



اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه‌های بهداشت و درمان



فروردین ۱۴۰۴

تدوین:

- معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه، گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبکه
- معاونت توسعه مدیریت و منابع، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری

فهرست

۳	مقدمه
	بخش ۱
۴	اصول کلی ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان
	بخش ۲
۸	گامهای اجرایی بازنگری در طرح های گسترش شبکه
	بخش ۳
۱۰	روش کار بررسی طرح های گسترش
	بخش ۴
۱۱	ضوابط و استانداردهای واحدهای محیطی ارایه دهنده خدمت
۱۱	خانه بهداشت
۱۶	پایگاه سلامت
۱۶	پایگاه سلامت روستایی
۱۶	پایگاه سلامت شهری / پزشکی خانواده
۱۷	مرکز خدمات جامع سلامت
۱۷	مرکز خدمات جامع سلامت روستایی
۲۱	مرکز خدمات جامع سلامت شهری / شهری روستایی
	بخش ۵
۲۳	واحدهای تابعه مراکز خدمات جامع سلامت
۲۳	واحد تسهیلات زایمانی
۲۳	واحد ازدواج، باروری سالم و فرزند آوری
۲۴	واحد مراقبت و پیشگیری از هاری
۲۴	واحد سلامت روانی - اجتماعی

بخش ۶

۲۵	عناوین مراکز خدمات جامع سلامت بر اساس ویژگی
۲۵	مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی
۲۷	مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی
۲۷	مرکز خدمات جامع سلامت بحران
۲۸	مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی منتخب

بخش ۷

۲۹	سایر واحدهای ارائه خدمت
۲۹	مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری
۳۰	پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی
۳۰	پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز
۳۱	پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه یک
۳۱	پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه دو
۳۱	پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه سه

دستیابی به اهداف نظام سلامت بدون سرمایه گذاری کافی و موثر در نظام ارایه خدمت غیرممکن است. برای تحقق این موضوع، استفاده صحیح از منابع، به کارگیری راهبردهای خلاقانه و مبتنی بر شواهد علمی و در نظر گرفتن نیاز جامعه، مطابق با ساختار و سطح بندی مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه و توجه ویژه به عدالت در سلامت برای همه مردم به ویژه افراد محروم و آسیب پذیر از اهمیت افزونتری برخوردار است. برای تحقق این امر در سلامت تضمینی وجود ندارد، مگر آنکه نظام ارایه خدمت با ساختار و سازماندهی تنظیم شده، خدمات پایه و اساسی را بصورت ادغام یافته، یکپارچه، فعال، با کمترین هزینه، با اولویت ارائه خدمات پزشکی عمومی به تخصصی و سرپایی به بستری کماکان با اولویت روستا و مناطق محروم، ارایه نماید. علاوه بر این برای دستیابی به شاخص های سلامت، مشارکت مردمی و همکاری بین بخشی و سرمایه گذاری بخش های مختلف (دولتی، خصوصی، خیرین و تعاونی) مبتنی بر فناوری های روز به خصوص فناوری های دیجیتال الزامی است.

مفهوم PHC از نگاه سازمان جهانی بهداشت، یک رویکرد جامع با هدف تضمین بالاترین سطح ممکن از سلامت، رفاه و توزیع عادلانه امکانات، با تمرکز بر تامین نیازهای بهداشتی مردم، در سریع ترین زمان و نزدیکترین مکان به محیط زندگی روزمره، با ارائه خدمات مستمر جهت ارتقای سلامت از پیشگیری تا درمان و توانبخشی و مراقبت تسکینی بیماری می باشد. PHC دارای سه جزء مرتبط و هم افزایی است:

۱- رفع نیازهای سلامت مردم از طریق ارائه مراقبت های پیشگیرانه، درمانی، توانبخشی و تسکینی در طول زندگی با اولویت مراقبت های اولیه (پایه) سلامت

۲- پرداختن نظام مند به عوامل تعیین کننده سلامت (اجتماعی، اقتصادی، محیطی و خصوصیات فردی - رفتاری) از طریق سیاست ها و اقدامات مبتنی بر شواهد در همه بخش ها

۳- توانمندسازی افراد (خود مراقبتی)، خانواده ها و جامعه برای حفظ، بهبود و ارتقای سلامت خود، به عنوان توسعه دهندگان خدمات بهداشتی و اجتماعی

بر اساس بند الف ماده ۷۰ و بند پ ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم پیشرفت؛ تقویت و کارآمد سازی نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت از طریق اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای تمامی جمعیت کشور با استفاده از تمام ظرفیت های موجود از تکالیف مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد.

بر اساس سیاست های کلی جمعیت و قوانین بالادستی از جمله سند نقشه مهندسی فرهنگی کشور، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت، باید نرخ باروری کلی تا ۵ سال آینده به عدد ۲,۵ برسد. لذا الزامی است کلیه برنامه ها و ضوابط شبکه مبتنی بر هدف یاد شده باشد.

همچنین ادغام آموزه های طب ایرانی در نظام شبکه بهداشت (سطح یک) نیز بر اساس بند ۱۲ سیاست های کلی سلامت ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری دامت برکاته و ماده ۶۹ بند چ لایحه برنامه هفتم پیشرفت، باید به نحوی انجام پذیرد که گیرندگان خدمت نظام بهداشتی از آن بهره مند شوند.

در راستای سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، خرید خدمات سلامت و استفاده بهینه از ظرفیت بخش خصوصی بویژه در اجرای برنامه پزشکی خانواده و بر اساس دستور عمل و شیوه نامه های مربوطه، مورد تاکید می باشد.

بخش ۱: اصول کلی ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان کشور

یکی از مهمترین رسالت‌های مدیریت ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان در حوزه بهداشت، به روز رسانی تغییرات واحدهای بهداشتی ارایه دهنده خدمت در سطوح محیطی (خانه بهداشت، پایگاه سلامت، مرکز خدمات جامع سلامت و ...) می‌باشد.

این مهم که در راستای گذر اپیدمیولوژیک بیماریها، تغییرات جغرافیایی، فرهنگی و جمعیتی، برقراری عدالت در سلامت، تسهیل دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت، تامین و توزیع مناسب نیروی انسانی متناسب با تغییرات جمعیتی و مدیریت بهینه منابع است، متکی بر اصول زیر می‌باشد:

۱- اصل اول (انتخاب شهرستان): 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 می باشد. ملاک شهرستان و مناطق شهری و روستایی، بر اساس اعلام تقسیمات کشوری وزارت کشور یا مصوبه هیات دولت است.

۲- اصل دوم (سطح بندی): عبارتست از چیدمان خاص واحدهای ارایه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه‌ی خدمات مورد نیاز تا جایی که ممکن است سهل، سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. سطح بندی قراردادی پویا است که به اقتضای شرایط، توسط سیاستگذاران انجام می‌گیرد. در نظام شبکه تمامی خدمات به صورت ادغام یافته و به شکل زنجیره ای در هر سطح به گروه‌های هدف، ارایه می‌گردد. برای تحقق این اصل رعایت موارد زیر الزامی است:

- أ. عدم/ارایه خدمات مشابه در سطوح مختلف: هیچ یک از واحدهای یک سطح ارایه دهنده خدمت، به خدماتی که به عهده واحدهای سطح پایین‌تر قرار داده شده، نپردازد. مگر آنکه خدمت مورد نظر را در سطح تخصصی‌تر ارایه دهد. به همین دلیل، می‌بایست در کنار هریک از واحدها، یک واحد سطح پایین‌تر با مدیریت مستقل منظور گردد. بدین ترتیب، وجود خانه بهداشت/ پایگاه سلامت روستایی در کنار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی (خانه بهداشت ضمیمه/ پایگاه سلامت روستایی)، وجود پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده در کنار مرکز خدمات جامع سلامت شهری (پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده ضمیمه) و وجود مرکز خدمات جامع سلامت شهری در کنار بیمارستان در نظر گرفته شده که برای تحقق این شرط شرح وظیفه هر واحد به دقت تعیین و مشخص می‌گردد.
- ب. اولین نقطه تماس مراجعه کننده: اولین سطح مراجعه فرد در روستا و شهر، به بهورز و مراقب سلامت/ ماما در خانه بهداشت/ پایگاه سلامت روستایی/ پایگاه سلامت شهری/ پایگاه پزشکی خانواده است که با نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات استاندارد، مراقبت‌ها را در مناطق روستایی، عشایری، حاشیه و شهر، مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور به گروه‌های هدف ارایه می‌دهد. پس از آن ارجاع به سطح بالاتر خواهد بود.
- ت. برقراری ارتباط فعال و مستمر واحدهای هر سطح با واحدهای سطوح بالاتر و پایین‌تر: نظارت، پایش، ارزشیابی و آموزش حین خدمت کارکنان و نیز تدارک و حمایت اداری مالی واحدهای هر سطح به عهده واحدی است که در اولین سطح بالاتر از 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 درمان‌های غیرمجاز و تنزل کیفیت خدمات جلوگیری شود.
- ث. سطوح مختلف ارایه خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه بهداشت و درمان شامل موارد زیر می‌باشد:

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

سطح پایه: سطح فردی، خانواده و جامعه که خدمات خودمراقبتی فرد و خانواده و خدمات مشارکت اجتماعی در این سطح قرار دارد.

سطح اول (خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد، خانواده و جامعه): شامل پیشگیری، آموزش و افزایش سواد سلامت فرد و خانواده، غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری‌ها براساس بسته خدمت (مراقبت‌های گروه‌های سنی (جنینی تا کهنسالی) نظیر خدمات و مراقبت‌های مادران باردار و شیرده، نوزادان و کودکان، پیشگیری و تشخیص بهنگام ناباروری، ارایه مشاوره فرزندآوری، مشاوره انصراف از سقط عمدی جنین و ...)، ارجاع و پیگیری نتیجه ارزیابی، غربالگری و بیماری، تدبیر مدیریت فوریت‌ها، خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، بهداشت محیط مدارس، پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، ارائه آموزه‌های طب ایرانی برای ترویج شیوه زندگی سالم، مدیریت خطر در حوادث و بلایا، خدمات مشارکت اجتماعی (سازمان‌های مردم نهاد، گروه‌های جهادی، بسیج جامعه پزشکی و بسیج محله، داوطلبان سلامت)، نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت، توانمندسازی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت، خدمات آموزش همگانی و ترویجی و افزایش سواد سلامت، کاهش بار روانی و هزینه‌های اقتصادی دوران بارداری، حفظ و مراقبت از جنین و کاهش میزان سقط عمدی و خود به خودی، برگزاری کلاس آمادگی برای زایمان، ترویج و تسهیل زایمان طبیعی، ترویج و ترغیب ازدواج بهنگام، آسان، موفق و پایدار، می‌باشد.

سطح دوم: واحدی تخصصی در نظام سلامت که خدمات درمانی و توانبخشی تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع شدگان از سطح یک قرار می دهد.

سطح سوم: شامل خدمات درمانی و توانبخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری، تامین دارو و دیگر خدمات پاراکلینیک است.

۳- **اصل سوم (نظام ارجاع):** فرآیندهایی است که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را تعیین می کند. ارجاع درون سطح به عنوان ارجاع افقی و ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می شود. بدین ترتیب گیرندگان خدمت برای دریافت خدمات سلامت به اولین واحد ارایه دهنده خدمت در هر منطقه (خانه بهداشت/ پایگاه سلامت/ پایگاه پزشکی خانواده) مراجعه کرده و تشکیل پرونده می دهند. مراجعه کننده در نقطه اول تماس، توسط تیم سلامت (بهورز/ مراقب سلامت/ ماما و در شرایط خاص توسط پزشک)، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می گیرد. در صورت نیاز به خدمات تخصصی تر (در همان سطح یا سطح بالاتر)، وی به صورت هدایت شده با رعایت سلسله مراتب پس از تکمیل فرم ارجاع (مطابق با فرمت موجود در بسته خدمت) برای دریافت آن خدمات در همان سطح (مانند خدمات تغذیه و سلامت روان و مامایی) یا به سطوح بالاتر سرپایی و بستری (پزشک متخصص و فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع داده می شود. 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 پسخوراند) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین تر) منعکس می کند. مسئولیت ارجاع به سطوح بالاتر با پیگیری و تداوم ارایه خدمات به مراجعین، توسط ارایه دهنده خدمت سطح اول انجام می گیرد. مزایای استفاده از نظام ارجاع:

- امکان استفاده از کارکنان پیراپزشکی را برای ارایه خدمات ساده بهداشتی و کمک‌های اولیه درمانی فراهم می‌سازد.
- سطوح تخصصی را از پرداختن به خدمات غیر تخصصی باز می‌دارد و برای پرداختن به خدمات تخصصی وقت بیشتری را فراهم می‌آورد.
- از ارایه خدمات به شکل تکراری (تجویز دارو، آزمایش و سایر ارزیابی‌های تشخیصی مکرر) جلوگیری می‌کند.
- هزینه‌های خدمات بهداشتی، درمانی را به نحو چشمگیری کاهش می‌دهد.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

- با توزیع گسترده تعداد واحدهای محیطی، امکان تداوم و استمرار خدمات بهداشتی را فراهم می کند.
- تشخیص و پیگیری درمان را تا انتهای کار توسط تیم سطح اول فراهم می سازد.

۴- **اصل چهارم (ادغام خدمات):** در طراحی شبکه ی مراقبت های اولیه بهداشتی، برنامه ها به شکلی ادغام یافته ارایه می شوند. این بدان مفهوم است که گیرنده خدمت در زمان واحد می تواند چندین خدمت مربوط به سلامت را براساس گروه سنی (از جنینی تا کهنسالی) دریافت کند. به عنوان مثال یک کودک در هنگام مراجعه به بهورز می تواند خدمات ایمنسازی، ارزیابی رشد و ... را دریافت نماید. به این نوع ادغام "ادغام خدمات در سطح گیرنده خدمت" گفته می شود. از سوی دیگر، در واحد ارایه دهنده خدمت (مانند خانه بهداشت) منابع مختلفی شامل تجهیزات، فضای فیزیکی و نیروی انسانی موجود است. این منابع به منظور تحقق فرآیندهای ارایه خدمت در کنار یکدیگر، تامین می شود. به عبارت دیگر، گیرنده خدمت با بهره گیری از ترکیبی از این منابع، خدمات مورد نیاز را دریافت می کند. به این نوع سازماندهی منابع برای دریافت خدمت "ادغام خدمات در سطح منابع" گفته می شود.

۵- **اصل پنجم (سهولت دسترسی جغرافیایی و زمانی):** امکان بهره مندی جمعیت ساکن در دورترین نقطه تحت پوشش از خدمات بهداشتی درمانی توسط محیطی ترین واحد می باشد. برای تامین این اصل، معیارها و شرایط زیر لازم است:

الف) در هیچ وضعیت اقلیمی و جغرافیایی، فاصله دورترین مکان زندگی و کار مردم از اولین واحد ارایه خدمت (خانه بهداشت/ پایگاه سلامت) نباید حداکثر از ۲۰ دقیقه با خودروی معمول منطقه یا یک ساعت پیاده روی بیشتر باشد. در صورت عدم وجود ضوابط مربوطه، خدمات به صورت سیاری ارایه خواهد شد. همچنین استقرار واحدهای تسهیلات زایمانی در مناطقی که با زایشگاه ایمن بیش از یک ساعت با وسیله نقلیه معمول فاصله دارند الزامی می باشد.

ب) استقرار واحدها باید در مسیر طبیعی حرکت جمعیت تحت پوشش قرار گیرد. تاکید براین شرط گاه ممکن است موجب شود که از دو یا چند روستا که تحت پوشش یک واحد قرار می گیرند، روستایی برای استقرار واحد موردنظر انتخاب گردد که لزوماً "پرجمعیت ترین آنها نیست. ملاک انتخاب یک روستا به عنوان روستای اصلی (محل استقرار واحد روستایی) یک یا چند عامل از عوامل زیر می باشد:

- ✓ 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 می باشد
 - ✓ رواج داد و ستد مانند وجود بازارهای دایمی یا هفتگی
 - ✓ وجود مدرسه، دبیرستان، حمام و ... مورد استفاده روستاهای مجاور
 - ✓ داشتن آب، برق، تلفن، گاز، زیرساخت های مخابراتی، اینترنت و ...
- توجه شود که محل استقرار واحد ممکن است براساس تغییرات راه های روستایی و سازندگی های جدید مانند احداث جاده، سد و ... تغییر کند.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

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

تبصره: در نقاط مرز مشترک بین دو شهرستان/بخش/...، اولویت استقرار واحدها بر اساس دسترسی و مسیر حرکت مردم با پیشنهاد دانشگاه/ دانشکده و تایید مرکز مدیریت شبکه امکانپذیر است.

۶- اصل ششم (دسترسی فرهنگی): این اصل با شرایط زیر محقق می شود:

مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت و زیست بوم با سه شرط زیر حاصل می گردد:

✓ مغایر نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتی که ارائه می شود با آداب و سنت های قومی، ملی و مذهبی جامعه.

✓ توجه به زیست بوم در طراحی و اجراء برنامه ها (توجه به اقتضائات فرهنگی - اجتماعی محله های شهر و روستا).

✓ انطباق محتوا و روش خدماتی که ارائه می شود با اصل جوانی جمعیت (برای مثال حفظ کرامت مراجعین به ویژه مادران و زنان باردار، شیرده و کودکان و سالمندان).

۷- اصل هفتم (تناسب کمی نیروی انسانی ارایه کننده خدمات با حجم خدمات مورد انتظار): در راستای به حداقل رسیدن زمان انتظار مراجعه کننده برای دریافت خدمت، تناسب دو عامل اصلی زیر ضروری است:

الف) حجم خدمات مورد انتظار

ب) متوسط بازده کار کارکنانی که برای انجام آن خدمات منظور شده اند.

۸- اصل هشتم (تناسب آموزش ها با نیازهای اجرایی): تحقق این اصل، در گرو شروط زیر است:

الف) تناسب دانش و مهارت مورد نیاز هر رده با بسته خدمت ابلاغی وزارت متبوع.

ب) آشنایی آموزش دهندگان با نیازهای واقعی جامعه، اولویت ها، ضوابط، روابط و فرآیندهای مورد عمل در نظام شبکه.

ج) در اولویت بودن نیروهای جمعیت یاور و جمعیت باور، نیروهای متاهل و صاحب چند فرزند برای استخدام و استقرار در واحدهای محیطی و مدیریتی.

د) استفاده از ظرفیت فناوری های نوین و نوپدید همچون هوش مصنوعی و...

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

۱۰- اصل دهم (جلب مشارکت مردم): جلب مشارک مردم، خط مشی اساسی نظام شبکه محسوب می شود و به عنوان یک مسئولیت اجتماعی منجر به توانمند سازی، خود مراقبتی، ارتقای سواد سلامت و عملکرد بهداشتی مردم، ارتقای سلامت خود، خانواده و جامعه می گردد. ارائه خدمات در نظام سلامت باید مردم محور باشد.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

در این راستا لازم است ظرفیت نیروهای مردمی و جهادی و بسیجی مورد احصاء قرار گرفته و مردم در تصمیم سازی، تصمیم گیری و اجراء مشارکت داشته باشند.

۱۱- اصل یازدهم (هماهنگی درون بخشی): ارایه خدمات سلامت با تاکید بر هماهنگی های درون بخشی بوده و ارایه خدمات جامع سلامت به صورت تیمی است.

۱۲- اصل دوازدهم (همکاری با سایر بخش های توسعه): ایجاد هماهنگی و همکاری با سایر بخش های توسعه هم در ساختار نظام شبکه و راه اندازی واحدها و هم در ارایه برنامه های سلامت ضرورت دارد. در این میان، علاوه بر بخش های دولتی، همکاری با بخش های خصوصی و تعاونی، سازمان های مردم نهاد، گروه های خیریه، جهادی، بسیج، شهرداری ها نیز مورد تاکید است.

بخش ۲: گام های اجرایی بازنگری در طرح های گسترش شبکه

۱- گام اول: برای اجرایی شدن فرآیند تجدید نظر در طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان اقدامات زیر ضرورت دارد:

الف) تهیه نقشه های معتبر، بهنگام و دقیق از شهرستان های تحت پوشش (تهیه شده از استانداری یا فرمانداری با مقیاس استاندارد) بصورت کاغذی و الکترونیکی.

ب) کسب اطلاعات دقیق از موقعیت جغرافیایی، جمعیتی هریک از روستاها، ایلات، عشایر و شهرها شامل جمعیت و پراکندگی آن، تعداد واحدهای ارایه دهنده خدمت در تمام بخش ها (دولتی و غیر دولتی)، فاصله پایگاه، تسهیلات زایمانی، پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی تا واحد مورد نظر و تعداد پایگاه های 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 ...

ج) کسب اطلاعات دقیق از موقعیت و تعداد واحدهای ارایه خدمت بخش خصوصی (شامل مطب پزشک، مطب دندانپزشک، دفاتر کار رشته های پروانه دار، واحدهای پاراکلینیک شامل آزمایشگاه تشخیص پزشکی و رادیولوژی، داروخانه و ...)، سمن ها و خیریه ها و تعاونی های فعال ارایه دهنده خدمات بهداشتی درمانی بویژه در مناطق روستایی، شهری و حاشیه شهرها.

د) کسب اطلاعات به روز از وضعیت واحدهای ارائه دهنده خدمت نظام شبکه بهداشت و درمان برحسب شرایط فعالیت واحد و جمعیت تحت پوشش و میزان سهولت دسترسی در فصول مختلف سال و شرایط جوی و اجتماعی مختلف آنها بر روی نقشه های استاندارد.

ه) کسب اطلاعات به روز از وضعیت هریک از کارکنان شاغل در واحدهای موجود (دولتی و خرید خدمت)، شامل سابقه خدمت، آخرین مدرک تحصیلی، تعداد روز فعالیت در هفته و جمعیت تحت پوشش؛ تا در صورت ضرورت، نسبت به کاهش یا افزایش نیرو اقدام گردد.

و) کسب آخرین اطلاعات درباره تغییرات رسمی در تقسیمات کشوری شهرها (به تفکیک مناطق حاشیه نشین)، بخش ها و دهستان ها از فرمانداری ها، سازمان برنامه و بودجه استان و استانداری ها.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

ز) کسب آخرین اطلاعات درباره طرح آمایش سرزمین منطقه تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده از سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

ح) استخراج 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.

ط) استخراج تعداد پیشه‌وران (کسبه)، کارگران، کارخانجات و کارگاه‌های تولیدی و شهرک‌های صنعتی در منطقه.

ی) استخراج آخرین و جدیدترین اطلاعات جمعیتی شهرها، روستاها، ایلات و عشایر منطقه تحت پوشش (و همچنین نسبت زنان ۵۴-۱۰ ساله همسر دار، میزان TFR، درصد مشاوره‌های فرزندآوری منجر به مولید زنده، درصد ناباروری اولیه/ ثانویه، درصد زایمان طبیعی و سزارین، درصد سزارین نخست‌زا، تعداد و درصد تاهل/ تجرد، دیر ازدواجی، بی ازدواجی، سقط جنین عمدی/ خودبخودی، بی‌فرزند، تک‌فرزند، دیر فرزند، خانواده‌های باشکوه، مهاجرت، بر اساس کارنامه جوانی جمعیت و...) به صورت سالانه و آرایه به ریاست دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، معاونت بهداشت و روسای مرکز بهداشت شهرستانهای تحت پوشش.

منبع اطلاعات: انجام سرشماری/ بازشماری سالانه دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی، سامانه‌های سطح یک، مرکز آمار ایران، سازمان امور عشایر و سازمان بیمه سلامت ایران.

ک) استخراج اطلاعات مربوط به وضعیت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر و همچنین نقاط حادثه‌خیز و عوامل خطر حوادث منطقه.

ل) استخراج اطلاعات جمعیتی اتباع از مبادی ذیربط، سامانه‌های سطح یک.

م) استخراج اطلاعات در خصوص عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و ظرفیت‌های مشارکت‌های اجتماعی از مبادی ذیربط.

۲- گام دوم: جمعیت و محدوده هر روستا، محل اسکان عشایر و بلوک بندی‌های انجام شده در مناطق شهری بر روی نقشه 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 در نقشه مشخص گردند. همچنین، می‌بایست بر روی نقشه مکان واحدهای موجود فعال و واحدهای مصوب غیرفعال به تفکیک کلیه واحدها و جمعیت تحت پوشش آنها (جمعیت در سامانه سطح یک) 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 غیرفعال آن و علائم مربوط به نوع راه‌های ارتباطی باید مشخص شود.

۳- 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.

۴- گام چهارم: ضرورت توجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت: چنانچه تراکم جمعیت زیاد باشد، ایجاد پایگاه‌های سلامت متعدد ضرورت خواهد یافت. در چنین شرایطی می‌توان فضای فیزیکی و کارکنان پایگاه را به‌ازای جمعیت تحت پوشش متناسب کرد.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

۵- گام پنجم: تعیین نیروی انسانی مورد نیاز به تناسب هر واحد برحسب محل جغرافیایی استقرار و جمعیت تحت پوشش.

بخش ۳: روش کار بررسی طرح‌های گسترش

مسئولیت فعالیت‌های این بخش به عهده واحد توسعه شبکه/ گسترش در هر شهرستان بوده و موظف است با توجه به ضوابط و اصول ابلاغ شده و کسب اطلاعات 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 رییس گروه گسترش شبکه مرکز بهداشت استان/ معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده ارائه دهد تا برای بررسی، اصلاحات لازم و تصویب، به کمیته طرح‌های گسترش دانشگاه/ دانشکده ارائه گردد.

دو نوع کمیته بازنگری برای بررسی طرح‌های گسترش وجود دارد:

الف) کمیته بازنگری دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی با اعضای زیر:

- معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده (رییس کمیته)
- معاون توسعه مدیریت و منابع/ مدیر/ رییس گروه توسعه سازمان و تحول اداری دانشگاه/ دانشکده
- معاون فنی معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده
- معاون اجرایی معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده
- مدیر توسعه/ رییس گسترش شبکه معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده (دبیر کمیته)
- رییس مرکز بهداشت/ کارشناس مسئول توسعه شبکه شهرستان مورد بررسی

طرح‌های مصوب کمیته دانشگاهی به مرکز مدیریت شبکه وزارت متبوع به منظور طرح در کمیته کشوری ارسال می‌گردد. طرح/ طرح‌های پیشنهادی، پس از انطباق با ضوابط طرح‌های گسترش و در صورت نیاز از طریق بازدید میدانی، توسط مرکز مدیریت شبکه رد یا به تصویب نهایی خواهد رسید.

ب) کمیته بازنگری کشوری با اعضای زیر:

- رییس مرکز مدیریت شبکه وزارت متبوع (رییس کمیته)
- رییس گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبکه/ کارشناس مسوول ضوابط و استانداردهای نظام شبکه مرکز مدیریت شبکه
- رییس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- رییس گروه مهندسی سازمان و طراحی ساختار/ کارشناس مسئول مهندسی سازمان مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت متبوع
- معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

- مدیر/رئیس گروه توسعه شبکه دانشگاه/ دانشکده
 - مدیر/رئیس گروه توسعه سازمان و تحول اداری دانشگاه/ دانشکده
- پس از تایید طرح‌های گسترش شبکه توسط مرکز مدیریت شبکه و مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت متبوع، مراتب از طریق مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری به دانشگاه/ دانشکده به منظور طرح در هیات امنای هر دانشگاه/ دانشکده ارسال و پس از تصویب، معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/ دانشکده با هماهنگی معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده ملزم به اخذ مجوز جذب نیرو و راه اندازی واحدهای مصوب از طریق مکاتبه با معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت متبوع می‌باشد.

بخش ۴: ضوابط و استانداردهای واحدهای محیطی ارایه دهنده خدمت

ساختار اصلی موجود ارایه خدمات سطح اول شامل موارد زیر می‌باشد:

- خانه بهداشت
- پایگاه سلامت
- مرکز خدمات جامع سلامت

۱- خانه بهداشت

۱-۱- خانه‌های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور معمول برای حدود ۱۰۰۰ نفر (۸۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) راه اندازی خواهند شد. درمورد روستاهای با جمعیت کمتر از ۸۰۰ نفر و فواصل جغرافیایی آنها (تعریف شده در دستورعمل) تا نزدیکترین خانه بهداشت، دانشگاه/ دانشکده می‌تواند با ذکر دلایل توجیهی، پیشنهاد خود را به منظور بررسی و تصویب به مرکز مدیریت شبکه وزارت متبوع ارسال نمایند.

۱-۲- محاسبه حجم خدمات رایج خانه‌های بهداشت در سال‌های قبل و برآورد آن براساس نظرات کارشناسی در شرایط کنونی و براساس بسته‌های خدمت موجود، نشان می‌دهد که به طور متوسط یک بهورز می‌تواند خدمات مورد نیاز ۸۰۰ تا ۱۲۰۰ نفر جمعیت را در طول یک سال بطور فعال ارایه دهد.

۱-۳- بهورز مورد نیاز برای جمعیت بین ۸۰۰ تا ۱۲۰۰ نفر یک بهورز زن و یک بهورز مرد مشترک با خانه بهداشت مجاور در نظر گرفته می‌شود. چنانچه فاصله این خانه بهداشت با نزدیکترین خانه بهداشت مجاور بیشتر از نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد، یک بهورز مرد مستقل بکارگیری می‌شود.

۱-۴- برای جمعیت بیشتر از ۱۲۰۰ نفر تا سقف ۳۵۰۰ نفر بازای هر ۸۰۰ نفر جمعیت مازاد، یک بهورز زن/مرد اضافه خواهد شد و چنانچه وسعت روستا به گونه‌ای باشد که دسترسی مردم به خانه بهداشت تا بیش از یک ساعت پیاده‌روی و یا بیشتر از ۲۰ دقیقه با وسیله نقلیه معمول منطقه باشد، بهتر است دو خانه بهداشت در نظر گرفته شود و بهورز مرد را مشترک بین دو خانه بهداشت قرار داد.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

الف) اگر تعداد روستاهای دارای سکنه تحت پوشش هر خانه بهداشت از ۸ روستا بیشتر و مسیر و فاصله روستاها به گونه ای باشد که بازدید از ۳ روستا یا بیشتر در یک روز میسر نگردد، می بایست یک بهورز مرد به خانه بهداشت اضافه گردد.

ب) در خانه بهداشت‌های با جمعیت تحت پوشش بین ۵۰۰ تا ۸۰۰ نفر، یک پست بهورز باقی می‌ماند و مابقی پستها نشاندار^۱ می‌شود.

ج) خانه بهداشت‌های 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 بهداشت‌های مجاور آن (در صورت نیاز به بهورز) استفاده خواهد شد (پست بهورز نشاندار می‌شود).

د) در خانه بهداشت با جمعیت کمتر از ۸۰۰ نفر و دارای یک بهورز زن و یک بهورز مرد، اگر یکی از بهورزان بازنشسته شد، برای آن خانه، بهورز جایگزین استخدام نخواهد شد و پست بهورز دوم نشاندار و به واحد دیگری انتقال و یا به پست مورد نیاز دیگری در حوزه بهداشت تبدیل می‌شود.

ه) چنانچه تعداد جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت به کمتر از ۳۰۰ نفر برسد و فاصله روستاهای تحت پوشش کمتر از ۲۰ دقیقه با وسیله نقلیه جاری منطقه باشد، می بایست مدت فعالیت خانه بهداشت با جمعیت تحت پوشش متناسب شود. بدین صورت که بازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، یک روز کار در هفته و متناسب با دهگردشی تیم سلامت، برای بهورز تعیین شود و بقیه روزهای هفته وی در خانه بهداشت دیگر یا واحد دیگری با نظر مرکز بهداشت شهرستان فعالیت نماید. با کمتر شدن جمعیت، خانه بهداشت بتدریج (حداکثر به مدت 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:

❖ در صورت داشتن شرایط احراز سایر پست‌های سازمانی حوزه بهداشت، می تواند در همان شهرستان (در اولویت اول) یا شهرستان‌های مجاور همان دانشگاه/ دانشکده (در صورت بلاتصدی بودن پست و یا رضایت شاغل) تحت پوشش برای سایر شغل‌ها بکارگیری شود.

❖ بهورز به خانه بهداشت دیگری در همان شهرستان منتقل شود.

۵-۱- هیچ روستایی نباید به دلیل نداشتن خانه بهداشت از پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی محروم بماند. این محرومیت عمدتاً به ۲ علت ممکن است پیش آید: یکی کمبود جمعیت و دیگری نداشتن راه ارتباطی. به جبران این کمبود، در تعدادی از خانه‌های بهداشت، خدمت سیاری برای بهورز پیش بینی می‌شود که طی ابلاغ شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان بهورز مکلف به انجام تمامی وظایف خانه‌های بهداشت در محل تعیین شده است. بهورز می‌بایست برای آرایه خدمات بهداشت محیط، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت مادر و کودک، مشاوره فرزندآوری، مشاوره انصراف از سقط عمدی جنین، آرایه خدمت به گروه‌های سنی و ایمنسازی و ... به روستا سرکشی کند.

_ جمعیت هر خانه بهداشت شامل جمعیت روستای اصلی و روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش با تعاریف زیر می‌باشد:

^۱ پست نشاندار به پستی گویند که دیگر در آن واحد به آن نیازی نیست و با توجه به نیاز سایر واحدها، می‌توان آن را به واحد دیگر منتقل یا به پست مورد نظر تبدیل کرد.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

- روستای اصلی: روستای محل استقرار خانه/ خانه‌های بهداشت/ پایگاه سلامت روستایی است.
 - روستای قمر: به برخی از روستاها گفته می‌شود که محل استقرار خانه بهداشت نبوده ولی با فاصله کمتر از ۶ کیلومتر، تحت پوشش خانه بهداشت می‌باشد.
 - روستای سیاری: به برخی از روستاها گفته می‌شود که محل استقرار خانه بهداشت نبوده ولی بیشتر از ۶ کیلومتر با خانه بهداشت فاصله دارد. لیکن برای جمعیت این روستاها، خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری واحدهای ارایه دهنده خدمت) ارایه می‌گردد.
 - روستای مستقیم به شهر: روستاهایی هستند که مستقیماً و بدون واسطه خانه بهداشت در تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ شهری روستایی قرار دارند. معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده‌اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است، مستقیماً در پوشش نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت مستقر در منطقه شهری قرار می‌گیرند.
- توصیه می‌شود با مشارکت مردم در 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 ارایه خدمت به مردم وجود داشته باشد. در غیراینصورت، می‌توان از محلهایی مثل مسجد یا مدرسه و ... استفاده کرد. همچنین ارائه خدمات به جمعیت تحت پوشش روستاهای قمر و سیاری با لحاظ مسیر دسترسی و جمعیت گروه‌های هدف تعیین می‌گردد.
- به منظور حفظ جایگاه بهورز و روند ارایه خدمت در خانه‌های بهداشت، خانه بهداشت ضمیمه نباید درون ساختمان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی باشد. بر این اساس محل استقرار خانه بهداشت ضمیمه در فضای محوطه مرکز خدمات جامع سلامت و یا در روستای محل استقرار مرکز تعیین می‌گردد.
- ۶-۱- شرایط پیش بینی شده برای روستاهایی که دارای خانه بهداشت بوده و براساس مصوبه تقسیمات کشوری روستای اصلی، قمر و سیاری آن به نقطه شهری تبدیل شده اند:**
- در صورت وجود فضای فیزیکی دولتی، نیازی به حذف یا ادغام نیست، در این حالت این خانه بهداشت به انضمام روستاهای قمر و سیاری خود به پایگاه سلامت ستاره‌دار (به دلیل استقرار بهورز) تبدیل می‌شود و پست سازمانی بهورز نشاندار می‌گردد. در این صورت بهورز/ بهورزان نیز موظف هستند غیر از وظایف محوله، وظایف مراقب سلامت را بصورت فعال انجام دهند و نیاز به اضافه کردن پست مراقب سلامت نیست مگر اینکه در خانه بهداشت مورد نظر تعداد پست‌های بهورزی کمتر از حد استاندارد باشد که در این صورت پست مراقب سلامت ایجاد و یا پست‌های بلاتصدی بهورزی موجود تبدیل به پست مراقب سلامت می‌گردد.
 - در صورت عدم وجود فضای فیزیکی دولتی، خانه بهداشت حذف و یا ادغام می‌گردد و جمعیت روستای اصلی به همراه روستاهای قمر و سیاری آن تحت پوشش نزدیکترین پایگاه سلامت تابعه مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ شهری روستایی قرار می‌گیرد. در این صورت باید یکی از تصمیمات زیر در مورد بهورزان شاغل خانه بهداشت اتخاذ شود:
- اگر در فاصله نزدیک این منطقه (تا ۲۰ دقیقه با وسیله نقلیه معمول) پایگاه سلامت فعال وجود داشته باشد نیروهای این خانه بهداشت در آن پایگاه، ادغام می‌شود و کارکنان آن همچنان بصورت فعال در پایگاه سلامت مربوطه به خدمات خود ادامه می‌دهند.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

- در صورت عدم نیاز شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان و علاقه‌مندی بهورز/ بهورزان این خانه بهداشت برای انتقال به خانه بهداشت دیگری که به بهورز نیاز دارد، بر اساس ضوابط مربوطه انتقال بلامانع است.
- ۷-۱- شرایط پیش بینی شده برای روستاهایی که دارای خانه بهداشت بوده و براساس مصوبه تقسیمات کشوری روستای اصلی در شهر واقع شده ولی برخی از روستاهای قمر و سیاری آن همچنان در منطقه روستایی قرار دارند:
 - در صورت وجود شرایط ایجاد خانه بهداشت، خانه بهداشت جدیدی در یکی از روستاهای قمر ایجاد و راه اندازی شود تا روستاهای مورد نظر را تحت پوشش قرار دهد.
 - در صورت عدم وجود شرایط ایجاد خانه بهداشت جدید، می‌بایست روستاهای مزبور را تحت عنوان روستای قمر یا سیاری، در پوشش نزدیکترین خانه بهداشت قرار داد.
 - اگر هیچکدام از دو مورد فوق میسر نبود، جمعیت روستاهای مورد نظر به عنوان روستای مستقیم شهر، تحت پوشش نزدیکترین پایگاه سلامت تابعه مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ شهری روستایی قرار خواهند گرفت.
- ۸-۱- 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 اقدام به ایجاد و راه اندازی مرکز خدمات جامع سلامت شهری کرد.
- ۹-۱- خانه بهداشت در مناطق عشایری: خانه بهداشتی است که جمعیت عشایری (کوچنده) را تحت پوشش دارد و در محل اطراق چادرهای عشایری با چادرها/ کانکس‌های مخصوص یا بصورت ساختمان (عمدتاً در قشلاق) راه اندازی می‌شود. معمولاً بهورز/ بهورزان این خانه ها از همان عشایر برگزیده شده و همراه با کوچ ایل، جابجا می‌شوند. بدیهی است جمعیت عشایری می‌توانند خدمات خود را از نزدیکترین خانه بهداشت دریافت نمایند و این خانه‌های بهداشت جمعیت روستایی و عشایری را تحت پوشش دارند.
- ۹-۱-۱- عوامل تاثیر گذار بر ساختار واحد های ارایه مراقبت‌های بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر:
 - فاصله محل استقرار عشایر (چادر یا سرپناه موقت) نسبت به خانه بهداشت
 - تعداد خانوار
 - تعداد روزهای استقرار در چادر
 - مشترک یا متفاوت بودن استان محل ییلاق و قشلاق
 - فاصله زمانی طی شده بین استان‌های محل ییلاق و قشلاق و طول مسیر کوچ
 - نوع جاده مسیر کوچ (مال رو، خاکی، آسفالت)
 - تشابهات و اختلافات فرهنگی موجود میان ایل‌های همجوار مانند طایفه و تیره آنها
- ۹-۱-۲- شرایط ارایه خدمت در ایجاد خانه های بهداشت مناطق عشایری:
 - محل استقرار این خانه‌های بهداشت می‌بایست حداکثر در فاصله یک ساعت پیاده روی از چادرها و سرپناه- های موقت عشایر قرار داشته باشد.
 - تعداد خانوار عشایر مستقر در محل ۸۰ خانوار یا ۵۰۰ نفر باشد.
 - تعداد روزهای استقرار خانوارهای عشایر در سرپناه، حداقل ۳ ماه (۸۹ روز) باشد.
 - مدت زمان طی کردن مسیر کوچ خانوارهای عشایر ۲۰ روز باشد.

۱-۹-۳- ساز و کار در نظر گرفته شده برای ارایه مراقبت‌های بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر:

- چنانچه چادرهای عشایری در فاصله تا یک ساعت پیاده‌روی 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 قلمداد کرد. در این حالت، بازای هر ۸۰۰ نفر جمعیت عشایری تحت پوشش خدمات سیاری خانه بهداشت می‌توان یک بهورز (ترجیحاً مرد) به کارکنان خانه بهداشت اضافه کرد.
- خانه بهداشت مناطق عشایری تحت پوشش نزدیکترین مرکز روستایی یا شهری قرار خواهد گرفت و این خانه بهداشت نیز جزء خانه‌های بهداشت محل انجام دهگردشی تیم سلامت مرکز روستایی یا شهری خواهد بود.
- تامین ملزومات، داروها، واکسن و سایر امکانات مورد نیاز در خانه بهداشت مناطق عشایری توسط مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری مورد نظر در زمان استقرار در نزدیکی آن مرکز باید انجام شود.
- ایل قمر برای خانه بهداشت مناطق عشایری که در فاصله یک ساعت پیاده‌روی از محل خانه بهداشت مستقر شده‌اند و جمعیت آنها بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ نفر (۴۰ تا ۷۹ خانوار) می‌باشد، در نظر گرفته می‌شود.
- جذب بهورز خانه بهداشت مناطق عشایری از بین عشایری که ایل مربوط به آنها زمان طولانی‌تری در مناطق تحت پوشش آن دانشگاه/ دانشکده مستقر می‌باشد انجام می‌شود.

۱-۹-۴- ساماندهی مسیر کوچ عشایر: ارایه خدمت حین کوچ و ایجاد زیر ساخت‌ها و تاسیسات لازم و مناسب در مسیر کوچ و اطراق‌گاه‌ها به منظور تامین نیازهای عشایر و تسهیلات در امر کوچ از ضوابط ارایه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر است. بدین منظور چنانچه شرایط زیر برقرار باشد خانه بهداشت مناطق عشایری (کانکس یا چادر) در مسیر کوچ با ایل مربوطه منتقل خواهد شد:

- مدت زمان طی شدن مسیر کوچ بیش از ۲۰ روز باشد
 - جمعیت خانوارهای آنان بیش از ۳۵۰۰ نفر (۶۰۰ خانوار) باشد
 - نوع جاده مسیر کوچ، خاکی یا آسفالت باشد (مال رو نباشد)
- ۱-۹-۵- در صورت حرکت خانه بهداشت مناطق عشایری در مسیر کوچ، موارد زیر باید رعایت گردد:

- قرار گرفتن کانکس خانه بهداشت مناطق عشایری در نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری موجود در زمان ییلاق یا قشلاق
- پس از کوچ ایل مورد نظر، چنانچه مرکز خدمات جامع سلامت در نزدیکی محل استقرار کانکس (محل استقرار خانه بهداشت مناطق عشایری) وجود نداشت، می‌بایست کانکس به نزدیک‌ترین مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری انتقال یابد.

۱-۹-۶- جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت مناطق عشایری: خانه بهداشت مناطق عشایری برای حداقل ۵۰۰ نفر جمعیت عشایر کوچ‌رو، راه اندازی می‌شوند و حداقل دارای یک بهورز زن خواهند بود. با اضافه شدن ۲۵۰ تا ۵۰۰ نفر بعدی (تا ۱۰۰۰ نفر) یک بهورز (ترجیحاً مرد) به بهورزان خانه بهداشت مناطق عشایری اضافه خواهد شد. اضافه شدن تعداد بهورزان به بیش از دو بهورز تابع ضوابط خانه‌های بهداشت در مناطق غیر عشایری خواهد بود. بدیهی است بهورزان خانه بهداشت مناطق عشایری در مسیر کوچ، همراه ایل خواهند بود. به همین علت این بهورزان حتماً باید از میان افراد تحصیلکرده هر ایل انتخاب و آموزش‌های لازم و متناسب با نیازهای ایل به آنان داده شود (براساس ضوابط آموزش بهورزی).

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

تبصره ۱: در شرایطی که بازدید از بیش از ۳ ایل قمر در یک روز میسر نباشد، می‌بایست یک بهورز مرد برای خانه بهداشت مناطق عشایری در نظر گرفته شود.

تبصره ۲: جمعیت عشایری ساکن در هر استان در زمان اقامت در آن استان تحت پوشش برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده 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 ۳: کتب بهورزان خانه بهداشت مناطق عشایری، براساس نیازهای آنان طراحی می‌شود که این موضوع در زمان آموزش در مراکز آموزش بهورزی باید مورد توجه قرار گیرد.

۲- پایگاه سلامت: دو نوع پایگاه سلامت در نظام شبکه وجود دارد:

الف) پایگاه سلامت روستایی

ب) پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده

۲-۱- پایگاه سلامت روستایی: پایگاه سلامت روستایی همان خانه بهداشت روستایی است که جمعیت آن به ۳۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر افزایش یافته است. در این شرایط می‌توان برای روستای مزبور پایگاه سلامت ایجاد نمود یا در صورت وجود خانه بهداشت در آن روستا، خانه/ خانه‌های بهداشت موجود را به پایگاه سلامت روستایی تبدیل کرد. در این حالت بازای هر ۱۵۰۰ نفر جمعیت پایه، یک مراقب سلامت اختصاص داده می‌شود که حداقل یک نفر از مراقبین سلامت باید دانش آموخته رشته مامایی باشد و بازای اضافه شدن حداقل ۵۰ درصد جمعیت پایه، یک مراقب سلامت دیگر، به تشکیلات پایگاه سلامت روستایی اضافه خواهد شد.

در صورت کمبود پست بهورز در خانه بهداشت تبدیل شده به پایگاه سلامت ستاره دار یا پایگاه سلامت روستایی ایجاد می‌شود، در مورد تصویب پست مراقب سلامت (از طریق تبدیل پست بلا تصدی بهورزی و یا ایجاد پست جدید) تصمیم گیری خواهد شد. در غیر اینصورت پستهای بهورزان موجود نشاندار شده و بعد از خروج شاغل از تصدی، به پست مراقب سلامت تبدیل می‌گردند.

به منظور جلوگیری از انتقال پست بهورزان نشاندار به سایر بخش‌های دانشگاه/ دانشکده، باید در دفاتر گسترش شبکه، مشخص شود که عنوان پست نشاندار مورد نظر پس از بازنشسته شدن بهورز با مجوز مرکز مدیریت شبکه (وزارت بهداشت یا دانشگاه/ دانشکده) به مراقب سلامت یا پست مورد نیاز دیگری تغییر خواهد کرد.

۲-۲- پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده: متناظر با خانه بهداشت در مناطق روستایی، محیطی ترین واحد ارایه خدمات در نظام سلامت در مناطق شهری می‌باشد که بازای حداقل ۳۰۰۰ نفر جمعیت تشکیل شده و واجد استانداردهای لازم برای ارایه خدمات سطح یک بوده و اولین محل تماس ساکنین مناطق شهری با نظام شبکه بهداشت و درمان می‌باشد و نیروهای پزشک و مراقب سلامت/ ماما در این پایگاهها به ارایه خدمات تعریف شده در بسته خدمت مشغول می‌باشند. پایگاه برحسب محل استقرار نسبت به مرکز خدمات جامع سلامت، ضمیمه (داخل یا جنب مرکز) و غیرضمیمه (در فاصله قابل دسترس با مرکز) نامیده می‌شود. هر پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده شامل یک تیم متشکل از یک پزشک و دو مراقب سلامت/ ماما به شرح زیر می‌باشد:

- پزشک: یک نفر به ازای ۳۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش هر پایگاه، بکارگیری می‌شود.
- مراقب سلامت/ ماما: به ازای هر ۱۵۰۰ نفر یک مراقب سلامت/ ماما بکارگیری می‌شوند.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

تبصره ۱: بکارگیری حداقل یک نفر دانش آموخته رشته مامایی در هر تیم الزامی می باشد.

تبصره ۲: در پایگاه سلامت شهری یک اتاق مجزا جهت استقرار ماما و برای ارائه خدمات مادر و کودک در نظر گرفته شود.

تبصره ۳: در صورتیکه در فضای فیزیکی پایگاه، بیش از یک تیم پزشکی خانواده مستقر شود، تحت عنوان پایگاه جمعیتی پزشکی خانواده نامیده می شود.

۳- مرکز خدمات جامع سلامت: دو نوع مرکز خدمات جامع سلامت در نظام شبکه وجود دارد:

الف) مرکز خدمات جامع سلامت روستایی

ب) مرکز خدمات جامع سلامت شهری

در مواردی که مراکز خدمات جامع سلامت شهری، علاوه بر جمعیت شهری، تعدادی از جمعیت روستایی را با واسطه خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی تحت پوشش خود دارند، عنوان مرکز خدمات سلامت جامع شهری - روستایی به آنان تعلق می گیرد.

۳-۱- مرکز خدمات جامع سلامت روستایی: مراکزی مستقر در مناطق روستایی هستند که با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی برای ۸۰۰۰ نفر جمعیت (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر) راه اندازی می شوند و یک تا چند خانه بهداشت و پایگاه سلامت روستایی را تحت پوشش دارند. این مراکز با مسئولیت پزشک به همراه سایر اعضای تیم سلامت، خدمات سطح اول را به جمعیت تعریف شده روستایی و عشایری ارائه می دهند.

۳-۱-۱- در راه اندازی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی، می بایست به تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش هر مرکز نیز توجه کرد. تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش مراکز روستایی باید در حدی باشد که تیم سلامت، قادر به انجام دهگردشی در زمان در نظر گرفته شده در دستورعمل برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده، باشند.

۳-۱-۲- 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 توجیه اقتصادی - راهبرد درستی نیست. در چنین شرایطی یا از استراتژی محدود کردن کارکنان براساس جدول برآورد نیروی انسانی موردنیاز مراکز روستایی برای تامین نیروی انسانی این مراکز استفاده شود 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 فضا (با لحاظ حفظ حریم خصوصی مراجعه کننده) تجهیزات مناسب برای ارائه خدمت پزشک و تیم همراه وی در روزهایی از هفته، فراهم شود. در صورت وجود منابع مالی، در همه خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت روستایی لازم است محلی برای ویزیت پزشک و تیم همراه وی در دهگردشی ها تامین گردد.

۳-۱-۳- نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت روستایی

- **پزشک:** بازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت یک پزشک اختصاص می یابد. چنانچه تا ۵۰٪ جمعیت تعیین شده برای یک پزشک به جمعیت کل مرکز اضافه شد، پزشک دوم تعیین می گردد.
- **کارشناس سلامت روان:** تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کارشناس سلامت روان، حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارائه خدمت می نماید.
- **کارشناس تغذیه:** تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کارشناس تغذیه (دارای نظام تغذیه)، حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارائه خدمت می نماید.
- **دندانپزشک:** تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک دندانپزشک حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارائه خدمت می نماید.
- **کاردان بهداشت دهان (مراقب سلامت دهان):** تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کاردان بهداشت دهان (مراقب سلامت دهان) حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارائه خدمت می نماید.
- تبصره: اگر در منطقه، بخش غیردولتی فعال وجود داشته باشد می توان برای ارایه بسته خدمات، از بخش غیردولتی خرید خدمت کرد.
- **ماما:** تا ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز یک نفر ماما تعیین می شود. حداقل جمعیت مورد نظر برای بکارگیری مامای دوم معادل ۵۰٪ جمعیت پایه تعیین می گردد.
- **بهبیار/ پرستار:** تا ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز یک نفر بهیار/ پرستار تعیین می شود. بکارگیری نفر دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است. در چنین مواردی، حتی الامکان یکی از پرستاران مرد و دیگری زن باشد.
- **کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی:** برای ارائه خدمات آزمایشگاهی به ازای حداکثر تا ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز روستایی، یک کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی تعیین می گردد. در صورتیکه مرکز ارائه خدمت فاقد آزمایشگاه فعال و یا در فاصله بیشتر از نیم ساعت با خودرو تا واحد آزمایشگاهی دولتی باشد، بازای هر ۲۰ هزار نفر جمعیت (حداکثر برای سه مرکز)، یک نیروی کاردان/ کارشناس آزمایشگاه به عنوان نمونه گیر به پست های سازمانی در نزدیکترین مرکز دارای آزمایشگاه فعال اضافه می شود. برای جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر نمونه گیر یک روز در هفته در مرکز حضور خواهد داشت و پس از آن به ازای هر ۲۰۰۰ نفر جمعیت اضافه یک روز به حضور نمونه گیر اضافه می گردد. در مناطق با شیوع بالای بیماریهای منتقله توسط ناقلین، با تایید کمیته کشوری نسبت به افزایش پست نیروی کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تصمیم گیری خواهد شد. ارائه خدمات آزمایشگاهی به جمعیت تحت پوشش، بر اساس دستور عمل استقرار شبکه آزمایشگاهی خواهد بود.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

تبصره: سطوح ارائه خدمات آزمایشگاهی شامل واحد نمونه گیری، آزمایشگاه میانی و آزمایشگاه/آزمایشگاههای مرکزی طبق "شیوه نامه ابلاغی استقرار شبکه آزمایشگاهی" آزمایشگاه مرجع سلامت می باشد.

- **کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی):** 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، یک کاردان یا کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی) در مرکز تعیین می گردد.

(۱) **کارشناس ناظر بیماریها:** در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی بازای هر ۳ تا ۴ خانه بهداشت تحت پوشش (اعم از ضمیمه و غیرضمیمه)، یک کارشناس ناظر بیماریها حضور خواهد داشت. با اضافه شدن تعداد خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت روستایی تحت پوشش مرکز به تعداد کارشناس ناظر بیماریها اضافه خواهد شد. این کارشناس وظیفه انجام اقدامات هماهنگی، تحلیل وضعیت موجود و شاخص های آماری، نظارت، پایش و گزارش دهی، نیازسنجی آموزشی و توانمندسازی، جلب مشارکت ذی نقشان، پیگیری و تأمین اقلام مورد نیاز در برنامه ها و طراحی و اجرای مداخلات مورد نیاز در برنامه های بیماری های واگیر، غیرواگیر، مدیریت خطر بلایا و حوادث، آموزش بهداشت را بر عهده خواهد داشت.

- **کارشناس بهداشت محیط:** بازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز وجود داشته باشد.

- **کارشناس بهداشت حرفه ای:** بازای هر ۲۵۰ تا ۳۰۰ واحد کارگاهی کارشناس بهداشت حرفه ای بکارگیری می گردد.

- **کارشناس فناوری اطلاعات سلامت/ کارشناس فناوری اطلاعات:** در مراکز روستایی، یک نفر برای تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش تحت عنوان کارشناس فناوری اطلاعات سلامت در نظر گرفته می شود. اولویت جذب با کارشناس فناوری اطلاعات سلامت می باشد.

تبصره ۱: 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 تأمین گردد. چنانچه تعداد پزشک 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. همچنین بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک نفر نگهبان / سرایدار تعیین می شود.

تبصره ۲: برای مراکز مستقر در مناطق شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر (از نظر نیروی انسانی) باید تمام ضوابط مراکز خدمات جامع سلامت روستایی لحاظ گردد.

۳-۱-۴- تعیین تکلیف مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و خانه های بهداشت تابعه ی آن که براساس مصوبه تقسیمات کشوری محل استقرار آن به نقطه شهری تبدیل شده به شرح زیر می باشد:

الف) مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

- (۱) مرکز خدمات جامع سلامت روستایی به مرکز شهری/شهری روستایی تبدیل خواهد شد.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

۲) کارکنان بهداشتی موجود در مرکز در حکم کارکنان یک مرکز شهری تلقی می‌شوند و همانند قبل وظیفه ارایه خدمت، کنترل و نظارت واحدهای تحت پوشش خود را بر عهده خواهند داشت.

تبصره: چنانچه مرکز روستایی به مرکز شهری تبدیل گردید ملزم به رعایت دستورعمل اجرایی برنامه پزشکی خانواده روستایی می‌باشد.

ب) خانه های بهداشت تابعه مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

۱) خانه بهداشت ضمیمه مرکز به پایگاه سلامت ضمیمه تبدیل خواهد شد و اگر هنوز بهورز بومی در این پایگاه شاغل باشد ضمن ارایه خدمات فعال، عنوان خانه بهداشت مزبور به پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده ستاره دار (به دلیل حضور بهورز) تغییر خواهد کرد.

تبصره: در موارد تبدیل خانه بهداشت به پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده، در صورت عدم دسترسی به خانه بهداشت یا مرکز روستایی، جمعیت روستاهای اقماری/ سیاری، تحت پوشش پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده مزبور قرار خواهند گرفت. بدیهی است با تبدیل خانه بهداشت به پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده و بکارگیری مراقب سلامت در پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده، جهت پیشگیری از اختلال در روند ارائه خدمت به جمعیت تحت پوشش روستاهای اقماری و سیاری، لازم است در شرح وظایف مراقب سلامت کلیه وظایف بهورز نیز تعریف گردد.

۲) سایر خانه های بهداشت (غیر ضمیمه) تحت پوشش مرکز، تابع یکی از شرایط زیر خواهند بود:

➤ خانه‌های بهداشتی که روستای محل استقرار آنان هنوز منطقه روستایی است در صورت وجود شرط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی نسبت به مرکز مزبور، میتواند در دفتر طرح گسترش شبکه شهرستان در زیر مجموعه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی دیگری قرار داده شوند.

➤ خانه‌های بهداشتی که روستای محل استقرار آنان هنوز منطقه روستایی است و با این تغییر نیز هنوز تحت پوشش این مرکز باقی می‌مانند. در این حالت، مرکز عنوان مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی خواهد داشت و پزشک و نیروهای بهداشتی مرکز موظف به بازدید از خانه های بهداشت تحت پوشش خود هستند.

➤ روستای محل استقرار خانه های بهداشت غیر ضمیمه 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.

۳-۱-۵- شرایط پیش بینی شده برای مراکز خدمات جامع سلامت فعال روستایی با جمعیت تحت پوشش کمتر از ۴۰۰۰ نفر:

در مراکز روستایی فعالی که به دلیل روند کاهش جمعیت، جمعیت تحت پوشش آن کمتر از ۴۰۰۰ نفر می‌گردد، مطابق شرایط زیر تصمیم‌گیری می‌شود:

۱) در مراکز با جمعیت ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر، با در نظر گرفتن اصول و استانداردهای نظام شبکه، نسبت به نحوه‌ی ادامه فعالیت مرکز، در کمیته بازنگری دانشگاهی تصمیم‌گیری شود.

۲) در مراکز با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر، در صورت دسترسی به مراکز مجاور، نسبت به ادغام تدریجی مرکز مورد نظر اقدام گردد، در غیر این صورت مطابق دستور عمل اجرایی برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده، پزشک 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.

تبصره: شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است با توجه به مسئولیت سازمان اورژانس کشوری، بین پایگاه‌های اورژانس بین جاده ای و مراکز خدمات جامع سلامت روستایی هماهنگی لازم را برای اعزام بیماران نیازمند، برقرار کند. در مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی منتخب و مراکز دارای تسهیلات زایمانی، استقرار پایگاه اورژانس الزامی است. در صورت وجود فضای فیزیکی مازاد در مرکز، پایگاه اورژانس بین جاده ای می‌تواند در فضای فیزیکی مرکز استقرار یابد.

۲-۳- مرکز خدمات جامع سلامت شهری/شهری روستایی: مراکز خدمات جامع سلامت شهری با رعایت

شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۴۰۰۰۰ نفر جمعیت (۲۰ تا ۶۰ هزار نفر) و در کلانشهرها بطور متوسط برای ۶۰ هزار نفر (۲۰ تا ۱۰۰ هزار نفر) راه اندازی می‌شوند. مراکز خدمات جامع سلامت شهری، مراکزی مستقر در منطقه شهری یا حاشیه شهرها هستند. در هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری خدمات مدیریتی، نظارتی و بهداشتی درمانی و مشاوره و آموزش سلامت ارائه می‌گردد. در مراکز خدمات جامع سلامت شهری/شهری روستایی مجری برنامه بیمه روستایی، ضوابط برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی اجرا می‌گردد.

الف) در مراکز شهری/شهری روستایی مجری برنامه بیمه روستایی، ضوابط برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی اجرا می‌گردد.

ب) در مراکز شهری روستایی غیر مجری برنامه بیمه روستایی، برای جمعیت روستایی ضوابط برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی و برای جمعیت شهری ضوابط مراکز خدمات جامع سلامت شهری اجرا می‌گردد.

۳-۲-۱- نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت شهری/شهری روستایی:

- **پزشک:** یک نفر پزشک به عنوان مسئول فنی (ترجیحاً متخصص پزشکی خانواده، پزشک عمومی با سابقه ماندگاری بیشتر و دارای مدرک MPH) بکارگیری می‌شود.
- **دندانپزشک:** در مراکز خدمات جامع سلامت شهری بازای هر ۴۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش، یک دندانپزشک حضور خواهد داشت.
- **کاردان بهداشت دهان (مراقب سلامت دهان):** بازای هر ۴۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک کاردان بهداشت دهان (مراقب سلامت دهان) حضور خواهد داشت.
- **کارشناس سلامت روان:** بازای هر ۲۰ هزار نفر جمعیت یک کارشناس یا کارشناس ارشد سلامت روان، برای ارائه خدمات مشاوره روانشناسی، قبول ارجاعات و خدمات مربوط به جامعه تحت پوشش حضور خواهند داشت، که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترسی (نیم ساعت با خودرو) ارائه خدمت می نماید. بکارگیری کارشناس دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.
- **کارشناس تغذیه:** بازای هر ۲۰ هزار نفر جمعیت یک کارشناس یا کارشناس ارشد تغذیه (دارای نظام تغذیه)، خدمات تغذیه ای و رژیم درمانی، قبول ارجاعات و خدمات مربوط به جامعه تحت پوشش حضور خواهند داشت. که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترسی (نیم ساعت با خودرو) ارائه خدمت می نماید. بکارگیری کارشناس دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.
- **کاردان/کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی:** در صورت نبود واحد ارائه خدمات آزمایشگاهی دولتی در منطقه، در صورتی که فاصله مرکز خدمات جامع سلامت شهری تا نزدیک ترین آزمایشگاه میانی بیشتر از

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد، لازم است آن مرکز مجهز به واحد نمونه گیری گردد. در این شرایط، بازای جمعیت تحت پوشش ۴۰ هزار نفر، یک کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی برای یک یا چند مرکز تعیین می گردد. نمونه گیری و مسئولیت انتقال نمونه های آزمایشگاهی به عهده نیروی مذکور می باشد.

- **کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی):** 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، یک کارشناس پرتوشناسی در مرکز تعیین می گردد.

- **کارشناس بهداشت محیط:** بازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک نیروی کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز وجود داشته باشد.

- **کارشناس بهداشت حرفه ای:** بازای هر ۲۵۰ تا ۳۰۰ واحد کارگاهی باید یک نیروی کارشناس بهداشت حرفه ای وجود داشته باشد.

- **کارشناس ناظر بیماریها:** بازای هر ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ شهری روستایی یک کارشناس ناظر بیماریها بکارگیری می شود. بکارگیری کارشناس دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است. در مراکز شهری روستایی در صورت وجود بیش از یک خانه بهداشت/ پایگاه سلامت روستایی به ازای هر ۳ تا ۴ خانه بهداشت/ پایگاه روستایی یک کارشناس دیگر اضافه می گردد. این کارشناس وظیفه انجام اقدامات هماهنگی، تحلیل وضعیت موجود و شاخص های آماری، نظارت، پایش و گزارش دهی، نیازسنجی آموزشی و توانمندسازی، جلب مشارکت ذی نقشان، پیگیری و تأمین اقلام مورد نیاز در برنامه ها و طراحی و اجرای مداخلات مورد نیاز در برنامه های بیماری های واگیر، غیرواگیر، مدیریت خطر بلایا و حوادث، آموزش بهداشت را بر عهده خواهد داشت.

- **کارشناس فناوری اطلاعات سلامت / کارشناس فناوری اطلاعات:** در مراکز شهری، یک نفر برای تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش تحت عنوان کارشناس فناوری اطلاعات سلامت/ کارشناس فناوری اطلاعات در نظر گرفته می شود. اولویت جذب با کارشناس فناوری اطلاعات سلامت می باشد.

- **تبصره ۱:** چنانچه مرکز شهری یک یا چند خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی/ پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده در پوشش دارد، برای انجام دهگردشی، باید خودرو مناسب و راننده داشته باشد. درضمن، بازای هر دو تا سه تیم بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای و کارشناس تغذیه و سلامت روان که باید به منطقه و پایگاه های سلامت تحت پوشش نظارت داشته باشند، یک راننده با خودرو در نظر گرفته می شود. همچنین جهت نظافت و نگهداری فضای فیزیکی و تجهیزات از طریق شرکت های خصوصی، خرید خدمت می شود.

- **تبصره ۲:** در صورت وجود پست پرستار/ بهیار (با تصدی یا بدون تصدی)، در مراکز خدمات جامع سلامت شهری، این پستها می بایست به پایگاههای تحت پوشش انتقال داده شوند.

بخش ۵- واحد های تابعه مراکز خدمات جامع سلامت:

۱- واحد تسهیلات زایمانی

در راستای تامین دسترسی زنان باردار در مدت یک ساعت با وسیله نقلیه معمول به خدمات زایشگاهی ایمن و استاندارد، واحدهای تسهیلات زایمانی (با توجه به استانداردهای سطح بندی ارائه خدمات) تعیین می گردد. براین اساس فاصله واحدهای ارائه خدمت از خدمات زایشگاهی ایمن (تسهیلات زایمانی، پایگاه اورژانس ۱۱۵ و بیمارستان) حداکثر تا یک ساعت با وسیله نقلیه معمول تعیین می گردد.

- ۱-۱- واحد تسهیلات زایمانی حتما باید در جوار یک مرکز شبانه روزی قرار داشته باشد و چنانچه در آن منطقه مرکز شبانه روزی وجود نداشته باشد، می بایست واحد تسهیلات زایمانی برای مراکز عادی نیز، مشروط به داشتن پزشک بیتوته و تکمیل تجهیزات و فضای فیزیکی مورد نیاز ایجاد گردد.
- ۲-۱- این واحدها مجهز به یک دستگاه آمبولانس با شرایط اعزام خواهند بود. چنانچه مورد اعزام مادر باردار توسط آمبولانس فوریت های ۱۱۵ پیش بیاید، مامای تسهیلات زایمانی در شیفت مربوطه در موارد لزوم مطابق با بسته خدمتی مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران موظف به همراهی کردن مادر باردار است. نیروی انسانی واحد تسهیلات زایمانی عبارتند از:

- ماما ۴ نفر
- راننده آمبولانس (تکنسین فوریت ها) ۳ نفر
- خدمتگزار ۲ نفر

۲- واحد ازدواج باروری سالم و فرزندآوری

۱-۲- در مراکز خدمات جامع سلامت بر اساس قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت دارای واحد ازدواج، باروری سالم و فرزندآوری جهت آموزش زمان ازدواج و آموزش در مباحث سلامت جنسی و باروری و عوارض پیشگیری از بارداری؛ مهارت های زندگی و خانوادگی؛ اخلاق، احکام و حقوق، حرمت و قبح سقط جنین؛ فرزند آوری و فوائد بارداری و همچنین ارائه خدمات حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک از جمله مشاوره و آموزش کلاس های آمادگی برای زایمان، شیردهی و تکامل کودک، پست های زیر می بایست به سایر پست های مرکز مربوطه اضافه شود:

- در شهرستان های بین ۳۰۰ هزار تا ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در یکی از مراکز خدمات جامع سلامت شهری، به تشکیلات مصوب، یک ردیف پست سازمانی آموزش ازدواج زن (بهداشت عمومی / ماما) و یک ردیف پست سازمانی آموزش ازدواج مرد (بهداشت عمومی) اضافه گردد.
- در شهرستان های بین ۱۰۰ هزار تا ۵۰۰ هزار نفر جمعیت در دو مرکز خدمات جامع سلامت شهری با فاصله جغرافیایی منطقی، به تشکیلات مصوب، یک ردیف پست سازمانی آموزش ازدواج زن (بهداشت عمومی / ماما) و یک ردیف پست سازمانی آموزش ازدواج مرد (بهداشت عمومی) اضافه گردد.
- در شهرستان های با جمعیت بیشتر از ۵۰۰ هزار نفر، بازای هر ۲۵۰ هزار نفر اضافی علاوه بر دو مرکز قبلی، در یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری دیگر با فاصله جغرافیایی منطقی، به تشکیلات مصوب، یک ردیف

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

پست سازمانی آموزش ازدواج زن (بهداشت عمومی/ ماما) و یک ردیف پست سازمانی آموزش ازدواج مرد (بهداشت عمومی) اضافه گردد.

- برای شهرستان‌های با جمعیت کمتر از ۳۰ هزار نفر دو نفر از پرسنل موجود، آموزش‌های لازم را دریافت کنند.

۲-۲- جهت ارائه خدمات مشاوره ژنتیک و غربالگری ژنتیکی هنگام ازدواج با حفظ ضوابط جمعیتی فوق الذکر، یک ردیف پست پزشک و یک ردیف پست سازمانی کارشناس (بهداشت عمومی/ ماما) اضافه می‌گردد.

۳-۲- در مراکز خدمات جامع سلامت واجد خدمات غربالگری شنوایی و بینایی، به ازای جمعیت تا ۳۰۰ هزار نفر، هر کدام یک پست کارشناس شنوایی شناس و یک پست کارشناس بینایی سنج در نظر گرفته می‌شود. کارشناس بعدی با اضافه شدن ۵۰ درصد جمعیت، اضافه می‌گردد.

۳- واحد مراقبت و پیشگیری از هاری

بازای هر مرکز بهداشت شهرستان تا ۵۰۰ هزار نفر جمعیت یک واحد مراقبت و پیشگیری از هاری در یکی از مراکز خدمات جامع سلامت تعیین می‌گردد. به شرط افزایش ۵۰٪ جمعیت پایه، واحد بعدی راه اندازی می‌گردد. علاوه بر پست‌های موجود مرکز مربوطه، پست‌های زیر اضافه می‌شود:

- کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریها ۳ نفر

نکته: پزشک مرکز بصورت آنکال از مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه تعیین گشته و در بکارگیری نیروی کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریها، حداقل یک زن و یک مرد انتخاب می‌گردد.

۴- واحد سلامت روانی- اجتماعی

۴-۱- در هر شهرستان در یکی از مراکز خدمات جامع سلامت، یک واحد سلامت روانی اجتماعی تعیین می‌گردد و برای شهرستانهای بالاتر از ۳۰۰ هزار نفر جمعیت بازای هر ۳۰۰ هزار نفر، یک واحد دیگر اضافه می‌گردد. محل انتخابی ترجیحاً باید دسترسی عادلانه و سریع را برای کل شهرستان فراهم آورد. ارجاعات از مراکز خدمات جامع سلامت شهری/ روستایی، بیمارستان روانپزشکی و بخش روانپزشکی بیمارستان‌های شهرستان به صورت مستقیم و نیز از مراکز بهزیستی، اداره کل آموزش و پرورش شهرستان و سایر دستگاهها در چارچوب عقد تفاهم نامه به صورت غیرمستقیم انجام می‌شود. ارجاع به سطوح تخصصی و سایر دستگاههای خدماتی و حمایت اجتماعی مانند بهزیستی و کمیته امداد نیز با محوریت مددکار اجتماعی فرمانداری تعریف شده است. علاوه بر نیروهای مرکز خدمات جامع سلامت، نیروی انسانی واحد سلامت روانی اجتماعی شامل موارد زیر می‌باشد:

- پزشک (دوره دیده) ۱ نفر
- کارشناس سلامت روان ۲-۵ نفر
- مددکار اجتماعی ۱ نفر
- کار درمانگر ۱ نفر

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

- ۲-۴- تعداد کارشناس سلامت روان در جمعیت کمتر از ۱۲۰ هزار نفر، ۲ نفر، در جمعیت ۱۲۰-۱۸۰ هزار نفر سه نفر، در جمعیت ۱۸۰-۲۴۰ هزار نفر چهار نفر و در جمعیت بیشتر از ۲۴۰ هزار نفر ۵ نفر تعیین می گردد.
- ۳-۴- به نیروهای واحد فوق، یک متخصص اعصاب و روان با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده اضافه می گردد. لازم به ذکر است، تامین نیروی متخصص اعصاب و روان از طریق معاونت درمان می باشد.
- ۴-۴- بازای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت شهری نیروهای زیر جهت ارائه خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اختلال مصرف مواد به واحد فوق اضافه می گردد:
- پزشک ۱ نفر
 - مراقب سلامت (بهداشت عمومی با گرایش خانواده/ بیماری ها) / پرستار/ هوشبری/ اتاق عمل) ۲ نفر
 - تیم سیاری (شامل نیروی بهداشتی یا افراد همسان از طریق خرید خدمت) ۲ نفر
 - خدمتگذار (از طریق خرید خدمت) ۱ نفر
- ۵-۴- بازای هر واحد سلامت روانی اجتماعی، به جهت ارائه خدمات مشاوره و درمان مصرف دخانیات، یک کارشناس سلامت روان به نیروهای واحد مزبور اضافه می گردد.

بخش ۶- عناوین مراکز خدمات جامع سلامت بر اساس ویژگی

برخی از مراکز خدمات جامع سلامت بر اساس ویژگی های منطقه ای، جمعیتی، نیازهای آموزشی و دارای عناوینی به شرح زیر می باشند:

۱- **مرکز 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 آنها 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. 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. ۱-۱- ایجاد مراکز شبانه-روزی، وجود همزمان 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 راه اندازی و فعال گردد، مرکز مزبور به مرکز تک نوبته تبدیل می شود و نیروهای مازاد آن باید به مراکز دیگر مورد نیاز شهرستان منتقل شده یا ردیف آنها نشاندار گردد.

۲-۱- در صورت نبودن همزمان دو شرط جمعیت بیش از ۱۲ هزار نفر و فاصله محل استقرار آنان تا اولین مرکز خدمات بستری با خودرو بیش از نیم ساعت و در صورت بیتوته نبودن مرکز، ایجاد مرکز شبانه روزی میسر نبوده و در این صورت در مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی و روستایی تک نوبته، در صورت نیاز، می توان اقدام به افزایش ساعت فعالیت مرکز از تک نوبت به ۱۶ ساعته و یا امکان سنجی به منظور استقرار پزشک بیتوته (بر اساس

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

دستور عمل برنامه بیمه روستایی) نمود. لازم به ذکر است که ساعات فعالیت مراکز ۱۶ ساعته با توجه به تعداد مراجعین بابت دریافت خدمات درمانی توسط کمیته بازنگری دانشگاهی تعیین می گردد.

۱-۳- در صورت نبود وجود همزمان دو شرط جمعیت بیش از ۱۲ هزار نفر و فاصله محل استقرار آنان تا اولین مرکز خدمات بستری با خودرو بیش از نیم ساعت و در صورت بیتوته بودن مرکز برای تبدیل مراکز بیتوته به مراکز شبانه-روزی، لازم است در طی یک سال متوسط روزانه مراجعه بیماران در خارج از ساعات اداری (عصر و شب) ۱۰ نفر باشد. چنانچه متوسط روزانه مراجعه بیماران در خارج از ساعات اداری (عصر و شب) به مرکز خدمات جامع شبانه‌روزی مصوب فعال به کمتر از ۱۰ نفر برسد، مرکز مزبور می‌تواند با پیشنهاد کمیته بازنگری دانشگاه مربوطه به مرکز بیتوته/ ۱۶ ساعته/ عادی تبدیل شده و نیروهای مازاد آن به مراکز دیگر مورد نیاز در همان شهرستان منتقل شده یا ردیف آنها نشاندار گردد. در تمامی موارد فوق اخذ تاییدیه از مرکز مدیریت شبکه الزامی است.

۱-۴- نیروی انسانی مراکز شبانه روزی:

- پزشک عمومی ۴ پزشک و بالای ۱۴ هزار نفر ۵ پزشک
- پرستار یا بهیار ۴ نفر
- کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی ۳ نفر
- کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی) ۳ نفر
- کارشناس فناوری اطلاعات سلامت/ کارشناس فناوری اطلاعات ۳ نفر
- نگهبان/ سرایدار ۲ نفر
- ماما مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- دندانپزشک مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کاردان بهداشت دهان (مراقب سلامت دهان) مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کارشناس بهداشت محیط مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کارشناس بهداشت حرفه‌ای مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کارشناس سلامت روان مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کارشناس تغذیه مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کارشناس ناظر بیماریها مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- راننده مطابق ضوابط تعریف شده

۲- مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی: به منظور آموزش دستیاران تخصصی پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی، دانشجویان پزشکی عمومی و سایر رشته های حیطه سلامت و نیز کارکنان نظام سلامت برخی از مراکز خدمات جامع سلامت، به عنوان مرکز آموزشی تعیین می گردند.

به این منظور بازای هر شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان، یک مرکز خدمات جامع سلامت (با اولویت شهری روستایی) با پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده و خانه بهداشت ضمیمه آن تعیین می گردد.

اضافه شدن مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی بازای ورودی دانشجو، مطابق با شیوه نامه مربوطه و با تایید کمیته بازنگری خواهد بود.

تامین نیروی انسانی متخصص، فضای فیزیکی و تجهیزات آموزشی مورد نیاز نیز مطابق با شیوه نامه مربوطه می باشد.

۳- مرکز خدمات جامع سلامت بحران: از آنجا که کشور در مواجهه دایمی با بحران ها و بیماری های مختلف است و امکان شیوع بیماری های 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 با عنوان مراکز خدمات جامع سلامت بحران تعیین می گردند. این مراکز در شرایط عادی همانند سایر مراکز فعالیت می کنند ولی در زمان بحران براساس نوع بحران باید خدمات تعریف شده ای متناسب با شرایط پیش آمده را نیز ارایه دهند. لازم است برای فعالیت این مراکز شرایط زیر در نظر گرفته شود:

- مراکز خدمات جامع سلامت 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.
- ساعت کاری متناسب با شرایط پیش آمده، تعیین می گردد.
- مسیر ورودی و خروجی آن برای ارایه خدمات جاری و ارایه خدمات در زمان بحران جدا در نظر گرفته شود.
- قرار گرفتن در موقعیت جغرافیایی که تضمین کننده بالاترین سطح دسترسی مردم منطقه باشد.
- بیمارستان مرجع هریک از مراکز خدمات جامع سلامت بحران با هماهنگی معاونت درمان تعیین گردد.
- مسیر ارجاع سریع افراد واجد شرایط از مراکز خدمات جامع سلامت بحران به بیمارستان مرجع تعریف گردد.
- مراکزی که بهترین وضعیت ممکن از نظر دسترسی، فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی را دارند، در اولویت راه اندازی مراکز خدمات جامع سلامت بحران قرار گیرد.

۳-۱- در مناطق روستایی: مراکز خدمات جامع سلامت که در دفاتر طرح گسترش شبکه به عنوان مرکز شبانه روزی تعریف شده اند، به عنوان و مراکز خدمات جامع سلامت بحران 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 مرکز خدمات جامع سلامت روستایی عادی با مراکز خدمات جامع سلامت بحران (در روستا و یا شهر)، بیش از یک ساعت با خودرو باشد، یکی از مراکز روستایی با مجوز مرکز مدیریت شبکه می تواند به مراکز خدمات جامع سلامت بحران تبدیل گردد.

۳-۲- 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، بعنوان مراکز خدمات جامع سلامت بحران تعیین شود. در صورت وجود مرکز شبانه روزی واجد شرایط (از نظر دسترسی جغرافیایی و شرایط فیزیکی و نیروی انسانی)، می بایست این مرکز به عنوان مراکز خدمات جامع سلامت 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 از سایر قسمت‌های مرکز، به ترتیبی که ورودی و خروجی متفاوت داشته باشد، در نظر گرفته می‌شود.

- در شهرستان‌های با جمعیت شهری ۱۰۰۰۰۰ نفر و بالاتر:
یکی از هر سه مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا بازای هر ۱۵۰۰۰۰ 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 مراکز خدمات جامع سلامت شهری بحران تعیین می‌گردد تا در شرایط خاص و براساس ابلاغ وزارت متبوع، به ارایه خدمات مربوطه بپردازد. نیروی انسانی موردنیاز در شرایط خاص و برحسب نوع بحران تعیین و از طریق جابجایی موقت نیرو از سایر واحدهای ارایه خدمت یا از طریق خرید خدمت تامین خواهد شد. در صورت وجود مرکز شبانه روزی با شرایط دسترسی مناسب، می بایست همین مرکز به عنوان مراکز خدمات جامع سلامت بحران تعیین گردد.

تبصره: در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت بحران، در صورت لزوم می‌بایست نیروهای مورد نیاز مراکز خدمات جامع سلامت بحران (پزشک، پرستار یا مراقب، نمونه گیر، کارشناس فناوری اطلاعات سلامت و نگهبان)، به مرکز اضافه گردد و سایر قسمت‌های مرکز باید فعالیت‌های عادی خود را براساس بسته خدمت ارایه نمایند.

- ۴- **مرکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی منتخب:** همان مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی هستند که مطابق با آیین نامه مربوطه مجوز آن اخذ می‌شود. این مراکز در شهرستان‌های با جمعیت ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر فاقد بیمارستان واقع شده و تا اولین و نزدیکترین بیمارستان بیش از نیم ساعت با خودرو فاصله دارند و علاوه بر خدمات جاری مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی، خدمات ویزیت تخصصی سرپایی، فوریت‌های پزشکی (اورژانس) و انتقال و اعزام بیماران اورژانسی بصورت ۲۴ ساعته را ارایه می‌دهند. همچنین خدمات دورپزشکی در صورت ابلاغ ضوابط و تامین تجهیزات مورد نیاز نیز در این مراکز ارایه خواهد شد. مطابق با آخرین اصول، ضوابط و استانداردهای شبکه بهداشت و درمان، مدیریت این مراکز به عنوان جزئی از ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، با معاونت بهداشت بوده و مسئولیت فنی آن با پزشک مرکز می باشد. بیمارستان معین معمولاً نزدیک ترین بیمارستان به این مراکز بوده و توسط هیات رئیسه دانشگاه و مطابق نقشه ارجاع براساس سطح بندی خدمات تعیین می شود، این بیمارستان مسئول پوشش شبانه روزی خدمات تشخیصی، درمانی بیماران ارجاعی و یا اعزامی از مرکز است. تامین پزشکان متخصص درمانگاه تخصصی مراکز مزبور، برنامه ریزی جهت حضور گردشی پزشکان، پرداخت به پزشکان، نظارت بر عملکرد درمانگاه تخصصی، ثبت اطلاعات بیماران و اقدامات انجام شده برای آنها در درمانگاه تخصصی و نیز تبادل اسناد هزینه ای با سازمان های بیمه گر بر عهده بیمارستان معین با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه می باشد. همچنین واحد دیسپچ (EOC) واحدی مستقر در

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

اورژانس پیش بیمارستانی می باشد که وظیفه راهنمایی جهت انتقال بیماران به مراکز درمانی و مشاوره برخط پزشکی به پرسنل پیش بیمارستانی حاضر در صحنه را برعهده دارد.

۴-۱- نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی منتخب: علاوه بر نیروهای مصوب مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی، نیروهای زیر به مرکز مذکور افزوده می شود:

- متخصصین رشته های داخلی، زنان و زایمان و اطفال، بر حسب نیاز و مطابق برنامه زمان بندی تنظیم شده (تامین نیرو توسط معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده).
- دو نفر تکنسین فوریت های پزشکی در هر شیفت، بر حسب نیاز و استاندارد فعالیت (تامین نیرو توسط مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی).

بخش ۷- سایر واحدهای ارائه خدمت

۱- مرکز مشاوره و مراقبت بیماری های رفتاری:

مراکز مشاوره و مراقبت بیماری های رفتاری مراکزی با هدف اصلی تشخیص، مراقبت و درمان تخصصی عفونت HIV هستند که خدمات مراقبت و درمان بیماری های مقاربتی، هپاتیت و خدمات تشخیص و کاهش آسیب به افراد در معرض خطر ابتلا به HIV نیز در این مراکز ارائه می شود.

ضوابط جمعیتی راه اندازی این مراکز، به شرح زیر و در زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان می باشد:

✓ در هر شهرستان بالای ۲۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت، حداقل یک مرکز مشاوره بیماری های رفتاری راه اندازی می شود.

✓ در شهرستان های کمتر از ۲۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت، در صورت شناسایی بیش از ۵۰ مورد زنده مبتلا به عفونت HIV، یک مرکز مشاوره بیماری های رفتاری راه اندازی می شود.

تبصره: در شهر/ شهرستان های با مشکل دسترسی از جمله فاصله بیش از یک ساعت با خودرو ضابطه مذکور (تعداد موارد زنده مبتلا به عفونت HIV)، با نظر مرکز مدیریت بیماری های واگیر و هماهنگی با مرکز مدیریت شبکه قابل تقلیل است.

۱-۱- نیروی انسانی مرکز مشاوره و مراقبت بیماری های رفتاری با تعداد کمتر از ۱۵۰ مورد زنده مبتلا به عفونت HIV:

- پزشک (دوره دیده) ۱ نفر
- کارشناس سلامت روان/ مددکار ۲ نفر
- ماما ۱ نفر
- کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی (به منظور نمونه گیری) ۱ نفر
- کارشناس فناوری اطلاعات سلامت/ کارشناس فناوری اطلاعات ۱ نفر
- بهیار/ پرستار ۱ نفر

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

- مراقب سلامت ۱ نفر
- نگهبان / سرایدار ۱ نفر
- خدمتگذار ۱ نفر

تبصره ۱: به نیروی انسانی هر مرکز مشاوره بیماری های رفتاری در صورتیکه:

- ✓ تعداد بیماران ۱۵۰ تا ۳۰۰ نفر باشد یک پست پزشک به چارت تشکیلاتی مرکز اضافه می شود.
- ✓ تعداد بیماران ۳۰۰ تا ۶۰۰ نفر باشد یک پست پزشک و یک پست روانشناس/ مددکار به چارت تشکیلاتی مرکز اضافه می شود.
- ✓ تعداد بیماران ۶۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر باشد دو پست پزشک و دو روانشناس/ مددکار به چارت تشکیلاتی مرکز اضافه می شود.
- ✓ چنانچه تعداد بیماران بیش از ۱۰۰۰ نفر باشد در آن شهرستان باید مرکز مشاوره دوم راه اندازی شود.
- ✓ در صورتیکه مرکز مشاوره همزمان مبادرت به ارائه داروهای آگونیست نماید، لازم است استانداردهای مصوب مربوطه رعایت گردد.

تبصره ۲: به نیروهای مرکز مشاوره و مراقبت بیماریهای رفتاری در شهرستان استقرار معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده، یک متخصص بیماری های عفونی با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده اضافه می گردد.

تبصره ۳: به ازای هر مرکز مشاوره و مراقبت بیماریهای رفتاری برای ارائه خدمات تشخیص، مراقبت و درمان هپاتیت، یک نفر پزشک (دوره دیده)، و یک نفر مراقب سلامت اضافه می گردد.

۱-۲- بازای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت شهری نیروهای زیر جهت ارائه خدمات ویژه به زنان آسیب پذیر اضافه می گردد:

- کارشناس سلامت روان زن ۱ نفر
- ماما ۱ نفر
- تیم سیاری (شامل نیروی بهداشتی یا افراد همسان از طریق خرید خدمت) ۲ نفر
- خدمتگذار زن (از طریق خرید خدمت) ۱ نفر

۲- پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی

این پایگاه ها در پایانه های رسمی کشور (زمینی جاده ای، زمینی ریلی، دریایی و هوایی) ایجاد می شوند. این واحدها با هدف جلوگیری از صدور و ورود بیماری های مشمول مراقبت و مقابله با گسترش طغیان های ناشی از هر نوع رویداد بهداشتی در داخل کشور طراحی و راه اندازی گردیده اند. تقسیم بندی پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی براساس اهمیت پایانه مرزی، حجم جمعیت در حال تردد و زمان فعالیت پایگاه، در درجات ممتاز، درجه یک، دو و سه به شرح زیر صورت می گیرد:

۱-۲- پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز: پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز مستقر در مرزهایی که حجم تردد مسافر روزانه آن بطور متوسط بیشتر از ۸ هزار نفر می باشد (مسافر ورودی و خروجی و رانندگان و افراد در حال تردد،

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

کارگران و کارکنان پایانه) و حجم کالای مبادله شده در این مرزها حداقل ۳ برابر پایگاه درجه یک است. در حال حاضر، فقط فرودگاه بین المللی امام خمینی (ره) در این سطح قرار دارد.

نیروی انسانی پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز به شرح زیر است:

- پزشک ۳ نفر
- کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریها ۶ نفر
- کارشناس بهداشت محیط ۶ نفر
- راننده ۱ نفر

۲-۲- پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه یک: پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که دارای تردد مرزی (اعم از مسافر، راننده، پرسنل و کارگران) روزانه متوسط بین ۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر و حجم کالای مبادله شده در آن، متوسط ۲۰۰ کامیون یا لنج / کشتی است.

نیروی انسانی این مراکز به شرح زیر است:

- پزشک (آنکال)
- کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریها ۴ نفر
- کارشناس بهداشت محیط ۴ نفر

۳-۲- پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه دو: پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که تردد مرزی (اعم از مسافر، راننده، پرسنل و کارگران) روزانه و به طور متوسط بین ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر یا تردد باری با حجم کالای مبادله شده به طور متوسط بیش از ۱۰۰ کامیون یا لنج / کشتی در روز باشد. این پایگاه وابسته به نزدیک ترین مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری می باشد.

نیروی انسانی این پایگاهها به شرح زیر است:

- پزشک (آنکال)
- کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریها ۴ نفر
- کارشناس بهداشت محیط ۲ نفر

۴-۲- پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه سه: پایگاه مراقبت بهداشتی 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 می باشد.

نیروی انسانی این پایگاه به شرح زیر است:

- پزشک (آنکال)
- کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریها ۲ نفر
- کارشناس بهداشت محیط ۱ نفر

نکته ۱: در پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی با مبادی ورود متعدد و غیر مشترک (هوایی، زمینی، ریلی، دریایی و نیز بازارچه های مرزی) به ازای هر مبدا ورودی مازاد، یک نیروی کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماریها و کارشناس بهداشت محیط با پیشنهاد مرکز مدیریت بیماریها و تایید مرکز مدیریت شبکه قابل افزایش خواهد بود.

اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه بهداشت

نکته ۲: مدیریت پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز زیر نظر مستقیم شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان مربوطه و مدیریت و تامین پزشک آنکال پایگاههای درجه ۱، ۲ و ۳ به عهده مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه با هماهنگی شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود. ساعات فعالیت پایگاههای مراقبت بهداشتی مرزی کاملاً منطبق با ساعت فعالیت پایانه مرزی دارای شیفت‌های کاری ۲۴ ساعته، ۱۶ ساعته، ۱۲ ساعته و ... می‌باشد.