

نام درس: خدمات اولیه سلامت و پزشکی خانواده
پیش نیاز: مدیریت منابع انسانی در سلامت (۰۶)
تعداد واحد: ۲ واحد
نوع واحد: ۱/۵ واحد نظری - ۰/۵ واحد عملی

کد درس: ۲۱

هدف کلی درس :

خدمات اولیه سنگ بنای خدمات بهداشتی و درمانی در یک نظام سلامت است. علیرغم جایگاه رفیع این خدمات، اطلاعات نظری در مورد نحوه های مدیریت و سوابق و روش های اصلاحات این گونه خدمات در نظام سلامت در میان ارایه کنندگان خدمات و تصمیم گیرندگان اندک است. با به راه اندازی نظام پزشکی خانواده در ایران این درس اهمیت مضاعف یافته است.

هدف نهایی این درس معرفی تعریف و نگرش ها به خدمات اولیه بهداشتی، شناخت ضعف ها و مزیت های روش های ارایه خدمات اولیه، جایگاه پزشکی خانواده در نظام های مختلف جهان و در ایران، اصلاحات انجام شده در این زمینه در ایران و جهان، بیمه روستایی و روش های ارتقای کیفیت و اداره چنین سیستمی در نظام کلان سلامت است.

سرفصل های اصلی درس (۴۳ ساعت)

- تعریف های مختلف خدمات اولیه و تکامل نگرش در طول زمان
- ویژگی های خدمات اولیه بهداشتی
- اهداف توسعه هزاره
- مفاهیم و مدل های پزشکی خانواده
- نیروی انسانی در خدمات اولیه بهداشتی
- خدمات ارایه شده در پزشکی خانواده
- ساختار خدمات اولیه بهداشتی
- روش های پرداخت در پزشکی خانواده
- روش های تامین مالی
- رضایت و نگرش استفاده کنندگان به این خدمات
- مشکلات و معضلات اصلی خدمات اولیه بهداشتی
- عملکرد ارایه کنندگان خدمات اولیه
- نظام ارجاع و "دربانی" نظام سلامت
- آموزش پزشکان خانواده
- ثبت داده ها و پایش عملکرد پزشکان خانواده



منابع درس:

1. Lebaron SW and Schultz SH (2005). Family medicine in Iran: the birth of a new specialty. *Family Medicine* 37: 502-505.
2. Rese A, Balabanova D, Danishevski K, McKee M, and Sheaff R (2005). Implementing general practice in Russia: getting beyond the first steps. *BMJ* 331: 204-207.
3. Cueto M (2004). The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 94: 1864-1874.
4. Mills A, Palmer N, Gilson L, McIntyre D, Schneider H, Sinanovic E, and Wade H (2004). The performance of different models of primary care provision in Southern Africa. *Social Science & Medicine* 59: 931-943.
5. Bindman AB and Majeed A (2003). Organisation of primary care in the United States. *BMJ* 326: 631-634.
6. Koppel A, Meiesaar K, Valtonen H, Metsa A, and Lember M (2003). Evaluation of primary health care reform in Estonia. *Social Science & Medicine* 56: 2461-2466.
7. Macinko J, Starfield B, and Shi L (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Services Research* 38: 831-865.
8. Maynard A and Scott A (2003). Economic Challenges in Primary Care. In *Advances in health economics* Scott A, Maynard A, and Elliott R (Ed) 187-204. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
9. Brooks RG (2002). The role of nature and nurture in the recruitment and retention of primary care physicians in rural areas: a review of the literature. *Academic Medicine* 77: 790-798.
10. Giuffrida A, Gravelle H, and Sutton M (2000). Efficiency and administrative costs in primary care. *Journal of Health Economics* 19: 983-1006.
11. Palmer N (2000). The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization* 78: 821-829.
12. Shadpour K (2000). Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal* 6: 822-825.
13. Dixon J, Holland P, and Mays N (1998). Developing primary care: gatekeeping, commissioning, and managed care. *BMJ* 317: 125-128.
14. Marandi A (1996). Integrating medical education and health services: the Iranian experience. *Medical Education* 30: 4-8.
15. Shadpour K. The PHC experience in Iran. Tehran: UNICEF. latest edition
16. King M. An Iranian experiment in primary health care: the West Azarbaijan project. Oxford: Oxford University Press. latest edition

شیوه ارزیابی دانشجویان:

نقد علمی مقاله منتخب ۴۰٪، تهیه گزارش تحلیلی از پزشکی خانواده در ایران ۳۰٪، فعالیت کلاسی ۳۰٪

