



اصول و ضوابط و استانداردهای شبکه بهداشت و درمان



آبان ۱۴۰۱

اصول و ضوابط کلی ساختار طرح‌های گسترش شبکه

مقدمه و تاریخچه

سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۱۹۴۸ تشکیل شد. وظیفه اولیه آن در سال‌های پس از جنگ جهانی دوم، مبارزه با بیماری‌های واگیردار بود که سهم قابل توجه در شاخص‌های بیماری و مرگ در اکثر کشورهای دنیا داشتند. هر بیماری که از شاخص بالاتری برخوردار بود، در اولویت قرار داشت. در آن زمان، سازمان جهانی بهداشت به تشکیل سازمان‌های عمودی برای کنترل یا ریشه کنی این بیماری‌ها در کشورهای مختلف اقدام کرد مثل سازمان مبارزه با آبله، سازمان مبارزه با مالاریا، سازمان مبارزه با بیماری‌های آمیزی و ... که البته تأثیراتی هم گذاشت. دامنه برخی از بیماری‌ها را محدود کرد و آبله در جهان ریشه کن شد.

سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۷۰ به ارزیابی عملکرد خود پرداخت. نتیجه این ارزیابی برای چند شاخص در سه دسته کشورهای جهان در جدول زیر آمده است:

شاخص	گروه کشورها	میزان	تعریف
میزان مرگ کودکان زیر یکسال (IMR)	در کشورهای عقب افتاده	۱۶۰	میانگین IMR در این کشورهاست.
	در کشورهای در حال توسعه	۹۴	یعنی موارد مرگ کودکان زیریکسال به ۱۰۰۰ تولد زنده در سال
	در کشورهای توسعه یافته	۱۹	
امید به زندگی در بدو تولد	در کشورهای عقب افتاده	۴۵	تعداد سال قابل انتظار برای زنده ماندن از ابتدای تولد
	در کشورهای در حال توسعه	۶۰	
	در کشورهای توسعه یافته	۷۲	
دسترسی به آب آشامیدنی سالم	در کشورهای عقب افتاده	۳۱	درصد است
	در کشورهای در حال توسعه	۴۱	
	در کشورهای توسعه یافته	۱۰۰	
سطح سواد	در کشورهای عقب افتاده	۲۸	درصد است
	در کشورهای در حال توسعه	۵۵	
	در کشورهای توسعه یافته	۹۸	
سرانه GNP	در کشورهای عقب افتاده	۱۷۰	میزان ناخالص ملی
	در کشورهای در حال توسعه	۵۲۰	
	در کشورهای توسعه یافته	۶۲۳۰	
درصدی از GNP که به بهداشت اختصاص می‌یافت	در کشورهای عقب افتاده	۱/۷	
	در کشورهای در حال توسعه	۶/۵	
	در کشورهای توسعه یافته	۲۴۴	

تقریباً "همین تفاوت‌ها در درون هر کشور بین مناطق شهری و روستایی؛ بین فقیر و غنی و بین زن و مرد هم وجود داشت. بنابراین، سازمان جهانی بهداشت نتوانسته بود برای کل جامعه بشری کار زیادی انجام دهد.

در اوایل دهه ۱۹۷۰ به دنبال کسب این نتیجه که تربیت پزشک بیشتر، منجر به بهبود سلامت جامعه نمی شود، تجربه های دیگری در برخی از کشورهای جهان برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی با استفاده از نیروهای کمکی (Community Health Worker) پا گرفت مانند: فلچرها در شوروی یا پزشکان پابرهنه در چین یعنی تربیت افراد ارزان تر. در ایران نیز طرح هایی در این زمینه به اجرا درآمد همچون:

- ❖ تشکیل گروه های سیار ایمنسازی
- ❖ طرح تربیت بهدار
- ❖ تشکیل سپاه بهداشت
- ❖ طرح کوار فارس
- ❖ طرح شمیران
- ❖ طرح سلسله الشتر
- ❖ و بالاخره طرح آذربایجان غربی یا رضاییه (چنغرللو)

طرح های قبل از طرح آذربایجان غربی، هیچیک به نتیجه قابل توجهی دست نیافت هرچند هر کدام تجربه ای با ارزش بود. طرح آذربایجان غربی پس از اجلاس جهانی آلماتا و انتخاب استراتژی مراقبت های اولیه بهداشت (Primary Health Care یا PHC) برای رسیدن به هدف بهداشت برای همه (Health For All یا HFA) با همکاری سازمان جهانی بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و وزارت بهداشتی وقت به اجرا درآمد و راهنما و الگویی شد برای طراحی ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان فعلی کشور.

مراقبت های اولیه بهداشتی در کشور ایران دارای نظامی طراحی شده بر مبنای تحقیق و سطح بندی خدمات و منابع است که در آن بیشتر فرآیندها، دارای معیارهای استاندارد هستند. براساس نتایج طرح های تحقیقاتی و سایر تجاربی که در کشور ایران بعمل آمد و نیز در راستای تحقق اصل ۲۹ قانون اساسی مبنی بر ضرورت تضمین دسترسی تمامی افراد به برخورداری از خدمات سلامت، وزارت بهداشتی وقت تلاش کرد تا شبکه ای از تسهیلات بهداشتی را با تخصیص عادلانه ای از منابع، بوجود آورد. نظام تازه پا، با هدف دسترسی آسان مردم به خدمات، خصوصاً برای مناطق روستایی شکل گرفت. از آغاز شکل گیری این شبکه، اصولی زیربنایی به عنوان سیاست های طراحی و برنامه ها اعلام گردیدند:

- ۱- تقدم خدمات پیشگیری بر درمان
- ۲- تقدم مناطق دور دست و غیر برخوردار روستایی و عشایری بر مناطق شهری در تخصیص منابع با در نظر گرفتن امکان بهره مندی گروه های آسیب پذیر مانند مادران و کودکان از خدمات
- ۳- تقدم خدمات سرپایی بر بستری
- ۴- تمرکز زادی با هدف خود اتکایی مناطق

خصوصیات اصلی نظام ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی ایران را می توان در جملات زیر به تصویر کشید:

- شبکه ای با سطح بندی خدمات
- با ادغام خدمات مختلف برای گروه های هدف
- مبتنی بر جمعیت های تعریف شده بنحوی که مناسب ترین شکل دسترسی این جمعیت به تسهیلات فراهم آید
- دارای دستور عمل ها و معیارهای استاندارد برای ارائه خدمات بویژه در نخستین سطح
- دارای برنامه ای استاندارد برای تربیت نیروی انسانی در خانه های بهداشت (بهورزان)

- برخورداری از نیروی انسانی مناسب در خانه های بهداشت که ادغام برنامه های مختلف را در نظام شبکه ممکن ساخته است
- برخورداری از یک نظام اطلاعاتی معتبر و شاخص های مرتبط با محیط روستایی و شهری کشور

اقدامات انجام یافته در ایران پس از اجرای طرح آذربایجان غربی:

۱. تشکیل شورای بررسی برنامه ها و تشکیلات: بصورت تشکیل جلساتی از شهریور ۱۳۵۹ تا اردیبهشت ۱۳۶۰ که منجر به ارائه چند گزارش کلی شد و نشان می داد هنوز آمادگی لازم وجود ندارد.
۲. تشکیل گروه کارشناسی در مجتمع آموزشی و پژوهشی از اردیبهشت تا دی ۱۳۶۰ و تدوین کتاب "نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی". این کتاب هرگز منتشر نشد ولی تفکر نظام شبکه بهداشت و درمان کشور را بیان داشت. از جمله ویژگی های این کتاب: فراگیر بود؛ دارای خلاقیت (طرح وجود نیروهایی به نام کاردان بهداشت خانواده یا مبارزه با بیماریها)؛ توجه کامل به جزییات و پرهیز از کلی گویی و کاملاً" اجرایی همراه با ارائه نظام آموزشی برای کشور.
۳. تدوین پیش طرح ها: شروع کار با ۱۲ استان محروم تر کشور و با استناد به منابع رسمی مثل سرشماری.
۴. تهیه دفترچه های طرح گسترش شبکه بهداشت و درمان شهرستان های کشور: تاکید بر شهرستان به عنوان کوچکترین واحد مدیریتی ارائه خدمت؛ توجه به جمعیت و روند رشد آن؛ تکیه بر واقعیت ها مثل مسیر طبیعی حرکت مردم و اختلافات فرهنگی و غیره؛ استفاده از نیروهای باتجربه و آشنا به منطقه؛ تعیین فاصله های منطقی بر مبنای زمان برای افزایش دسترسی؛ سطح بندی خدمات؛ برآورد نیروی انسانی مورد نیاز در هر سطح ارائه خدمت و حجم خدمت با نقش بازی از مسائل اساسی (محاسبه نیروی انسانی یکی از ویژگی های مهم در طراحی شبکه بهداشت و درمان کشور محسوب می شود) در تهیه این دفترچه ها بود.
۵. درخواست حمایت برای اجرا: بالاخره پس از کوشش های فراوان در ۲۷ اسفند ۱۳۶۳ قانون معروف به شبکه های نمونه با اعتبار ۲۵۰ میلیون تومان در مجلس شورای اسلامی وقت به تصویب رسید.
۶. آغاز اجرای کار از ۳۱ فروردین ۱۳۶۴ به صورت راه اندازی یک شبکه شهرستان در هر استان.
۷. نظارت: دقیقاً" معلوم بود در نظارت ها باید به دنبال چه بود و به گزارش نظارت ها توجه خاص می شد. نظارت ها دارای برنامه ریزی، هدفمند و با پیگیری عقلایی همراه بود.
۸. آموزش: تهیه حجم قابل توجهی از مطالب آموزشی برای رده های مختلف.
۹. پایبندی: طراح و مجری شبکه بهداشت و درمان ایران یکسان بودند و هرگز کار آن تعطیل نشد حتی در شرایط سخت جنگ در کشور.

در گزارش سال ۲۰۰۸ سازمان جهانی بهداشت مجدداً" توجه جهانی به مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) معطوف و شعار "مراقبت های اولیه بهداشتی، امروز بیش از همیشه" (PHC Now More than Ever) مطرح شد. کشور ایران با سابقه ای درخشان در این زمینه که به گفته بسیاری از کارشناسان داخلی و خارجی دارای یکی از برجسته ترین نظام های PHC در جهان است باید تلاش کند تا نقاط ضعف و نگرانی های کنونی این نظام را اصلاح کند و به تقویت آن همت گمارد. از جمله توجهات امروز به نظام شبکه های بهداشت و درمان کشور عبارتند از:

۱. نبود سیاستگذاری قوی همراه با طراحی در ستاد ملی؛
۲. توجه به این نکته که مدیریت غیرمتمرکز در تمام جوانب، مناسب و مفید نیست و بلکه برخی از جنبه ها باید تمرکز جهانی هم داشته باشد
۳. نبود ارتباط صحیح بین نهاد اجرایی و آکادمیک
۴. فقدان نظارت صحیح و پایش و ارزشیابی

۵. مشکل در بهنگام سازی دانش و مهارت پرسنل
۶. فقدان انگیزه در پرسنل
۷. حفظ دستاوردها: چه از نظر ارتباط با ارائه دهندگان خدمت و مردم و چه از بعد اقتصادی
۸. تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیک
۹. تغییر در سطح سواد مردم
۱۰. نظام پرداخت
۱۱. مشکلات قانونی مثل: ممنوعیت گسترش شبکه در مناطق شهری در قالب واحدهای ارائه دهنده خدمت دولتی با وجود حاکمیتی بودن خدمات سلامتی بویژه در سطح اول
۱۲. فرسودگی شبکه
۱۳. توزیع نادرست اعتبارات
۱۴. ضرورت انجام ارزشیابی خدمات و تعیین سهم تاثیر آنها نسبت به سایر تغییرات اقتصادی و اجتماعی و....
۱۵. اجرا نشدن برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
۱۶.

چند نکته مهم:

- ✚ به خاطر داشته باشیم که تعریف آلماتا از PHC در آن زمان، راهی برای توسعه جامعه بود (مثل توجه به همکاری‌های بین بخشی). بهداشت برای همه بود تا مسیری باشد برای صلح جهانی. در واقع نه فقط نظام سلامت که کل توسعه را دربر می‌گرفت ولی این مفهوم در لایه‌های مختلف زمان، محدود شد و در قالب GOBIFFF جای گرفت. بویژه دانشگاهیان PHC را مترادف خدمات سطح اول می‌شناسند که خطاست.
- ✚ در PHC استفاده از نیروهای سنتی موجود در منطقه مورد توجه است.
- ✚ باید نظام PHC پایدار باشد تا بتواند نظام جامعی را ارائه دهد بطوریکه آنها که بیشترین نیاز را دارند، متناسب با نیازشان خدمت دریافت کنند (برقراری عدالت).
- ✚ برنامه پزشکی خانواده به عنوان انقلاب دوم نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ایران فقط در قالب PHC امکان موفقیت دارد.
- ✚ آقای دکتر یاکسیچ از کارشناسان برجسته PHC در جهان معتقد است: PHC خصلتی شبیه به رقص درآوردن خرس است که وقتی شروع شد، از پا نمی‌ایستد. شاید به همین دلیل است که علی‌رغم مشکلات متعدد مدیریتی و تغییر مکرر مدیران که در اکثر موارد نسبت به شبکه بهداشت و درمان و PHC اطلاع کافی هم نداشته و ندارند، باز خدمات بدرستی در حال اجراست.
- ✚ برای اینکه PHC رو به تکاملی داشته باشیم به مجموعه‌ای از افراد متفکر و متدلوژیست نیاز داریم. بدانیم هرچه بهتر فکر کنیم، تاثیر بیشتری بر سیستم خواهیم گذاشت و
- ✚ هیچگاه توان کارکنان دلسوز نظام شبکه بهداشت و درمان کشور را دست کم نگیریم.

با تشکر فراوان از همه نیروهای دلسوز از پایین ترین سطح تا بالاترین آنها در طی بیش از ۳۸ سال خدمت در نظام شبکه سلامت کشور و با عرض پوزش از اینکه قادر به بیان حتی بخشی از نتایج زحمات این عزیزان نبودیم.

بخش اول: اصول کلی ساختار طرح‌های گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور

ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان کشور بر ویژگی‌ها و اصول زیر تکیه دارد:

۱. تدوین مبانی نظری: با استفاده از تجربه طرح موفق آذربایجان غربی و تدوین کتاب "نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی".
۲. آزمودن اولیه و رفع عیوب موجود در ساختار طرح‌های گسترش شبکه
۳. تهیه دفاتر طرح گسترش شبکه برای هر شهرستان با تعیین دقیق و جایابی واحدهای ارائه خدمت در هر سطح و نیروی انسانی موردنیاز آن براساس سطح مهارت و کمیت. این دفاتر براساس اصولی تهیه گردید که همان اصول نظام سلامت کشور می باشند
- ❖ انتخاب شهرستان به عنوان مقیاس مستقل مدیریت اداری مالی
- ❖ سطح بندی و ادغام خدمات
- ❖ ارائه خدمات از طریق سیستم ارجاع
- ❖ ادغام خدمات
- ❖ سهولت دسترسی جغرافیایی
- ❖ دسترسی فرهنگی
- ❖ تناسب کمی نیروی انسانی ارائه کننده خدمات با حجم خدمات مورد انتظار
- ❖ تناسب آموزش‌ها با نیازهای اجرایی
- ❖ عدم تمرکز در مدیریت
- ❖ جلب مشارکت مردم
- ❖ همکاری درون بخشی
- ❖ همکاری با سایر بخش‌های توسعه
- ❖ جلب حمایت سیاسی در طراحی و اجرا
۴. محاسبه نیروی انسانی به عنوان یکی از افتخارات طرح‌های گسترش شبکه و ابداع فرمول آن

$$n = \frac{\sum Kpft}{T}$$

۵. بکارگیری نیرویی به نام بهورز که همه ویژگی‌های آن منحصر به فرد است
۶. تعیین فضای فیزیکی استاندارد برای هر واحد ارائه دهنده خدمت
۷. تعیین استاندارد تجهیزات موردنیاز در هر واحد متناسب با خدماتی که ارائه می‌شود

اصول ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان:

اصل اول: انتخاب "شهرستان" به عنوان مقیاس اداری و جغرافیایی گسترش شبکه های بهداشتی درمانی، مدیریت، برنامه ریزی، آموزش، پشتیبانی و پایش واحدهای مستقر در نظام شبکه. ملاک شهرستان و مناطق شهری و روستایی، اعلام تقسیمات کشوری وزارت کشور یا مصوبه هیات دولت است.

اصل دوم: سطح بندی و ادغام خدمات تا از این طریق تمامی خدمات به صورت ادغام یافته در نظام شبکه و به شکل زنجیره ای مرتبط و تکامل یابنده باشد و خدمات قابل ارائه به هر مراجعه کننده در هر سطح، مشخص است. برای تحقق این اصل، شرایطی ضرورت دارد:

۱-۲- هیچیک از واحدهای یک سطح ارائه دهنده خدمت، به خدماتی که به عهده واحدهای سطح پایین تر قرار داده شده است، نپردازد، مگر آنکه خدمت مورد نظر را در سطح تخصصی تر ارائه دهد. به همین دلیل، بایستی در کنار هریک از واحدها، یک واحد سطح پایین تر منظور گردد که البته، دارای مدیریتی مستقل می باشد. بدین ترتیب، وجود خانه بهداشت در کنار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی^۱ (خانه بهداشت ضمیمه)، وجود پایگاه سلامت^۲ در کنار مرکز خدمات جامع سلامت شهری (پایگاه سلامت ضمیمه) و وجود مرکز خدمات جامع سلامت شهری در کنار بیمارستان با رعایت این اصل، در نظر گرفته شده اند. ضرورت دارد برای تحقق این شرط، شرح وظیفه هر واحد به دقت تعیین و مشخص گردد. البته خانه بهداشت ضمیمه نباید در درون ساختمان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی باشد ولی در همان روستایی مستقر است که مرکز هم وجود دارد.

۲-۲- برقراری ارتباط فعال و مستمر واحدهای هر سطح با واحدهای سطوح بالاتر و پایین تر. نظارت، پایش، آموزش حین خدمت کارکنان و نیز تدارک و حمایت اداری مالی واحدهای هر سطح به عهده واحدی است که در اولین سطح بالاتر آن قرار دارد تا تدارک فنی و اداری این واحدها به صورت فعال و مستمر از نزدیکترین واحد سطح بالاتر میسر گردد و از بروز خطراتی مانند گرایش کارکنان غیرپزشک به درمان های غیرمجاز و تنزل کیفیت خدمات جلوگیری شود. در صورت اجرایی شدن برنامه پزشکی خانواده، همین اصل پابرجاست. به این ترتیب در روستا، اولین سطح مراجعه فرد، به بهورز و در شهر به مراقب سلامت/ ماما مراقب خواهد بود و سپس، ارجاع به پزشک خانواده/ پزشک عمومی مستقر در مرکز خدمات جامع سلامت روستایی /مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا شهری روستایی/ پایگاه پزشک خانواده و از آنجا به پزشک متخصص مستقر در کلینیک ویژه/ بیمارستان شهرستان صورت می گیرد.

۳-۲- توجه به سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه بهداشت و درمان کشور که در حال حاضر، دو سطح تعریف شده وجود دارد:

- **سطح اول:** شامل خدمات/مراقبت های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات فرد محور عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری ها براساس بسته خدمت و پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت ها، و مدیریت افراد تحت پوشش. خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری های واگیردار و

^۱ با توجه به تغییرات اعمال شده در ساختار ارائه خدمات از این پس، تمام مراکز بهداشتی درمانی روستایی به مرکز خدمات جامع سلامت روستایی و مراکز بهداشتی درمانی شهری به مرکز خدمات جامع سلامت شهری تغییر عنوان خواهد داد.

^۲ با توجه به تغییرات اعمال شده در ساختار ارائه خدمات از این پس، تمام پایگاه های بهداشت روستایی یا شهری به پایگاه سلامت روستایی یا شهری تغییر عنوان خواهد داد.

غیرواگیر و آسیب‌ها و جراحات در اپیدمی‌ها و بلایا و پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی **خانه بهداشت / پایگاه سلامت** تعریف می‌شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در مناطق روستایی، عشایری، حاشیه و شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور قرار دارند.

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های پزشکی) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند. خانه های بهداشت/ پایگاه‌های سلامت/ پایگاه‌های پزشک خانواده به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی و کار مردم قرار دارند و در آنها، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می‌افتد.

مرکز خدمات جامع سلامت (در صورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات مربوط به بیماری‌های هدف توسط پزشک (واگیردار و غیرواگیر)، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان و سایر مشاوره های تعریف شده در بسته خدمت، دندانپزشک و خدمات پاراکلینیک و دارویی از خانه بهداشت/ پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن مدیریت واحدهای تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت. استاندارد نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی این مراکز در بخش مربوط توضیح داده شده است. سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح دوم و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

○ **سطح دوم:** شامل خدمات تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی تخصصی و واحدهای بستری موجود در نظام سلامت ارائه می‌گردند. این خدمات شامل خدمات تشخیصی درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند. این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار می‌گیرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد. این خدمات در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف قرارداد شکل می‌گیرند.

تعریف سطح بندی:

○ چیدمان خاص واحدهای ارایه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه‌ی خدمات موردنیاز تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. سطح بندی، قراردادی است و به مقتضای شرایط توسط برنامه ریزان انجام می‌گیرد^۱. خدمات و مراقبت‌های سلامت در دو سطح واحد ارائه دهنده خدمت در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می‌شود:

سطح اول ارائه دهنده خدمات شامل واحدهای زیر می‌شوند:

❖ **مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و مراکز خدمات جامع سلامت شهری اعم از عادی، دوشیفته یا منتخب و شبانه روزی.** زیر مجموعه هر یک از آنها شامل: خانه های بهداشت (روستایی و عشایری)، پایگاه‌های سلامت روستایی، تسهیلات زایمانی (به عنوان بخشی از مرکز)، واحد دندانپزشکی (به عنوان بخشی از مرکز)، واحدهای

^۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲. ۱۳۹۰

دارویی و پاراکلینیک (به عنوان بخشی از مرکز) و پایگاه‌های بهداشتی مراقبت مرزی (به عنوان بخشی از مرکز) هستند.

❖ مراکز مراقبت‌های بهداشتی مرزی (با درجات مختلف ممتاز و درجه یک)

❖ مراکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری

سطح دوم شامل مرکز بهداشت شهرستان از نظر مدیریتی و فنی و کلینیک‌های ویژه/ بیمارستان‌های شهرستان از نظر ارائه خدمت هستند

براساس فصل دوم اساسنامه سازمان اورژانس کشور (بند یک ماده ۴) سازمان اورژانس کشور موظف به ارائه خدمات اورژانس پیش بیمارستانی در سوانح، حوادث، فوریت‌های پزشکی، هنگام بروز بیماری‌ها و بلایای طبیعی برای آحاد مردم کشور است.

اصل سوم: ارائه خدمات از طریق سیستم ارجاع:

فرآیندهایی که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را تعیین می‌کند. ارجاع درون سطح به عنوان **ارجاع افقی** و ارجاع در بین سطوح به عنوان **ارجاع عمودی** نامیده می‌شود.

- سازوکاری برای ارائه خدمات سلامت است که متقاضیان (آحاد مردم شناسایی شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به اولین واحد ارائه دهنده خدمت در هر منطقه (خانه بهداشت/پایگاه سلامت/پایگاه پزشک خانواده) مراجعه کرده و تشکیل پرونده می‌دهند. مراجعه کننده در نقطه تماس اول، توسط تیم سلامت (بهورز/مراقب سلامت و در شرایط خاص، پزشک عمومی)، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می‌گیرد. در صورت نیاز به خدمات تخصصی‌تر (در همان سطح یا سطح بالاتر)، وی به صورت هدایت‌شده با رعایت سلسله مراتب پس از تکمیل فرم ارجاع (مطابق با فرمت هر برنامه موجود در بسته خدمت) برای دریافت آن خدمات در همان سطح (مانند خدمات تغذیه و سلامت روان) یا به سطوح بالاتر سرپایی و بستری (پزشک، متخصص، فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع داده می‌شود و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات سلامت او در هر صورت با تیم سلامت است.

- سطح دوم خدمت (پزشک متخصص یا بیمارستان و ...) پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، اطلاعات مربوط به نتایج درمان، الگوی تشخیصی درمانی و سایر نیازها را به صورت بازخورد (در فرم بازخواند) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین‌تر) منعکس می‌کند و باید در انتها، تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، به تیم سلامت بازگردانده شود.

استفاده از نظام ارجاع می‌تواند مزیت‌های ذیل را ایجاد نماید:

۱. امکان استفاده از کارکنان غیرپزشک را برای ارائه خدمات ساده بهداشتی و کمک‌های اولیه درمانی فراهم سازد و سطوح تخصصی را از پرداختن به خدمات ساده غیرتخصصی باز دارد و برای پرداختن به خدمات تخصصی وقت بیشتری را فراهم آورد.
۲. از ارائه خدمات به شکل تکراری (دارو، آزمایش و سایر ارزیابی‌های تشخیصی مکرر) جلوگیری کند.
۳. خدمات را به نحو چشمگیری ارزان کند.
۴. با توزیع وسیع و گسترده واحدهای محیطی، امکان تداوم و استمرار خدمات بهداشتی را فراهم آورد.
۵. پیگیری درمان را تا انتهای کار توسط تیم سطح اول فراهم کند.

با استفاده از ساز و کار سطح بندی خدمات، بردن خدمات تشخیصی (آزمایشگاه و رادیولوژی) نیز به سطوح محیطی میسر و از گسیل بی‌مورد و هزینه آفرین بیماران و همراهانشان به شهرها - که موجب افزایش هزینه‌های اجتماعی

تأمین سلامت جامعه می‌گردد- جلوگیری خواهد شد. یکی از شرایط اصلی توفیق نظام ارجاع اینست که هیچیک از واحدهای یک سطح به خدماتی که به عهده واحدهای سطح پایین‌تر قرار داده شده است، نپردازد؛ مگر آنکه خدمت مورد نظر در سطح تخصصی‌تری ارائه شود. به این دلیل، در کنار هر واحد سطح بالاتر باید یک واحد سطح پایین‌تر در نظر گرفته شود تا وظایف مقرر واحد مذکور را برای جمعیت محل استقرار واحد بالاتر ارائه کند. این واحدها را «ضمیمه» می‌نامند (اعم از اینکه در درون فضای فیزیکی واحد بالاتر قرار گیرند یا با فاصله ای مناسب از نظر دسترسی جغرافیایی، در خارج از فضای فیزیکی آن واحد واقع شوند). ارتباط فنی و اداری واحدهای هر سطح با واحدهای سطوح پایین‌تر باید به گونه ای باشد که نظارت، پایش، آموزش حین خدمت کارکنان واحد محیطی و تدارک این واحدها به نحو فعال و مستمری از نزدیکترین واحد سطح بلافاصله میسر شود.

اصل چهارم: ادغام خدمات:

در طراحی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، برنامه‌ها به شکلی ادغام یافته ارائه می‌شوند. این بدان مفهوم است که گیرنده خدمت در زمان واحد می‌تواند چندین خدمت مربوط به مشکلات سلامت را متنوع دریافت کند. به عنوان مثال یک کودک در هنگام مراجعه نزد بهورز هم خدمت مرتبط با تغذیه و رشد را دریافت می‌کند و هم خدمت مربوط به ایمنسازی. علاوه بر این، کودک در وقت مراجعه برای سایر موارد سلامت نظیر وضعیت رشد روانی حرکتی و سایر بیماری‌ها که در آن سن احتمال وقوع آنها وجود دارد نیز بررسی می‌شود و در صورت لزوم خدمات مربوطه را دریافت می‌کند. این نوع ادغام را **ادغام خدمات برای گیرنده خدمت** می‌گویند. از سوی دیگر، در واحد ارائه دهنده خدمت (مانند خانه بهداشت) منابع مختلفی مشتمل بر تجهیزات، فضای فیزیکی و نیروی انسانی مستقر است. این منابع در جهت تحقق فرآیندهای ارائه خدمت در کنار یکدیگر، خدمات را ارائه می‌دهند. به عبارت دیگر، گیرنده خدمت با بهره‌گیری از ترکیبی از این منابع، خدمات مورد نیاز را دریافت می‌کند. این نوع سازماندهی منابع برای دریافت خدمت را **ادغام در سطح منابع** گویند.

اصل پنجم: سهولت دسترسی جغرافیایی:

یعنی برآورده شدن امکان بهره‌مندی جمعیت ساکن در دورترین نقطه تحت پوشش از خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده توسط محیطی‌ترین واحد. برای تأمین این ضابطه، بایستی معیارها و شرایطی برقرار گردد:

۵-۱- در هیچ وضعیت اقلیمی و جغرافیایی، فاصله دورترین مکان زندگی و کار مردم از اولین واحد ارائه خدمت (خانه بهداشت و پایگاه سلامت/ پایگاه پزشک خانواده) نباید حداکثر از ۲۰ دقیقه با خودروی معمول منطقه یا یک ساعت پیاده روی بیشتر باشد.

۵-۲- استقرار واحدها باید در مسیر طبیعی حرکت جمعیت تحت پوشش قرار گیرند. تأکید بر این شرط گاه ممکن است موجب شود که از دو یا چند روستا که تحت پوشش یک واحد قرار می‌گیرند، روستایی برای استقرار واحد موردنظر انتخاب گردد که لزوماً "پرجمعیت‌ترین آنها نیست. وجود چند عامل از عوامل زیر ملاک تلقی شدن یک روستا به عنوان **روستای اصلی (محل استقرار واحد روستایی)** خواهد شد:

- قرار داشتن در مسیر راه یا گلوگاه جاده اصلی روستاهای مجاور
- روند افزایشی جمعیت ساکن یا داشتن بیشترین جمعیت
- وجود واحدهای اداری مانند بخشداری، دهداری، پاسگاه انتظامی، دادگاه، بانک و سایر واحدهای دولتی که محل مراجعه مردم ساکن در روستاهای مجاور باشد
- رواج داد و ستد مانند وجود بازارهای دایمی یا هفتگی
- وجود مدرسه، دبیرستان، حمام و ... که مورد استفاده روستاهای مجاور باشد

➤ داشتن آب، برق، تلفن، گاز و ...

توجه کنید که محل استقرار واحد ممکن است براساس تغییرات راه‌های روستایی و سازندگی‌های جدید مانند احداث جاده، سد و ... تغییر کند.

۳-۵- تعداد و پراکندگی جمعیت و تعداد روستاهای تحت پوشش (تراکم جمعیت). در واقع جمعیت تحت پوشش هر واحد و نیروی انسانی موجود در آن، با استفاده از محاسبات مربوط به فعالیت و وظایف هر واحد ارائه خدمت در نظر گرفته خواهد شد.

در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور دو نوع خانه بهداشت خواهیم داشت:

۱. خانه بهداشت روستایی: محل ارائه خدمت به جمعیت روستایی و عشایری ساکن
۲. خانه بهداشت عشایری: محل ارائه خدمت به جمعیت عشایر (کوچ رو)

➤ برای خانه‌های بهداشت روستایی و عشایری ساکن، حدود ۱۰۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) در نظر گرفته می‌شود. در مورد مناطق محروم که تراکم جمعیت پایین و فواصل جغرافیایی زیاد است مانند سیستان و بلوچستان؛ جنوب کرمان؛ خراسان جنوبی و هرمزگان این رقم می‌تواند برحسب شرایط منطقه و با تایید مرکز مدیریت شبکه، تا ۵۰۰ نفر نیز کاهش یابد.

➤ برای خانه‌های بهداشت عشایری: بازای حداقل ۵۰۰ نفر جمعیت عشایر کوچ‌رو، یک خانه بهداشت عشایری با یک بهورز زن عشایری راه اندازی می‌شود. با اضافه شدن ۲۵۰ تا ۵۰۰ نفر بعدی (تا ۱۰۰۰ نفر) یک بهورز (ترجیحاً مرد) به خانه بهداشت اضافه خواهد شد.

➤ برای روستاهایی با جمعیت ۳۵۰۰ نفر و بالاتر (فقط جمعیت یک روستا) به جای خانه بهداشت باید پایگاه سلامت روستایی در نظر گرفت. نیروی پایگاه‌های سلامت روستایی برحسب جمعیت تحت پوشش آن بازای ۱۸۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر، یک مراقب سلامت تعیین می‌شود و حداقل دارای یک ماما مراقب و یک مراقب سلامت است.

➤ برای جمعیت حدود ۸۰۰۰ نفری (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر) یک باب مرکز خدمات جامع سلامت روستایی تعیین می‌شود.

➤ بازای ۱۲۵۰۰ نفر (۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر و درکلانشهرها تا ۲۵۰۰۰ نفر)، یک باب پایگاه سلامت شهری؛
➤ بازای ۵۰۰۰۰ نفر (۲۰۰۰۰ تا ۸۰۰۰۰ نفر و درکلانشهرها تا ۱۰۰۰۰۰ نفر)، یک باب مرکز خدمات جامع سلامت شهری؛

➤ تبدیل وضعیت مرکز خدمات جامع سلامت تک شیفته به شبانه روزی با دو شرط: تحت پوشش داشتن بیش از ۱۲۰۰۰ نفر (قرارگرفتن در گذرگاه جمعیتی) و فاصله بیش از نیم ساعت تا نزدیکترین بیمارستان یا مرکز شبانه روزی دیگر، امکان پذیر است.

➤ تبدیل وضعیت مراکز خدمات جامع سلامت تک شیفته به دوشیفته یا منتخب در زمان بحران، در شهرستان‌های با جمعیت کمتر از ۱۰۰۰۰۰ نفر، یکی از مراکز با فضای فیزیکی مناسب و دسترسی تا یک ساعت با خودرو تعیین می‌شود و در شهرستان‌های بالای ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، یکی از هر سه مرکز موجود به دوشیفته یا منتخب در زمان بحران تبدیل می‌شود. در مناطق روستایی فقط مراکز با حداقل ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت و بیش از یک ساعت فاصله با خودرو تا نزدیکترین مرکز شبانه روزی در شرایط بحران به عنوان دوشیفته یا منتخب بحران تعیین می‌شوند.

➤ برای تسهیلات زایمانی در صورت دسترسی بیش از یک ساعت با خودرو تا نزدیکترین زایشگاه یا بیمارستان و متوسط زن باردار بیش از ۱۰ مورد در ماه، واحد تسهیلات در درون مرکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی در نظر گرفته می‌شود.

➤ بازای حدود ۴۰۰۰۰ نفر (۲۵۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ نفر)، یک باب مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری و

➤ در نقاط مرزی زمینی، دریایی و هوایی پرتردد برحسب شرایط مرز و تردد آن در درجات مختلف، یک باب پایگاه یا مرکز مراقبت بهداشتی مرزی تعیین می‌گردند.

خاطر نشان می‌سازد در پاره ای از موارد و به دلیل شرایط ویژه یک منطقه، ناگزیر تعدیل جمعیت تحت پوشش و نیروی انسانی واحد ارائه خدمت انجام خواهد شد. در چنین مواردی، برحسب شرایط برای جمعیت‌های کمتر و بیشتر هم می‌توان واحد در نظر گرفت که در آن صورت فضای فیزیکی، نیروی انسانی و روزهای کاری آن واحد نیز متناسب با جمعیت تحت پوشش و دسترسی جغرافیایی جمعیت به واحد ارائه دهنده خدمت، تعیین می‌شود (متناسب سازی مدت فعالیت واحد ارائه دهنده خدمت با جمعیت تحت پوشش آن).
استفاده از فضای فیزیکی مازاد واحدهای ارائه دهنده خدمت برای استقرار پایگاه‌های اورژانس، بلامانع است.

اصل هشتم: دسترسی فرهنگی که با سه شرط زیر حاصل می‌گردد:

- ۱-۶ نبود برخورد و اختلاف‌های قومی، فرهنگی، مذهبی و ...
- ۲-۶ شهرت نداشتن منطقه محل استقرار واحد بهداشتی به شیوع بیماری‌های واگیردار مانند سل، جذام و ...
- ۳-۶ مغایر نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتی که ارائه می‌شود با آداب و سنت‌های قومی، ملی و مذهبی جامعه.

اصل هفتم: تناسب کمی نیروی انسانی ارائه کننده خدمات با حجم خدمات مورد انتظار. لازمه این کار، که نتیجه آن به حداقل رسیدن زمان انتظار مراجعه کننده برای دریافت خدمت است، تناسب دو عامل اصلی است:
الف _ حجم خدمات مورد انتظار (وظایف باید در سطح بندی خدمات تعریف شود)
ب _ متوسط بازده کار کارکنانی که برای انجام آن خدمات منظور شده اند.

اصل هشتم: تناسب آموزش‌ها با نیازهای اجرایی. تحقق این ضابطه در گرو شروط زیر است:

- ۱-۸ دانش و مهارت موردنیاز هر رده به دقت براساس بسته خدمت مورد تایید، تعریف و تعیین گردد.
- ۲-۸ آموزش دهندگان با نیازهای واقعی جامعه، اولویت‌ها، ضوابط، روابط و فرآیندهای مورد عمل در نظام رسمی ارائه کننده خدمات، آشنا باشند و محتوای دروس خود را با این نیازها منطبق سازند. یعنی درگیر شدن مراکز آموزشی در ارائه خدمات و ارتباط مستقیم آنها با جامعه (آموزش مبتنی بر وظایف)
- ۳-۸ بومی بودن بهورزان شاغل در خانه های بهداشت و در اولویت بودن نیروهای متقاضی بومی (متولد و ساکن مناطق تحت پوشش واحد ارائه دهنده خدمت) برای استقرار در سایر واحدهای محیطی ارائه دهنده خدمات.

اصل نهم: عدم تمرکز در مدیریت. به نحوی که امکان خودگردانی واحدها بتدریج به خوداتکایی آنان در زمینه های مختلف مدیریتی مثل: برنامه ریزی، تنظیم بودجه، سازماندهی و ... منجر گردد.

اصل دهم: جلب مشارکت مردم. که در واقع خط مشی اساسی شبکه محسوب می‌شود و ارتقای دانش و عملکرد بهداشتی مردم (Health Promotion)، حرکت جامعه به سمت خوداتکایی و مراقبت از خویش (Self Care) است.

اصل یازدهم: هماهنگی درون بخشی. مبنای ارائه خدمات سلامت، تاکید بر هماهنگی‌ها در درون بخش سلامت و ارائه خدمات جامع سلامت به صورت تیمی است.

اصل دوازدهم: همکاری با سایر بخش‌های توسعه. ایجاد هماهنگی و همکاری با سایر بخش‌های توسعه هم در ساختار نظام شبکه و راه اندازی واحدها و هم در ارائه برنامه‌های سلامت ضرورت دارد. در این میان، علاوه بر بخش‌های دولتی، همکاری با بخش‌های خصوصی و تعاونی نیز مورد تاکید است.

➤ **تدارک و ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر کوچ رو** به تناسب جمعیت و نیازهای آنان از طریق آموزش و ترویج، توسعه خدمات بهداشتی درمانی، بیمه و خدمات اجتماعی در مناطق ییلاق، قشلاق و مسیر کوچ (با توجه به وظیفه وزارت متبوع براساس اسناد بالادستی، مبنی بر ارائه خدمت به جمعیت عشایر یا کوچنده).

روش کار:

مسئولیت فعالیت‌های این بخش به عهده واحد توسعه شبکه بهداشت و درمان در هر شهرستان است. رییس گروه/مسئول واحد توسعه شبکه شهرستان موظف است با توجه به ضوابط و اصول ابلاغ شده و کسب اطلاع و نظر سایر بخش‌های دولتی، تعاونی و خصوصی موجود در شهرستان و نیز همکاران شاغل در سایر واحدهای بخش‌های بهداشت و درمان، پیشنهاد راه اندازی واحد جدید یا اعمال تغییر در ساختار واحدهای موجود را تهیه و آن را به مدیریت توسعه شبکه استان/دانشگاه ارائه دهد تا برای بررسی، اصلاحات لازم و تصویب، به کمیته طرح‌های گسترش استان (دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی) ارائه گردد. این کمیته متشکل است از:

❖ رییس مرکز بهداشت و معاون بهداشت دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی به عنوان رییس کمیته

❖ مدیر توسعه شبکه استان/دانشگاه/دانشکده به عنوان دبیر کمیته

❖ معاون فنی مرکز بهداشت استان/دانشگاه/دانشکده

❖ معاون اجرایی مرکز بهداشت استان/دانشگاه/دانشکده

❖ کارشناس ناظر شهرستان مورد بررسی در مرکز بهداشت استان/دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی

❖ مدیر تشکیلات و تحول اداری استان/دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی

توصیه می‌شود چنانچه مسئولین استانی یا شهرستانی مثل فرماندار، نماینده خیرین و نماینده مجلس آن منطقه اصرار بر پیشنهاد خاصی داشتند، به کمیته دعوت شوند تا **بدون حق رای**، در جریان کامل ضوابط و اصول قرار گیرند.

طرح‌های مصوب کمیته استانی/دانشگاهی توسط دبیر کمیته استانی/دانشگاهی به مرکز مدیریت شبکه وزارت متبوع ارسال می‌گردند. طرح/طرح‌های پیشنهادی، پس از انطباق با ضوابط طرح‌های گسترش و در صورت نیاز از طریق بازدید از محل، توسط مرکز مدیریت شبکه رد یا به تصویب نهایی خواهد رسید. در زمان تصویب یا رد پیشنهادات، اعضای زیر در جلسه حضور خواهند داشت:

➤ رییس مرکز مدیریت شبکه (در صورت ضرورت)

➤ رییس گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبکه در مرکز مدیریت شبکه یا نماینده وی

➤ رییس کمیته منطقه ای بازنگری ضوابط و استانداردهای شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور

➤ ۱ نفر نماینده مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پس از تصویب طرح‌های گسترش شبکه شهرستان‌های هر دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی توسط مرکز مدیریت شبکه، نتیجه کار به مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و از آنجا به هیات امنای هر دانشگاه/ دانشکده ارسال می‌گردد و پس از تصویب، قابلیت اجرایی پیدا می‌کند.

شایان ذکر است، پس از کسب مصوبه از سوی مرکز مدیریت شبکه، اعمال مصوبات در طرح گسترش شهرستان و جابجایی واحدهای مصوب جدید بر عهده دبیر کمیته استانی/ دانشگاهی و رییس گروه/ مسؤول واحد توسعه شبکه شهرستان خواهد بود.

به هر حال، آنچه اهمیت دارد اینست که بررسی کنندگان در شهرستان، استان/ دانشگاه، کمیته منطقه ای و ستاد وزارتخانه بایستی افرادی کاملاً "مطلع نسبت به نظام شبکه سلامت، ضوابط و اصول جاری براین نظام و سیاست‌های کلی باشند.

گام‌های اجرایی تجدیدنظر در طرح‌های گسترش شبکه

گام‌های اجرایی شامل ۵ گام زیر است:

گام اول: برای اجرایی شدن فرآیند تجدیدنظر در طرح‌های گسترش شبکه بهداشت و درمان، اقدامات زیر ضرورت دارد:

الف _ تهیه نقشه‌های معتبر، بهنگام و دقیق از شهرستان‌های تحت پوشش (تهیه شده از استانداری یا فرمانداری با مقیاس استاندارد) بصورت کاغذی و الکترونیکی

ب _ کسب اطلاع درست از موقعیت جغرافیایی، جمعیتی، وضعیت اجتماعی و فرهنگی هریک از روستاها، ایلات عشایر و شهرها شامل: جمعیت و پراکندگی آن، تعداد واحدهای ارائه دهنده خدمت در تمام بخش‌ها (دولتی و غیر دولتی)، تعداد پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی، تعداد مراکز آموزشی موجود در منطقه تا سطح آموزش عالی و وجود اختلافات احتمالی قومیتی، محل ییلاق، محل قشلاق، طول مسیر کوچ، مدت زمان کوچ، فاصله زمانی هر واحد تا نزدیکترین واحد هم سطح برحسب دقیقه، فاصله زمانی هر واحد تا واحد سطح بالاتر برحسب دقیقه، وضعیت نیروی انسانی واحدهای موجود و ...

پ _ بدست آوردن اطلاعات درست از موقعیت بخش خصوصی و تعاونی فعال ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی بویژه در مناطق روستایی، شهری و حاشیه شهر

ت _ کسب اطلاعات درست از وضعیت واحدهای ارائه دهنده خدمت نظام شبکه بهداشت و درمان برحسب شرایط فعالیت واحد و جمعیت تحت پوشش آنها بر روی نقشه‌های استاندارد

ث _ کسب اطلاعات درست از وضعیت کارکنان شاغل در واحدهای موجود (دولتی و خرید خدمت)، سابقه خدمت نیروهای هر واحد، آخرین مدرک تحصیلی هر نیرو، تعداد روز فعالیت هر نیرو در هفته و جمعیت تحت پوشش هر واحد تا در صورت ضرورت نسبت به کاهش یا افزایش نیرو اقدام گردد

ج _ بدست آوردن آخرین اطلاعات درباره تغییرات رسمی در تقسیمات کشوری شهرها (به تفکیک مناطق حاشیه نشین)، بخش‌ها و دهستان‌ها از فرمانداری‌ها، سازمان برنامه و بودجه استان و استانداری‌ها

چ _ داشتن آخرین اطلاعات درباره طرح آمایش سرزمین (طرح‌های ملی و منطقه ای مربوط به هر شهرستان در مورد توسعه راه‌های روستایی، مدارس، ایجاد قطب‌های کشاورزی و دامپروری، وضعیت ایلات عشایری که از حالت کوچ رو به حالت ساکن تغییر وضعیت داده اند، سایر واحدهای کشاورزی و سرمایه گذاری در بخش‌های توسعه در طول سال‌های آتی از دفتر سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و سازمان امور عشایری)

ح _ داشتن اطلاع درباره تعداد مراکز تهیه، توزیع مواد غذایی و اماکن عمومی و محل‌هایی که از نظر بهداشت محیط و مواد غذایی بایستی کنترل بهداشتی شوند به تفکیک هر بلوک یا منطقه تحت پوشش هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی

خ _ کسب اطلاع راجع به تعداد پیشه‌وران، کارگران، کارخانجات و کارگاه‌های تولیدی در منطقه

د- کسب آخرین و جدیدترین اطلاعات جمعیتی روستاها، شهرها و ایلات عشایر استان از طریق اطلاعات بدست آمده از انجام سرشماری سالانه دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی، مرکز آمار ایران، سازمان امور عشایر و سازمان بیمه سلامت ایران

ذ- کسب اطلاعات مربوط به وضعیت بیماری‌هایی مانند ایدز (HIV+), هپاتیت B و C, اعتیاد، شیوع گزش حیوانات، بیماری‌های موروئی و ...

ر- کسب اطلاع درباره واحدهای ارائه دهنده خدمت بخش خصوصی در منطقه شامل مطب پزشک، مطب دندانپزشک، واحدهای پاراکلینیک، داروخانه و ...

ز- تهیه ابزار کار شامل: مقداری پونز معمولی، تعدادی مداد رنگی، مدادتراش، پاک‌کن، مقداری سنجاق ته‌گرد و کاغذ یا برچسب رنگی و لب‌تاپ.

گام دوم: بر روی نقشه، جمعیت و محدوده هر روستا، محل اسکان عشایر و بلوک بندی‌های انجام شده در مناطق شهری ثبت گردد و محدوده آبادی‌هایی که به فاصله حداکثر ۲۰ دقیقه با وسیله نقلیه معمول از هم قرار دارند با کشیدن خط رنگی در اطراف آنها، مشخص شود. چنانچه تعداد روستاها و محل اسکان عشایری که در این محدوده قرار می‌گیرند بیش از یک روستا یا یک ایل باشد، باید مشخص گردند. همچنین، می‌بایست بر روی نقشه مکان واحدهای موجود فعال و واحدهای مصوب غیر موجود به تفکیک کلیه واحدها و جمعیت تحت پوشش آنها (جمعیت ثبت نام شده در سامانه) نیز مشخص گردد. بدیهی است در کنار هر نقشه، راهنمای آن نیز شامل علامت و رنگ در نظر گرفته شده برای هر نوع واحد با در نظر گرفتن فعال و غیرموجود آن و علائم مربوط به نوع راه‌های ارتباطی باید مشخص شود.

گام سوم: تعیین مناسب‌ترین منطقه جغرافیایی برای استقرار واحد. به این منظور باید به مسیر طبیعی حرکت مردم در مناطق شهری و روستایی، مسیر کوچ ایلات، روند تغییرات جمعیت تحت پوشش هر واحد و مسائل فرهنگی توجه کرد.

گام چهارم: با توجه به تراکم جمعیت در مناطق شهری، محدوده‌ای که به طور متوسط حدود ۲۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر را در خود جای داده است (برای کلانشهرها تا سقف ۱۰۰۰۰ نفر)، بر روی نقشه با مداد رنگی مشخص می‌گردد که محل استقرار مراکز خدمات جامع سلامت شهری است و برای پایگاه‌های سلامت تابعه محدوده جمعیتی حدود ۱۲۵۰۰ نفر به طور متوسط (با دامنه بین ۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر و برای کلانشهرها تا ۲۵۰۰۰ نفر) تعیین می‌گردند. چنانچه تراکم جمعیت زیاد باشد، ایجاد مراکز خدمات جامع سلامت شهری و پایگاه‌های سلامت متعدد ضرورت خواهد یافت. در چنین شرایطی می‌توان فضای فیزیکی و کارکنان مرکز را بازای جمعیت تحت پوشش متناسب کرد و از ایجاد مراکز متعدد در یک وسعت محدود و قابل دسترس مردم، پیشگیری کرد تا بجای چند مرکز، یک مجتمع واحد، راه اندازی گردد. بدیهی است فضای فیزیکی و نیروی انسانی مجتمع‌ها بر حسب جمعیت تحت پوشش، در نظر گرفته خواهد شد.

گام پنجم: تعیین نیروی انسانی مورد نیاز هر واحد که معیار در نظر گرفتن نیروی انسانی به تناسب هر واحد برحسب محل جغرافیایی استقرار آن و جمعیت تحت پوشش آن در زیر مجموعه هر یک از واحدها توضیح داده خواهد شد.



ضوابط و استانداردهای واحدهای محیطی ارائه دهنده خدمت



بخش دوم: واحد های موجود ارائه دهنده خدمت در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور

مرکز خدمات جامع سلامت روستایی:

تعریف:

مراکز خدمات جامع سلامت روستایی، مراکزی مستقر در مناطق روستایی هستند که یک تا چند خانه بهداشت و پایگاه سلامت روستایی را در پوشش خود دارند. این مراکز با مسوولیت پزشک عمومی/ پزشک خانواده به همراه تیم سلامت مشغول ارائه خدمات سطح اول به جمعیت تعریف شده روستایی و عشایری است. در گذشته به نام مراکز بهداشتی درمانی روستایی شناخته می شدند.

جمعیت تحت پوشش:

مراکز خدمات جامع سلامت روستایی با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۸۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر) یک مرکز، راه اندازی می شوند.

تبصره ۱: در راه اندازی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی می بایست به تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش هر مرکز نیز توجه کرد. دقت شود تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش مراکز روستایی نباید در حدی باشد که پزشکان خانواده مرکز، قادر به انجام دهگردشی در زمان در نظر گرفته شده در دستورعمل برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده، نباشند.

تبصره ۲: گاهی شرایط اقلیمی کشور در نقاط کویری، کوهستانی و جنگلی به گونه ایست که رسیدن به حد نصاب ۴۰۰۰ نفر برای یک مرکز روستایی را غیرممکن می سازد. از طرف دیگر، رها کردن جمعیت های کمتر از ۴۰۰۰ نفر – تنها به دلیل نبود توجه اقتصادی – راهبرد درستی نیست. در چنین شرایطی از استراتژی محدود کردن کارکنان براساس جدول برآورد نیروی انسانی موردنیاز مراکز روستایی برای تعیین نیروی انسانی این مراکز استفاده خواهد شد یا نیروی انسانی طی روزهای خاصی در این مراکز به ارائه خدمت مشغول می شوند. در صورت کم بودن قابل توجه جمعیت و نبود امکان تهیه فضای فیزیکی مرکز، خانه بهداشت مستقر در روستای محل استقرار مرکز (خانه بهداشت ضمیمه)، نقش موثرتری در ارائه خدمت به مراجعه کنندگان خواهد داشت و باید در آن فضایی مناسب برای ارائه خدمت پزشک و تیم همراه وی در روزهایی از هفته، فراهم شود. البته مناسب خواهد بود در شرایط وجود منابع مالی، در سایر خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت روستایی نیز محلی برای ویزیت پزشک و تیم همراه وی در دهگردشی ها تامین گردد.

نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

ضوابط و استانداردهای مراکز خدمات جامع سلامت روستایی در این مجموعه آمده است ولی همواره باید نکات قابل توجه در تفاهم نامه مشترک با سازمان بیمه سلامت و دستورعمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده مورد توجه قرار گیرد. با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده و مراجعات درمانی ارجاعی از خانه های بهداشت تابعه، نظارت ها و ... نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی عبارتست از:

۱) پزشک: یک نفر پزشک (پزشک خانواده روستایی/ متخصص پزشکی خانواده) بازای جمعیتی حدود ۴۰۰۰

نفر. با اضافه شدن هر ۴۰۰۰ نفر به جمعیت تحت پوشش مرکز، یک نفر به تعداد پزشکان مرکز اضافه خواهد شد. در صورتیکه تا ۵۰٪ جمعیت تعیین شده برای یک پزشک به جمعیت کل مرکز اضافه شد، پزشک دوم

تعیین می‌گردد. به عنوان مثال اگر جمعیت مرکز به ۶۰۰۰ نفر رسید باید دو پزشک خانواده روستایی در نظر گرفت.

(۲) **کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه:** بازای هر ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی (نیم ساعت با خودرو)، یک کارشناس سلامت روان و یک کارشناس تغذیه حضور خواهند داشت که برای بیش از یک مرکز باید نیرو بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (نیم ساعت با خودرو) حرکت کند. بکارگیری نفر دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.

(۳) **دندانپزشک:** بازای هر ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی و دسترسی زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو، یک نفر دندانپزشک در نظر گرفته می‌شود. چنانچه دندانپزشک حداقل ۴ ساعت کار فعال در مرکز یا مراکز تحت پوشش داشته باشد، یک نفر دستیار به عنوان مراقب سلامت دهان برای کمک به وی در نظر گرفته می‌شود.

تبصره ۳: اگر در منطقه، بخش غیردولتی فعال وجود داشته باشد می‌بایست برای ارائه بسته خدمات دندانپزشکی از بخش غیردولتی خرید خدمت کرد.

(۴) **بازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز روستایی یک کارداران یا کارشناس علوم آزمایشگاهی (در صورت وجود آزمایشگاه در مرکز) تعیین خواهد شد.** چنانچه در فاصله نیم ساعت از مرکز، واحد آزمایشگاهی فعال دولتی یا غیردولتی وجود داشته باشد، به جای این فرد، یک نمونه گیر در مرکز تعیین می‌شود. این فعالیت را بهیار یا پرستار موجود در مرکز نیز می‌تواند انجام دهد.

تبصره ۴: در صورت فعال بودن آزمایشگاه در بخش دولتی/غیردولتی در منطقه، بایستی برای ارائه بسته خدمات آزمایشگاهی از آن بخش، خرید خدمت کرد. **در مورد خدمات رادیولوژی نیز چنانچه مرکز مجهز به تجهیزات رادیولوژی نباشد، می‌بایست خدمات رادیولوژی از طریق خرید خدمت از بخش دولتی/غیردولتی موجود به جمعیت تحت پوشش ارائه شود. بدین ترتیب، حتی الامکان باید از راه اندازی واحد رادیولوژی خودداری بعمل آید.**

(۵) **برای مراکز روستایی غیرشبانه روزی با جمعیت تحت پوشش حدود ۱۰ هزار نفر یک نیروی پرستار یا بهیار در نظر گرفته خواهد شد.** در صورت حضور این نیرو در مرکز، علاوه بر خدمات پرستاری، خدمت نمونه گیری برای آزمایش نیز توسط او انجام می‌شود. **در مورد جمعیت‌های کمتر، این خدمات توسط ماما ارائه می‌گردد.**

تبصره ۵: برای مراکز روستایی غیرشبانه روزی با جمعیت تحت پوشش بیش از ۱۵ هزار نفر دو پرستار/بہیار در نظر گرفته خواهد شد. در چنین مواردی، حتی الامکان یکی از پرستاران مرد و دیگری زن باشد.

(۶) **در مراکز روستایی غیرشبانه روزی، یک نفر برای کارهای تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش تحت عنوان کارشناس فناوری اطلاعات سلامت در نظر گرفته می‌شود.**

(۷) **در تمام مراکز روستایی بازای هر ۳ تا ۴ خانه بهداشت تحت پوشش (اعم از ضمیمه و غیرضمیمه)، یک کارداران/کارشناس مراقب ناظر^۱ (بدون تاکید بر زن یا مرد بودن آنان) حضور خواهد داشت. با اضافه شدن تعداد خانه های بهداشت و پایگاه‌های سلامت روستایی تحت پوشش مرکز به تعداد مراقب ناظر اضافه خواهد شد.**

(۸) **بازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک کارداران یا کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز وجود داشته باشد. در مورد خدمات بهداشت حرفه ای نیز بازای ۳۰۰ واحد کارگاهی باید یک کارداران/کارشناس بهداشت حرفه ای وجود داشته باشد. چنانچه منطقه تحت پوشش مرکز به هر دو خدمات بهداشت محیط و حرفه ای نیاز داشته باشد و جمعیت تحت پوشش مرکز بیش از ۲۰۰۰ نفر باشد، از دانش آموختگان هر دو رشته بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای استفاده می‌-**

¹ Care Giver

شود. در صورت کم بودن جمعیت یا واحد صنفی و صنعتی در پوشش مرکز روستایی، یک نفر از هر کدام از دو نیروی بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای بصورت مشترک با یک یا دو مرکز نزدیک دیگر استفاده می شود.

۹) یک نفر ماما بازای هر دو پزشک خانواده روستایی یا بازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز تعیین می شود.

۱۰) بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی حداقل یک نفر راننده وجود خواهد داشت. تاکید می گردد در مراکز جدید یا مراکزی که پیش از این راننده نداشته اند، این خدمت باید از طریق عقد قرارداد با بخش خصوصی تامین گردد. در صورتیکه تعداد پزشک خانواده روستایی و نیروهای سلامت روان، تغذیه، بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای بصورت مشترک بین دو یا چند مرکز وجود داشته باشند، باید تعداد راننده متناسب با فعالیت آنها اضافه گردد.

۱۱) بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک نفر سرایدار/نگهبان تعیین می شود.

نوع نیرو	جمعیت کمتر از ۴۰۰۰ نفر	جمعیت ۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر	جمعیت ۸۰۰۱ تا ۱۲۰۰۰ نفر	جمعیت بیش از ۱۲۰۰۰ نفر
پزشک خانواده روستایی / متخصص پزشکی خانواده	۱	۲	۳	۱ پزشک بازای هر ۴۰۰۰ نفر
دندانپزشک	۰	۰	۱ مشترک	۱
مراقب سلامت دهان	۰	۰	۱ مشترک	۱
بهبود / پرستار / نمونه گیر آزمایشگاه	۰	۱ مشترک	۱	۱
کاردان / کارشناس آزمایشگاه	۰	۱	۱ تا ۲	۲
ماما	۱	۱	۲	۲
کارشناس تغذیه	۰	۰	۱ مشترک	۱
کارشناس سلامت روان	۰	۰	۱ مشترک	۱
کاردان / کارشناس بهداشت محیط	۰	۱ مشترک	۱ برحسب تعداد واحد	۱ برحسب تعداد واحد
کاردان / کارشناس بهداشت حرفه ای	۰	۱ مشترک	۱ برحسب تعداد واحد	۱ برحسب تعداد واحد
کاردان / کارشناس مراقب ناظر (برحسب خانه بهداشت تحت پوشش)	۱	۱	۱ تا ۲	۲
کارشناس فناوری اطلاعات سلامت / پذیرش	۱	۱	۱	۱
راننده	۱	۱	۲	۳
سرایدار/نگهبان	۱	۱	۱	۱

تصویر کلی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی غیر شبانه روزی:

۱. مرکزی واقع در منطقه روستایی با جمعیت تحت پوشش بطور متوسط حدود ۸۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر)
۲. ناظر بر ارائه مراقبت های بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت روستایی
۳. مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی

۴. دسترسی به خدمات قابل ارائه توسط پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت
۵. دارای دسترسی به خدمات پرستاری و مامایی
۶. دارای دسترسی به اورژانس ۱۱۵ با فاصله حداکثر ۵ کیلومتر در خارج از مرکز
۷. دارای دسترسی به مرکز ارائه خدمات بستری (بیمارستان یا مرکز شبانه روزی) با فاصله زمانی کمتر از نیم ساعت با خودرو
۸. دارای دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز از طریق نمونه گیری یا خرید خدمت از آزمایشگاه طرف قرارداد با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت. در صورت عدم دسترسی باید بازای هر ۷۰۰۰ نفر، یک نیروی آزمایشگاه در نظر گرفت که البته بهتر است بصورت تجمعی در بیش از دو مرکز قابل دسترسی باشد.
۹. دارای دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز به شرط داشتن حداقل ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت
۱۰. دارای دسترسی به خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای
۱۱. دارای دسترسی به خدمات دارویی
۱۲. دارای دسترسی به خدمات تغذیه و سلامت روان

تعیین تکلیف مرکز خدمات جامع سلامت روستایی که براساس مصوبه تقسیمات کشوری محل استقرار آن به نقطه شهری تبدیل شده است:

الف: تعیین تکلیف مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

- (۱) مرکز روستایی به کلی از فهرست مراکز خدمات جامع سلامت روستایی آن شهرستان حذف و جزو مراکز شهری قلمداد خواهد شد. البته، گاهی ناگزیر باید براساس وضعیت جمعیت منطقه و چگونگی فعالیت بخش خصوصی، در مورد تغییر وضعیت مرکز به پایگاه سلامت شهری به طور موردی تصمیم گیری شود.
- (۲) کارکنان بهداشتی موجود در مرکز در حکم کارکنان یک مرکز شهری یا پایگاه سلامت تلقی می شوند و همانند قبل وظیفه ارائه خدمت، کنترل و نظارت واحدهای تحت پوشش خود را بر عهده خواهند داشت.
- (۳) چنانچه از قبل، واحد تسهیلات زایمانی نیز جزو مرکز روستایی مورد نظر موجود باشد، کارکنان واحد تسهیلات زایمانی با شرح وظیفه ای که مرکز بهداشت شهرستان تعیین خواهد کرد، باقی خواهند ماند.

ب: تعیین تکلیف خانه های بهداشت تابعه مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

- (۱) خانه بهداشت ضمیمه مرکز (خانه بهداشتی که در همان روستای محل استقرار مرکز، قرار دارد) به پایگاه سلامت ضمیمه تبدیل خواهد شد و اگر هنوز بهورز بومی در این پایگاه شاغل باشد، پایگاه ضمیمه، عنوان پایگاه سلامت شهری ستاره دار (به دلیل حضور بهورز) خواهد گرفت. در صورت بومی نبودن بهورز، باید تغییر وضعیت داده شود یا به خانه بهداشت دیگری انتقال یابد.

- (۲) سایر خانه های بهداشت (غیرضمیمه) تحت پوشش مرکز تابع یکی از شرایط زیر خواهند بود:

- خانه های بهداشتی که روستای محل استقرار آنان هنوز منطقه روستایی است و با این تغییر، در پوشش مرکز خدمات جامع سلامت روستایی دیگری قرار می گیرند، در دفتر طرح گسترش شبکه شهرستان در زیر مجموعه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی دیگری قرار داده می شوند.
- خانه های بهداشتی که روستای محل استقرار آنان هنوز منطقه روستایی است و با این تغییر نیز هنوز تحت پوشش این مرکز باقی می ماندند. در این حالت، مرکز عنوان مرکز خدمات جامع سلامت شهری

روستایی خواهد داشت و پزشک خانواده روستایی و نیروهای بهداشتی مرکز موظف به بازدید از خانه های بهداشت تحت پوشش خود هستند.

➤ روستای محل استقرار خانه های بهداشت غیرضمیمه تحت پوشش مرکز مذکور نیز به نقطه شهری تبدیل شده اند، که شرایط خاص این خانه ها در بخش مربوط به خانه های بهداشت توضیح داده شده است.

شرایط پیش بینی شده برای مراکز خدمات جامع سلامت روستایی با جمعیت تحت پوشش کمتر از ۲۵۰۰ نفر:

برای مراکز روستایی که به دلیل روند کاهش جمعیت (مهاجرت، کاهش مولید، ...)، کمتر از ۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش دارند و جمعیت تحت پوشش آن امکان دسترسی جغرافیایی به سایر مراکز را داشته باشند، یکی از شرایط زیر قابل اجراست:

(۱) چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز روستایی طی ۵ سال اخیر روندی روبه کاهش و در حال حاضر بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش داشته باشد، و امکان دسترسی جغرافیایی جمعیت تحت پوشش آن به مرکز دیگری موجود نباشد، پس از هماهنگی با اداره کل بیمه شهرستان، ترتیبی اتخاذ گردد تا بصورت تدریجی حتی الامکان پزشک خانواده روستایی ۳ روز در هفته در مرکز حضور داشته باشد و سایر کارکنان مرکز تا حد امکان تعدیل گردند و از آنان در سایر مراکز همان شهرستان استفاده شود.

(۲) از این پزشک خانواده روستایی می توان در ۳ روز دیگر در مراکز دیگری در همان شهرستان به عنوان پزشک جانشین یا در مرکز دیگری که جمعیت تحت پوشش آن کمتر از ۲۵۰۰ نفر است، به عنوان پزشک خانواده روستایی استفاده کرد.

(۳) چنانچه مرکز روستایی کمتر ۱۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش داشته باشد، این مرکز باید بتدریج در مدت ۶ تا ۱۲ ماه تعطیل شود و خانه بهداشت ضمیمه مرکز حفظ شود و به خانه بهداشت غیرضمیمه مرکز دیگری در همان نزدیکی تبدیل شود و از کارکنان این مرکز می توان در سایر مراکز همان شهرستان استفاده کرد.

سایر ضوابط مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

(۱) ردیف های دارویی و متصدی امور عمومی فقط در صورت داشتن فرد شاغل بصورت ردیف نشاندار باقی خواهند ماند و در غیراینصورت، به پست سازمانی دیگری که مورد نیاز آن مرکز یا سایر مراکز باشد، تبدیل خواهند شد (منظور از پست نشاندار، یعنی بعد از خروج تصدی از پست مزبور می توان آن را به عنوان یا محل دیگری انتقال داد).

(۲) توصیه می شود در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی با جمعیت ۴۰۰۰ نفر و بیشتر، اگر کاردان یا کارشناس مراقب ناظر، زن است بهیار یا پرستار مرکز، مرد انتخاب شود و بالعکس

(۳) خودروی مراکز روستایی باید شرایط لازم برای انتقال اعضای تیم سلامت در زمان انجام دهگردشی در فصول مختلف سال را داشته باشد.

(۴) با توجه به امکان مراجعه بیماران نیازمند اعزام به بیمارستان از مراکز خدمات جامع سلامت روستایی، شبکه شهرستان موظف است هماهنگی لازم را بین پایگاه های اورژانس بین جاده ای و مراکز خدمات جامع سلامت روستایی برای اعزام بیماران نیازمند، برقرار کند. بدین ترتیب، وجود آمبولانس در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی شبانه روزی و غیرشبانه روزی با هر فاصله از اولین مرکز ارائه خدمات بستری، موضوعیت نخواهد داشت. در صورت وجود فضای فیزیکی مازاد در مرکز، پایگاه اورژانس بین جاده ای می تواند در فضای فیزیکی مرکز استقرار یابد.

مراکز خدمات جامع سلامت فصلی عشایری

مراکز خدمات جامع سلامت فصلی عشایری برای جمعیت های عشایری بیش از ۲۵۰۰ نفر و با استقرار حدود ۶ ماه و بیشتر در منطقه و در شرایطی که نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا روستایی تا محل استقرار عشایر با وسیله معمول بیش از ۶۰ دقیقه فاصله داشته باشد، قابل راه اندازی خواهد بود. هر مرکز فصلی یک یا چند خانه بهداشت عشایری یا یک پایگاه سلامت عشایری را تحت پوشش خود خواهد داشت. مرکز فصلی عشایری نیز، مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی است و وظیفه ایل گردشی برای جمعیت تحت پوشش خانه /خانه های بهداشت یا پایگاه سلامت مذکور را بر عهده این مرکز خواهد داشت. تامین ملزومات، واکسن، دارو برای خانه بهداشت یا پایگاه عشایری تحت پوشش بر عهده مرکز فصلی است. محل استقرار مرکز فصلی مانند خانه بهداشت و پایگاه سلامت عشایری بر حسب اقلیم منطقه و شرایط جغرافیایی آن تعیین خواهد شد.

نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت فصلی عشایری:

یک پزشک خانواده، یک ماما و یک کاردان/کارشناس بهداشت محیط

تبصره ۶: با توجه به آنکه نیروی انسانی مراکز فصلی عشایری از طریق عقد قرار قابل تامین می باشند و نیازی به جابجا شدن آنها همراه با ایل وجود ندارد، هر دانشگاه/ دانشکده در زمان استقرار جمعیت عشایر در آن دانشگاه/ دانشکده مسوول تامین این نیروها می باشد.

تبصره ۷: پس از کوچ عشایر و برچیده شدن مرکز فصلی، نیروهای مرکز به عنوان نیروی جایگزین یا جانشین در سایر مراکز قابل بکارگیری خواهند بود.

خانه بهداشت:

در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور دو نوع خانه بهداشت خواهیم داشت:

۱. خانه بهداشت روستایی: محل ارائه خدمت به جمعیت روستایی و عشایری ساکن
۲. خانه بهداشت عشایری: محل ارائه خدمت به جمعیت عشایر (کوچ رو)

خانه بهداشت روستایی:

جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت:

خانه های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۱۰۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) راه اندازی خواهند شد. درمورد مناطق محروم با تراکم جمعیت پایین و فواصل جغرافیایی زیاد، برحسب شرایط منطقه این رقم می تواند به یک خانه بهداشت بازای ۵۰۰ نفر کاهش یابد.

نیروی انسانی خانه بهداشت:

محاسبه حجم خدمات رایج خانه های بهداشت در سال های قبل و برآورد آن براساس نظرات کارشناسی در شرایط کنونی و براساس بسته های خدمت موجود، نشان می دهد که به طور متوسط یک بهورز می تواند خدمات مورد نیاز ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر جمعیت را در طول یک سال بطور فعال ارائه دهد. ولی براساس شرایط فرهنگی و نوع وظایف در نظر گرفته شده برای بهورزان، معمولاً "۲ بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت کار می کنند و باید بتوانند مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی مورد نیاز این جمعیت را براساس بسته خدمت ارائه دهند. البته، متمرکز بودن این جمعیت در یک نقطه یا پراکنده بودن آن در چند روستا، نقش تعیین کننده ای در حجم و گردش کار خانه بهداشت دارد. با توجه به مجموعه کار و شرایط فرهنگی جامعه، ضوابط زیر برای نیروی انسانی خانه های بهداشت تعیین می شود:

(۱) **بین ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر جمعیت:** یک بهورز زن و یک بهورز مرد و برای جمعیت کمتر از ۸۰۰ نفر، می توان بازای دو خانه بهداشت مجاور، یک بهورز مرد مشترک در نظر گرفت. همچنین، برای جمعیت های زیر ۵۰۰ نفر، خانه بهداشت در نظر گرفته نمی شود (مگر در شرایط خاص مثل فاصله بیش از ۲۰ دقیقه با وسیله جاری منطقه بین محل سکونت مردم و اولین خانه بهداشت با تایید مرکز مدیریت شبکه یا قرار داشتن در مناطق محروم). درمورد ایجاد خانه بهداشت، برای جمعیت ۵۰۰ تا ۸۰۰ نفر، فقط با نظر مرکز مدیریت شبکه امکان پذیر است. همچنین، چنانچه در خانه بهداشت با کمتر از ۷۰۰ نفر دو بهورز مرد و زن داشته باشد، اگر یکی از بهورزان خانه، بازنشسته شد، مجدداً نباید برای آن خانه، بهورز استخدام شود و پست بهورز دوم به پست مورد نیاز دیگری تغییر یابد (پست نشاندار).

(۲) **برای جمعیت از ۱۰۰۱ تا ۲۰۰۰ نفر:** دو بهورز زن و یک بهورز مرد

(۳) **برای جمعیت بیشتر از ۲۰۰۰ نفر** شرایط زیر ممکن خواهد بود:

➤ در صورتیکه وسعت روستا **طولی** یا طوری باشد که دسترسی مردم با یک ساعت پیاده روی یا ۲۰ دقیقه **با وسیله نقلیه** معمول منطقه، برای آنان مشکل ایجاد کند، بهتر است **دو خانه بهداشت** در نظر گرفته شود و بهورز مرد را مشترک بین دو خانه بهداشت قرار داد.

➤ در صورتیکه وسعت روستا **طولی** نباشد، خانه بهداشت دوم در نظر گرفته نشده و بازای هر ۸۰۰ نفر یک بهورز زن اضافه خواهد شد. به عبارت دیگر، تا جمعیت ۳۵۰۰ نفر، بازای افزایش جمعیت، تعداد بهورزان به خانه بهداشت اضافه خواهد شد.

(۴) اگر تعداد روستاهای دارای سکنه تحت پوشش خانه بهداشت از ۸ قریه بیشتر و مسیر و فاصله روستاها به گونه ای باشد که بازدید از ۳ روستا یا بیشتر در یک روز میسر نگردد، می توان یک بهورز مرد به کارکنان خانه مزبور اضافه کرد.

شرایط پیش بینی شده برای خانه های بهداشت با جمعیت تحت پوشش کمتر از ۵۰۰ نفر:

(۱) خانه های بهداشت با جمعیت تحت پوشش بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ نفر، سه روز در هفته فعال خواهند بود و از بهورز برای سه روز باقیمانده در خانه بهداشت دیگری استفاده خواهد شد (پست بهورز نشاندار می شود).

(۲) در صورتیکه تعداد جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت به کمتر از ۳۰۰ نفر برسد و فاصله روستاهای تحت پوشش کمتر از ۲۰ دقیقه با وسیله جاری منطقه باشد، باید متناسب سازی مدت فعالیت خانه بهداشت با جمعیت تحت پوشش اتفاق افتد. بدین صورت که بازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، یک روز کار در هفته برای بهورز تعیین شود و بقیه زمان وی در خانه بهداشت دیگر یا واحد دیگری با نظر مرکز بهداشت شهرستان به فعالیت مشغول شود. با کمتر شدن جمعیت خانه بهداشت باید طی یکی از اقدامات زیر، خانه بهداشت بتدریج (ظرف مدت حداکثر یک سال) تعطیل گردد و روستا یا روستاهای تحت پوشش آن به عنوان

روستای قمر یا سیاری تحت پوشش نزدیکترین خانه بهداشت قرار گیرند و یکی از اقدامات زیر برای بهورز صورت گیرد:

- ❖ چنانچه بهورز با سابقه خدمت بیش از ۲۵ سال است، در صورت امکان با همکاری سازمان برنامه و بودجه اقدام به بازنشستگی پیش از موعد وی با بخشش مابقی سنوات خدمت گردد.
- ❖ اگر بهورز دارای سابقه کار بیش از ۱۵ سال باشد با توجه به آخرین مدرک تحصیلی بهورز و با گذراندن دوره های مهارت آموزی در مرکز آموزش بهورزی و کسب گواهی پایان دوره، در یکی از واحدهای ارائه دهنده خدمت یا ستاد در روستا یا شهر همان شهرستان (در اولویت اول) یا شهرستانهای مجاور همان دانشگاه/ دانشکده تحت پوشش برای سایر شغلها مانند مراقب سلامت، ماما، مراقب ناظر، پذیرش، بهیار یا پرستار، و نیروهای اداری مالی بکارگیری شود. البته این گزینه می تواند به عنوان **مسیر ارتقای شغلی** درمورد تمامی بهورزان و سایر کارکنان حوزه بهداشت برنامه ریزی شود.
- ❖ بهورز به خانه بهداشت دیگری در همان شهرستان منتقل شود.

دقت شود چنانچه بهورز مایل به تغییر محل خدمت خود نباشد می تواند در محل ارائه خدمت تا حداکثر یک سال باقی بماند ولی در این زمان باید در دو شیفت کامل کاری، ارائه خدمت دهد. به هر حال طی ۱۲ ماه باید وضعیت وی تعیین تکلیف گردد.

تبصره ۸: اگر تعداد روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت بیش از یک روستا باشد، برای انجام دهگردشی به یک دستگاه موتورسیکلت نیاز است.

تبصره ۹: هیچ روستایی نباید به دلیل نداشتن خانه بهداشت از پوشش مراقبت های اولیه بهداشتی درمانی محروم بماند. این محرومیت عمدتاً به ۲ علت ممکن است پیش آید: یکی کمبود شدید جمعیت و دیگری نداشتن راه ارتباطی. به جبران این کمبود، در تعدادی از خانه های بهداشت، خدمت سیاری برای بهورز مرد پیش بینی می شود که مکلف به ارائه تمامی وظایف خانه های بهداشت است.

تبصره ۱۰: چنانچه روستاهایی با جمعیت کم (کمتر از ۴۰۰ نفر) و در فاصله بیش از ۲۰ دقیقه با وسیله جاری در منطقه از خانه بهداشت وجود داشته باشد، می توان آن را به عنوان روستای سیاری خانه بهداشت قلمداد کرد، تا بهورز حداقل هر دو هفته، یکبار برای ارائه خدمات بهداشت محیط، مبارزه با بیماری ها، بهداشت مادر و کودک، و ایمنسازی و ... به روستا سرکشی کند (برای ایاب و ذهاب بهورز زن باید با تامین هزینه آن، امکان ارائه خدمت بهورز زن را هم به روستاهای سیاری فراهم کرد). البته میتوان به جای موتورسیکلت از خودرو نیز استفاده کرد که در اینصورت باید اعتبار آن مشخص گردد.

تبصره ۱۱: توصیه می شود با مشارکت مردم روستاهای قمر و روستاهای سیاری، حداقل فضای فیزیکی و تجهیزات فراهم گردد، تا هنگام مراجعه بهورز خانه بهداشت و اعضای تیم سلامت مرکز به روستا، محل مشخصی برای ارائه خدمت به مردم وجود داشته باشد. در غیراینصورت، می توان از محلهایی مثل مسجد یا مدرسه و ... استفاده کرد.

شرایط پیش بینی شده برای روستاهای محل استقرار خانه بهداشت که براساس مصوبه تقسیمات کشوری به نقطه شهری تبدیل یا ضمیمه یک شهر شده اند:

روستایی که به شهر تبدیل شده، دارای خانه بهداشت است: اگر در فاصله نزدیک این منطقه (تا ۲۰ دقیقه با وسیله نقلیه معمول منطقه) پایگاه سلامت فعال وجود داشته باشد این خانه در آن پایگاه، ادغام می شود و کارکنان آن همچنان بصورت فعال به خدمات خود ادامه می دهند. البته، در صورت وجود فضای فیزیکی دولتی، نیازی به ادغام نیست و خانه بهداشت مزبور به پایگاه سلامت تبدیل می گردد. در این حالت، نام این پایگاه به پایگاه سلامت ستاره

دار (دارای بهورز) تغییر داده می‌شود مگر اینکه تمامی بهورزان آن به مراقب سلامت تغییر عنوان داده شوند (براساس ضوابط). شرایط متفاوت عبارتند از:

الف) خانه بهداشت موجود تعطیل می‌شود. در این صورت باید یکی از تصمیمات زیر در مورد بهورزان خانه بهداشت اتخاذ گردد:

۱) در صورت علاقه مندی بهورز (ان) این خانه بهداشت برای انتقال به خانه بهداشت دیگری که به بهورز نیاز دارد و به شرط سکونت در آن روستا و حفظ تعریف بومی بودن، انتقال بلامانع است. در این صورت خانه بهداشت مستقر در شهر را می‌توان تعطیل کرد.

۲) بازنشستگی پیش از موعد با یا بدون سنوات ارفاقی برای بهورزان با سابقه خدمت ۲۵ سال و بیشتر (در صورت امکان)

۳) قرار گرفتن بهورز در مسیر ارتقای شغلی (قبلاً" توضیح داده شد)

۴) چنانچه شرایط انتقال بهورز(ان) این خانه بهداشت به محل دیگر تحت هیچیک از شرایط فوق، وجود نداشته باشد، در این حالت بهورز با همان پست خود که به پست نشاندار تبدیل می‌شود، در خانه بهداشت مزبور باقی می‌ماند و تا حداکثر یک سال باید تعیین تکلیف گردد.

ب) خانه بهداشت موجود به پایگاه سلامت ستاره دار تبدیل می‌گردد. در این صورت کارکنان آن نیز موظف هستند وظایف مراقب سلامت را حتی الامکان بصورت فعال انجام دهند. در صورتیکه جمعیت تحت پوشش، کمتر از حداقل تعیین شده برای پایگاه سلامت تیپ باشد، تعداد کارکنان نیز باید متناسب با جمعیت تحت پوشش تغییر یابد. همچنین، آمار پایگاه‌های سلامت جدید از فهرست خانه‌های بهداشت فعال در سامانه حذف می‌شود و اطلاعات جمعیت آنان نیز در زیج حیاتی شهری ثبت می‌گردد.

چنانچه خانه بهداشتی که در حال حاضر در نقطه شهری واقع شده است، قبلاً" روستا(ها)ی قمری در پوشش خود داشته که هنوز هم نقطه روستایی هستند، بایستی:

۱) خانه بهداشت جدیدی در یکی از آن روستاهای قمر ایجاد و راه اندازی شود تا روستاهای مورد نظر را در پوشش گیرد.

۲) اگر شرایط ایجاد خانه بهداشت جدید وجود نداشت، روستاهای مزبور را باید تحت پوشش نزدیکترین خانه بهداشت موجود قرار داد (روستای قمر یا سیاری).

۳) اگر هیچکدام از دو مورد فوق میسر نبود، جمعیت روستاهای مورد نظر به صورت جمعیت روستایی مستقیم، تحت پوشش نزدیکترین پایگاه سلامت تابعه مرکز خدمات جامع سلامت شهری قرار خواهند گرفت.

چنانچه در نقطه شهری که خانه بهداشت در آن واقع شده است (به دلیل تغییر تقسیمات کشوری)، مرکز خدمات جامع سلامت شهری با فاصله دسترسی نیم ساعت با خودرو موجود نباشد و بخش خصوصی فعال نیز نداشته باشد، در آن محل بایستی هرچه سریعتر اقدام به ایجاد و راه اندازی مرکز خدمات جامع سلامت شهری کرد.

خانه بهداشت عشایری:

تعریف خانه بهداشت عشایری:

خانه بهداشتی است که صرفاً جمعیت عشایری (کوچنده) را تحت پوشش دارد و در محل اطراق چادرهای عشایری با چادرها یا کانکس‌های مخصوص یا بصورت ساختمان (عمدتاً در قشلاق) راه اندازی می‌شود. معمولاً بهورز(ان) این خانه ها از همان عشایر برگزیده شده و همراه با کوچ ایل، جابجا می‌شوند.

عوامل تاثیر گذار بر ساختار ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر:

- (۱) فاصله محل استقرار عشایر (چادر یا سرپناه موقت) نسبت به خانه بهداشت
- (۲) تعداد خانوار
- (۳) تعداد روزهای استقرار در چادر
- (۴) مشترک یا متفاوت بودن استان محل ییلاق و قشلاق
- (۵) فاصله زمانی طی شده بین استان‌های محل ییلاق و قشلاق و طول مسیر کوچ
- (۶) نوع جاده مسیر کوچ (مال رو، خاکی، آسفالت)
- (۷) تشابهات و اختلافات فرهنگی موجود میان ایل‌های همجوار مانند طایفه و تیره آنها

شرایط مربوط به فاصله، جمعیت، تعداد روزهای استقرار و مدت زمان کوچ عشایر تا نزدیکترین محل ارائه خدمت:

- (۱) محل چادرها و سرپناه‌های موقت عشایر در فاصله یک ساعت پیاده روی از خانه بهداشت قرار دارند.
- (۲) تعداد خانوار عشایر مستقر در محل ۸۰ خانوار یا ۵۰۰ نفر (با توجه به بعد خانوار ۶/۵) باشد.
- (۳) تعداد روزهای استقرار خانوارهای عشایر در سرپناه، حداقل ۳ ماه (۸۹ روز) باشد.
- (۴) مدت زمان طی کردن مسیر کوچ خانوارهای عشایر ۲۰ روز باشد.

ساختار در نظر گرفته شده برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر

- (۱) چنانچه چادرهای عشایری در فاصله تا یک ساعت پیاده‌روی (حدود ۶ کیلومتر) از خانه بهداشت مستقر باشند و جمعیت ساکن در آن چادرها کمتر از ۵۰۰ نفر باشد، می‌توان آن را به عنوان روستای سیاری خانه بهداشت عادی قلمداد کرد تا بهورز مرد حداقل هر ۱۵ روز، یکبار برای ارائه خدمات تعریف شده به آن چادرها سرکشی کند. در این حالت، بازای هر ۸۰۰ نفر جمعیت عشایری تحت پوشش خدمات سیاری خانه بهداشت می‌توان یک بهورز مرد به کارکنان آن خانه اضافه کرد.
- (۲) راه اندازی خانه بهداشت عشایری با استفاده از کانکس یا چادر برای عشایری که در فاصله بیش از یک ساعت پیاده روی از محل خانه بهداشت عادی مستقر شده اند و تعداد خانوارهای آنان بیش از ۵۰۰ نفر (۸۰ خانوار) می‌باشد.
- (۳) خانه بهداشت عشایری تحت پوشش نزدیکترین مرکز روستایی یا شهری قرار خواهد گرفت و این خانه نیز جزو خانه های بهداشت محل انجام دهگردشی پزشک /پزشکان خانواده مرکز روستایی یا شهری خواهد بود.
- (۴) تامین ملزومات، داروها، واکسن و سایر امکانات موردنیاز در خانه بهداشت عشایری توسط مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری مورد نظر در زمان استقرار در نزدیکی آن مرکز باید انجام شود.
- (۵) در نظر گرفتن ایل قمر برای خانه های بهداشت عشایری که در فاصله یک ساعت پیاده روی از محل خانه بهداشت عشایری مستقر شده اند و جمعیت آنان بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ نفر (۴۰ تا ۷۹ خانوار) است.

۶) استخدام بهورز سیاری از بین عشایر توسط دانشگاه/دانشکده هایی که ایل مربوطه در مناطق تحت پوشش آن دانشگاه/دانشکده در زمان طولانی تری مستقر می شوند.

ساماندهی مسیر کوچ عشایر

ارائه خدمت حین کوچ و ایجاد زیر ساخت ها و تاسیسات لازم و مناسب در مسیر کوچ و اطراف گاه ها به منظور تامین نیازهای عشایر و تسهیلات در امر کوچ از ضوابط ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر است. بدین منظور چنانچه شرایط زیر برقرار باشد خانه بهداشت عشایری (کانکس یا چادر) در مسیر کوچ با ایل مربوطه منتقل خواهد شد:

- ۱) مدت زمان طی شدن مسیر کوچ بیش از ۲۰ روز باشد
- ۲) نحوه کوچ آنها با خودرو باشد
- ۳) تعداد خانوارهای آنان بیش از ۳۵۰۰ نفر (۶۰۰ خانوار) باشد
- ۴) نوع جاده مسیر کوچ، خاکی یا آسفالت باشد (مال رو نباشد)

در صورت حرکت خانه بهداشت عشایری در مسیر کوچ، موارد زیر باید رعایت گردد:

- ۱) قرار گرفتن خانه بهداشت عشایری تحت پوشش نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری موجود در زمان ییلاق یا قشلاق
- ۲) برگشت کانکس (محل استقرار خانه بهداشت عشایری) به نزدیکی مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری پس از کوچ ایل مورد نظر

جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت عشایری:

خانه های بهداشت عشایری برای حداقل ۵۰۰ نفر جمعیت عشایر کوچ رو، راه اندازی می شوند و حداقل دارای یک بهورز زن عشایری خواهند بود. با اضافه شدن ۲۵۰ تا ۵۰۰ نفر بعدی (تا ۱۰۰۰ نفر) یک بهورز (ترجیحاً مرد) به بهورزان خانه بهداشت اضافه خواهد شد. اضافه شدن تعداد بهورزان به بیش از دو بهورز تابع ضوابط خانه های بهداشت عادی خواهد بود. بدیهی است بهورزان عشایری در مسیر کوچ، همراه ایل خواهند بود. به همین علت بهورزان عشایری حتماً باید از میان افراد تحصیل کرده هر ایل انتخاب و آموزش های لازم و متناسب با نیازهای ایل به آنان داده شود (براساس ضوابط بهورزی).

تبصره ۱۲: جمعیت عشایری ساکن در هر استان در زمان اقامت در آن استان تحت پوشش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی خواهند بود. سرانه این جمعیت در هر استان، از طریق اداره کل بیمه سلامت استان بازای کل سال به دانشگاه/دانشکده مربوطه پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۳: کتب بهورزان عشایری، خاص نیازهای آنان طراحی می شود که این موضوع در زمان آموزش آنان در مراکز آموزش بهورزی باید مورد توجه قرار گیرد.

تبصره ۱۴: در شرایطی که بازدید از بیش از ۳ ایل قمر در یک روز میسر نباشد، می بایست یک بهورز مرد برای خانه بهداشت عشایری در نظر گرفته شود.

تبصره ۱۵: برای ایل هایی که تعداد خانوار آنها بیش از ۶۰۰ خانوار (۳۵۰۰ نفر) است، یک ماما در نظر گرفته خواهد شد. این ماما نیز در مسیر کوچ با ایل حرکت خواهد کرد.

پایگاه سلامت روستایی:

تعریف:

چنانچه، جمعیت یک روستا بیش از ۳۰۰۰ نفر باشد، می‌بایست خانه یا خانه‌های بهداشت موجود در آن روستا به پایگاه سلامت روستایی تبدیل شوند و اگر تاکنون به هر دلیلی این روستا فاقد خانه بهداشت بوده است، برای این روستا، پایگاه سلامت روستایی ایجاد گردد. پایگاه‌های سلامت روستایی می‌توانند تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری روستایی باشند. از آنجا که، معمولاً چنین روستاهایی به عنوان روستای اصلی قلمداد می‌شوند، قاعدتاً در همان روستا، مرکز خدمات جامع سلامت روستایی دایر است. خدمات ارائه شده در پایگاه‌های سلامت روستایی مانند بسته خدمت پایگاه‌های سلامت شهری به غیر از خدمات وابسته به تخت ژنیکولوژی خواهد بود و به شکل فعال ارائه خواهند شد. چنانچه روستای مزبور دارای خانه بهداشت است با تبدیل آن به پایگاه، همچنان به‌روزان با پست‌نشاندار به ارائه خدمت ادامه می‌دهند و هر زمان از پست خارج شدند، پست مزبور به مراقب سلامت/مامامراقب تبدیل می‌شود. در این حالت، پایگاه سلامت روستایی ستاره دار (دارای شاغل به‌روز) است.

نیروی انسانی پایگاه سلامت روستایی:

نیروی انسانی پایگاه‌های سلامت روستایی با جمعیت حدود ۳۰۰۰ نفر شامل دو مراقب سلامت (هر ۱۵۰۰ تا ۱۸۰۰ نفر، یک مراقب) خواهد بود که حداقل یک نفر از مراقبین سلامت باید دانش آموخته رشته مامایی باشد. در صورت تبدیل خانه بهداشت به پایگاه، پست به‌روزان آن خانه، نشاندار شده و در پایگاه به خدمات فعال خود به عنوان به‌روز نشاندار یا مراقب سلامت (برحسب شرایط اعلام شده در ضوابط به‌روزی) ادامه خواهند داد. **تبصره ۱۶:** بازای اضافه شدن هر ۱۵۰۰ نفر به جمعیت، یک مراقب سلامت به تشکیلات پایگاه سلامت روستایی اضافه خواهد شد. چنانچه تعداد مراقبین سلامت پایگاه ۴ نفر یا بیشتر شد، باید حداقل دو نفر از آنان، دانش آموخته رشته مامایی (مامامراقب) باشند.

تبصره ۱۷: به منظور جلوگیری از انتقال پست به‌روزان نشاندار به سایر بخش‌های دانشگاه/دانشکده، باید در دفاتر طرح گسترش شبکه، مشخص شود که عنوان پست نشاندار مورد نظر پس از بازنشسته شدن به‌روز با مجوز مرکز مدیریت شبکه به مراقب سلامت/مامامراقب یا پست موردنیاز دیگری تغییر خواهد کرد.

مرکز خدمات جامع سلامت شهری / شهری روستایی

تعریف مرکز خدمات جامع سلامت شهری:

مراکز خدمات جامع سلامت شهری، مراکزی مستقر در منطقه شهری یا حاشیه شهرها هستند.

تعریف مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی:

مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی، مراکز مستقر در منطقه شهری هستند که علاوه بر جمعیت شهری، تعدادی از جمعیت روستایی را با واسطه خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی یا شهری در پوشش خود دارند. در واقع جزو مراکز سلامت شهری ثبت می‌شوند و اصطلاح شهری روستایی به آنان تعلق می‌گیرد.

جمعیت تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهری:

مراکز خدمات جامع سلامت شهری با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۴۰۰۰ نفر (۲۰ تا ۶۰ هزار نفر و در کلانشهرها تا ۱۰۰ هزار نفر) راه اندازی می‌شوند. برای مراکز مستقر در مناطق شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر باید تمام ضوابط مراکز خدمات جامع سلامت روستایی لحاظ گردد (از نظر نیروی انسانی).

نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت شهری:

در هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری سه بخش فعال ارائه خدمت وجود خواهد داشت:

۱) بخش ارائه خدمات مدیریتی، نظارتی و درمانی بر واحدهای تابعه (پایگاه‌های سلامت شهری یا روستایی یا خانه‌های بهداشت تحت پوشش)

۲) بخش ارائه خدمات خاص به جمعیت تحت پوشش مانند: دندانپزشکی؛ بهداشت محیط؛ بهداشت حرفه‌ای؛ پرستاری؛ تغذیه؛ سلامت روان؛ و ...

۳) بخش ارائه خدمات بهداشتی یا همان پایگاه سلامت شهری ضمیمه

البته برحسب شرایط خاص بخشهای دیگری از قبیل: پایگاه بهداشتی مراقبت مرزی، تسهیلات زایمانی، بستری موقت، خدمات مشاوره‌ای و خدمات پاراکلینیکی و دارویی هم به برخی مراکز اضافه می‌شوند.

نیروی انسانی بخش ارائه خدمات مدیریتی، نظارتی، درمانی و خدمات خاص به شرح زیر خواهد بود:

۱) برای مناطق تا ۲۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش مرکز شهری، بازای هر ۴۰۰ نفر، یک پزشک عمومی یا پزشک خانواده بکارگیری خواهد شد. یکی از پزشکان که سابقه ماندگاری بیشتر و ترجیحاً مدرک تخصصی پزشک خانواده یا Mph دارد به عنوان رئیس مرکز تعیین می‌شود.

۲) برای مناطق شهری با جمعیت بالای ۲۰۰۰ نفر (که تحت پوشش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده نیستند) باید بازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، ۱ پزشک عمومی در نظر گرفت. البته هر مرکز مستقر در این مناطق باید حداقل ۲ پزشک را داشته باشد. یکی از پزشکان که سابقه ماندگاری بیشتر و ترجیحاً مدرک Mph دارد به عنوان رئیس مرکز تعیین می‌شود.

۳) چنانچه بخش خصوصی فعال در منطقه حضور نداشته باشد، در هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری بازای هر ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک دندانپزشک حضور خواهد داشت و بازای فعالیت هر یک تا دو دندانپزشک، یک مراقب سلامت دهان در نظر گرفته می‌شود. از آنجاکه، خدمت مراقب سلامت دهان به حضور دندانپزشک مربوط است باید خرید خدمت شود و این موضوع در قرارداد وی مشخص گردد.

- (۴) در هر مرکز شهری یک پرستار یا بهیار برای انجام خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان و ...) و ارائه خدمات دارویی در صورت نبود داروخانه فعال بخش خصوصی و نمونه گیر خدمات آزمایشگاهی حضور خواهد داشت.
- (۵) در هر مرکز شهری یک کارشناس یا کارشناس ارشد سلامت روان (با مدرک روانشناسی بالینی) و یک کارشناس یا کارشناس ارشد تغذیه برای ارائه خدمات مشاوره روانشناسی، خدمات تغذیه ای و رژیم درمانی، قبول ارجاعات و خدمات مربوط به جامعه تحت پوشش حضور خواهند داشت. در صورتیکه جمعیت تحت پوشش مرکز کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر باشد، این نیرو بصورت مشترک با مرکز دیگر، تعیین می شود.
- (۶) به دلیل وجود داروخانه کافی در بخش خصوصی در مناطق شهری بالای ۲۰۰۰۰ نفر، نیازی به ایجاد آن در مرکز شهری (غیر از مراکز شبانه روزی و مراکز تحت پوشش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده) نیست.
- (۷) در صورت نبود واحد ارائه خدمات آزمایشگاهی فعال وابسته به بخش خصوصی یا دولتی (مثل بیمارستان و ...) در منطقه، مرکز خدمات جامع سلامت شهری باید به آزمایشگاه مجهز شود (بویژه در مراکز شبانه روزی). در این شرایط، باید بر حسب جمعیت تحت پوشش مرکز، یک تا دو کارشناس یا کاردان علوم آزمایشگاهی در مرکز حضور داشته باشند. در صورت داشتن دسترسی به آزمایشگاه، بهتر است از نمونه گیر استفاده شود که این خدمت توسط پرستار قابل انجام است.
- (۸) راه اندازی واحد رادیولوژی جدید در مراکز شهری خلاف ضوابط و مقررات نظام شبکه می باشد. اما در صورت وجود دلایل کافی، از جمله نبود بخش خصوصی فعال در منطقه یا شبانه روزی بودن مرکز، واحدهای فعال رادیولوژی به فعالیت خود ادامه خواهند داد. در این شرایط، باید بر حسب جمعیت تحت پوشش مرکز، یک کارشناس یا کاردان رادیولوژی در مرکز حضور داشته باشد.
- (۹) در هر مرکز شهری حضور یک نیروی کارشناس فناوری اطلاعات سلامت (پذیرش) الزامی است.
- (۱۰) چنانچه مرکز شهری یک یا چند خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی در پوشش دارد (مرکز شهری روستایی)، برای انجام دهگردشی، باید خودرو مناسب و راننده داشته باشد. در ضمن، بازای هر دو تا سه تیم بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای و کارشناس تغذیه و سلامت روان که باید به منطقه و پایگاههای سلامت تحت پوشش نظارت داشته باشند، یک راننده با خودرو در نظر گرفته می شود.
- (۱۱) بازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز باشد (البته با گسترش تعداد دفاتر ارائه دهنده خدمات بهداشت محیط در بخش خصوصی، این ضابطه افزایش می یابد). در مورد خدمات بهداشت حرفه ای نیز بازای ۳۰۰ واحد کارگاهی باید یک کاردان/ کارشناس بهداشت حرفه ای وجود داشته باشد. در صورت مشخص نبودن تعداد واحدها، بازای هر ۱۰ تا ۲۰ هزار نفر، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط یا بهداشت حرفه ای (بصورت مشترک با نزدیکترین مرکز دیگر) در نظر گرفته می شود. چنانچه منطقه تحت پوشش مرکز به هر دو خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای نیاز داشته باشد و جمعیت تحت پوشش مرکز بیش از ۴۰۰۰۰ نفر باشد، از دانش آموختگان هر دو رشته بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای استفاده می شود.
- (۱۲) خدمت نظافت و نگه داری فضای فیزیکی و تجهیزات از طریق شرکتهای خصوصی، خرید خدمت می شود.
- (۱۳) بازای هر ۳ پایگاه سلامت یا پایگاه پزشک خانواده (در دانشگاهها/ دانشکده های مجری برنامه پزشک خانواده شهری) یک مراقب ناظر برای نظارت بر واحدهای تحت پوشش مرکز در نظر گرفته می شود. این فرد علاوه بر نظارت بر واحدهای تابعه مرکز باید خدمات تعریف شده مربوط به پیشگیری و مراقبت از بیماری های واگیردار را نیز به عهده گیرد.

نیروی انسانی بخش ارائه خدمات بهداشتی یا پایگاه سلامت ضمیمه مراکز به شرح زیر خواهد بود:

بازای هر ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر می بایست یک نفر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت بکارگیری شود. بدین ترتیب برای پایگاهی با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت، ۵ نفر مراقب سلامت نیاز است. ضرورت دارد در هر پایگاه سلامت، حداقل یک تا دو نفر از مراقبین سلامت، دانش آموخته مامایی باشند (ماما مراقب) و مسوولیت پایگاه با نظر رییس مرکز به یکی از آنها با تجربه و عملکرد بیشتر، واگذار شود. در صورتیکه پوشش خدمت کامل نیست، ضرورت ندارد تمام نیروهای موردنیاز در پایگاه به یکباره مستقر شوند.

تبصره ۱۸: برای پایگاههایی با دو مراقب سلامت باید یکی از مراقبین سلامت، دانش آموخته رشته مامایی (ماما مراقب) باشد. چنانچه تعداد مراقبین سلامت بیش از دو نفر شد، بایست حداقل ۳۵ درصد از مراقبین سلامت، دانش آموخته رشته مامایی (ماما مراقب) باشند.

تبصره ۱۹: مراقبین سلامت می توانند دانش آموختگان یکی از رشته های مامایی، بهداشت عمومی، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها و پرستاری (زیرمجموعه رشته بهداشت خانواده) باشند.

تبصره ۲۰: مراقبین سلامت موظف هستند کلیه خدمات بهداشتی موجود در بسته خدمات (بجز خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای) را برای جمعیت تحت پوشش خود انجام دهند.

تعداد جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری	پزشک	دندان پزشک یا کاردان بهداشت دهان	مراقب سلامت دهان	کاردان یا کارشناس آزمایشگاهی / نمونه گیر	کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای	کارشناس سلامت روان	کارشناس تغذیه	بیمار یا پرستار	کارشناس فناوری اطلاعات سلامت	راننده
تا ۲۰۰۰۰ نفر	مشابه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی تحت پوشش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده									
۲۰۰۰۱ تا ۳۰۰۰۰	۲ تا ۳	۱ تا ۲ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۱	۲ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲ تا ۳	۱	۱	۱	۱	۲
۳۰۰۰۱ تا ۵۰۰۰۰	۳ تا ۵	۲ تا ۴ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲	۳ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۳ تا ۴	۱	۱	۲	۱	۳
۵۰۰۰۱ و بالاتر	۵ نفر و بیشتر	۴ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲	۴ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	بیش از ۴	۲	۲	۲	۱	۴

تصویر کلی مراکز خدمات جامع سلامت شهری یا شهری روستایی غیر شبانه روزی:

- مرکزی واقع در منطقه شهری با جمعیت تحت پوشش بطور متوسط حدود ۴۰۰۰۰ نفر (۲۰ تا ۶۰ هزار نفر و در کلانشهرها تا ۱۰۰ هزار نفر)
- ناظر بر ارائه مراقبت های بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت

- ۳) مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به شرط واقع شدن در شهر زیر ۲۰ هزار نفر یا تحت پوشش داشتن خانه بهداشت
- ۴) دسترسی به خدمات قابل ارائه توسط پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت
- ۵) دسترسی به خدمات پرستاری
- ۶) دسترسی به مرکز ارائه خدمات بستری (بیمارستان یا مرکز شبانه روزی) با فاصله زمانی کمتر از نیم ساعت با خودرو
- ۷) دسترسی به اورژانس پیش بیمارستانی یا جاده ای با فاصله زمانی کمتر از نیم ساعت با خودرو
- ۸) دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز یا خرید خدمت از آزمایشگاه طرف قرارداد با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو
- ۹) دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز به شرط داشتن حداقل ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو
- ۱۰) دسترسی به خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای
- ۱۱) دسترسی به خدمات مکمل دارویی و دارویی
- ۱۲) دسترسی به خدمات تغذیه و سلامت روان
- ۱۳) دسترسی به خدمات پزشک خانواده شهری در مناطق شهری بالای ۲۰ هزار نفر در دو استان فارس و مازندران (۷ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی شیراز، فسا، جهرم، لارستان، گراش، ساری و بابل)

پایگاه سلامت شهری:

پایگاه سلامت شهری، اولین محل مراجعه ساکنین مناطق شهری و حاشیه با نظام شبکه بهداشت و درمان است که مراقب سلامت و ماما مراقب در آن به ارائه خدمت (تمام خدمات تعریف شده در بسته خدمات) مشغول می‌باشند (بدون در نظر گرفتن جنسیت شاغل). برحسب محل استقرار پایگاه نسبت به مرکز، به ضمیمه (داخل یا جنب مرکز) و غیرضمیمه (در فاصله قابل دسترس با مرکز) نامیده می‌شود.

جمعیت تحت پوشش پایگاه سلامت شهری:

پایگاه‌های سلامت شهری با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۱۲۵۰۰ نفر (۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر و در کلانشهرها تا ۲۵۰۰۰ نفر) ایجاد خواهند شد.

نیروی انسانی پایگاه سلامت شهری:

بازای هر ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر می‌بایست یک نفر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت بکارگیری شود. بدین ترتیب برای پایگاهی با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت، ۵ نفر مراقب سلامت بکارگرفته خواهد شد. ضرورت دارد در هر پایگاه سلامت حداقل یک یا دو ماما مراقب باشد و یکی از آنها با نظر رئیس مرکز، مسوول پایگاه قرار گیرد. موضوعات اشاره شده در تبصره های ۱۸ تا ۲۰ و بند مربوط به مدیریت پایگاه‌های سلامت ضمیمه درمورد پایگاه‌های سلامت غیرضمیمه شهری نیز، صدق می‌کنند.

ارائه خدمات در پایگاه‌های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت باید با همکاری داوطلبان سلامت و با استفاده از روش خود مراقبتی به صورت فعال انجام گیرد و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات با مراقب سلامت خواهد بود.

تصویر کلی پایگاه‌های سلامت شهری:

- ۱) واحدی واقع در منطقه شهری یا حاشیه با جمعیت تحت پوشش بطور متوسط حدود ۱۲۵۰۰ نفر (۵ تا ۲۰ هزار نفر و در کلانشهرها تا ۲۵۰۰۰ نفر)
- ۲) اولین محل تماس مردم شهرنشین / حاشیه نشین با نظام شبکه بهداشت و درمان
- ۳) ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی با ماهیت Promotion, prevention, Screening و پیگیری دستورات پزشک مستقر در مرکز خدمات جامع سلامت
- ۴) محل استقرار پرونده های الکترونیکی سلامت خانوار

مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی

مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی مراکزی هستند که در مناطقی که جمعیت تحت پوشش آنان بیش از ۱۲۰۰۰ نفر است و در گلوگاه جمعیتی واقع شده اند و فاصله محل استقرار آنان با خودرو بیش از نیم ساعت با اولین مرکز ارائه دهنده خدمات بستری یا بستری موقت شامل بیمارستان یا مرکز شبانه روزی دیگر می باشد، قرار دارند. این مراکز مجهز به دو اتاق بستری موقت (کمتر از شش ساعت و بازای هر ۱۰۰۰۰ نفر، دو تخت بستری موقت زن و مرد)، امکانات احیاء قلبی ریوی و انجام جراحی های کوچک خواهند بود.

تبصره ۲۱: برای ایجاد مراکز شبانه روزی، وجود هر دو شرط (جمعیت بیش از ۱۲ هزار نفر و فاصله محل استقرار آنان تا اولین مرکز خدمات بستری با خودرو بیش از نیم ساعت) الزامی است. همچنین، مراکز شبانه روزی روستایی ترجیحاً در روستایی که مرکز بخش می باشد و در گلوگاه جمعیتی و در مسیر حرکت طبیعی مردم قرار دارد، راه اندازی می شود. چنانچه در بخش یا شهرستانی که مرکز خدمات جامع شبانه روزی در نظر گرفته شده است، بیمارستان محلی راه اندازی و فعال گردد، مرکز مزبور به مرکز تک شیفته عادی تبدیل می شود و نیروهای مازاد آن باید به مراکز دیگر مورد نیاز شهرستان منتقل شده یا ردیف آنها نشاندار گردد.

تبصره ۲۲: جمعیت در نظر گرفته شده برای مراکز شبانه روزی بر خلاف سایر مراکز که صرفاً شامل جمعیت تحت پوشش خود مرکز می باشد، شامل کل جمعیتی است که امکان استفاده از این مرکز را خواهند داشت.

نیروی انسانی مراکز شبانه روزی:

پزشک عمومی	۴ نفر (برای جمعیت بالای ۱۴۰۰۰ نفر ۵ پزشک)
پرستار یا بهیار	۶ نفر (برای خدمات پرستاری و دارویی)
کارشناس یا کاردان علوم آزمایشگاهی	۳ نفر
کارشناس یا کاردان رادیولوژی	۳ نفر
کارشناس فناوری اطلاعات سلامت (پذیرش)	۳ نفر
سرایدار/ خدمتگزار	۱ نفر
دندانپزشک	۲ نفر
مراقب سلامت دهان	۲ نفر
کاردان/ کارشناس بهداشت محیط	۱ نفر (برحسب تعداد واحد در منطقه)
کاردان/ کارشناس بهداشت کار	۱ نفر (برحسب تعداد واحد در منطقه)
کارشناس سلامت روان	۱ نفر

کارشناس تغذیه	۱ نفر
مدیر مرکز	۱ نفر
راننده	۱ تا ۲ نفر

تبصره ۲۳: در مراکز شبانه روزی خدمات پزشکی، پرستاری، دارویی و پاراکلینیک بصورت ۲۴ ساعته ارائه خواهند شد. چنانچه تسهیلات زایمانی، مشاوره ازدواج، مشاوره شیردهی و پایگاه بهداشت مراقبت مرزی نیز از اجزای مرکز هستند باید نیروهای آن بخش‌ها نیز به سرجمع نیروهای مرکز اضافه شود.

تصویر کلی مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی:

- (۱) مرکزی واقع در منطقه ای با جمعیت تحت پوشش بیش از ۱۲۰۰۰ نفر و فاصله بیش از نیم ساعت از اولین مرکز ارائه خدمات بستری (بیمارستان یا مرکز شبانه روزی)
- (۲) ناظر بر ارائه مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاه-های سلامت
- (۳) مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به شرط واقع شدن در روستا و شهر زیر ۲۰ هزار نفر یا تحت پوشش داشتن خانه بهداشت
- (۴) دسترسی به خدمات قابل ارائه توسط پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت
- (۵) دسترسی به خدمات پزشکی، پاراکلینیک، دارویی و پرستاری بصورت شبانه روزی
- (۶) دارای تخت بستری موقت (بازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، دو تخت بستری موقت)
- (۷) دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز بصورت شبانه روزی
- (۸) دسترسی به خدمات رادیولوژی در داخل مرکز یا در خارج مرکز با رعایت حداکثر نیم ساعت فاصله یا مجهز بودن مرکز به دستگاه تصویر برداری پرتابل بصورت شبانه روزی
- (۹) دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو
- (۱۰) دسترسی به خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای
- (۱۱) دسترسی به خدمات دارویی بصورت شبانه روزی
- (۱۲) دسترسی به خدمات تغذیه و سلامت روان

تبصره ۲۴: چنانچه در شهری، بیمارستان (عادی یا محلی) راه اندازی شود، مرکز خدمات جامع سلامت شهری شبانه روزی موجود فعال باید به تک شیفته تبدیل و نیروهای اضافی آن در اسرع وقت در سایر واحدهای ارائه دهنده خدمت حوزه معاونت بهداشت جایجا شوند.

سایر واحدهایی که می‌توانند زیر مجموعه مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا مرکز خدمات جامع سلامت روستایی باشند:

در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور واحدهایی وجود دارند که همواره در زیر مجموعه سایر واحدها شامل مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و شهری، به ارائه خدمات تعریف شده، می‌پردازند. این واحدها عبارتند از:

۱. تسهیلات زایمانی

۲. پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی درجه ۲ و ۳
۳. مشاوره‌ها شامل مشاوره ازدواج و شیردهی و ژنتیک و ...
۴. دندانپزشکی
۵. خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی
۶. خدمات دارویی
۷. واحد مراقبت و پیشگیری از هاری

تسهیلات زایمانی

واحدهای تسهیلات زایمانی در مناطقی که امکان دسترسی به بیمارستان و زایشگاه وجود ندارد (بیش از یک ساعت با خودرو و آمار زایمان بیش از ده مورد در ماه)، صرفاً به منظور انجام زایمان طبیعی بدون عارضه و غیراورژانس برای جمعیت تحت پوشش مرکز، در نظر گرفته می‌شوند. این واحدها حتماً باید در جوار یک مرکز شبانه روزی قرار داشته باشند. این واحدها مجهز به یک دستگاه آمبولانس با شرایط اعزام خواهند بود و در زمان اعزام، یکی از ماماها شاغل در واحد، باید با مادر باردار همراه شود. همچنین، چنانچه مورد اعزام مادر باردار توسط آمبولانس فوریت‌های ۱۱۵ پیش بیاید، مامای تسهیلات زایمانی در شیفت مربوطه موظف به همراهی کردن با مادر باردار است.

تبصره ۲۵: اگر در شهری بیمارستان یا زایشگاه راه اندازی شود یا تعداد زایمان‌ها به حدی کاهش یابد که فعال نگه داشتن تسهیلات زایمانی، توجیه اقتصادی نداشته باشد، دانشگاه/ دانشکده موظف به تعطیل یا تغییر کاربری تسهیلات زایمانی است.

تبصره ۲۶: راه اندازی تسهیلات زایمانی جدید جز در موارد خاص و پس از ارائه دلایل متقن و قابل قبول برای مرکز مدیریت شبکه و پس از ارائه آمار زایمان‌های منطقه و مشکلات خاص ناشی از دسترسی نداشتن به تسهیلات زایمانی توسط مرکز سلامت خانواده مانند آمار زایمان و مرگ مادر، میسر خواهد بود. در غیر این شرایط، امکان راه اندازی تسهیلات زایمانی جدید وجود ندارد. شرایط ایجاد یا نگه داشت تسهیلات زایمانی عبارتند از: بیش از یک ساعت فاصله تا نزدیکترین بیمارستان، زایشگاه یا واحد تسهیلات زایمانی و ارائه آمار از بیش از ۱۰ مورد زایمان در هر ماه

نیروی انسانی تسهیلات زایمانی

- | | |
|-------|---------------------------------------|
| ۴ نفر | (۱) ماما |
| ۳ نفر | (۲) راننده آمبولانس (تکنسین فوریت‌ها) |
| ۲ نفر | (۳) خدمتگذار |

مراقبت و پیشگیری از هاری

واحد مراقبت و پیشگیری از هاری یکی از واحدهای برخی از مراکز خدمات جامع سلامت است که ترجیحا" در مرکز شبانه روزی یا نزدیک به بیمارستان، راه اندازی می شود و پزشک مرکز بصورت آنکال در صورت نیاز خدماتی را در این واحد ارائه می دهد.

بازای هر ۵۰۰۰۰ نفر در شهرستان به یک واحد مراقبت و پیشگیری از هاری نیاز است. چنانچه جمعیت شهرستان کمتر از ۵۰ هزار نفر باشد به شرط دسترسی جغرافیایی یعنی یک ساعت با خودرو می توان بصورت مشترک از یک واحد برای یک تا چند شهرستان استفاده کرد. در صورتیکه یکی از این شهرستان ها، مرکز استان باشد، بایستی در مرکز استان راه اندازی شود.

برای شهرستان های بالای ۵۰ هزار نفر، بازای هر ۵۰ هزار نفر، یک واحد مراقبت و پیشگیری از هاری ایجاد می شود. البته پس از ایجاد واحد اول، به شرط افزایش حداقل ۵۰٪ جمعیت (یعنی ۲۵۰۰۰ نفر) واحد دوم امکان راه اندازی دارد.

در شهرستان های بالای یک میلیون نفر جمعیت، یکی از واحدهای مراقبت و پیشگیری از هاری باید بصورت شبانه روزی فعالیت داشته باشد.

نیروی انسانی واحد مراقبت و پیشگیری از هاری:

یک نیروی کارشناس بیماریها	برای واحدهای مستقر در شهرستانهای کمتر از ۱۰۰۰۰۰ نفر
یک نیروی کارشناس بیماریها	برای واحدهای مستقر در شهرستانهای ۱۰۰ هزار تا ۳۰۰ هزار نفر
یک نیروی کارشناس بیماریها	برای واحدهای مستقر در شهرستانهای بالای ۳۰۰ هزار نفر
۳ کارشناس بیماریها	برای واحدهای شبانه روزی

بنابراین، ارائه خدمات پیشگیری و درمان حیوان گزیدگی و هاری از نظر تشکیلاتی در زیرمجموعه برخی از مراکز خدمات جامع سلامت قرار دارد ولی خدمت موردنظر می تواند در محل های زیر ارائه شود:

- ☞ در داخل برخی از بیمارستانها براساس روال فعلی
- ☞ در بخشی از ساختمان مرکز بهداشت شهرستان که به دلیل داشتن نگهبان شبانه روزی میتواند در همان محل، ارائه خدمت دهد
- ☞ در یکی از مراکز خدمات جامع سلامت ترجیحا" شبانه روزی

پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی درجه ۲ و ۳

این واحدها در پایانه های زمینی، دریایی، هوایی، ریلی و نیز بازارچه های زمینی و دریایی ایجاد می شوند. این واحدها نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماری ها به داخل کشور را براساس ضوابط و معیارهای بین المللی به عهده دارند. درجه بندی پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی براساس اهمیت پایانه مرزی، حجم جمعیت در حال تردد و زمان فعالیت پایگاه، در دو سطح زیر صورت می گیرد.

(۱) درجه دو

(۲) درجه سه

پایگاه مراقبت بهداشتی درجه دو:

پایگاه های مراقبت بهداشت مرزی مستقر در مرزهایی که تردد مرزی (اعم از مسافر، راننده، پرسنل و کارگران) روزانه و به طور متوسط بین ۲۰۰ تا ۴۰۰ نفر یا تردد باری با حجم کالا ی مبادله شده به طور متوسط بیش از

۱۰۰ کامیون یا لنج / کشتی در روز باشد. این پایگاه همزمان با شیفت کاری پایانه مرزی فعالیت خواهد داشت و وابسته به نزدیک ترین مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری می باشد. نیروی انسانی این پایگاه‌ها به شرح زیر است:

- (۱) پزشک On Call (پزشک مرکز) ۱ نفر
- (۲) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری‌ها یا بهداشت عمومی) ۴ نفر
- (۳) کارشناس بهداشت محیط ۲ نفر

پایگاه مراقبت بهداشتی درجه سه:

پایگاه‌های مراقبت بهداشت مرزی مستقر در مرزهایی که از نظر تردد با اولویت ترانزیت بار هستند و تردد مسافر در آن به صورت موقتی یا مقطعی صورت می پذیرد. روزانه کمتر از ۲۰۰۰ نفر تردد مسافر دارند. همچنین، تردد کالا در آن کمتر از ۱۰۰ کامیون یا لنج / کشتی در روز می‌باشد. این پایگاه همزمان با شیفت کاری پایانه مرزی فعالیت دارد و مانند پایگاه درجه دو وابسته به نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری است. نیروی انسانی این پایگاه شامل موارد زیر است:

- (۱) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری‌ها یا بهداشت عمومی) ۲ نفر
- (۲) کارشناس بهداشت محیط ۱ نفر

فعالیت پایانه مرزی دارای شیفت‌های کاری ۲۴ ساعته، ۱۶ ساعته، یا ۱۲ ساعته هستند.

مرکز مراقبت بهداشتی مرزی:

این مراکز در پایانه های زمینی، دریایی، ریلی، هوایی و نیز بازارچه های زمینی و دریایی ایجاد می‌شوند. این واحدها همانند پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی، نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماری‌ها به داخل کشور را براساس ضوابط و معیارهای بین المللی به عهده دارند. به دلیل وجود پزشک بطور دائم در این واحدها، مستقل از مرکز خدمات جامع سلامت هستند و بصورت مرکز نامگذاری می‌شوند. درجه بندی مراکز مراقبت بهداشتی مرزی براساس اهمیت پایانه مرزی، حجم جمعیت در حال تردد و زمان فعالیت، در دو سطح زیر صورت می‌گیرد.

- (۱) درجه ممتاز
- (۲) درجه یک

مرکز مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز:

مراکز مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که حجم تردد مسافر روزانه آن بطور متوسط بیشتر از ۸ هزار نفر می‌باشد (مسافر ورودی و خروجی و رانندگان و افراد درحال تردد در بازارچه های مرزی و کارکنان پایانه) و حجم کالای تردد شده در این مرزها حداقل ۳ برابر مرزهای درجه یک است. این مراکز بصورت ۲۴ ساعته فعال هستند. درحال حاضر، فقط فرودگاه بین المللی امام خمینی (ره) در این سطح قرار دارد. فرودگاه بین المللی امام خمینی تحت نظر مرکز بهداشت شهرستان ری از توابع دانشگاه علوم پزشکی تهران اداره می‌شود. نیروی انسانی مراکز مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز به شرح زیر است و فعالیت شبانه روزی دارند:

- (۱) پزشک عمومی آشنا به نظام مراقبت سندرمیک و IHR (مقررات بهداشتی بین المللی) ۴ نفر
 - (۲) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری‌ها و بهداشت عمومی) ۶ نفر
 - (۳) کارشناس بهداشت محیط ۶ نفر
 - (۴) تکنسین آزمایشگاه ۲ نفر
 - (۵) راننده ۱ نفر
- با توجه به برنامه های توسعه ای و گسترش مراودات تجاری و بازرگانی، پایانه های مرزی پیشنهادی برای استقرار مرکز مراقبت بهداشت مرزی از نوع ممتاز عبارتند از :

۱. پایانه مرزی مهران (د.ع. پ ایلام)
۲. پایانه مرزی شلمچه (د.ع. پ آبادان)
۳. پایانه مرزی میرجاوه (د.ع. پ زاهدان)
۴. پایانه مرزی دوغارون (د.ع. پ مشهد)
۵. پایانه مرزی بازرگان (د.ع. پ تبریز)
۶. پایانه مرزی پرویز خان (د.ع. پ کرمانشاه)
۷. پایانه مرزی زمینی باشماق (د.ع. پ کردستان)
۸. پایانه مرزی دریایی شهید باهنر (د.ع. پ هرمزگان)
۹. پایانه مرزی هوایی فرودگاه بین المللی شیراز (د.ع. پ شیراز)
۱۰. پایانه مرزی دریایی چابهار (د.ع. پ ایرانشهر)

مرکز مراقبت بهداشتی درجه یک:

مراکز مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که دارای تردد مسافر روزانه متوسط بین ۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر و حجم کالای مبادله شده در آن، متوسط ۲۰۰ کامیون است. این مراکز در دو شیفت صبح و عصر فعالیت دارند و با توجه به تغییر شرایط و حجم کار می‌توانند شبانه روزی هم فعال باشند و در یک پایانه مرزی زمینی یا در فرودگاه بین المللی یا در بندری بزرگ استقرار دارند (مثل مرز مهران، مهرآباد، بندر امام و ...). این مراکز، مستقل هستند و براساس نظام شبکه بهداشت و درمان، زیر نظر مرکز بهداشت شهرستان مربوطه اداره می‌شوند. نیروی انسانی این مراکز به شرح زیر است:

- (۱) پزشک عمومی آشنا به نظام مراقبت سندرمیک و IHR ۲ نفر
- (۲) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری‌ها و بهداشت عمومی) ۴ نفر
- (۳) کارشناس بهداشت محیط ۴ نفر
- (۴) تکنسین آزمایشگاه ۲ نفر

برخی از پایانه های مرزی منجمله فرودگاه بین المللی امام خمینی (ره) و پایانه مرزی مهران و شلمچه در کل ۲۴ ساعت شبانه روز فعال بوده و برخی دیگر از پایانه های مرزی بصورت ۱۲ و ۱۶ ساعته فعالیت دارند. در تعدادی از پایانه ها، ساعت فعالیت بیشتر یا کمتر از این ساعات می‌باشد. لذا، مراکز مراقبت بهداشتی مرزی نیز کاملاً منطبق با ساعت فعالیت پایانه مرزی دارای شیفت‌های کاری ۲۴ ساعته، ۱۶ ساعته، ۱۲ ساعته و ... هستند.

مرکز خدمات جامع سلامت منتخب بحران (۱۶ و ۲۴ ساعته)

از آنجا که کشور در مواجهه دایمی با بحران‌ها و بیماری‌های مختلف است و امکان شیوع بیماری‌های نوپدید و بازپدید وجود دارد، ضروریست برخی از واحدهای ارایه دهنده خدمت، آمادگی مستمر از نظر سازماندهی نیروی انسانی، برنامه کاری، تجهیزات، مواد و وسایل مصرفی را داشته باشند. به همین دلیل برخی از مراکز خدمات جامع سلامت به عنوان مراکز منتخب بحران در نظر گرفته می‌شوند. این واحدها در شرایط عادی همانند سایر واحدها فعالیت می‌کنند ولی در زمان بحران براساس نوع بحران باید خدمات تعریف شده ای متناسب با شرایط پیش آمده را نیز ارائه دهند.

۱. در مناطق روستایی:

❖ مراکز خدمات جامع سلامت که در دفاتر طرح گسترش شبکه به عنوان مرکز شبانه روزی تعریف شده‌اند، به عنوان مراکز خدمات جامع سلامت روستایی شبانه روزی منتخب بحران نیز تعیین خواهند شد. در این وضعیت، نیازی به افزایش نیرو در شرایط بحران وجود ندارد و فقط برحسب نوع خدمت تعریف شده در زمان بحران ممکن است تجهیزات خاصی به آن اضافه گردد. به عنوان مثال در بحران کووید ۱۹ تجهیزاتی مثل پالس اکسیمتر با مانیتور، تب سنج لیزری، و به فهرست تجهیزات استاندارد این واحدها اضافه شد.

❖ چنانچه فاصله زمانی روستاها یا مناطق عشایرنشین از مرکز شبانه روزی روستایی یا مرکز منتخب بحران نزدیکترین شهر، بیش از یک ساعت با خودرو باشد، یکی از مراکز روستایی یا فصلی معمولی با مجوز مرکز مدیریت شبکه می‌تواند به مرکز منتخب بحران موقت تبدیل و به مجموع مراکز منتخب بحران اضافه شود. این مراکز نیز باید مطابق استانداردهای تعریف شده، مجهز گردند.

۲. در مناطق شهری:

❖ در شهرستان‌های با جمعیت شهری کمتر از ۱۰۰۰۰۰ نفر:

➤ حتی به شرط داشتن چند نقطه شهری، صرفاً باید یک مرکز خدمات جامع سلامت منتخب بحران تعیین شود. در صورت وجود مرکز شبانه روزی واجد شرایط (از نظر دسترسی جغرافیایی و شرایط فیزیکی و نیروی انسانی)، می‌بایست این مرکز به عنوان منتخب بحران در نظر گرفته شود.

➤ در مناطقی که فقط یک مرکز خدمات جامع سلامت وجود دارد، همان مرکز با تغییراتی در فضای فیزیکی و جداسازی یک بخش خاص بحران از سایر قسمت‌های مرکز، بترتیبی که ورودی و خروجی متفاوت داشته باشد، به عنوان مرکز منتخب بحران در نظر گرفته می‌شود. با افزودن نیروهای مورد نیاز (پزشک، پرستار یا مراقب، نمونه گیر، پذیرش و نگهبان) به مرکز منتخب بحران در زمان بحران تبدیل می‌گردد. سایر قسمت‌های مرکز باید فعالیت‌های عادی خود براساس بسته خدمت را ارائه دهند.

❖ در شهرستان‌های با جمعیت شهری ۱۰۰۰۰۰ نفر و بالاتر:

➤ یکی از هر سه مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا بازای هر ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت شهری و حاشیه، یک مرکز که از نظر دسترسی جغرافیایی (یک و نیم ساعت با خودرو)، فضای فیزیکی مناسب، تکمیل بودن نیروی انسانی (براساس طرح گسترش)، تجهیزات مناسب، و عمدتاً با مدیریت دولتی است به عنوان مرکز خدمات جامع سلامت شهری **منتخب بحران** تعیین می‌گردد تا در شرایط خاص و برحسب نوع بحران تعیین و از طریق جابجایی موقت نیرو از سایر واحدهای ارائه خدمت یا از طریق خرید خدمت تامین خواهد شد. در صورت وجود مرکز شبانه روزی با شرایط دسترسی مناسب، می‌بایست همین مرکز به عنوان منتخب بحران تعیین گردد.

نکات کلی:

- ❖ فاصله زمانی مراکز خدمات جامع سلامت منتخب بحران نباید کمتر از یک ساعت و نیم (۹۰ دقیقه) با مرکز منتخب بحران بعدی باشد.
- ❖ مراکز منتخب بحران باید از قبل پیش بینی شده باشند و پس از تایید مرکز مدیریت شبکه و ورود به دفاتر طرح گسترش، اقدامات لازم برای استانداردسازی آنها انجام شود.
- ❖ در صورت وجود هر گونه شرایط خاص، باید با مرکز مدیریت شبکه هماهنگی بعمل آید.
- ❖ ساعت کاری مراکز منتخب بحران متناسب با شرایط پیش آمده، تعیین می‌گردد.
- ❖ مسیر ورودی و خروجی در مراکز منتخب بحران برای ارائه خدمات جاری و ارائه خدمات در زمان بحران باید جدا باشد.

سایر شرایط ضروری برای مراکز خدمات جامع سلامت منتخب بحران:

- قرار گرفتن در موقعیت جغرافیایی تضمین کننده بالاترین سطح دسترسی جغرافیایی مردم منطقه.
- تعیین بیمارستان مرجع هریک از مراکز خدمات جامع سلامت منتخب بحران با هماهنگی معاونت درمان.
- برقراری امکان ارجاع سریع افراد واجد شرایط ارجاع از مرکز به بیمارستان مرجع
- اولویت دادن به مراکزی که نیازی به فعال سازی نداشته و بهترین وضعیت ممکن از نظر دسترسی، فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی را دارند.

مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری:

مراکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری مراکزی هستند که در زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان با بسته خدمت مشخص به درمان مراجعین و بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی خاص و بیماری‌های ناشی از مشکلات رفتاری مانند ایدز، هپاتیت B و C و اعتیاد می‌پردازد. این واحد بازای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت در ۱ تا چند شهرستان

مجاور هم با رعایت دسترسی ایجاد می‌شود. در صورتیکه یکی از این شهرستان‌ها، مرکز استان باشد، بایستی در مرکز استان راه اندازی شود.

تبصره ۲۷: در برخی از مراکز استان مانند تهران که تعداد جمعیت بیشتر است، امکان راه اندازی مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری به تعداد بیش از یک مرکز وجود خواهد داشت.

تبصره ۲۸: در شهرستان‌های با جمعیت کمتر از ۵۰۰۰۰۰ نفر که فاصله آنها از هم کمتر از ۹۰ دقیقه با خودرو است، یک مرکز بصورت مشترک فعالیت می‌کند.

نیروی انسانی مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری :

۱ نفر (مسئول مرکز)	۱) پزشک عمومی
۱ نفر	۲) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته مبارزه با بیماری‌ها)
۱ نفر	۳) کارشناس سلامت روان (با اولویت روانشناس بالینی)
۱ نفر	۴) مددکار اجتماعی
۱ نفر	۵) کارشناس فناوری اطلاعات سلامت (پذیرش)
۱ نفر	۶) دندانپزشک عمومی
۱ نفر	۷) مراقب سلامت دهان
۱ نفر	۸) ماما
۱ نفر	۹) پرستار
۱ نفر	۱۰) کارشناس آزمایشگاه
۱ نفر	۱۱) مسئول امور عمومی
۱ نفر	۱۲) راننده
۱ نفر	۱۳) سرایدار / نگهبان / خدمتگذار

نکته مهم:

باتوجه به ضوابط موجود، ضرورت دارد دانشگاه‌ها/ دانشکده های علوم پزشکی کشور خیلی سریع تا مدت ۶ ماه پس از ابلاغ، وضعیت موجود را بازبینی کنند و اقدامات اجرایی مطابق ضوابط را عملیاتی نمایند. اطلاعات زیر به تفکیک نام واحد ارائه دهنده خدمت به مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد:

نام واحد: نام دانشگاه/ دانشکده و شبکه بهداشت و درمان و واحد سطح بالاتر نیز باید مشخص باشد
تعداد جمعیت تحت پوشش واحد: منظور جمعیت ثبت شده برای واحد مزبور در سامانه است
فاصله واحد مزبور تا نزدیکترین واحد هم سطح با توجه به مسیر حرکت جمعیت برحسب کیلومتر و زمان طی مسافت با خودروی معمول منطقه برحسب دقیقه
فاصله زمانی واحد مزبور تا واحد سطح بالاتر براساس طرح گسترش با وسیله معمول برحسب دقیقه
تعداد نیروی ارائه دهنده خدمت در هر واحد برحسب نوع نیرو برحسب طرح گسترش و موجود
تعداد نیروی ارائه دهنده خدمت در هر واحد برحسب نوع نیرو و تعیین تعداد روز کاری فرد در هفته
سابقه خدمت نیروهای ارائه دهنده خدمت برحسب نوع نیرو برحسب سال
آخرین مدرک تحصیلی نیروهای ارائه دهنده خدمت برحسب نوع نیرو

تصمیم‌گیری شبکه بهداشت و درمان و دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی برای واحد مزبور براساس ضوابط
بلاغی و اطلاعات فوق.



اصول و ضوابط و استانداردهای مراکز بهداشت شهرستان و مراکز بهداشت استان / دانشگاه / دانشکده



مرکز بهداشت شهرستان:

این ساختار در کمیته ملی تشکیلات ستاد مرکز بهداشت شهرستان (تشکیل شده در سال ۱۳۹۷) با حضور چندتن از:

- مدیران و کارشناسان مرکز مدیریت شبکه
 - مدیران و کارشناسان مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری
 - معاونین مراکز بهداشت استان‌ها/ دانشگاه‌ها/ دانشکده‌ها
 - مدیران گسترش دانشگاه‌ها / دانشکده‌ها
- مصوب گردید. شرح وظیفه کلی و ضابطه تعیین تشکیلات مراکز بهداشت شهرستان به قرار زیر است:

اصولی که به آنها متعهد هستیم:

- ✓ توجه به وظایف مراکز بهداشت شهرستان‌ها
- ✓ انطباق چارت تشکیلاتی شهرستان با ستاد مرکز بهداشت استان/معاونت بهداشت
- ✓ عدم کاهش پست‌های مدیریتی با توجه به ماهیت حاکمیتی وظایف حوزه بهداشت
- ✓ در نظر گرفتن شاخص‌های روشن و قابل احصاء برای تیپ بندی مراکز بهداشت شهرستان‌ها

تعریف مرکز بهداشت شهرستان به استناد قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت:

تبصره‌های ۳ و ۴ بند د ماده ۲ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت (مصوب ۱۳۶۷/۰۳/۰۳ با آخرین اصلاحات تا تاریخ ۱۳۷۵/۱۰/۰۵):

- سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان و بیمارستان‌های تابعه و بیمارستان‌های دانشکده‌های پزشکی دارای اختیارات اداری و مالی بوده و مشمول ماده ۴ قانون تعدیل نیروی انسانی نخواهند بود.
- مرکز بهداشت استان تحت نظر سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان مسوول برنامه‌ریزی، نظارت و ارزیابی برنامه‌های بهداشتی و اجرای برنامه‌های نمونه‌ای در سطح استان در چهارچوب سیاست‌ها و خط مشی‌های وزارتخانه می‌باشد و دارای اختیارات اداری و مالی و خدمات پشتیبانی خواهد بود.
- مرکز بهداشت شهرستان واحدی مستقل از نظر فنی، اداری و مالی و زیر نظر رییس مرکز بهداشت استان است. وظیفه اصلی این واحد مدیریت و پیگیری ارتقای سلامت منطقه از طریق همکاری‌های درون و بین بخشی است.

وظایف اصلی مراکز بهداشت شهرستان:

- ✓ برنامه ریزی
- ✓ آموزش
- ✓ پشتیبانی (نیروی انسانی، فضای فیزیکی، تجهیزات، اعتبار و خودرو)
- ✓ پایش و ارزشیابی

معیارهای تعیین تیپ بندی مراکز بهداشت شهرستان:

- ✓ تعداد مراکز خدمات جامع سلامت روستایی مصوب
- ✓ تعداد مراکز خدمات جامع سلامت شهری و شهری روستایی مصوب
- ✓ تعداد مراکز مشاوره و مراقبت بیماریهای رفتاری

✓ تعداد مراکز مراقبت بهداشتی مرزی

***راه اندازی هر یک از واحدهای مورد نظر به روش دولتی یا برونسپاری در تیپ بندی مرکز بهداشت شهرستان، تاثیر نخواهد داشت

 فرمول زیر برای تعیین تیپ بندی مراکز بهداشت شهرستان (تعیین K) در نظر گرفته می شود:

تعداد مراکز مشاوره و مراقبت بیماریهای رفتاری + تعداد مراکز مراقبت بهداشتی مرزی (دریایی، زمینی و هوایی) + ۲ * (تعداد مراکز خدمات جامع سلامت شهری و شهری روستایی + تعداد مرکز خدمات جامع سلامت روستایی) = K

- K کمتر از ۱۵: با ۲۰ تا ۳۷ پست (بدون احتساب پستهای خاص شبکه)
- K بین ۱۵ تا ۴۴: با ۳۸ تا ۶۵ پست (بدون احتساب پستهای خاص شبکه)
- K بین ۴۵ تا ۶۹: با ۶۶ تا ۸۸ پست (بدون احتساب پستهای خاص شبکه)
- K بین ۷۰ تا ۹۰: با ۸۹ تا ۱۰۸ پست (بدون احتساب پستهای خاص شبکه)
- K بیش از ۹۰ به اضافه ۵۰ درصد K مربوط به هر تیپ باشد، بر اساس نتایج تصمیمات اخذ شده در جلسه بازنگری، به تشکیلات تیپ موجود بر حسب شرایط نیرو اضافه خواهد شد.

 نکات مورد توافق در تعیین پست ها و جایگاه های فنی در مرکز بهداشت شهرستان:

- ✓ تعیین تعداد پستهای مراکز بهداشت شهرستان، در حالت کلی تابع محاسبه ی K برای هر شهرستان خواهد بود. در پاره ای از موارد، مرکز مدیریت شبکه می تواند با موافقت مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری و براساس شرایط خاص موجود در شهرستان، در تعداد پست های در نظر گرفته شده تغییراتی ایجاد کند.
- در شهرستان های دارای مرکز آموزش بهورزی، مرکز آموزش به صورت مستقل و تحت مدیریت رییس مرکز بهداشت شهرستان، اداره خواهد شد.
- در شهرستان هایی که مرکز آموزش بهورزی وجود ندارد، کارشناس نیروی انسانی (بهورزی) در زیر مجموعه گروه گسترش قرار خواهد داشت.
- کارشناس/کارشناس مسوول آمار و فن آوری اطلاعات در زیر مجموعه گروه گسترش قرار خواهد داشت.
- کارشناس/کارشناس مسوول کاهش خطر بلایا در زیر مجموعه گروه گسترش قرار خواهد داشت.
- آزمایشگاه ملی شهرستان به صورت مستقل و تحت مدیریت رییس مرکز بهداشت شهرستان، اداره خواهد شد.
- کارشناس/کارشناس مسوول سلامت دهان و دندان و تغذیه در شهرستان به صورت مستقل و تحت مدیریت رییس مرکز بهداشت شهرستان، خواهند بود. (بر حسب تعداد پست)

گام های اجرایی بازنگری تشکیلات مراکز بهداشت شهرستان

۱. بررسی دقیق الگوی جدید تشکیلات مراکز بهداشت شهرستان در ۴ نوع تیپ بندی
۲. بررسی ضوابط جدید تشکیلات مراکز بهداشت شهرستان
۳. تعیین نوع شهرستان با استفاده از K حاصل از فرمول در نظر گرفته شده:

تعداد مراکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری + تعداد مراکز مراقبت بهداشتی مرزی (دریایی، زمینی، ریلی و هوایی) * ۲ = (تعداد مراکز خدمات جامع سلامت شهری + تعداد مراکز خدمات جامع سلامت روستایی) = K

➤ در فرمول مورد نظر عوامل زیر در نظر گرفته می‌شوند: تعداد مراکز خدمات جامع سلامت روستایی طبق طرح، تعداد مراکز خدمات جامع سلامت شهری و شهری روستایی طبق طرح، تعداد مراکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری طبق طرح و تعداد مراکز مراقبت بهداشتی مرزی طبق طرح (دریایی، زمینی، ریلی و هوایی)

➤ در مورد کلیه مراکز مورد نظر، تعداد طبق طرح باید در فرمول گذارده شود، تعداد پایگاه‌های ضمیمه و غیر ضمیمه و خانه‌های بهداشت در فرمول قرار نمی‌گیرند و در مورد واحدهای مراقبت مرزی صرفاً تعداد مراکز مراقبت مرزی در فرمول قرار می‌گیرند، نه تعداد پایگاه‌ها

➤ شهرستان‌های با K بین ۷۰ تا ۹۰ تیپ یک، شهرستان‌های با K بین ۴۵ تا ۶۹ تیپ دو، شهرستان‌های با K بین ۱۵ تا ۴۴ تیپ سه و شهرستان‌های با K کمتر از ۱۵ تیپ چهار در نظر گرفته خواهند شد.

۴. استفاده از الگوهای تشکیلات در نظر گرفته شده برای هر یک از تیپ بندی ها و مطابقت تشکیلات موجود با الگوهای تشکیلاتی ارسال شده

➤ با توجه به تاکید مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری تعیین نوع فعالیت کارشناسان فنی به عهده مسوول گروه است در نتیجه پست‌های پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر، غیرواگیر، سلامت خانواده، گسترش شبکه، بهداشت محیط (جز در مورد پرتوها) و بهداشت حرفه ای و آزمایشگاه مرکزی شهرستان به صورت عمومی نوشته شده است.

➤ در مورد پست‌های فنی موجود، عنوان پست به صورت عام تبدیل خواهد شد و پست‌های جدید ایجاد شده نیز به صورت عام ایجاد می‌شود.

➤ در مورد پست‌های موجود که مازاد بر پست‌های استاندارد می‌باشد، باید پست مذکور نشاندار شود و پس از بازنشستگی فرد به پست مورد نیاز دیگری در معاونت بهداشت همان دانشگاه/دانشکده تبدیل شود.

۵. برای شهرستان‌های با K بیشتر از ۹۰ برحسب شرایط و به شرط نزدیک بودن به ۵۰ درصد K مربوط به انواع تیپ بندی ها، در مرکز مدیریت شبکه تصمیم گیری خواهد شد.

۶. در مورد شرایط خاص مانند بالاتر بودن تعداد کارخانجات در شهرک‌های صنعتی موجود، تغییر در تعداد پست‌های نهایی در مرکز مدیریت شبکه تصمیم گیری خواهد شد.

۷. کاهش پست‌ها در حوزه‌های مدیریت مرکز بهداشت شهرستان، پست‌های اداری مالی و مرکز آموزش بهورزی اعمال نخواهد شد.

۸. در صورت نیاز و تایید مرکز مدیریت شبکه، امکان افزایش پست در هر یک از حوزه‌های فنی وجود دارد.

مرکز بهداشت استان / دانشگاه / دانشکده (معاونت بهداشت):

این ساختار در کمیته ملی ساختار (نیمه سال ۱۳۸۵ تا نیمه سال ۱۳۸۶) با حضور چندتن از مدیران گسترش دانشگاههای علوم پزشکی و کارشناسان مرکز مدیریت شبکه و در پی دو جلسه با حضور نمایندگان از ادارات کل حوزه معاونت بهداشت مصوب شد:

❖ وظایف مراکز بهداشت استانها (معاونت بهداشت) دانشگاه/ دانشکده

❖ انطباق چارت تشکیلاتی استان با ستاد ملی

❖ بهداشت یکی از سه موضوع اساسی در تمام کشورهاست که باید توسط دولت ارائه گردد و نظارت بر چگونگی ارائه خدمات بهداشت و درمان جز توسط دولت، عملی نیست. بنابراین، کاهش پستهای مدیریتی یا حتی محیطی نباید شامل این بخش استراتژیک خدمات به مردم شود.

❖ شاخصهایی برای تیپ بندی مراکز بهداشت استانها

❖ وظایف مراکز بهداشت استان (دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی):

✓ جمع آوری، طبقه بندی و تجزیه و تحلیل اطلاعات موردنیاز برنامه های مختلف بهداشتی؛ آمارهای حیاتی؛ و فعالیت واحدهای ارائه دهنده خدمات سلامتی در استان به منظور تدوین برنامه های استانی و تهیه گزارش.

✓ شناخت و دسته بندی مسائل سلامتی منطقه و تنگناهای فنی و اجرایی برنامه ها.

✓ بررسی و شناخت اپیدمیولوژیک بیماریهای بومی، اپیدمی ها و پاندمی ها.

✓ تهیه و ابلاغ دستورعمل های اجرایی ضروری برای اجرای برنامه های کشوری و استانی خدمات سلامتی.

✓ تدوین برنامه های سلامتی متناسب با شرایط محلی برای حل مشکلات سلامتی و مبارزه با بیماریهای بومی، اپیدمی ها و پاندمی ها.

✓ برنامه ریزی برای تغییرات و گسترش واحدهای ارائه دهنده خدمات متناسب با تغییرات جمعیتی و جغرافیایی و تامین دسترسی سهل جامعه به خدمات سلامتی.

✓ تدارک و پشتیبانی فنی، اداری و مالی از مراکز بهداشت شهرستانهای تابعه.

✓ برآورد، تهیه و تدارک دارو و مواد بیولوژیک و تجهیزات پزشکی موردنیاز واحدهای تابعه.

✓ مشارکت در برنامه ریزی و اجرای آن قسمت از آموزش پزشکی جامعه نگر که در واحدهای نظام شبکه بهداشت و درمان می گذرد.

✓ تدوین و اجرای پژوهشهای کاربردی در زمینه مسائل سلامت منطقه.

✓ اجرای پروژه های آزمایشی در مورد روشهای نوین، کاربرد ابزارهای جدید و ادغام خدمات.

✓ تدوین و ابلاغ برنامه، روشها و دستورعملهای مربوط به آزمایشات بهداشتی (تشخیص طبی در موارد لزوم و اپیدمی ها، آب و فاضلاب، بهداشت حرفه ای و ...).

✓ انجام آزمایشات بهداشتی برای کنترل کار آزمایشگاههای تابعه و تشخیصهای آزمایشگاهی برابر دستورعمل های کشوری.

✓ نظارت بر خدمات آزمایشگاهی در شبکه های بهداشت و درمان تابعه.

✓ نظارت مستمر بر فعالیتهای فنی، پشتیبانی، اداری و مالی مراکز بهداشت شهرستانهای تابعه.

✓ ارزیابی و ارزشیابی منظم جمعیت تحت پوشش برنامه های سلامتی منطقه.

✓ جمع آوری و بررسی گزارش فعالیتهای مراکز بهداشت تابعه و تهیه گزارش و ارسال به سطح بالاتر.

✓ تدوین و اجرای برنامه های آموزش بدو و حین خدمت کارکنان مرکز بهداشت استان.

✓ برآورد اعتبار موردنیاز برنامه ها و تدوین بودجه سالانه استان و اجرای بودجه مصوب.

تیپ بندی مراکز بهداشت استان (دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی):

وظایف اصلی مراکز بهداشت استان در ۴ گروه کلی دسته بندی می شود شامل:

- ✓ آموزش
- ✓ پشتیبانی (نیروی انسانی، تجهیزات، اعتبار و خودرو)
- ✓ برنامه ریزی
- ✓ نظارت و ارزشیابی

بخش عمده موثر در تعیین تیپ بندی، زمان موردنیاز برای نظارت است. چنانچه معیارهای زیر را در نظر بگیریم:

- ❖ ۸ روز در ماه زمانی است که هر کارشناس مرکز بهداشت استان می تواند صرف نظارت کند
- ❖ در هر برنامه، حداقل ۶ بار بازدید در سال از هر مرکز بهداشت شهرستان تحت پوشش ضرورت دارد
- ❖ برحسب متوسط فاصله مراکز بهداشت شهرستان های هر دانشگاه تا مرکز بهداشت استان، زمان متوسط هر بازدید از شهرستان بین ۱ تا ۳ روز تعیین می شود به قرار زیر:

- ✓ برای فواصل متوسط تا ۱۰۰ کیلومتر، ۱ روز برای هر بازدید شهرستانی
- ✓ برای فواصل متوسط از ۱۰۱ تا ۲۰۰ کیلومتر، ۲ روز برای هر بازدید شهرستانی
- ✓ برای فواصل متوسط بیش از ۲۰۱ کیلومتر، ۳ روز برای هر بازدید شهرستانی

بنابراین، فرمول زیر برای تعیین تعداد کارشناس در هر برنامه (که در چارت تشکیلاتی Box آن تعریف شده است) تعیین می شود:

❖ تعداد مرکز بهداشت شهرستان D

۱. تعداد مرکز بهداشت شهرستان با فاصله کمتر از ۱۰۰ کیلومتر از مرکز استان (D1)
۲. تعداد مرکز بهداشت شهرستان با فاصله ۱۰۰ تا ۲۰۰ کیلومتر از مرکز استان (D2)
۳. تعداد مرکز بهداشت شهرستان با فاصله بیش از ۲۰۰ کیلومتر از مرکز استان (D3)

❖ تعداد بازدید از هر مرکز شهرستان در سال = ۶ بار

❖ متوسط زمان لازم برای هر بازدید

❖ متوسط فاصله مراکز شهرستانها تا استان

❖ زمانی که هر کارشناس می تواند در ماه به مأموریت برود = ۸ یا ۱۰ روز

❖ تعداد نیروی فنی (کارشناس) بازای هر برنامه در هر تیپ دانشگاهی

$$(6*1*D1) + (6*2*D2) + (6*3*D3)$$

$$N = \frac{(6*1*D1) + (6*2*D2) + (6*3*D3)}{12 \text{ ماه} * (8 \text{ روز})}$$

12 ماه * (۸) روز

شاخص های قابل استفاده و ضریب تاثیر آن در تیپ بندی:

- ◆ جمعیت تحت پوشش دانشگاه ۳۰٪
- ◆ تعداد مرکز بهداشت شهرستان تحت پوشش دانشگاه ۵۰٪
- ◆ متوسط فاصله مراکز بهداشت شهرستانها تا مرکز بهداشت استان (دانشگاه) ۲۰٪
- ◆ کل ۱۰۰٪

❖ با توجه به داده های موجود گرفته شده از دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی کشور براساس فرمول فوق و شاخص های تعریف شده، مراکز بهداشت استان در ۳ تیپ تقسیم شده اند.

❖ نحوه امتیازبندی برای جمعیت تحت پوشش:

۳	کمتر از ۶۰۰۰۰ نفر
۶	۶۰۰۰۱ تا ۱۲۰۰۰۰ نفر
۹	۱۲۰۰۰۱ تا ۱۸۰۰۰۰ نفر
۱۲	۱۸۰۰۰۱ تا ۲۴۰۰۰۰ نفر
۱۵	۲۴۰۰۰۱ تا ۳۰۰۰۰۰ نفر
۱۸	۳۰۰۰۰۱ تا ۳۶۰۰۰۰ نفر
۲۱	۳۶۰۰۰۱ تا ۴۲۰۰۰۰ نفر
۲۴	۴۲۰۰۰۱ تا ۴۸۰۰۰۰ نفر
۲۷	۴۸۰۰۰۱ تا ۵۴۰۰۰۰ نفر
۳۰	بیش از ۵۴۰۰۰۱ نفر

❖ نحوه امتیازبندی براساس تعداد مراکز بهداشت شهرستان تحت پوشش:

امتیاز	تعداد مراکز بهداشت شهرستان	امتیاز	تعداد مراکز بهداشت شهرستان
۶/۶	۴ و ۳	۳/۳	۱ و ۲
۱۳/۲	۷ و ۸	۹/۹	۵ و ۶
۱۹/۸	۱۱ و ۱۲	۱۶/۵	۹ و ۱۰
۲۶/۴	۱۵ و ۱۶	۲۳/۱	۱۳ و ۱۴
۳۳/۰	۱۹ و ۲۰	۲۹/۷	۱۷ و ۱۸
۳۹/۶	۲۳ و ۲۴	۳۶/۳	۲۱ و ۲۲
۴۶/۲	۲۷ و ۲۸	۴۲/۹	۲۵ و ۲۶
		۵۰	۲۹ و ۳۰

❖ نحوه امتیازبندی براساس متوسط فاصله مراکز شهرستانهای تحت پوشش تا مرکز استان (Km):

امتیاز	فاصله (کیلومتر)
۲	۲۵ و کمتر
۴	۲۶ تا ۵۰
۶	۵۱ تا ۷۵
۸	۷۶ تا ۱۰۰
۱۰	۱۰۱ تا ۱۲۵
۱۲	۱۲۶ تا ۱۵۰
۱۴	۱۵۱ تا ۱۷۵
۱۶	۱۷۶ تا ۲۰۰
۱۸	۲۰۱ تا ۲۲۵
۲۰	۲۲۶ و بیشتر

❖ تیپ بندی دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی براساس جمع امتیازات:

نوع تیپ	تفکیک امتیازات	تیپ	جمع امتیازات
3B	تا ۱۰ امتیاز	۳	۲۰ و کمتر
3A	۱۱ تا ۱۹,۹		
2B	۲۰ تا ۳۲,۹	۲	۲۰ تا ۴۵
2A	۳۳ تا ۴۴,۹		
1B	۴۵ تا ۸۰	۱	۴۵ به بالا
1A	۸۰ تا ۱۰۰		



استانداردهای فضای فیزیکی



بخش سوم: پیوست‌ها:

شرح وظیفه نیروهای شاغل در واحدهای نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور

شرح وظایف نیروهای شاغل در پایگاه سلامت/ خانه بهداشت:

الف: شرح وظایف مراقب سلامت/ بهورز:

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
 ۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
 ۳. شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت در منطقه
 ۴. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
 ۵. تشکیل پرونده الکترونیک سلامت (ثبت فرم ها) براساس بسته خدمات
 ۶. ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش براساس بسته خدمات
 ۷. شرکت در برنامه های آموزشی ابلاغی از ستاد اجرایی دانشگاه/ دانشکده و برنامه های اختصاصی شهرستان
 ۸. آموزش و توانمندسازی جامعه براساس برنامه ها و دستورعمل های ابلاغی
 ۹. مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف
 ۱۰. غربالگری افراد براساس شرح خدمات
 ۱۱. پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر
 ۱۲. ارجاع مراجعه کننده به سطح بالاتر (پزشک مرکز؛ کارشناس تغذیه و کارشناس سلامت روان) در صورت لزوم براساس راهنمای اجرایی و بالینی و ارائه خدمات موردنیاز برای مراجعه کننده براساس پس خواند دریافتی از سطوح بالاتر
 ۱۳. پیگیری موارد ارجاع شده
 ۱۴. پیگیری در مراجعه مجدد افراد به پزشک، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه مرکز در موارد تعیین شده، به طرق مختلف (تماس تلفنی، مراجعه به درب منزل و ...)
 ۱۵. دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
 ۱۶. ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و بهنگام براساس فرم ها، دستورعمل ها و تکالیف محوله
 ۱۷. ثبت موارد حوادث خانگی، ترافیکی و گزارش به سطوح بالاتر
 ۱۸. مراقبت از بیماری های واگیردار شایع و دریافت گزارش و انجام اقدامات لازم مطابق دستورعمل و آموزش سریع و موثر به جمعیت هدف.
 ۱۹. تدوین و نظارت بر شاخص های برنامه های مراقبت ادغام یافته در گروه های مختلف سنی
- (۱) توانمندسازی مردم و مراجعان فردی و گروهی برای خودمراقبتی
- توزیع راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده در بین تمام خانوارهای تحت پوشش (خودآموزی برای توانمندسازی مردم در رعایت سبک زندگی سالم و مدیریت ناخوشی های جزئی شامل ابزارهای خودآزمایی، برنامه ریزی فردی برای تغییر رفتار، اجرای برنامه و ارزیابی مجدد وضعیت سلامت به علاوه

معرفی منابع معتبر اطلاعاتی، حمایتی و خدماتی مناسب در منطقه مربوطه و راهنمای حقوق بهداشتی و نحوه پیگیری آن).

آموزش استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده به خانوارهای تحت پوشش:

۲) حداقل تربیت یک سفیر سلامت در هر خانوار

۳) سفیر سلامت حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد- در محل آموزش، محل کار، مرکز خدمات جامع سلامت یا مسجد محل به صورت حضوری یا از طریق پورتال ملی خودمراقبتی به صورت آنلاین، یک دوره آموزشی ۸ ساعته را برای آشنایی با نحوه استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده برای مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده طی می کند.

۴) تربیت سفیران افتخاری سلامت در میان اقوام یا همسایگان خانواده های بی سواد یا سالمند بدون سرپرست

۵) تربیت رابطان سلامت برای حمایت از خانواده هایی که به هر دلیلی تحت پوشش سفیران سلامت یا سفیران افتخاری هم نیستند.

برگزاری جلسه های آموزشی و مشاوره فردی و گروهی در خصوص خودمراقبتی برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار)

کمک به تشکیل گروه های خودیار و همیار محلی حامی سلامت و حمایت طلبی برای توسعه فعالیت آنها برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار)

۲۰. برقراری ارتباط با افراد بانفوذ منطقه و سایر ارگان های فعال برای حل مشکلات سلامتی مردم منطقه

۲۱. برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت از طریق

نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مشارکتی ارتباطات برای سلامت به منظور آموزش سلامت همگانی، آموزش سبک زندگی سالم، آموزش خودمراقبتی و آموزش بیمار از طریق رسانه های ارتباط جمعی، رسانه های محلی و رسانه های کوچک

برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت در مراکز آموزشی، محل های کار و جوامع

جلب حمایت، آموزش و توانمندسازی اعضای سازمان های دولتی و غیردولتی، تشکل های مردمی و شوراهای محلی برای برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برنامه های ارتقای سلامت مدرسه، محل کار، سازمان، محله، روستا و شهر

شناسایی امکانات محلی، بسیج و سازماندهی مردم برای اقدامات اجتماعی حامی سلامت

ب: شرح وظایف ماما مراقب/ ماما:

۲۲. کلیه موارد بند الف

۲۳. نمونه گیری برای غربالگری سرطان دهانه رحم و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت

۲۴. معاینه پستان برای غربالگری سرطان پستان و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت

۲۵. معاینه ژنیتال برای تشخیص عفونت های آمیزشی و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت

۲۶. بررسی و تشخیص خونریزی های غیرطبیعی ژنیتال و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت

- ۲۷. بررسی انواع ناباروری و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
- ۲۸. بررسی اختلال عملکرد جنسی و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
- ۲۹. مراقبت معمول پیش از بارداری و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
- ۳۰. مراقبت معمول بارداری و مراقبت های ویژه بارداری و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
- ۳۱. مراقبت های معمول پس از زایمان و مراقبت های ویژه پس از زایمان و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
- ۳۲. ارجاع بررسی علائم حیاتی و شرح حال اولیه به منظور:
 - انجام مراقبت های پیش از بارداری
 - در مراقبت بارداری و پس از زایمان: بررسی ابتلا به بیماری و ناهنجاری ها، درخواست، ثبت، بررسی، تفسیر آزمایش ها و سونوگرافی های مادر، اقدام و درمان مطابق بسته خدمت، انجام مراقبت های ویژه بارداری و پس از زایمان، آموزش و مشاوره های تخصصی و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت