

مراکز درمانی و بهداشتی در شرایط بحران

برخورداری از بالاترین سطح قابل دسترس از سلامتی یکی از حقوق اساسی همه انسانهاست. دولتها مسئول سلامت مردم خود هستند و سلامت مردم از راه تدارک تدبیر اجتماعی و بهداشتی کافی تامین می‌شود.

این یک واقعیت است که هر اندازه از پیش، خود را برای رویارویی با حوادث، بلایا و بحران‌ها آماده کنیم از بروز خسارتهای بیشتر مالی و جانی جلوگیری خواهد شد و کمتر با اختلالات عمده زندگی مواجه می‌شویم. در عین حال تجربه نشان داده است که میزان صرف هزینه برای آمادگی در مقابل بلایا و افزایش ایمنی به مراتب ناچیزتر از هزینه‌ای است که در شرایط نداشتن برنامه و در نظر گرفتن ضرورت‌های ایمنی متحمل خواهیم شد، که این خود نوعی صرفه‌جویی در هدر رفتن سرمایه‌های ملی به شمار می‌آید. مهمترین شاخص هر بحران تلفات و ضایعات جانبی است، زیرا تمام آثار بحران قابل ترمیم و اصلاح است غیر از مرگ و میر و اثرات جانبی آن. هرگونه احترام برای کاهش تلفات و ضایعات انسانی بدون توجه به هزینه‌ها و ضرورت‌های مالی آن موجه و تایید شده است.

مهمترین تحول در ساختار سازمانی نظام درمانی کشور، تشکیل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴ بود. هر چند شبکه بهداشتی کشور قبل از ۱۳۶۴ یعنی قبل از تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بخوبی مستقر شده بود. متأسفانه شبکه بهداشتی با فعالیتهای درمان تلفیق نشد.

تقسیمات کشوری به مناطق مختلف جغرافیایی بر اساس آخرین تقسیمات کشوری انجام گردیده و معیارهای مورد لزوم در سطح استان و شهرستان گردآوری شده است. بنابراین کشور به ۳۱ حوزه تقسیم و معیارهای مربوط به خدمات درمانی در هر استان جداگانه محاسبه گردیده است. در ضمن مواردی مانند استان‌های مازندران، اصفهان، فارس، کرمان و خراسان که دانشگاه‌ها یا دانشکده‌های علوم پزشکی دیگری علاوه بر مراکز استان وجود دارد، سعی شده که علاوه بر تقسیمات کشوری، حوزه دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز مدنظر قرار گیرند. هر استان بر اساس معیارهای جغرافیایی، اصل دسترسی، مسائل فرهنگی، امکانات موجود و ... که به طور عمده با کار کارشناسی در سطح کمیته‌های شهرستان و استان‌ها استخراج شده به بلوک‌هایی تقسیم شده‌اند. بطوریکه هر بلوک پیشنهادی از چند شهرستان تشکیل شده و این مجموعه می‌تواند یک نظام ارجاع کوچکتر از استان را تشکیل دهد و سطح‌بندی ارجاع آن، مرکز استان مورد نظر است.

مجموع چند استان مجاور در کشور با رعایت مسائل فرهنگی و اصل دسترسی بصورت یک قطب در نظر گرفته شده، که سطح بالاتر ارجاع خدمات درمانی را تشکیل می‌دهد. این قطب‌ها عبارتند از اصفهان، اهواز، تهران، شیراز، کرمانشاه و مشهد.

در تنظیم و اعلام تخت‌ها و تخصص‌های مورد نیاز در شهرستان‌ها و استان‌ها سعی شده که امکانات درمانی برای یک حوزه اعلام گردد. که ضمن رعایت اصل بهره‌وری زمانی و نیروی انسانی در درمان، که خود بهره‌وری اقتصادی را به دنبال دارد، در طول زمان، شهرستان را به متوسط وضعیت کشور از لحاظ تخت بیمارستانی و تخصص برساند. بنظر می‌رسد تحقق این امر یکی از مهمترین ارکان رعایت اصل عدالت اجتماعی در امر درمان در آینده باشد.

سطح‌بندی خدمات رسانی درمانی را می‌توان به این شکل تعریف کرد:

- بیمارستان محلی: ارائه خدمات به جمعیتی حدود ۳۰ تا ۵۰ هزار نفر و ظرفیت ۳۰ تا ۴۰ تخت.
- بیمارستان ناحیه‌ای یک: ارائه خدمات به جمعیتی حدود ۵۰ تا ۷۰ هزار نفر و ظرفیت ۶۵ تا ۹۰ تخت.
- بیمارستان ناحیه‌ای دو: ارائه خدمات به جمعیتی حدود ۷۰ تا ۱۲۰ هزار نفر و ظرفیت ۹۵ تا ۱۷۰ تخت.
- بیمارستان منطقه‌ای یک: ارائه خدمات به جمعیتی حدود ۱۲۰ تا ۲۰۰ هزار نفر و ظرفیت ۲۰۰ تا ۳۴۰ تخت.
- بیمارستان منطقه‌ای دو: ارائه خدمات به جمعیتی حدود ۲۰۰ تا ۴۰۰ هزار نفر و ظرفیت ۳۵۰ تا ۷۰۰ تخت.
- بیمارستان کشور.

شعاع دسترسی برای بیمارستان با ظرفیت متوسط ۳۰۰ تخت، فاصله تا محله‌های مسکونی ۱ تا ۱/۵ کیلومتر می‌باشد.

