت و همچنین پیشگیری از بیماری‌های آتی از طریق مشاوره، واکسیناسیون و برنامه‌های غربالگری نقش دارند. هدف اصلی آنها افزایش دسترسی، ارتقای سلامت جمعیت و کاهش بار بر مراکز ثانویه و بیمارستانی است [۳۶].

۲۲- مراکز مراقبت اقامتی که گاهی تحت عنوان «خانه‌های اقامتی» یا «گروه‌خانه‌ها» شناخته می‌شوند، واحدهای خصوصی کوچکی با ظرفیت معمولاً ۲۰ نفر یا کمتر هستند. این مراکز خدمات پشتیبانی روزمره از جمله کمک در انجام فعالیت‌های زندگی روزانه (شستشو، پوشیدن لباس، جابه‌جایی)، تهیه غذا و خدمات خانه‌داری را ارائه می‌دهند و پرسنل آنها به‌صورت

۲۴ ساعته در دسترس هستند. ارائه مراقبت‌های پرستاری و پزشکی تخصصی معمولاً در این مراکز انجام نمی‌شود [۳۲].
۲۳- واحد سلامت خانواده در چارچوب «استراتژی سلامت خانواده»، واحد سلامت خانواده اصلی‌ترین مرکز ارائه مراقبت‌های اولیه است که یک تیم چندرشته‌ای متشکل از پزشک، پرستار و عامل سلامت خانواده را در بر می‌گیرد. این واحد مسئول ارائه خدمات جامع ترویجی، پیشگیرانه، درمانی، توان‌بخشی و حتی روانی-اجتماعی به جمعیتی حدود ۳۰۰۰-۴۰۰۰ نفر در یک قلمرو جغرافیایی معین است و تأکید آن بر استمرار مراقبت، مشارکت جامعه و نزدیک کردن خدمات به خانواده‌هاست [۳۷].

۲۴- کلینیک سیار یا کلینیک برون‌سپاری واحدی متحرک یا پورتابل است که با استفاده از خودرو، ون یا تیم‌های پزشکی سیار، خدمات بالینی اولیه، پیشگیرانه، تشخیصی و اورژانسی را مستقیماً در محل زندگی یا تجمع جمعیت‌های محروم و دوردست ارائه می‌دهد. این مدل مراقبتی با رفع موانع جغرافیایی و اقتصادی دسترسی به مراقبت را تسهیل کرده و اغلب تنها منبع خدمات سلامت برای این گروه‌ها به‌شمار می‌آید [۳۸].

۲۵- خانه‌های نفاخت تسهیلاتی هستند که مراقبت‌های پرستاری ماهر و خدمات توان‌بخشی متمرکز را برای بیماران در دوره پس از جراحی، بیماری حاد یا آسیب فراهم می‌کنند. هدف این مراکز بازبازی توان عملکردی، مدیریت علائم و تسهیل بازگشت ایمن بیمار به منزل است. خدمات رایج در خانه نفاخت شامل مراقبت ۲۴ ساعته توسط پرستاران مجاز، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، نگهداری و مراقبت از زخم، مدیریت دارو و کمک در فعالیت‌های زندگی روزمره تحت نظارت پزشک است [۱۹].

۲۶- کلینیک سلامت زنان مرکزی است که خدمات جامع مراقبت بهداشت و سلامت ویژه زنان را در تمام مراحل عمر ارائه می‌کند. این خدمات شامل مراقبت‌های باروری و جنسی، غربالگری و پیشگیری از سرطان‌های دستگاه تولیدمثل (مانند سرطان دهانه رحم و سینه)، مراقبت‌های دوران بارداری و شیردهی، مدیریت علائم یائسگی، ارزیابی و حمایت روانی-اجتماعی، مشاوره تغذیه‌ای و برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی

جدول ۱ | ویژگی های کلیدی و اهداف انواع مراکز/واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامت

ردیف	نوع مرکز		ویژگی های کلیدی	
	فارسی	انگلیسی		
۱	بیمارستان مراقبت حاد	Acute Hospital	درمان کوتاه مدت برای بیمارانی با شرایط پزشکی فوری، جراحات شدید یا نیازهای بهبودی پس از جراحی، ارائه خدمات تشخیصی و درمانی حساس به زمان برای تثبیت وضعیت بیماران	Hirshon JM [۵]
۲	بیمارستان های مراقبت حاد بلندمدت	Long-Term Acute Care Hospitals (LTACHs)	خدمات بیمارستانی برای بیمارانی نیازمند مراقبت های پیچیده و طولانی مدت (بیش از ۲۵ روز)، اغلب از ICU منتقل می شوند و نیاز به تهویه مکانیکی، مراقبت از زخم های پیچیده، یا درمان های عفونی شدید دارند، دارای تیم های چندرشته ای با نظارت روزانه پزشک هستند.	Centers for Medicare & Medicaid Services [۲۲]
۳	خانه های نقاهت	Convalescent homes	ارائه مراقبت های پرستاری ماهر و خدمات توان بخشی متمرکز، بیماران در دوره پس از جراحی، بیماری حاد یا آسیب، مراقبت ۲۴ ساعته توسط پرستاران مجاز، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، نگهداری و مراقبت از زخم، مدیریت دارو و کمک در فعالیتهای زندگی روزمره تحت نظارت پزشک هدف: بازپایی توان عملکردی، مدیریت علائم و تسهیل بازگشت ایمن بیمار به منزل.	Centers for Medicare & Medicaid Services [۱۹]
۴	خدمات مراقبت سلامت در منزل	Home Health Services	ارائه مراقبت های پزشکی، پرستاری، توان بخشی، و حمایتی در منزل، بیماران محدود در منزل با بیماری مزمن، سالمندان، یا افراد در حال بهبودی بعد از جراحی، خدمات پرستاری ماهر، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، آموزش بیمار و خانواده، و مراقبت از زخم، آژانس تأیید شده مدیر.	Centers for Medicare & Medicaid Services [۱۷]
۵	کلینیک آزمون های پیش بستری/ارزیابی اولیه	Pre-Admission Testing Clinic-USA / Pre-Assessment Clinic یا Preoperative Assessment Clinic	خدمات سرپایی پیش از بستری در بیمارستان یا قبل از عمل جراحی، هدف اصلی: ارزیابی جامع وضعیت پزشکی، انجام آزمایش های لازم، مشاوره دارویی و آموزش بیمار برای کاهش لغو جراحی و عوارض بعدی و طول اقامت بیمار در بیمارستان	Guidelines for the Provision of Anaesthetic-Practice Guidelines for Preanesthesia Evaluation [۲۳، ۲۴]
۶	کلینیک سیار یا کلینیک برون سپاری	Outreach Clinic	واحدی متحرک با استفاده از خودرو، ون یا تیم های پزشکی سیار، خدمات بالینی اولیه، پیشگیرانه، تشخیصی و اورژانسی در محل زندگی یا تجمع جمعیت های محروم و دوردست	World Health Organization [۲۸]
۷	کلینیک سلامت زنان	Women's Health Clinic	ارائه خدمات جامع مراقبت بهداشت و سلامت ویژه زنان در تمام مراحل عمر، مراقبت های باروری و جنسی، غربالگری و پیشگیری از سرطان های دستگاه تولیدمثل، مراقبت های دوران بارداری و شیردهی، مدیریت علائم یائسگی، ارزیابی و حمایت روانی-اجتماعی، مشاوره تغذیه ای و برنامه های آموزشی خودمراقبتی، معمولاً شامل متخصصان زنان و زایمان، ماما، پرستار، روان شناس و مشاور تغذیه با رویکرد چندرشته ای و هدف افزایش کیفیت زندگی و سلامت کلی زنان	Canadian Medical Association [۳۹]
۸	مراقبت تسکینی در پایان عمر/مراقبت حمایتی آخر عمر	Hospice Care	مراقبت مبتلایان به بیماری لاعلاج در هفته ها یا ماه های پایانی زندگی، تمرکز بر راحتی، کیفیت زندگی و حمایت از خانواده، مراقبت معنوی، روانی، کنترل درد و حمایت از خانواده	Fondation de France [۲۸] National Health Institute on Health [۲۹] National Health Service [۳۰]
۹	مراکز پرستاری ماهر	Skilled Nursing Facilities	ارائه مراقبت تخصصی بستری کوتاه مدت یا میان مدت، بیماران نیازمند مراقبت هستند اما نه در حد بیمارستان، مراقبت ۲۴ ساعته توسط پرستاران مجاز، توان بخشی، مراقبت از زخم، تغذیه وریدی، مدیریت دارو و درمان های پیچیده مانند تهویه مکانیکی یا تغذیه لوله ای	Centers for Medicare & Medicaid Services [۱۹]
۱۰	مراکز توان بخشی بستری	Inpatient Rehabilitation Facilities	ارائه خدمات توان بخشی فشرده برای بیماران پس از مرحله حاد بیماری یا جراحی، نیازمند توان بخشی تخصصی به صورت بستری، بیماران باید توانایی تحمل درمان حداقل ۳ ساعت در روز و ۵ روز در هفته را داشته باشند.	American Hospital Association [۲۱]
۱۱	مراکز توان بخشی سرپایی	Outpatient Rehabilitation Centers	ارائه خدمات درمانی و توان بخشی بدون نیاز به بستری شبانه، بیماران پس از آسیب، جراحی، سکت یا بیماری مزمن، خدمات فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، روان درمانی، و مدیریت درد، هدف حفظ فعالیتهای روزمره بیمار، بهبود سطح عملکردی بیماران که محدودیت های عملکردی دارند.	University of Rochester Medical Center [۲۵] Ahmadi-Javid et al [۲۶]
۱۲	مراکز مراقبت اقامتی	Residential Care Facility	همان «خانه های اقامتی» یا «گروه خانه ها»، واحدهای خصوصی کوچکی با ظرفیت معمولاً ۲۰ نفر یا کمتر، خدمات پشتیبانی روزمره از جمله کمک در انجام فعالیتهای زندگی روزانه با پرسنل ۲۴ ساعته در دسترس، ارائه مراقبت های پرستاری و پزشکی تخصصی معمولاً ندارد.	National Health Service [۳۲]

جدول ۱ | (ادامه) ویژگی های کلیدی و اهداف انواع مراکز /واحد های ارائه دهنده خدمات سلامت

ردیف	نوع مرکز		ویژگی های کلیدی
	فارسی	انگلیسی	
۱۳	مراکز مراقبت اولیه	Primary Health Care Center	اولین نقطه تماس در نظام سلامت و نقش «در ورودی» سرویس های NHS، مراقبت اولیه شامل پزشکی عمومی، داروخانه های جامعه، خدمات دندان پزشکی و بینایی سنجی است. درمان بیماری های خفیف و بلندمدت، پیشگیری از طریق مشاوره، واکسیناسیون و برنامه های غربالگری. هدف: افزایش دسترسی، ارتقاء سلامت جمعیت و کاهش بار بر مراکز ثانویه و بیمارستانی
۱۴	مراکز مراقبت پس از مرحله حاد	Post-Acute Care Facilities	اصطلاح کلی برای تمام مراقبت های بعد از ترخیص از بیمارستان (مراقبت حاد)، با هدف بازتوانی، مدیریت علائم و بازگشت به بیشترین سطح استقلال.
۱۵	مراکز مراقبت در منزل	Home Healthcare Services	ارائه خدمات درمانی، پرستاری، توان بخشی، و حمایتی در منزل، مراقبت پزشکی تخصصی، آموزش به بیمار و خانواده، خدمات اجتماعی و روانی. هدف: حفظ استقلال و کاهش بستری مجدد
۱۶	مراکز مراقبت سرپایی/خدمات بدون بستری شبانه	Ambulatory Care Center	ارائه خدمات سرپایی از خدمات پیشگیرانه و غربالگری های روتین تا آزمایش های تشخیصی و مدیریت شرایط حاد و مزمن بدون نیاز به بستری شبانه، با تیم های چندرشته ای متشکل از پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان سلامت، می کنند؛ بدون نوبت، خدمات اورژانس و کلینیک های تخصصی در یک مکان. هدف: تسهیل دسترسی و کاهش هزینه های کلی مراقبت سلامت و کاهش بار بخش های اورژانس و بستری بیمارستان
۱۷	مراکز مراقبت مزمن	Chronic Care Facilities	ارائه خدمات پزشکی و پرستاری مداوم و توان بخشی برای افراد مبتلا به بیماری یا ناتوانی های مزمن، می تواند شامل خانه های سالمندان، مراکز پرستاری ماهر، مراکز توان بخشی بستری و مجتمع های زندگی گروهی باشد، هدف: حفظ استقلال نسبی بیمار، مدیریت بیماری های پیچیده و حمایت در فعالیت های روزمره زندگی و افزایش کیفیت زندگی در طولانی مدت، مراقبت طولانی مدت می تواند در محیط خانه، مراکز مراقبت پرستاری، مراکز تداوم مراقبت بازنشتگان ارائه شود.
۱۸	مراکز مراقبت نیمه حاد/تحت حاد	Subacute Care Facilities	ارائه خدمات درمانی، پرستاری و توان بخشی، با تیم های چند رشته ای، ویژه بیماران بعد از جراحی یا مرحله حاد نیازمند مراقبتی تخصصی نه در حد بیمارستان که آماده ترخیص کامل یا مراقبت خانگی نیستند
۱۹	مرکز جراحی یک روزه / جراحی سرپایی روزانه	Day Surgery/ Outpatient Surgery /Ambulatory Surgery Centers	جراحی های برنامه ریزی شده و کم تهاجمی، ترخیص بعد از چند ساعت، باعث کاهش هزینه و خطر عفونت بیمارستانی و راحتی بیمار می شود.
۲۰	مرکز درمانی روزانه/ یک روزه	Day Hospitals	ارائه خدمات درمانی/توان بخشی/روان درمانی/اجراحی به صورت سرپایی و بدون نیاز به بستری شبانه، هدف: حفظ پیوند بیمار با خانواده و جامعه
۲۱	مرکز مراقبت میان مدت (مدل آمریکا)	Intermediate Care Facilities ICF/IID (USA)	ویژه افراد دارای معلولیت ذهنی، مزیت اختیاری مدیکید، خدمات توان بخشی جامع و فردی برای ارتقای عملکردی و استقلال آنها
۲۲	مرکز مراقبت میان مدت (مدل انگلستان)	Intermediate Care Facilities Intermediate Care UK	خدمات کوتاه مدت پس از ترخیص از بیمارستان، هدف: بازتوانی فرد و بازگرداندن استقلال، بر پایه ارزیابی و برنامه ریزی هدفمند چهار گروه خدمات توانمندسازی در منزل، مراقبت در منزل، مراقبت بستری کوتاه مدت، پاسخ به شرایط اضطراری در منزل.
۲۳	واحد مراقبت تسکینی/بخش مراقبت حمایتی چندرشته ای	Palliative Care Unit	ارزیابی دقیق، درمان درد و سایر مشکلات جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، واحدهای بیمارستانی با حداقل ۵ تخت که مراقبت چندرشته ای برای بیماران با علائم شدید و نیاز به همراهی روانی و اجتماعی ارائه می کنند. هدف بهبود کیفیت زندگی بیماران و خانواده هایشان در مواجهه با بیماری های تهدیدکننده حیات
۲۴	مطب پزشک عمومی	GP practice	مرکزی است برای خدمات پایه مراقبت اولیه برای بیماران در تمام گروه های سنی و بدون اقامت شبانه، پزشکان عمومی پس از دوره پزشکی، یک سال دوره کارورزی می گذرانند.
۲۵	مطب پزشک خانواده	General Practice/GP Clinic	نقطه نخست تماس بیمار با نظام سلامت، مراقبت های اولیه، یک تخصص رسمی پس از دوره پزشکی و گذراندن حداقل سه سال رزیدنتی، پزشکان خانواده نقش هماهنگ گر درمان را دارد.
۲۶	واحد سلامت خانواده	Family Health Unit	اصلی ترین مرکز ارائه مراقبت های اولیه با یک تیم چندرشته ای، خدمات جامع ترویجی، پیشگیرانه، درمانی، توان بخشی و حتی روانی-اجتماعی به جمعیتی حدود ۳۰۰۰-۴۰۰۰ نفر در یک قلمرو جغرافیایی معین با تأکید آن بر استمرار مراقبت، مشارکت جامعه و نزدیک کردن خدمات به خانواده ها
۲۷	واحد/خدمات زایمان	Labour wards	واحد تخصصی مراقبت زنان باردار، خدمات پزشکی و پرستاری در سه مرحله اصلی قبل از زایمان و بخش زایمان و کلینیک های پس از زایمان، تیم شامل متخصص زنان و زایمان، ماما، پرستار و مشاور تغذیه و روان شناس، هدف: تضمین سلامت ایمن مادر و کودک و کاهش عوارض پس از زایمان

جدول ۲ | دسته بندی انواع مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت

نام (های) فارسی مرکز (شماره ردیف در جدول اصلی)	نام (های) انگلیسی مرکز	دسته مرکز خدمات مراقبتی
کلینیک سیار یا کلینیک پرونی سپاری [۶]	Outreach Clinic	دسته ۱- تماس اولیه و مراقبت اولیه
مراکز مراقبت اولیه [۱۳]	Primary Health Care Center	
مطب پزشک عمومی [۲۴]	GP practice	
مطب پزشک خانواده [۲۵]	General Practice/GP Clinic	
واحد سلامت خانواده [۲۶]	Family Health Unit	
کلینیک سلامت زنان [۷]	Women's Health Clinic	
کلینیک آزمون‌های پیش بستر/ کلینیک ارزیابی اولیه [۵]	Pre-Admission Testing Clinic-USA / Pre-Assessment Clinic یا Preoperative Assessment Clinic	دسته ۲- مراقبت سرپایی تخصصی و بدون بستری
مراکز توان بخشی سرپایی [۱۱]	Outpatient Rehabilitation Centers	
مراکز مراقبت سرپایی / خدمات بدون بستری شبانه [۱۶]	Ambulatory Care Center	
مرکز جراحی یک روزه / مرکز جراحی محدود / جراحی سرپایی روزانه [۱۹]	Day Surgery/ Outpatient Surgery /Ambulatory Surgery Centers	
مرکز درمانی روزانه / یک روزه [۲۰]	Day Hospitals	
بیمارستان مراقبت حاد [۱]	Acute Hospital	دسته ۳- مراقبت حاد و فوری
واحد/خدمات زایمان [۲۷]	Labour wards	
مراکز مراقبت پس از مرحله حاد [۱۴]	Post-Acute Care Facilities	دسته ۴- مراقبت پساحاد
مراکز مراقبت نیمه‌حاد/تحت حاد [۱۸]	Subacute Care Facilities	
مرکز مراقبت میانی (مدل انگلستان) [۲۲]	Intermediate Care Facilities Intermediate Care UK	
بیمارستان‌های مراقبت حاد بلندمدت [۲]	Long-Term Acute Care Hospitals (LTACHs)	
مراکز پرستاری ماهر [۹]	Skilled Nursing Facilities	
مراکز توان بخشی بستری [۱۰]	Inpatient Rehabilitation Facilities	
خانه‌های نقاهت [۳]	Convalescent homes	دسته ۵- مراقبت مزمن و طولانی
مراکز مراقبت اقامتی [۱۲]	Residential Care Facility	
مراکز مراقبت مزمن [۱۷]	Chronic Care Facilities	
مرکز مراقبت میانی (مدل آمریکا) [۲۱]	Intermediate Care Facilities ICF/IID (USA)	
مراکز پرستاری ماهر [۹]	Skilled Nursing Facilities	
خدمات مراقبت سلامت در منزل [۴]	Home Health Services	دسته ۶- مراقبت در منزل و جامعه محور
مراکز مراقبت در منزل [۱۵]	Home Healthcare Services	
مراقبت تسکینی در پایان عمر / مراقبت حمایتی آخر عمر [۸]	Hospice Care	دسته ۷- مراقبت تسکینی و پایان عمر
واحد مراقبت تسکینی / بخش مراقبت حمایتی چندرشته‌ای [۲۳]	Palliative Care Unit	

ایالات متحده و استرالیا، بر پایه ساختار یکپارچه از مراقبت (Integrated Care Model) استوار است که شامل مراکز مراقبت اولیه، مراقبت حاد، مراقبت میان مدت، مراقبت مزمن و مراقبت تسکینی است. در ایران نیز، با توجه به تحولات دموگرافیک، افزایش بیماری‌های مزمن، و فشار بر سیستم‌های بیمارستانی، نیاز به ایجاد یک چارچوب منسجم از مراکز خدمات سلامت بیش از پیش احساس می‌شود.

مطالعه حاضر با شناسایی دستکم ۲۷ نوع مرکز ارائه خدمت، نشان می‌دهد که پیچیدگی نظام سلامت نه تنها ناشی از تنوع بیماری‌ها، بلکه از تعدد مدل‌های سازمانی برای مراکز ارائه خدمات مراقبت از سلامت نشأت می‌گیرد. این تنوع، هرچند امکان پاسخگویی به نیازهای مختلف را فراهم می‌کند، اما اگر هماهنگی بین بخشی موثر و پایدار وجود نداشته باشد، می‌تواند منجر به تکه‌تکه‌سازی خدمات شود، خود منجر به تکرار خدمات، انجام خدمات بیهوده و تبعات مالی و روحی و روانی برای بیماران و ارائه دهندگان و مدیران و مسئولان نظام سلامت شود. در ایران نیز، وجود ۲۷ نوع مرکز ارائه خدمات سلامت، هرچند اندک و نامتوازن و ناهماهنگ که در این مطالعه شناسایی شده است، نشان از تنوع بالای زیرساخت‌های موجود در نظام سلامت دارد، هرچند تحلیل جریان حرکت بیمار در سلسله مراتب مراکز نظام سلامت بیمار در ایران نشان می‌دهد که یکپارچگی، استانداردسازی و هماهنگی بین مراکز هنوز در سطح مطلوبی قرار ندارد. شباهت‌ها و تفاوت‌ها با تجربیات بین‌المللی در این بخش، مقایسه‌ای تطبیقی بین مدل‌های بین‌المللی و وضعیت فعلی در ایران بر اساس ۷ دسته‌بندی از مراکز خدمات سلامت انجام شد.

شباهت‌ها

- * وجود مراکز مراقبت اولیه (مانند مطب خانواده و واحد سلامت خانواده) که به عنوان دروازه ورود بیمار به نظام سلامت عمل می‌کنند.
- * وجود بیمارستان‌های مراقبت حاد که خدمات تشخیصی و درمانی فوری را ارائه می‌دهند.
- * وجود مراکز توانبخشی و خدمات مراقبت در منزل که فعلاً بیشتر در شهرهای بزرگ برقرار است.

تفاوت‌ها

است. تیم این کلینیک‌ها معمولاً شامل متخصصان زنان و زایمان، ماما، پرستار، روان‌شناس و مشاور تغذیه است که با رویکرد چندرشته‌ای کیفیت زندگی و سلامت کلی زنان را ارتقا می‌دهند [۳۹].

۲۷- واحد/خدمات زایمان واحد تخصصی مراقبت زنان باردار است که خدمات پزشکی و پرستاری را در سه مرحله اصلی ارائه می‌دهد: مراقبت قبل از زایمان (مراقبت‌های دوران بارداری و آزمایش‌های غربالگری)، بخش زایمان و کلینیک‌های پس از زایمان (مراقبت از مادر و نوزاد، مشاوره شیردهی و بازتوانی جسمی و روانی مادر). این کلینیک‌ها معمولاً توسط تیمی شامل متخصص زنان و زایمان، ماما، پرستار و مشاور تغذیه و روان‌شناس اداره می‌شوند و هدفشان تضمین سلامت ایمن مادر و کودک و کاهش عوارض پس از زایمان است [۴۰]. این دسته‌بندی براساس اهداف و کارکرد و گروه هدف مراکز توسط تیم تحقیق ساخته شد و در یک پنل ۶ نفره خبرگانی به بحث گذاشته شد. در جلسه چند حالت دیگر نیز مطرح شد و نهایتاً پیشنهاد اولیه تیم پژوهش جرح و تعدیل و بازنویسی شد و مورد توافق قرار گرفت. هرچند امکان انجام مطالعات بیشتر، به خصوص شواهد میدانی و تحقیقات هزینه اثربخشی و اثرمندی مراکز مختلف در بافتار ایران، می‌تواند به بهتر کردن این دسته‌بندی که براساس جریان بیمار طراحی شده است، کمک کند.

بحث

در سال‌های اخیر، توجه به مدل‌های یکپارچه از مراقبت‌های سلامت و جریان بیمار (Patient Flow) در سطح بین‌المللی افزایش یافته است. سیستم‌های سلامت پیشرفته با ایجاد ساختارهای منسجم از مراکز خدمات سلامت توانسته‌اند کیفیت خدمات را افزایش دهند، هزینه‌ها را کاهش دهند و تجربه بیمار را بهبود بخشند. سیستم‌های سلامت جهانی با توجه به تغییرات دموگرافیک، افزایش بیماری‌های غیر واگیر و افزایش انتظارات جامعه از خدمات سلامت، نیازمند مدل‌های یکپارچه و منسجم از مراقبت‌ها هستند که جریان بیمار را از اولین تماس تا پایان عمر مدیریت کنند. مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهند که مدل‌های موفق در کشورهایمانند انگلستان،

کلینیک‌های سیار یا اقماری و خدمات سلامت در منزل می‌تواند با بهره‌گیری از پزشکی از راه دور (Telemedicine) گسترش یابد.

* مطالعه اثربخشی مدل‌های ترکیبی (هیبرید) را برای بیماران مزمن تأیید می‌کند.

مطالعات و تجربیات بین‌المللی نشان می‌دهند که توسعه مراکز خدمات سلامت غیربستری (مانند مراکز مراقبت میان‌مدت، مراکز مراقبت تسکینی، خدمات خانگی و توانبخشی سرپایی) می‌تواند به‌طور قابل توجهی:

- * بار بیمارستان‌ها را کاهش دهد،
- * هزینه‌های سیستم سلامت را کاهش دهد،
- * کیفیت خدمات را بهبود بخشد،
- * رضایت بیماران و خانواده‌هایشان را افزایش دهد،
- * درآمد و رضایت کارکنان سلامت را بهبود بخشد.

تحلیل مقایسه‌ای دسته‌های مراکز ارائه خدمت می‌تواند دیدگاه‌های غنی‌تری ایجاد کند.

دسته ۱: تماس اولیه و مراقبت اولیه

در کشورهای توسعه‌یافته، مراقبت اولیه به عنوان درجه ورودی اصلی بیمار به نظام سلامت شناخته می‌شود. این مراکز شامل مطب‌های خانواده، مراکز بهداشت، مطب‌های عمومی، واحدهای سلامت خانواده و کلینیک‌های زنان هستند. این مراکز نقش‌هایی مانند پیشگیری، تشخیص اولیه، مدیریت بیماری‌های مزمن، و ارجاع به سطوح بالاتر را بر عهده دارند. در ایران، سیستم مراقبت اولیه مبتنی بر خانواده در چارچوب سند سلامت خانواده در حال گسترش است. مطب‌های خانواده، مطب‌های عمومی، واحدهای سلامت خانواده، و کلینیک‌های زنان در سطح کشور وجود دارند. با این حال، نواقصی مانند نبود یکپارچگی، ناکافی بودن منابع انسانی و نبود سیستم الکترونیکی ارجاع وجود دارد. در بسیاری از کشورها، پزشک خانواده نقش هماهنگ‌کننده را در تمامی مراحل مراقبت ایفا می‌کند، اما در ایران این نقش هنوز به‌خوبی توسعه نیافته است. کمبود آموزش‌های تخصصی برای پزشکان خانواده و ناهماهنگی با مراکز سطح دو و سه چالش‌هایی است که باید برطرف شود.

* فقدان استانداردسازی کافی و نظارت کیفی موثر در مراکز خدمات سلامت، به‌ویژه در بخش خصوصی، در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته، این مراکز تحت نظارت دقیق هستند.

* تعداد بسیار اندک در تعداد و انواع مراکز مراقبت میان‌مدت (Intermediate Care Facilities) و مراکز مراقبت تسکینی، در حالی که این مراکز در مدل‌های بین‌المللی به‌خوبی گنجانده شده‌اند. در کشورهایی مانند انگلستان، سیستم مراقبت میان‌مدت (Intermediate Care) به‌خوبی گسترش یافته و شامل ۴ نوع خدمت است: توانمندسازی منزل، مراقبت در منزل، مراقبت بستری کوتاه‌مدت و پاسخ به شرایط اضطراری در منزل.

* نیاز به ترویج و گسترش خدمات در منزل و توانبخشی در مناطق محروم، عمدتاً با استفاده از رویه‌ها و پروسیجرها و فناوری‌های روز در حالی که در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته، این خدمات به‌خوبی گسترش یافته است.

* همچنین، مراقبت‌های تسکینی و پایان عمر (Hospice & Palliative Care) در ایران هنوز در سطح بسیار محدودی وجود دارند، در حالی که در کشورهایی مانند انگلستان و کانادا، این خدمات در قالب برنامه‌های ملی ارائه می‌شوند و تحت پوشش بیمه‌ای هستند. در حالی که مراکزی مانند هاسپیس در کشورهای توسعه‌یافته بخشی از خدمات پایه هستند، مطالعه نشان داده است در کشورهای با درآمد متوسط، تنها ۱۰ درصد از بیماران نیازمند به این خدمات به آن دسترسی دارند. مطالعه‌ای در ایران نشان داده که تنها ۱۵ درصد از بیمارستان‌ها خدمات تسکینی ارائه می‌دهند و آموزش‌های لازم برای پرسنل در این حوزه هم ناکافی است.

* مطالعات نشان می‌دهد نظام‌های سلامت موفق، مانند انگلستان و کانادا، با ادغام مراکز در چارچوب «شبکه‌های یکپارچه مراقبت» (Integrated Care Networks) توانستند از چالش ناهماهنگی بین‌بخشی موثر و پایدار و تکه‌تکه‌سازی خدمات مراقبت از سلامت جلوگیری کنند.

* تحلیل جریان بیمار Patient Flow در این مطالعه نشان داد که در ایران هم مانند تعداد زیادی از کشورهای دیگر در انتقال بین مراحل مراقبت (مثلاً از حاد به پساحاد) نقطه ضعف وجود دارد.

* نقش فناوری در تحول مراکز سرپایی، مراکزی مانند

توسعه خدمات خانگی و مراکز بازتوانی وجود دارد.

دسته ۵: مراقبت مزمن و طولانی مدت

شامل خانه‌های سالمندان، مراکز مراقبت مزمن، و مراکز مراقبت اقامتی است. این مراکز به مدیریت بیماری‌های مزمن و حمایت از افراد در طولانی مدت می‌پردازند. در ایران، مراکز محدودی برای مراقبت از سالمندان و بیماران مزمن وجود دارد. کیفیت خدمات و دسترسی ناکافی از مشکلات اصلی است. در کشورهای توسعه‌یافته، این خدمات در قالب برنامه‌های ملی و تحت پوشش بیمه ارائه می‌شود. در ایران، نیاز به توسعه خدمات و حمایت مالی دولتی وجود دارد.

دسته ۶: مراقبت در منزل و جامعه محور

خدمات خانگی به‌خوبی در سیستم‌های سلامت گنجانده شده‌اند. این خدمات در کاهش بستری، افزایش استقلال، و بهبود کیفیت زندگی نقش دارند. در ایران، خدمات خانگی در مناطق محدودی ارائه می‌شوند. نیاز به توسعه، استانداردسازی، و پوشش بیمه‌ای وجود دارد. در کشورهای توسعه‌یافته، خدمات خانگی یک ستون اصلی از سیستم سلامت هستند. در ایران، نیاز به گسترش، استانداردسازی، و هماهنگی با سایر مراکز وجود دارد.

دسته ۷: مراقبت تسکینی و پایان عمر

مراقبت‌های تسکینی و هاسپیس در کشورهای توسعه‌یافته در قالب برنامه‌های ملی ارائه می‌شوند. این خدمات در کنترل درد، حمایت روانی، و حمایت از خانواده نقش دارند. در ایران، خدمات تسکینی در سطح بسیار محدودی ارائه می‌شوند. نیاز به آموزش، توسعه، و حمایت مالی وجود دارد. در کشورهای توسعه‌یافته، این خدمات تحت پوشش بیمه و با آموزش مناسب ارائه می‌شوند. در ایران، نیاز به گسترش و یکپارچه‌سازی این خدمات وجود دارد.

غیر از مواردی که اشاره شد، انجام مجموعه منسجم و یکپارچه اقداماتی که تنوع منطقی از مراکز مراقبت از سلامت را ترویج دهد، از نظر مالی و اقتصاد سلامت نیز بسیار تاثیرگذار هستند. مثل کاهش بار مالی بیمارستان‌ها، کاهش هزینه‌های سیستم سلامت و افزایش کارایی مراکز خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های بیمه و افزایش عدالت سلامت، افزایش درآمد کادر درمان، افزایش رضایت کارکنان سلامت،

دسته ۲: مراقبت سرپایی تخصصی و بدون بستری

مراکزى مانند کلینیک‌های روزانه، جراحی‌های روزانه و مراکز توانبخشی سرپایی نقش کلیدی در کاهش فشار بر بیمارستان‌ها و افزایش دسترسی به خدمات تخصصی دارند. این مراکز به‌ویژه برای بیماران مزمن، سالمندان، و افراد در حال بازتوانی ضروری هستند. در ایران، مرکز درمانی روزانه، مراکز توانبخشی سرپایی، و جراحی‌های روزانه وجود دارند، اما دسترسی ناهمگن و کیفیت خدمات متغیر است. کمبود استاندارد و نظارت کیفی در بخش خصوصی یکی از چالش‌های اصلی است. در کشورهای توسعه‌یافته، همه بیماران بدون نیاز به بستری می‌توانند از خدمات سرپایی استفاده کنند، اما در ایران نیاز به هماهنگی بیشتر بین بخش‌ها وجود دارد. نیاز به توسعه خدمات توانبخشی سرپایی در مناطق محروم برجسته است.

دسته ۳: مراقبت حاد و فوری

بیمارستان‌های مراقبت حاد در تمامی کشورها وجود دارند. این مراکز به خدمات فوری و زمان‌مند مانند جراحی‌های اورژانسی، درمان آسیب‌ها، و مدیریت بیماری‌های حاد می‌پردازند. در بیمارستان‌های توسعه‌یافته، تیم‌های چندرشته‌ای و سیستم‌های نظارتی قوی وجود دارد. در ایران، بیمارستان‌های مراقبت حاد وجود دارند، اما فشار زیاد بر این مراکز به دلیل ضعف در دیگر سطوح مراقبت دیده می‌شود. نیاز به بهبود مدیریت اورژانس، تریاژ و هماهنگی با سایر مراکز وجود دارد. در ایران، بیمارستان‌ها نقش بیشتری از کل سیستم را به عهده دارند و فشار زیادی را تحمل می‌کنند، نیاز به استانداردسازی و ایجاد سیستم امتیازدهی کیفی برای بیمارستان‌ها وجود دارد.

دسته ۴: مراقبت پسا-حاد (Post-Acute Care)

شامل مراکز مراقبت تحت حاد، مراکز پرستاری ماهر، مراکز توانبخشی بستری و خدمات خانگی است. این مراکز به بازتوانی، مدیریت علائم و بازگرداندن استقلال بیمار می‌پردازند. در ایران، وجود این مراکز محدود و ناهمگن است. نیاز به گسترش مراکز پرستاری ماهر و خدمات خانگی وجود دارد. در کشورهای توسعه‌یافته، این مراکز به‌خوبی در سیستم سلامت گنجانده شده‌اند و تحت پوشش بیمه هستند. در ایران، نیاز به

- Chicago, IL; 2014.
3. Siersbaek R, Ford JA, Burke S, Cheallaigh CN, Thomas S. Contexts and mechanisms that promote access to healthcare for populations experiencing homelessness: a realist review. *BMJ Open*. 2021;11(4):e043091. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043091.
4. World Health Organization. Universal health coverage. 2019. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
5. Hirshon JM, Risko N, Calvello EJB, Stewart de Ramirez S, Narayan M, Theodosis C, et al. Health systems and services: the role of acute care. *Bull World Health Organ*. 2013;91(5):386-8. doi: 10.2471/BLT.12.112664.
6. Roth M. Managing Institutional Diversity in Integrated Care: A Systematic Literature Review of Institutional Logics and Management Strategies. *International Journal of Integrated Care*. 2010;25(1):1-10. doi: 10.5334/ijic.8587.
7. Mesas-Fernández J, Tous-Pallarès J, Espinoza-Díaz IM. Systematic review in relation to support of diversity in nursing homes. *Front Aging*. 2024;5:1389610. doi: 10.3389/fragi.2024.1389610.
8. Seeleman C, Essink-Bot ML, Stronks K, Ingleby D. How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):510. doi: 10.1186/s12913-015-1159-7.
9. Carrin G, James C. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. Geneva: World Health Organization. 2004. pp. 13.
10. Kumar AS, Chen LC, Choudhury M, Ganju S, Mahajan V, Sinha A, Sen A. Financing health care for all: challenges and opportunities. *Lancet*. 2011;377(9766):668-79. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61884-3.
11. Dieleman JL, Sadat N, Chang AY, Fullman N, Abbafati C, Acharya P, Adou AK, Kiadaliri AA, Alam K, Alizadeh-Navaei R, Alkerwi AA. Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. *Lancet*. 2018;391(10132):1783-98. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30697-4.
12. Centers for Medicare and Medicaid Services. Intermediate care facilities for individuals with intellectual disability [Internet]. 2019
13. National Health Service. Intermediate care framework for rehabilitation, reablement and recovery following hospital discharge [Internet]. London: NHS UK; Updated 2022 Apr 14 [cited 2025

افزایش رضایت بیمار و خانواده.

نتیجه‌گیری

این مطالعه با ارائه تاکسونومی دقیق از ۲۷ نوع مرکز ارائه خدمات سلامت و دسته‌بندی آنها، چارچوبی برای تحلیل نقاط قوت و ضعف نظام‌های سلامت فراهم می‌کند. ایران زیرساخت‌های لازم برای ایجاد یک مدل یکپارچه از مراقبت‌های سلامت را دارد، اما در مراحل اولیه بلوغ سازمانی قرار دارد و یکپارچگی، استانداردسازی، و هماهنگی بین مراکز هنوز در سطح مطلوب شکل نگرفته و خودکارسازی نشده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که تمرکززدایی از بیمارستان‌های حاد و سرمایه‌گذاری در مراکز پساحاد و جامعه‌محور، کلید بهینه‌سازی هزینه و کیفیت در ایران است. همچنین، فرهنگ‌سازی برای مراقبت پایان عمر و بهره‌گیری از فناوری می‌تواند شکاف‌های موجود را کاهش دهد. همچنین موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

- * ایجاد یک مدل یکپارچه از جریان بیمار بر اساس تجربیات جهانی و بازتاب دادن شرایط ایران
- * گسترش خدمات خانگی و مراکز مراقبت میان‌مدت و مزمن در سطح کشور
- * استانداردسازی و نظارت بر تمام مراکز خدمات سلامت
- * آموزش تخصصی منابع انسانی در زمینه‌های بازتوانی، تسکینی، و مراقبت خانگی
- * استفاده از فناوری و سیستم‌های اطلاعاتی برای هماهنگی بهتر بین مراکز

تأییدیه اخلاقی: موردی جهت گزارش وجود ندارد.
تعارض منافع: در مطالعه حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.
سهم نویسندگان: هر دو نویسنده سهم یکسانی در تهیه و نگارش مقاله نقش داشتند.
منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Jankelová N, Joniaková Z, Procházková K, Blšťáková J. Diversity management as a tool for sustainable development of health care facilities. *Sustainability*. 2020;12(13):5226. doi: 10.3390/su12135226.
2. American Hospital Association. Managing an intergenerational workforce: Strategies for health care transformation. *Health Service Research*.

- Jul 04]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/09/PRN00761>.
14. Nurse.com. What is sub-acute care? [Internet]. Reviewed by Dietrich A. Updated 2024 Aug 2 [cited 2025 Jul 19]. Available from: <https://www.nurse.com/nursing-resources/definitions/what-is-sub-acute-care/>.
15. Top Doctors. Day hospitals: what it is, symptoms and treatment [Internet]. London: TopDoctors.co.uk; Updated 2023 Apr 18 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://www.topdoctors.co.uk/medical-dictionary/day-hospitals/>.
16. International Association for Ambulatory Surgery. Day Surgery Booklet [Internet]. Brussels: IAAS; [cited 2025 Jul 06]. Available from: <https://theiaas.net/day-surgery-17.0>Centers for Medicare & Medicaid Services. Home health services [Internet]. Baltimore (MD): Medicare.gov; [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://www.medicare.gov/coverage/home-health-services>.
18. Advantis Medical. What is post-acute care and why it's key to recovery [Internet]. Dallas (TX): AdvantisMed; Updated 2025 Apr 11 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://www.advantismed.com/blog/what-is-post-acute-care>.
19. Centers for Medicare & Medicaid Services. Skilled nursing facility (SNF) [Internet]. Baltimore (MD): CMS; [cited 2025 Jul 06]. Available from: <https://www.medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-snf-care>.
20. Heiks C, Sabine N. Long Term Care and Skilled Nursing Facilities. *Dela J Public Health*. 2022;8(5):144-9. doi: [10.32481/djph.2022.12.032](https://doi.org/10.32481/djph.2022.12.032).
21. American Hospital Association. Fact sheet: inpatient rehabilitation facilities – a unique and critical service [Internet]. Washington (DC): AHA; 2019 Jul [cited 2025 Jul 01]. Available from: <https://www.aha.org/system/files/media/file/2019/07/fact-sheet-irf-0719.pdf>
22. Centers for Medicare & Medicaid Services. What are long-term care hospitals? [Internet]. Baltimore (MD): Medicare.gov; Updated 2022 Jul [cited 2025 Jul 02]. Available from: <https://www.medicare.gov/sites/default/files/2022-07/11347-What-are-long-term-care-hospitals.pdf>
23. Guidelines for the Provision of Anaesthetic Services (GPAS). <https://www.rcoa.ac.uk/sites/default/files/documents/2021-10/GPAS2021.pdf>
24. Practice Guidelines for Preanesthesia Evaluation (ASA). Ava <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/practice-guidelines-for-preanesthesia-evaluation>.
25. University of Rochester Medical Center. Outpatient rehabilitation [Internet]. Rochester (NY): URMCH Health Encyclopedia; [cited 2025 Jul 19]. Available from: <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content?ContentTypeID=134&ContentID=112>.
26. Ahmadi-Javid A, Seyedi P, Syam SS. A survey of healthcare facility location. *Computers & Operations Research*. 2017;79:223-63. doi: [10.1016/j.cor.2016.05.018](https://doi.org/10.1016/j.cor.2016.05.018).
27. Wenk R, Ramsey A. Palliative care unit [Internet]. IAHPC Pallipedia; Updated 2019 Jan 22 [cited 2025 Jul 06]. Available from: <https://pallipedia.org/palliative-care-unit/>.
28. Fondation de France. Palliative care: a pioneering approach from Fondation de France [Internet]. Paris: Fondation de France; Updated 2020 Nov 9 [cited 2025 Jul 19]. Available from: <https://www.fondationdefrance.org/en/cat-patient-centered-care/palliative-care-a-pioneering-approach-from-fondation-de-france>.
29. National Health institute on Health. What Are Palliative Care and Hospice Care? Bethesda, MD, USA. Last review: May 14, 2021. [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/hospice-and-palliative-care/what-are-palliative-care-and-hospice-care#:~:text=Palliative%20care%20and%20hospice%20care%20both%20focus%20on%20the%20comfort,weeks%20or%20months%20of%20life>.
30. National Health Service. Hospice care [Internet]. London: NHS UK; Updated 2022 Apr 14 [cited 2025 Jul 01]. Available from: <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/end-of-life-care/where-you-can-have-care/hospice-care>.
31. World Health Organization. Health systems strengthening glossary [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [cited 2025 Jul 02]. Available from: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index.html.
32. National Institute on Aging. Long-term care facilities: assisted living, nursing homes, and other residential care [Internet]. Bethesda (MD): National Institutes of Health; Reviewed 2023 Oct 12 [cited 2025 Jul 01]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/assisted-living-and-nursing-homes/long-term-care-facilities-assisted-living-nursing-homes>.
33. Definitive Healthcare. [cited 3 Jul. 2025] Available from: <https://www.definitivehc.com/resources/glossary/long-term-care-facility>.
34. American Academy of Family Physicians. Definition of Family Medicine [Internet]. Leawood (KS): AAFP; [cited 2025 Jul 03]. Available from: <https://www.aafp.org/about/policies/all/definition-family.html>.

35. National Health Service. What is a GP practice? [Internet]. London: NHS UK; Updated 2022 Jan 25 [cited 2025 Jul 04]. Available from: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/gps/what-is-a-gp-practice/>.
36. Primary Care Careers. What is primary care? [Internet]. Norwich: Primary Care Careers, NHS East of England; [cited 2025 Jul 04]. Available from: <https://www.eoeprimarycarecareers.nhs.uk/what-is-primary-care/>.
37. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2004. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde—SUS, as áreas técnicas da saúde da família e estabelece a Estratégia de Saúde da Família [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [cited 2025 Jul 04]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2488_21_10_2004.html.
38. World Health Organization. Delivering health through mobile clinics and medical teams [Internet]. Geneva: WHO; c2025 [cited 2025 Jul 01]. Available from: <https://www.who.int/activities/delivering-health-through-mobile-clinics-and-medical-teams>.
39. Canadian Medical Association. What is women's health care? [Internet]. Ottawa (ON): CMA; 2021 [cited 2025 Jul 02]. Available from: <https://www.cma.ca/healthcare-for-real/what-womens-health-car>.
40. National Health Service. Maternity services [Internet]. London: NHS UK; Updated 2024 Mar 2 [cited 2025 Jul 05]. Available from: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/births-and-maternity-services/maternity-services>.