**اصول و ضوابط کلی ساختار طرح­های گسترش شبکه**

# اصول كلي ساختار طرح­های گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور

1. انتخاب "**شهرستان"** به عنوان مقياس اداري و جغرافيايي گسترش شبكه هاي بهداشتي درماني، مدیریت، برنامه ریزی، آموزش، پشتیبانی و پایش واحدهای مستقر در نظام شبکه.
2. سطح بندي و ادغام خدمات و ارائه خدمت از طريق نظام ارجاع تا از این طریق ارائه خدمات به صورت زنجيره اي مرتبط و تكامل يابنده باشد و چنانچه مراجعه كننده اي از واحد محيطي به خدمات تخصصي تر نياز داشت، واحد محيطي بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع دهد. براي تحقق اين اصل، شرايطي ضرورت دارد:

2-1- هيچيك از واحدهاي يك سطح ارائه دهنده خدمت، به خدماتي كه به عهده واحدهاي سطح پــاييــن تر قرار داده شده است، نپردازد، مگر آنكه خدمت موردنظر را در سطح تخصصي تـــر ارائه دهد. به همين دليل، بايستي در كنار هريك از واحدها، يك واحد سطح پايين تر منظور گردد كه البته، داراي مديريتي مستقل مي­­­باشد. بدین ترتیب، وجود خانه بهداشت دركنار مركز سلامت جامعه روستايي[[1]](#footnote-1)، وجود پایگاه سلامت[[2]](#footnote-2) در کنار مركز سلامت جامعه شهري و وجود مرکز سلامت جامعه شهری در کنار بيمارستان با رعایت این اصل، در نظر گرفته شده اند. بدیهی است براي تحقق اين شرط، بايستي شرح وظيفه هر واحد به دقت تعيين و مشخص گردد.

2-2- برقراري ارتباط فعال و مستمر واحدهاي هر سطح با واحدهاي سطوح بالاتر و پايين تر. نظارت، پايش، آموزش حين خدمت كاركنان و نيز تدارك و حمايت اداري مالي واحدهاي هر سطح به عهده واحدي است كه در اولين سطح بالاتر آن قرار دارد تا تدارك فني و اداري اين واحدها به صورت فعال و مستمر از نزديكترين واحد سطح بالاتر ميسر گردد و از بروز خطراتی مانند گرايش كاركنان غيرپزشك به درمان­هاي غيرمجاز و تنزل كيفيت خدمات جلوگيري شود. در صورت اجرايی شدن برنامه پزشك خانواده در سایر مناطق کشور نيز، همين اصل پابرجاست. به اين ترتيب در روستا، اولين سطح مراجعه فرد، به بهورز و در شهر به مراقب سلامت خواهد بود و سپس، ارجاع به پزشك خانواده/ پزشک عمومی مستقر در مركز سلامت جامعه روستايي /مرکز سلامت جامعه شهري و از آنجا به پزشك متخصص مستقر در کلینیک تخصصی/ بيمارستان شهرستان صورت مي­گيرد.

2-3- توجه به سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتي درماني در نظام شبكه بهداشت و درمان کشور که در حال حاضر، سه سطح تعريف شده وجود دارد:

1. سطح اول شامل مراکز سلامت جامعه روستایی و مرکز سلامت جامعه شهري که زیر مجموعه هر یک از آنها به شرح زیر می باشد:
* زیر مجموعه مرکز سلامت جامعه روستایی شامل: خانه هاي بهداشت، پايگاه­های سلامت روستايي، تسهیلات زایمانی و پایگاه­های مراقبت­های بهداشتی مرزی (با درجات مختلف)
* زيرمجموعه مراکز سلامت جامعه شهری شامل: خانه هاي بهداشت و پايگاه­هاي سلامت روستايی و شهري، تسهیلات زایمانی و پایگاه­های مراقبت­های بهداشتی مرزی (با درجات مختلف)
1. سطح دوم شامل مركز بهداشت/سلامت شهرستان از نظر مديريتی و فنی و کلینیک های تخصصی/ بيمارستان­های شهرستان
2. سطح سوم شامل مركز بهداشت/سلامت استان/حوزه یا منطقه ازنظر مديريتی و فنی و کلینک های فوق تخصصی / بيمارستان­های فوق تخصصی مرکز استان
3. پایگاه­های اورژانس پیش بیمارستانی نیز بدون رعایت سطوح ذکر شده در هماهنگی با مراکز سلامت، وظیفه مدیریت و اعزام بیماران ساکن در روستاها و شهرهای کشور به نزدیکترین مرکز ارائه خدمات تخصصی و بستری کشور را برعهده خواهند داشت.
4. **ارائه خدمات از طریق سیستم ارجاع:**

 همان طور که در بخش سطح بندی ارائه خدمات مطرح شد، زمانی که یکی از مر اجعه کنندگان به سطح اول، به خدمات تخصصی تری –که از عهده سطح اول برنمی آید- نیاز داشته باشد واحد مذکور مراجعه کننده را به سطح دوم ارائه خدمات ارجاع می دهد. سطح دوم نیز در صورت لزوم، فرد را جهت ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی به سطح سوم و یا چهارم ارجاع می دهد. این زنجیره ارائه خدمات از سطح اول به سطوح بالاتر را نظام ارجاع می نامند. استفاده از نظام ارجاع می تواندمزیت های ذیل را ایجاد نماید:

1. امکان استفاده از کارکنان غیرپزشک را برای ارائه خدمات ساده بهداشتی و کمک های اولیه درمانی فراهم سازد و سطوح تخصصی را از پرداختن به خدمات ساده غیرتخصصی باز می دارد و برای پرداختن به خدمات تخصصی وقت بیشتری را فراهم می آورد.
2. از ارائه خدمات به شکل تکراری (دارو، آزمایش و سایر ارزیابی های تشخیصی مکرر) جلوگیری می کند.
3. خدمات را به نحو چشمگیری ارزان می کند.
4. با توزیع وسیع و گسترده واحدهای محیطی امکان تداوم و استمرار خدمات بهداشتی را فراهم آورد.

با استفاده از ساز و کار سطح بندی خدمات، بردن خدمات تشخیصی (آزمایشگاه و رادیولوژی) نیز به سطوح محیطی میسر و از گسیل بی مورد و هزینه آفرین بیماران و همراهان شان به شهرها –که موجب افزایش هزینه‌های اجتماعی تامین سلامت جامعه می گردد- جلوگیری خواهد شد. یکی از شرایط اصلی توفیق نظام ارجاع این است که هیچ یک از واحدهای یک سطح به خدماتی که به عهده واحدهای سطح پایین تر قرار داده شده است نپردازد؛ مگر آن که خدمت مورد نظر را در سطح تخصصی تری ارائه شود. به این دلیل، در کنار هر واحد سطح بالاتر باید یک واحد سطح پایین تر منظور گردد تا وظایف مقرر برای واحد مذکور را برای جمعیت محل استقرار واحد بالاتر ارائه کند. این واحدها را «ضمیمه» می نامند.

ارتباط فنی و اداری واحدهای هر سطح با واحدهای سطوح پایین تر 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 بلافصل میسر شود.

1. **ادغام خدمات:**

در طراحی شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی، برنامه ها به شکلی ادغام یافته ارائه میشوند. این بدان مفهوم است که گیرنده خدمت در زمان واحد میتواند چندین خدمت را در رابطه با مشکلات سلامت 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 ایمن سازی، علاوه بر این کودک در وقت مراجعه از نظر سایر موارد سلامت نظیر وضعیت رشد روانی حرکتی و سایر بیماری ها که در آن سن احتمال وقوع آنها موجود است 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 خانه بهداشت منابع مختلفی مشتمل بر تجیزات، فضای فیریکی و نیروی انسانی مستقر است. این منابع در جهت تحقق فرایندهای ارائه خدمت در کنار یکدیگر خدمات را ارائه میدهند. به عبارت دیگر گیرنده خدمت با بهره گیری از ترکیبی از این منابع خدمات مورد نیاز را دریافت میکند. این نوع سازماندهی منابع برای دریافت خدمت را ادغام در سطح منابع میگویند.

1. **سهولت دسترسي جغرافيايي:** یعنی برآورده شدن امکان بهره مندی جمعیت ساکن در دورترين نقطه تحت پوشش از خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده توسط محيطي ترين واحد، براي تامين اين ضابطه، بايستي معيارها و شرايطي برقرار گردد:

**5-1-** در هيچ وضعيت اقليمي و جغرافیایی، فاصله دورترين مكان زندگي و كار مردم از اولين واحد ارائه خدمت (خانه بهداشت و پایگاه سلامت) نبايد حداكثر از يك ساعت پياده روي بيشتر باشد.

**5-2-** استقرار واحدها باید در مسير طبيعي حركت جمعیت تحت پوشش باشد. تاكيد براين شرط گاه ممكن است موجب شود كه از دو يا چند روستا كه تحت پوشش يك واحد قرار مي­گيرند، روستايي براي استقرار واحد موردنظر انتخاب گردد كه لزوما" پرجمعيت ترين آنها نيست. وجود چند عامل از عوامل زير ملاك تلقی شدن يك روستا به عنوان روستای اصلی (محل استقرار واحد) خواهد شد:

* قرار داشتن در مسير راه يا گلوگاه جاده اصلي روستاهاي مجاور
* روند افزایشی جمعيت ساکن یا داشتن بیشترین جمعیت
* وجود واحدهاي اداري مانند بخشداري، دهداري، پاسگاه انتظامي، دادگاه، بانك و ساير واحدهاي دولتي که محل مراجعه مردم ساکن در روستاهای مجاور باشد
* رواج داد و ستد مانند وجود بازارهاي دایمي يا هفتگي
* وجود مدرسه، دبيرستان، حمام و … كه مورد استفاده روستاهاي مجاور باشد
* داشتن آب، برق، تلفن ، گاز و …

توجه کنید که محل استقرار واحد ممکن است براساس تغييرات راه­هاي روستايي و سازندگي­هاي جديد مانند احداث سد و ... تغيير كند.

**5-3-** تعداد و پراكندگي جمعيت و تعداد روستاهاي تحت پوشش. در واقع جمعيت تحت پوشش هر واحد و نيروي انساني موجود در آن با استفاده از محاسبات مربوط به فعاليت و وظايف هر واحد ارائه خدمت در نظر گرفته خواهد شد.

* حدود 1200 نفر (500 تا 3500 نفر) براي هر خانه بهداشت
* حدود 8000 نفر (4000 تا 12000 نفر) براي هر مركز سلامت جامعه روستایی
* حدود 12500 نفر (5000 تا 20000 نفر) براي هر پايگاه سلامت
* حدود 37500 نفر (25000 تا 50000 نفر) براي هر مركز سلامت جامعه شهری
* حدود 3750 نفر (25000 تا 50000 نفر) برای هر پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی

خاطر نشان می­سازد در پاره ای از موارد و بدلیل شرایط ویژه یک منطقه، ناگزیر از تعدیل جمعیت تحت پوشش و نیروی انسانی واحد ارائه خدمت خواهیم شد. در چنین مواردی، برحسب شرايط براي جمعيت­هاي كمتر و بيشتر هم مي­توان واحد در نظر گرفت كه در آنصورت نيروي انساني آن نیز متناسب، خواهد شد.

1. **دسترسي فرهنگي** كه با دو شرط زير حاصل مي گردد:

**4-1-** نبود برخورد و اختلاف­هاي قومي، فرهنگي، مذهبي و …

**4-2-** شهرت نداشتن روستای محل استقرار واحد بهداشتی به شیوع بیماریهای واگیر مانند سل، جذام و ....

**4-3-** مغاير نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتي كه ارائه مي­شود با آداب و سنت­هاي قومي، ملي و مذهبي جامعه.

1. **تناسب كمَي نيروي انساني ارائه كننده خدمات با حجم خدمات مورد انتظار.** لازمه اين كار، كه نتيجه آن به حداقل رسيدن زمان انتظار مراجعه كننده براي دريافت خدمت است، تناسب دو عامل اصلي است:

**الف \_** حجم خدمات مورد انتظار (وظايف بايد در سطح بندي خدمات تعريف شود)

**ب \_** متوسط بازده كار كاركناني كه براي انجام آن خدمات منظور شده اند.

1. **تناسب آموزش­ها با نيازهاي اجرايي.** تحقق اين ضابطه در گرو شروط زير است:

**6-1-** دانش و مهارت موردنياز هر رده به دقت تعريف و تعيين گردد.

**6-2-** آموزش دهندگان با نيازهاي واقعي جامعه، اولويت­ها، ضوابط، روابط و فرايندهاي مورد عمل در نظام رسمي ارائه كننده خدمات، آشنا باشند و محتواي دروس خود را با اين نيازها منطبق سازند. يعني درگير شدن مراكز آموزشي در ارائه خدمات و ارتباط مستقيم آنها با جامعه (آموزش مبتنی بر وظایف)

**6-3 –** بومی بودن بهورزان شاغل در خانه های بهداشت و در اولویت بودن نیروهای متقاضی بومي (متولد و ساکن استان محل خدمت) برای استقرار در سایر واحدهاي محيطي ارائه دهنده خدمات.

1. **عدم تمركز در مديريت.** به نحوي كه امكان خودگرداني واحدها بتدريج به خوداتكايي آنان در زمينه هاي مختلف مديريتي مثل: برنامه ريزي، تنظيم بودجه، سازماندهي و … منجر گردد.
2. **جلب مشاركت مردم.** كه در واقع خط مشي اساسي شبكه محسوب مي­شود و ارتقاي دانش و عملكرد بهداشتي مردم (Health Promotion)، حرکت جامعه به سمت خوداتكايي و مراقبت از خويش (Self Care)
3. **هماهنگي درون بخشي.** مبناي ارائه خدمات سلامت، تاكيد بر هماهنگي­ها در درون بخش سلامت و ارائه خدمات جامع سلامتي به صورت تيمي است.
4. **همكاري با ساير بخش­هاي توسعه.**  ایجاد هماهنگی و همکاری با سایر بخش­های توسعه هم در ساختار نظام شبکه و راه اندازي واحدها و هم در ارائه برنامه هاي سلامت ضرورت دارد. در این میان، علاوه بر بخش­هاي دولتي، همكاري با بخش­هاي خصوصي و تعاوني نيز مورد تاكيد است.
5. **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 كار:**

مسووليت فعاليت­هاي اين بخش به عهده واحد گسترش شبكه ها در هر شهرستان است. مسوول واحد گسترش شبکه موظف است با توجه به ضوابط و اصول ابلاغ شده وكسب اطلاع و نظر ساير بخش­هاي دولتي، تعاوني و خصوصي موجود در شهرستان و نيز همكاران شاغل در سایر واحدهاي بخش­های بهداشت و درمان، پیشنهاد راه اندازی واحد جدید یا اعمال تغییر در ساختار واحدهای موجود را تهیه و آن را به مديريت توسعه شبكه استان ارائه کند تا براي بررسي، اصلاحات لازم و تصويب، به كميته طرح­هاي گسترش استان (دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي) ارائه ­گردد. اين كميته متشكل است از:

* رییس مرکز بهداشت و معاون بهداشتي دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي به عنوان رييس كميته
* مدير گروه توسعه شبكه استان/دانشگاه/دانشکده به عنوان دبير كميته
* معاون فني مرکز بهداشت استان
* رییس مرکز مدیریت حوادث و فوریت­های پزشکی استان
* كارشناس ناظر شهرستان مورد بررسي در مركز بهداشت استان/دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی
* معاون درمان يا مدير درمان يا كارشناس نظارت بر درمان استان/دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي
* مدير تحول اداری استان/دانشگاه/دانشکده علوم پزشكي

توصيه مي­شود چنانچه مسوولين استاني يا شهرستاني مثل فرماندار، نماینده خیرین و نماينده مجلس آن منطقه اصرار بر پيشنهاد خاصي داشتند، به كميته دعوت شوند تا بدون حق رای، درجريان كامل ضوابط و اصول قرار گيرند.

طرح­هاي مصوب كميته استاني توسط دبير كميته استاني به مرکز مدیریت شبکه وزارت متبوع ارسال مي­گردند. طرح/ طرح­های پيشنهادي ، پس از انطباق با ضوابط طرح­هاي گسترش و در صورت نیاز بازديد از محل، توسط مرکز مدیریت شبکه رد یا به تصويب نهايي خواهد رسید. در زمان تصویب یا رد پیشنهادات، اعضای زیر در جلسه حضور خواهند داشت:

* رییس مرکز مدیریت شبکه
* رییس گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبكه در مرکز مدیریت شبکه
* رییس كميته منطقه ای بازنگری ضوابط و استانداردهای شبکه های بهداشتی درمانی کشور
* 1 نفر نماینده مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي
* 1 نفر نماینده مرکز مدیریت حوادث و فوریت­های پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

پس از تصويب طرح­هاي گسترش شبکه هر شهرستان، نتیجه كار به مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و از آنجا به هیات امناء رسال مي­گردد و آنگاه قابليت اجرايي پیدا می کند.

شایان ذکر است، پس از کسب مصوبه از سوی مرکز مدیریت شبکه، اعمال تغییرات مصوب در طرح گسترش شهرستان و جايابي واحدهای مصوب جدید بر عهده دبیر کمیته استانی و مسوول واحد گسترش شبکه شهرستان خواهد بود.

به هرحال، آنچه اهميت دارد اينست كه بررسي كنندگان در شهرستان، استان، کمیته منطقه ای و ستاد وزارتخانه بايستي افرادي كاملا" مطلع نسبت به نظام شبكه سلامت، ضوابط و اصول جاري براين نظام و سياست­هاي كلي باشند.

**گام­های اجرايي تجديدنظر در طرح­هاي گسترش**

**گام اول:**  براي اجرايی شدن فرآیند تجدید نظر در طرح­های گسترش اقدامات زیر ضرورت دارد:

**الف\_** تهيه نقشه هاي معتبر و دقيق از شهرستان­هاي تحت پوشش (تهیه شده از استانداری یا فرمانداری با مقیاس استاندارد)

**ب \_**كسب اطلاع درست از موقعيت جغرافيايي، جمعيتي، وضعيت اجتماعي و فرهنگي هريك از روستاها، ایلات عشایری 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 مراكز آموزشي موجود در منطقه تا سطح آموزش عالي و وجود اختلافات احتمالي قوميتي، محل ییلاق، محل قشلاق، طول مسیر کوچ، مدت زمان کوچ و ...

**پ \_** بدست آوردن اطلاعات درست از موقعيت بخش خصوصي و تعاوني فعال ارائه دهنده خدمات بهداشتي درماني بویژه در مناطق روستایی، شهري و حاشیه شهر

**ت \_** كسب اطلاعات درست از وضعيت واحدهای ارائه دهنده خدمت نظام شبکه بهداشت و درمان برحسب شرایط فعالیت واحد و جمعیت تحت پوشش آنها بر روی نقشه های استاندارد

 **ث \_** كسب اطلاعات درست از وضعيت کارکنان شاغل در واحدهاي موجود و جمعيت تحت پوشش هر واحد تا در صورت ضرورت نسبت به كاهش يا افزايش نيرو اقدام گردد

**ج \_** تهيه ابزار كار شامل: مقداري پونز معمولي، تعدادي مداد رنگي، مدادتراش، پاك كن، مقداري سنجاق ته گرد و کاغذ یا برچسب رنگي.

**چ \_** جانمایی پایگاه­های اورژانس پیش بیمارستانی و مراکز سلامت جامعه شهری و روستایی بر روی سامانه GIS پدافند غیرعامل با همکاری مرکز مدیریت حوادث و فوریت­های پزشکی استان/ دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی

**ح \_** بدست آوردن آخرين اطلاعات درباره تغييرات رسمي در تقسيمات كشوري شهرها (به تفکیک مناطق حاشیه نشین)، بخش­ها و دهستان­ها از فرمانداري­ها، سازمان مديريت و برنامه‎ريزي استان و استانداري­ها

**خ \_** داشتن اطلاعاتي درباره طرح آمایش سرزمین (طرح­هاي ملي و منطقه اي مربوط به هر شهرستان در مورد توسعه راه­هاي روستايي، مدارس، ايجاد قطب­هاي كشاورزي و دامپروري، وضعیت ایلات عشایری که از حالت کوچ رو به حالت ساکن تغییر وضعیت داده اند، ساير واحدهاي كشاورزي و سرمايه گذاري در بخش­هاي توسعه در طول سال­هاي آتی از دفتر سازمان مديريت و برنامه‎ريزي و سازمان امور عشایری)

**د \_** داشتن اطلاع درباره تعداد مراکز تهیه، توزیع مواد غذایی و اماكن عمومي و محل­هايي كه از نظر بهداشت محيط و مواد غذايي بايستي كنترل بهداشتي شوند به تفکیک هر بلوک یا منطقه تحت پوشش هر مرکز سلامت جامعه شهری و روستایی

**ذ \_** كسب اطلاع راجع به تعداد پيشه وران، كارگران، كارخانجات و كارگاه­هاي توليدي در منطقه

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

**گام دوم:** بر روي نقشه، جمعيت و محدوده هر روستا، محل اسکان عشایر و بلوک بندی های انجام شده در مناطق شهری ثبت گردد و محدوده آباديهايي كه بــه فاصله حداكثر يك ساعت پياده روي از هم قرار دارند با كشيدن خط رنگي در اطراف آنها، مشخص شود. چنانچه تعداد روستاها و محل اسکان عشایری كه در اين محدوده قرار مي­گيرند بيش از يك روستـــا یا یک ایل باشد، باید مشخص گردند. همچنین، می بایست بر روی نقشه مکان واحدهای موجود فعال، واحدهای موجود غیر فعال و واحدهای مصوب غیر موجود به تفکیک کلیه واحدها و جمعیت تحت پوشش آنها 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، غیر فعال و غیرموجود آن و علائم مربوط به نوع راه­های ارتباطی باید مشخص شود.

نمونه ای از نقشه با تعیین بلوک­ها و مناطق بر روی آن به صورت رنگی

***گام سوم:***تعیین مناسب­ترین منطقه جغرافیایی برای استقرار واحد. به این منظور باید به مسير طبيعي حركت مردم در مناطق شهری و روستایی، مسیرکوچ ایلات، روند تغییرات جمعیت تحت پوشش هر واحد و مسائل فرهنگي توجه کرد.

**گام چهارم:** با توجه به تراكم جمعيت در مناطق شهري، محدوده اي كــه بــه طور متوسط حدود 12500 تا 37500 نفر را در خود جاي داده است، بر روي نقشه با مداد رنگي مشخص مي گردد كه محل استقرار مركز سلامت جامعه شهري و پایگاه­های سلامت تابعه است. چنانچه تراكم جمعيت زياد باشد، ايجاد مراكز سلامت شهري و پایگاه­های سلامت متعدد ضرورت خواهد يافت. در چنين شرايطي مي توان فضاي فيزيكي و کارکنان مركز را بازاي جمعيت تحت پوشش متناسب کرد و از ايجاد مراكز متعدد در يك وسعت محدود و قابل دسترس مردم پيشگيري كرد تا بجای چند مرکز، یک مجتمع واحد راه اندازی گردد. بدیهی است فضای فیزیکی و نیروی انسانی مجتمع ها بر حسب جمعیت تحت پوشش، در نظر گرفته خواهد شد.

**گام پنجم:** تعيين نيروي انساني مورد نياز هر واحد که معيار در نظر گرفتن نيروي انساني به تناسب هر واحد در زیر مجموعه هر یک از واحدها توضیح داده خواهد شد.

**واحد های موجود در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور**

**مركز سلامت جامعه روستایی:**

**تعریف مرکز سلامت جامعه روستایی:**

مراکز سلامت جامعه روستایی در واقع مراکز بهداشتی درمانی روستایی تغییر یافته می باشند که بدلیل تغییر خدمات و ساختار ارائه خدمت در آنان به این عنوان تغییر نام یافته است.

**جمعیت تحت پوشش مراکز سلامت جامعه روستایی:**

مراکز سلامت جامعه روستایی با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود8000 نفر (4000 تا 12000 نفر) راه اندازی می شوند.

**تبصره 1:** در راه اندازی مراکز سلامت جامعه می بایست به تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش هر مرکز نیز توجه کرد. دقت شود تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش مراکز سلامت جامعه روستایی نباید در حدی باشد که پزشکان خانواده مرکز، قادر به انجام دهگردشی در زمان در نظر گر فته شده، نباشند.

**تبصره 2:** گاهی شرايط اقليمي كشور در نقاط كويري، كوهستاني و جنگلي به گونه ايست كه رسيدن به حد نصاب 4000 نفر براي يك مركز سلامت جامعه روستايي را غيرممكن مي سازد. از طرف ديگر، رها كردن جمعيتهاي كمتر از 4000 نفر – تنها به دليل نبود توجيه اقتصادي – راهبرد درستي نيست. در چنين شرايطي از استراتژي محدود كردن پرسنل براساس جدول برآورد نيروي انساني موردنياز مراكز سلامت جامعه روستايي برای تعیین نیروی انسانی این مراکز استفاده خواهد شد. در اين حالت، خانه بهداشت مستقر در روستاي محل استقرار مركز، نقش موثرتري در ارائه خدمت به مراجعه كنندگان خواهد داشت.

**نیروی انسانی مراکز سلامت جامعه روستایی:**

با توجه به اجراي برنامه پزشك خانواده و مراجعات درماني ارجاعي از خانه هاي بهداشت تابعه، نظارت­ها و … نیروی انسانی مراکز سلامت جامعه روستایی عبارتست از:

1. يك نفر پزشك بازاي جمعيتي حدود 4000 نفر . با اضافه شدن هر 4000 نفر به جمعیت تحت پوشش مرکز ، یک نفر به تعداد پزشکان مرکز اضافه خواهد شد.
2. بازای هر 12 تا 20 هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز سلامت جامعه روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی، یک کارشناس سلامت روان ( با اولویت روانشناسی بالینی) و یک کارشناس تغذیه حضور خواهند داشت.
3. بازای هر 10 تا 20 هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز سلامت جامعه روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی یک کارشناس یا کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ( پس از گذراندن دوره آموزشی)، کارشناس بهداشت عمومی یا مدیریت دولتی ( پس از گذراندن دوره آموزشی) و یا یک پزشک عمومی با مدرک MPH بعنوان مدیر اجرایی خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده به جمعیت تحت پوشش مرکز یا مراکز سلامت جامعه روستایی حضور خواهد داشت.
4. بازای هر 15 هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز سلامت جامعه روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی و دسترسی زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو یک نفر دندانپزشک درنظر گرفته می شود.

**تبصره 3:** اگر در منطقه، بخش غیردولتی فعال وجود داشته باشد می­بایست برای ارائه بسته خدمات دندانپزشکی از بخش غیردولتی خرید خدمت کرد.

1. بازای هر 10 تا 15 هزار نفر جمعیت تحت پوشش يك یا چند مرکز سلامت جامعه روستایی یک كاردان يا كارشناس علوم آزمايشگاهي حضور خواهد داشت. چنانچه در فاصله نیم ساعت از مرکز ، واحد آزمایشگاهی فعال دولتی یا غیر دولتی وجود داشته باشد، این فرد بعنوان نمونه گیر در مرکز فعالیت خواهد داشت. در غیر اینصورت باید تجهیزات آزمایشگاهی در مرکز وجود داشته باشد.

**تبصره 4:** 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، می بایست 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.

1. برای مراکز سلامت جامعه روستایی غیر شبانه روزی با جمعیت تحت پوشش 12 تا 20 هزار نفر یک نیروی پرستار يا بهيار در نظر گرفته خواهد شد. درمورد جمعیت­های کمتر، این خدمات توسط ماما ارائه می­گردد.

**تبصره 5:** برای مراکز سلامت جامعه روستایی غیرشبانه روزی با جمعیت تحت پوشش بیش از 20 هزار نفر دو پرستار/بهیار در نظر گرفته خواهد شد. در چنین مواردی، حتی الامکان یکی از پرستاران مرد و دیگری زن باشد.

1. در مراکز سلامت جامعه روستایی غیرشبانه روزی که جمعیت تحت پوشش آنان 4000 نفر و بالاتر باشد يك نفر برای کارهای پذيرش، آمار و مدارك پزشكي در نظر گرفته می­شود.
2. در تمام مراکز سلامت جامعه روستایی یک کاردان/ کارشناس مراقب سلامت[[3]](#footnote-3) (بدون تاکید بر زن یامرد بودن آنان) حضور خواهد داشت. همچنین با توجه به شرح وظایف مراقبین سلامت مبنی بر نظارت بر خدمات بهداشتی خانه های بهداشت، اضافه شدن تعداد کارشناسان مراقب سلامت تابع جمعیت و تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز است. بدین ترتیب بازای اضافه شدن هر 4000 نفر یا 4 تا 6 خانه بهداشت یک مراقب سلامت به نیروهای مرکز اضافه خواهد شد.
3. بازای هر 300 واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت سلامت محیط، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز باشد. درمورد خدمات بهداشت حرفه ای نیز بازای250 واحد کارگاهی باید یک کاردان/ کارشناس بهداشت حرفه ای وجود داشته باشد. در صورت مشخص نبودن تعداد واحدها، بازای هر 10 تا 15 هزار نفر، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط یا حرفه ای (انجام هر دو وظیفه توسط یک نفر) درنظر گرفته می­شود. چنانچه منطقه تحت پوشش مرکز به هر دوِ خدمات بهداشت محیط و حرفه ای نیاز داشته باشد و جمعیت تحت پوشش مرکز بیش از 35000 نفر باشد، از دانش آموختگان هر دو رشته بهداشت محیط و حرفه ای استفاده شود.
4. يك نفر ماما بازاي هر دو پزشك خانواده یا بازای هر 7000 نفر جمعیت تحت پوشش در مركز تعیین می­شود.
5. بازای هر مرکز سلامت جامعه روستایی یک نفر راننده وجود خواهد داشت. تاکید می­گردد در مراکز جدید یا مراکزی که پیش از این راننده نداشته اند، این خدمت باید از طریق عقد قرارداد با بخش خصوصی تامین گردد.
6. بازای هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی، يك نفر سرایدار/خدمتگزار وجود خواهد داشت.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت جامعه روستایی**  | **پزشک**  | **دندانپزشک**  | **کاردان /کارشناس آزمایشگاهی** | **کارشناس تغذیه** | **کارشناس روانشناسی بالینی** | **کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای** | **ماما** | **بهیار / پرستار** | **کاردان /کارشناس مرافب سلامت** | **متصدی پذیرش،آمار و مدارک پزشکی** | **مدیر اجرایی** | **راننده** | **سرایدار/ خدمتگزار** |
| کمتر از 4000 نفر | 1  | - | - | - | - | - | 1  | - | 1  | 1  | - | 1  | 1  |
| 4000 تا 7000 نفر | 2  | - | - | - | - | - | 1  | -  | 1 تا 2  | 1  | - | 1  | 1  |
| 8000 تا 12000 نفر | 3  | - | - | - | - | 1 (برحسب تعداد واحد) | 2  | - | 2 تا 3  | 1  | 1 | 1  | 1  |
| بیشتر از 10000 نفر | بیش از 3  | 1  | 1  | 1 | 1 | 2 (برحسب تعداد واحد) | 2  | 1  | 3 (برحسب تعداد واحد) | 1  | 1 | 1  | 1  |

**تصویر کلی مراکز سلامت جامعه روستایی غیر شبانه روزی:**

1. مرکزی واقع در منطقه روستایی با جمعیت تحت پوشش بطور متوسط حدود8000 نفر (4000 تا 12000 نفر)
2. ناظر بر ارائه مراقبتهای بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاههای سلامت روستایی
3. مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
4. دسترسی به خدمات قابل ارائه توسط پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت
5. دارای دسترسی به خدمات پرستاری
6. دارای دسترسی به اورژانس 115 با فاصله حداکثر 5 کیلومتر در خارج از مرکز
7. دارای دسترسی به مرکز ارائه خدمات بستری ( بیمارستان یا مرکز شبانه روزی) با فاصله زمانی کمتر از نیم ساعت
8. دارای دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز یا خرید خدمت از آزمایشگاه طرف قرارداد با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت
9. دارای دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز به شرط داشتن 10 هزار نفر جمعیت پوشش یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت
10. دارای دسترسی به خدمات سلامت محیط و کار
11. دارای دسترسی به خدمات دارویی
12. دارای دسترسی به خدمات مشاوره تغذیه و روان شناسی بالینی

**تعیین تکلیف مرکز سلامت جامعه که بر اساس مصوبه تقسیمات کشوری به نقطه شهری تبدیل شده اند:**

**تعیین تکلیف مرکز سلامت جامعه روستایی:**

1. مركز سلامت جامعه روستايي به كلي از فهرست مراكز سلامت جامعه روستايي آن شهرستان حذف و جزو مراكز سلامت جامعه شهري قلمداد خواهد شد. البته، گاهی ناگزیر باید براساس وضعیت جمعيت منطقه و چگونگی فعاليت بخش خصوصی، در مورد تغيير وضعيت مرکز به پایگاه سلامت شهری به طور موردی تصميم گيری شود.
2. كاركنان بهداشتي موجود در مركز در حكم كاركنان يك پايگاه سلامت تلقي می­شوند و همانند قبل وظیفه کنترل و نظارت واحدهای تحت پوشش خود را بر عهده داشته باشد.
3. چنانچه از قبل، واحد تسهيلات زايماني نيز در روستاي مورد نظر موجود باشد، كاركنان واحد تسهيلات زايماني همچنان به عنوان كاركنان تسهیلات زایمانی باقی خواهند ماند.

**تعیین تکلیف خانه های بهداشت مرکز سلامت جامعه** **روستایی:**

1) خانه بهداشت ضمیمه مرکز به پایگاه سلامت ضمیمه تبدل خواهد شد و اگر هنوز بهورز بومی در این پایگاه شاغل باشد، پایگاه ضمیمه عنوان پایگاه سلامت شهری ستاره دار خواهد داشت. در صورت بومی نبودن بهورز، باید تغییر وضعیت داده شود یا به خانه بهداشت دیگری انتقال یابد.

2) سایر خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز تابع یکی از شرایط زیر خواهند بود:

* خانه های بهداشتی که روستای محل استقرار آنان هنوز منطقه روستایی می­باشد و با این تغییر در پوشش مرکز سلامت جامعه روستايی ديگری قرارمی­گيرند، در دفتر طرح گسترش شهرستان در زیر مجموعه مرکز سلامت جامعه روستایی دیگری قرار داده می شوند.
* خانه های بهداشتی که روستای محل استقرار آنان هنوز منطقه روستایی می­باشد و با این تغییر نیز هنوز تحت پوشش این مرکز باقی می­مانند. در این حالت، مرکز عنوان مرکز سلامت جامعه شهری روستایی خواهد داشت و پزشک خانواده و نیروهای بهداشتی مرکز موظف به بازدید از خانه های بهداشت تحت پوشش خود هستند.
* روستای محل استقرار خانه های بهداشت 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 سلامت جامعه** **روستایی با جمعیت تحت پوشش کمتر از 2500 نفر:**

برای مراکز سلامت جامعه روستایی که به دلیل روند کاهش جمعیت( سالمندی جمعیت، مهاجرت، کاهش موالید، ....)، کمتراز 2500 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:

1. چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت جامعه روستایی طی 5 سال اخیر دارای روند روبه کاهش باشد، در حال حاضر بین 1500 تا 2500 نفر جمعیت تحت پوشش داشته باشد، و امکان دسترسی جغرافیایی جمعیت تحت پوشش آن به مرکز دیگری موجود باشد، پس از هماهنگی با اداره کل بیمه شهرستان، ترتیبی اتخاذ گردد تا بصورت تدریجی حتی الامکان پزشک خانواده 3 روز در مرکز حضور داشته باشد و سایر کارکنان مرکز تا حد امکان تعدیل گردند و از آنان در سایر مراکز همان شهرستان استفاده شود.
2. از این پزشک می توان در سه روز دیگر در مراکز دیگری در همان شهرستان به عنوان پزشک جانشین یا در مرکز دیگری که جمعیت تحت پوشش آن کمتر از 2500 نفر است، به عنوان پزشک خانواده استفاده کرد.
3. چنانچه مرکز سلامت جامعه روستایی کمتر 1500 نفر جمعیت تحت پوشش داشته باشد، این مرکز باید تعطیل و خانه بهداشت ضمیمه مرکز حفظ شود و از کارکنان این مرکز می­توان در سایر مراکز همان شهرستان استفاده کرد.

دقت شود چنانچه در شهرستان کمبود پزشک وجود ندارد، می توان از تعطیلی مراکز اجتناب کرد

**سایر ضوابط مراکز سلامت جامعه روستایی:**

1. رديف­های بهداشتكار دهان و دندان، دارویار و متصدي امور عمومي فقط در صورت داشتن فرد شاغل بصورت ردیف نشاندار باقی خواهند ماند و در غيراينصورت، به پست سازمانی دیگری که مورد نیاز آن مرکز یا سایر مراکز باشد، تبدیل خواهند شد.
2. توصیه می­شود در مراكز سلامت جامعه روستايي با جمعيت 4000 نفر و بیشتر، اگر كاردان يا كارشناس مراقب سلامت، زن است بهيار يا پرستار مرکز، مرد انتخاب شود و بالعكس
3. خودرو مراکز سلامت جامعه روستایی باید شرایط لازم برای انتقال اعضای تیم سلامت در زمان انجام دهگردشی در فصول مختلف سال را داشته باشد.
4. با توجه به امکان مراجعه بیماران نیازمند اعزام به بیمارستان به مراکز سلامت جامعه روستایی، شبکه شهرستان موظف است هماهنگی لازم را بین پایگاه­های اورژانس بین جاده ای و مراکز سلامت جامعه روستایی برای اعزام بیماران نیازمند ، برقرارنماید. بدین ترتیب، وجود آمبولانس در مراکز سلامت جامعه روستایی شبانه روزی و غیرشبانه روزی با هر فاصله از اولین مرکز ارائه خدمات بستری موضوعیت نخواهد داشت.

 **خانه بهداشت:**

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

1. خانه بهداشت معمولی: محل ارائه خدمت به جمعیت روستایی و عشایری ساکن
2. خانه بهداشت عشایری: محل ارائه خدمت به جمعیت عشایر (کوچ رو)

**خانه بهداشت:**

**جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت:**

خانه های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود 1200 نفر (500 تا 3500 نفر) راه اندازی خواهند شد.

**نیروی انسانی خانه بهداشت:**

محاسبه حجم خدمات رايج خانه هاي بهداشت در سال­های قبل و برآورد آن براساس نظرات کارشناسی در شرایط کنونی و براساس بسته های خدمت موجود، نشان مي­دهد كه به طور متوسط يك بهورز مي­تواند خدمات مورد نياز 800 تا 1000 نفر جمعيت را در طول يك سال بطور فعال ارائه دهد. ولي براساس شرايط فرهنگي و نوع وظايف در نظر گرفته شده براي بهورزان، معمولا" 2 بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت كار مي­كنند و بايد بتوانند مراقبت­هاي اوليه بهداشتي درماني مورد نياز این جمعیت را ارائه دهند.

البته، متمركز بودن اين جمعيت در يك نقطه يا پراكنده بودن آن در چند روستا، نقش تعيين كننده اي در حجم و گردش كار خانه بهداشت دارد. با توجه به مجموعه كار و شرايط فرهنگي جامعه، ضوابط زير براي نيروي انساني خانه‎هاي بهداشت تعيين شده است:

1. تا 1200 نفر جمعيت: يك بهورز زن و يك بهورز مرد و براي جمعيت كمتر از 1200 نفر، مي توان بازاي دو خانه بهداشت مجاور، يك بهورز مرد مشترك در نظر گرفت. همچنین، براي جمعيت­هاي زير 500 نفر، خانه بهداشت درنظر گرفته نمي­شود. درمورد ایجاد خانه بهداشت برای جمعیت 500 تا 1000 نفر، فقط تحت شرایط خاص و با نظر مرکز مدیریت شبکه امکان­پذیر است. همچنین چنانچه درخانه بهداشت با کمتر از 1000 نفر دو بهورز مرد و زن داشته باشد، اگر یکی از بهورزان خانه بازنشسته شود، مجدداً نباید برای آن خانه بهورز استخدام نشود و پست بهورز دوم به پست مورد نیاز دیگری تغییر یابد.
2. براي جمعيت از 1201 تا 2200 نفر: دو بهورز زن و يك بهورز مرد
3. براي جمعيت بيشتر از 2200 نفر شرایط زیر ممکن خواهد بود:
* در صورتيكه وسعت روستا طولي يا طوري باشد كه دسترسي مردم با يك ساعت پياده روي براي آنان مشكل ايجاد كند، بهتر است دو خانه بهداشت در نظر گرفته شود و بهورز مرد را مشترك بين دو خانه بهداشت قرار داد.
* در صورتيكه وسعت روستا طولي نباشد، خانه بهداشت دوم درنظر گرفته نشده و بازاي هر 800 نفر یک بهورز زن اضافه خواهد شد. به عبارت ديگر، تا جمعيت 3500 نفر، بازای افزایش جمعیت، تعداد بهورزان به خانه بهداشت اضافه خواهد شد.
1. اگر تعداد روستاهاي داراي سكنه تحت پوشش خانه بهداشت از 6 قريه بيشتر و مسير و فاصله روستاها به گونه اي باشد كه بازديد از 2 روستا يا بيشتر در يك روز ميسر نگردد، مي­توان يك بهورز مرد به كاركنان خانه مزبور اضافه كرد.

**شرایط پیش بینی شده برای خانه های بهداشت با جمعیت تحت پوشش کمتر از 500 نفر:**

برای خانه های بهداشتی که به دلیل روند کاهش جمعیت در 5 سال اخیر، کمتراز 500 نفر جمعیت در پوشش دارند و امکان دسترسی جمعیت تحت پوشش آن خانه دیگری وجود داشته باشد، یکی از شرایط زیر قابل اجراست:

1. خانه های بهداشت با جمعیت تحت پوشش بین 300 تا 500 نفر، سه روز در هفته فعال خواهند بود و از بهورز برای سه روز باقیمانده در خانه بهداشت دیگری استفاده خواهد شد.
2. خانه های بهداشت با جمعیت تحت پوشش کمتر از 300 نفر بصورت تدریجی تعطیل خواهند شد. در چنین شرایطی بهورز آن خانه به خانه دیگری در همان شهرستان به شرط اقامت (بومی بودن)، منتقل شده و روستای مزبور به روستای قمر یا سیاری تبدیل خواهد شد. چنانچه مدرک تحصیلی بهورز، کاردانی باشد می­تواند پس از طی آموزش­های لازم و کسب گواهینامه، به پست مراقب سلامت تغییر عنوان دهد.

دقت شود چنانچه در شهرستان کمبود بهورز وجود ندارد، می توان از تعطیلی خانه ها اجتناب کرد

**تبصره 6:** اگر تعداد روستاهاي تحت پوشش خانه بهداشت بيش از يك روستا باشد، براي انجام دهگردشي به يك دستگاه موتورسيكلت نياز است.

**تبصره 7:** هيچ روستايي نبايد به دليل نداشتن خانه بهداشت از پوشش مراقبت­های اوليه بهداشتي و درماني محروم بماند. اين محروميت عمدتا" به 2 علت ممكن است پيش آيد: يكي كمبود شديد جمعيت و ديگري نداشتن راه ارتباطي. به جبران اين كمبود، در تعدادي از خانه های بهداشت، خدمت سياری برای بهورز مرد پيش بيني مي­شود كه مكلف به ارائه تمامي وظايف خانه هاي بهداشت است.

**تبصره 8:**چنانچه چادرهاي عشاير يا روستاهايي با جمعيت كم (کمتر از 500 نفر) و در فاصله بيش از يك ساعت پياده‎روي (حدود 6 كيلومتر) از خانه بهداشت وجود داشته باشد، مي‎توان آن را به عنوان روستاي سياري خانه بهداشت قلمداد كرد، تا بهورز مرد حداقل هر ماه يكبار براي ارائه خدمات بهداشت محيط، مبارزه با بيماري­ها، بهداشت مادر و كودك، و ايمنسازي به روستا/ چادر عشایری سركشي كند. بازاي هر 1000 نفر جمعيت روستاهاي سياري تحت پوشش خانه بهداشت، مي‎توان يك بهورز مردبه كاركنان آن خانه اضافه كرد.

**تبصره 9:** توصيه مي­شود با مشاركت مردم روستاهاي قمر و روستاهاي سياري، حداقل فضاي فيزيكي و تجهيزات فراهم گردد، تا هنگام مراجعه بهورز خانه بهداشت و اعضای تیم سلامت مرکز به روستا، محل مشخصي براي ارائه خدمت به مردم وجود داشته باشد. در غيراينصورت، مي­توان از محل هايي مثل مسجد يا مدرسه و ... استفاده كرد.

**شرایط پیش بینی شده برای روستاهاي محل استقرار خانه بهداشت كه براساس مصوبه تقسيمات كشوري به نقطه شهري تبديل يا ضميمه یک شهر شده اند:**

1. روستایی که به شهر تبديل شده است داراي خانه بهداشت است: اگر در فاصله نزدیک این منطقه (تا یک ساعت پیاده روی) 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، درصورت وجود فضای فیزیکی دولتی، نیازی به ادغام نیست و خانه بهداشت مزبور به پایگاه سلامت تبدیل می­گردد. در اين حالت، نام این پایگاه به پایگاه سلامت ستاره دار (دارای بهورز) تغییر داده می شود مگراینکه تمامی بهورزان آن به مراقب سلامت تغییر عنوان داده شوند (براساس ضوابط). شرایط متفاوت عبارتنداز:

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

1. در صورت علاقه مندي بهورز (ان) اين خانه بهداشت براي انتقال به خانه بهداشت ديگري كه به بهورز نياز دارد و به شرط سكونت در آن روستا و حفظ تعريف بومي بودن، انتقال بلامانع است. در اين صورت خانه بهداشت مستقر در شهر را مي­توان تعطيل كرد.
2. چنانچه شرايط انتقال بهورز(ان) اين خانه بهداشت به محل ديگر وجود نداشته باشد، در اين حالت بهورز با همان پست خود كه به پست نشاندار تبديل مي­شود، در یکی از واحدهای ارائه خدمت همان شهرستان به كار خود ادامه مي دهد و خانه بهداشت مزبور تعطيل مي شود

ب) خانه بهداشت موجود به پايگاه سلامت ستاره دار تبديل می­گردد. در اين صورت كاركنان آن نيز موظف هستند وظايف مراقب سلامت را حتی الامکان بصورت فعال انجام دهند. در صورتی که جمعيت تحت پوشش، كمتر از حداقل تعيين شده براي پايگاه سلامت تيپ باشد، تعداد كاركنان نيز بايد متناسب با جمعيت تحت پوشش تغيير يابد. همچنین آمار پايگاههاي سلامت جديد از فهرست خانه هاي بهداشت فعــال در كامپيوتر حذف مي­شود و اطلاعات جمعيت آنان نيز در زيج حياتي شهري ثبت مي­گردد.

**چنانچه خانه بهداشتي كه در حال حاضر در نقطه شهري واقع شده است، قبلا" روستا(ها)ي قمري در پوشش خود داشته كه هنوز هم نقطه روستايي هستند، بايستي:**

1. خانه بهداشت جديدي در يكي از آن روستاهای قمر ايجاد و راه اندازي شود تا روستاهاي مورد نظر را در پوشش دهد.
2. اگر شرايط ايجاد خانه بهداشت جديد وجود نداشت، روستاهاي مزبور را بايد تحت پوشش نزديكترين خانه بهداشت موجود قرار داد.
3. اگر هيچكدام از دو مورد فوق ميسر نبود، جمعيت روستاهاي مورد نظر به صورت جمعيت روستايي مستقيم، تحت پوشش نزديكترين مركز سلامت جامعه شهري (پایگاه سلامت ضمیمه) قرار خواهند گرفت.

چنانچه در نقطه شهري كه خانه بهداشت در آن واقع شده است (به دليل تغيير تقسيمات كشوري)، مركز سلامت جامعه شهري با فاصله دسترسی نیم ساعت با خودرو موجود نباشد و بخش خصوصي فعال نيز نداشته باشد، در آن محل بايستي هرچه سريعتر اقدام به ايجاد و راه اندازي مركز سلامت جامعه شهري كرد.

**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 در کانکس های مخصوص راه اندازی می­شود. معمولاً بهورز (ان) این خانه ها از همان عشایر برگزیده شده و همراه با کوچ ایل، جابجا می شوند.

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

1. فاصله محل استقرار عشایر (چادر یا سرپناه موقت) نسبت به خانه بهداشت
2. تعداد خانوار
3. تعداد روزهای استقرار در چادر
4. مشترک یا متفاوت بودن استان محل ییلاق و قشلاق
5. فاصله زمانی طی شده بین استان­های محل ییلاق و قشلاق و طول مسیر کوچ
6. نوع جاده مسیر کوچ (مال رو، خاکی، آسفالت)
7. تشابهات و اختلافات فرهنگی موجود میان ایل های همجوار مانند طایفه و تیره آنها

**شرایط مربوط به فاصله بین محل استقرار ایلات عشایر تا نزدیکترین محل ارائه خدمت:**

1. محل چادرها و سرپناه­های موقت عشایر در فاصله یک ساعت پیاده روی از خانه بهداشت قرار دارند.
2. محل چادرها و سرپناه­های موقت عشایر در فاصله بیش از یک ساعت پیاده روی از خانه بهداشت قرار دارند.

**شرایط مربوط به تعداد جمعیت مستقردر محل چادرهای ایلات عشایر:**

1. تعداد خانوار عشایر مستقر در محل کمتر از 80 خانوار یا 500 نفر (با توجه به بعد خانوار 5/6) باشد.
2. تعداد خانوار عشایر مستقر در محل بیش از 80 خانوار یا 500 نفر (با توجه به بعد خانوار 5/6) باشد.

**شرایط مربوط به تعداد روزهای استقرار خانوارهای عشایر در چادرهای عشایر:**

1. تعداد روزهای استقرار خانوارهای عشایر در سرپناه کمتر از 3 ماه ( 89 روز) باشد.
2. تعداد روزهای استقرار خانوارهای عشایر در سرپناه بیشتراز 3 ماه ( 89 روز) باشد.

**شرایط مربوط به مدت زمان طی کردن مسیر کوچ خانوارهای عشایر:**

1. مدت زمان طی کردن مسیر کوچ خانوارهای عشایر کمتر از20 روز باشد.
2. مدت زمان طی کردن مسیر کوچ خانوارهای عشایر بیش از 20 روز باشد.

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

1. چنانچه چادرهاي عشايری در فاصله يك ساعت پياده‎روي (حدود 6 كيلومتر) از خانه بهداشت مستقر باشند و جمعیت ساکن در آن چادرها کمتر از 500 نفر باشد، مي‎توان آن را به عنوان روستاي سياري خانه بهداشت قلمداد كرد تا بهورز مرد حداقل هر ماه يكبار براي ارائه خدمات تعریف شده به آن چادرها سركشي كند. دراین حالت، بازاي هر 1000 نفر جمعيت عشایری تحت پوشش خدمات سیاری خانه بهداشت مي‎توان يك بهورز مرد به كاركنان آن خانه اضافه كرد.
2. راه اندازی خانه بهداشت عشایری (موقت) با استفاده از کانکس برای عشایری که در فاصله بیش از یک ساعت پیاده روی از محل خانه بهداشت مستقر شده اند و تعداد خانوارهای آنان بیش از 500 نفر (80 خانوار) می­باشد.
3. خانه بهداشت عشایری تحت پوشش نزدیکترین مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری قرار خواهد گرفت و این خانه نیز جزو خانه های بهداشت محل انجام دهگردشی پزشک /پزشکان خانواده مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری خواهد بود.
4. تامین ملزومات، داروها، واکسن و سایر امکانات موردنیاز در خانه بهداشت عشایری توسط مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری مورد نظر در زمان استقرار در نزدیکی آن مرکز باید انجام شود
5. 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 200 تا 500 نفر (40 تا 79 خانوار) است.
6. استخدام بهورز سیاری از بین عشایر توسط دانشگاه/دانشکده های که ایل مربوطه در مناطق تحت پوشش آن دانشگاه/دانشکده در زمان طولانی­تری مستقر می­شوند.

**ساماندهی مسیر کوچ عشایر**

ارائه 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 ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر است. بدین منظور چنانچه شرایط زیر برقرار باشد خانه بهداشت عشایری (کانکس) در مسیر کوچ با ایل مربوطه منتقل خواهد شد:

1. مدت زمان طی شدن مسیر کوچ بیش از 20 روز باشد
2. نحوه کوچ آنها با خودرو باشد
3. تعداد خانوارهای آنان بیش از 3500 نفر ( 600 خانوار ) باشد
4. نوع جاده مسیر کوچ خاکی یا آسفالت باشد (مال رو نباشد)

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

1. قرار گرفتن خانه بهداشت عشایری تحت پوشش نزدیکترین مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری موجود در زمان ییلاق یا قشلاق
2. برگشت کانکس (محل استقرار خانه بهداشت عشایری) به نزدیکی مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری پس از کوچ ایل مورد نظر

**جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت عشایری:**

خانه های بهداشت عشایری برای حداقل 500 نفر جمعیت عشایر راه اندازی می­شوند و حداقل دارای یک بهورز زن عشایری خواهند بود. با اضافه شدن 350 تا 500 نفر بعدی ( تا 1200 نفر) یک بهورز (ترجیحاً مرد) به بهورزان خانه اضافه خواهد شد. اضافه شدن تعداد بهورزان به بیش از دو بهورز تابع ضوابط خانه های بهداشت خواهد بود. بدیهی است بهورزان عشایری در مسیر کوچ، همراه ایل خواهند بود. به همین علت بهورزان عشایری حتما باید از میان افراد تحصیلکرده هر ایل انتخاب و آموزش­های لازم و متناسب با نیازهای ایل به آنان داده شود (براساس ضوابط بهورزی).

**تبصره 10:** 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 ماه­های اقامت در آن استان به دانشگاه/ دانشکده مربوطه پرداخت خواهد شد.

**تبصره11:** کتب بهورزان عشایری، خاص نیازهای آنان طراحی می­شود که این موضوع در زمان آموزش آنان در مراکز آموزش بهورزی باید مورد توجه قرار گیرد.

**تبصره 12:** در شرایطی که بازديد از بیش از 2 ایل قمر در يك روز ميسر نباشد، می بایست یک بهورز مرد برای خانه بهداشت عشایری در نظر گرفته شود.

**تبصره 13:** برای ایل­هایی که تعداد خانوار آنها بیش از 600 خانوار (3500 نفر) است، یک ماما در نظر گرفته خواهد شد. این ماما نیز در مسیر کوچ با ایل حرکت خواهد کرد.

**پایگاه سلامت روستایی:**

**تعریف پایگاه سلامت روستایی:**

پایگاه سلامت روستایی در واقع پایگاه بهداشت روستایی تبدیل شده می­باشد که بدلیل تغییر خدمات و ساختار ارائه خدمت در آنان به این عنوان تغییر نام یافته است.

چنانچه، جمعیت یک روستا 4000 نفر یا بیشتر (4000 تا 8000 نفر) باشد، می­بایست خانه یا خانه های بهداشت موجود 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 سلامت جامعه روستایی یا یک مرکز سلامت جامعه شهری (اصطلاحاً شهری روستایی) باشند.

خدمات ارائه شده در پایگاه­های سلامت روستایی مانند بسته خدمت پایگاه­های سلامت شهری خواهد بود و به شکل فعال ارائه خواهند شد.

**نیروی انسانی پایگاه سلامت روستایی:**

1. نیروی انسانی پایگاه­های سلامت روستایی با جمعیت 4000 نفر (4000 تا 8000 نفر) شامل دو مراقب سلامت خانواده (هر 2000 تا 2500 نفر، یک مراقب) و یک خدمتگزار خواهد بود که یک نفر از مراقبین سلامت حتما باید دانش آموخته رشته مامایی باشد. در صورت تبدیل خانه بهداشت به پایگاه، پست بهورزان آن خانه نشاندار شده و در پایگاه به خدمات فعال خود به عنوان مراقب سلامت خانواده ادامه خواهند داد. ضرورت دارد در هر پایگاه سلامت یکی از مراقبین سلامت مرد باشد.

**تبصره 14:** بازای اضافه شدن هر 2000 تا 2500 نفر یک مراقب سلامت به تشکیلات پایگاه سلامت روستایی اضافه خواهد شد. چنانچه تعداد مراقبین سلامت پایگاه 4 نفر یا بیشتر باشد، باید دو نفر از آنان دانش آموخته رشته مامایی باشد.

**تبصره 15:** به منظور جلوگیری از انتقال پست بهورزان نشاندار به سایر بخش­های دانشگاه/دانشکده، باید در دفاتر طرح گسترش شبکه، مشخص شود که پست نشاندار مورد نظر پس از بازنشسته شدن بهورز به مراقب سلامت تغییر خواهد کرد.

**مراکز سلامت جامعه روستایی شبانه روزی**

**تعریف مرکز سلامت جامعه شبانه روزی روستایی:**

مراکز سلامت جامعه شبانه روزی روستایی مراکزی هستند که در مناطق روستایی که جمعیت تحت پوشش آنان بیش از 12000 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 10000 نفر، دو تخت بستری موقت زن و مرد)، امکانات احیاء قلبی ریوی و انجام جراحی های کوچک خواهند بود.

**تبصره 16:** برای ایجاد مراکز شبانه روزی روستایی، وجود هر دو شرط ( جمعیت بیش از 12هزار نفر و فاصله محل استقرار آنان تا اولین مرکز خدمات بستری با خودردو بیش از نیم ساعت ) الزامی است. همچنین، مراکز شبانه روزی ترجیحاٌ در روستایی که مرکز بخش می­باشد و در گلوگاه جمعیتی و در مسیر حرکت طبیعی مردم قرار دارد، راه اندازی می­شود.

**تبصره 17:** جمعیت درنظر گرفته شده برای مراکز شبانه روزی روستایی بر خلاف سایر مراکز که صرفا شامل جمعیت تحت پوشش خود مرکز می­باشد، شامل کل جمعیتی است که امکان استفاده از این مرکز را خواهند داشت.

 **نیروی انسانی مراکز شبانه روزی:**

پزشك عمومي 4 نفر

 پرستار يا بهيار 6 نفر (براي خدمات پرستاري و دارويي)

 كارشناس يا كاردان علوم آزمايشگاهي 3 نفر

 كارشناس يا كاردان راديولوژي 2 نفر

 متصدي پذيرش 3 نفر

سرایدار/ خدمتگزار 1 نفر

دندانپزشک 2 نفر

کاردان/ کارشناس سلامت محیط 1 نفر

کاردان/ کارشناس سلامت کار 1 نفر

کارشناس روانشناسی بالینی 1 نفر

کارشناس مشاوره تغذیه 1 نفر

مدیر اجرایی 1 نفر

**تبصره 18:** در مراکز شبانه روزی خدمات پزشکی، پرستاری، و پاراکلینیک بصورت 24 ساعته ارائه خواهند شد.

**تصویر کلی مراکز سلامت جامعه شبانه روزی روستایی:**

1. مرکزی واقع در منطقه روستایی با جمعیت تحت پوشش بیش از 12000 نفر و فاصله بیش از نیم ساعت از اولین مرکز ارائه خدمات بستری ( بیمارستان یا مرکز شبانه روزی)
2. ناظر بر ارائه مراقبتهای بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاههای سلامت
3. مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
4. دسترسی به خدمات قابل ارائه توسط پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت
5. دسترسی به خدمات پرستاری
6. دسترسی به اورژانس 115 با فاصله حداکثر 5 کیلومتر در خارج از مرکز یا استقرار در داخل مرکز
7. دارای تخت بستری موقت ( بازای هر 10000 نفر دو تخت بستری موقت )
8. دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز بصورت شبانه روزی
9. دسترسی به خدمات رادیولوژی در داخل مرکز یا در خارج مرکز با رعایت حداکثر نیم ساعت فاصله و یا مجهز بودن مرکز به دستگاه تصویر برداری پرتابل بصورت شبانه روزی
10. دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز به شرط داشتن 10 هزار نفر جمعیت پوشش یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت
11. دسترسی به خدمات سلامت محیط و کار
12. دسترسی به خدمات دارویی بصورت شبانه روزی
13. دسترسی به خدمات مشاوره تغذیه و روان شناسی بالینی

**مرکز سلامت جامعه شهری**

**تعریف مرکز سلامت جامعه شهری:**

مراکز سلامت جامعه شهری در واقع مراکز بهداشتی درمانی شهری تبدیل یافته می­باشند که به دلیل تغییر خدمات و ساختار ارائه خدمت در آنان به این عنوان شناخته می­شوند.

**تعریف مرکز سلامت جامعه شهری روستایی:**

مراکز سلامت جامعه شهری روستایی (مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی)، مراکز مستقر در منطقه شهری هستند که تعدادی از جمعیت روستایی را با واسطه خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی یا به صورت مستقیم در پوشش خود دارند. در واقع جزو مراکز سلامت شهری ثبت می شوند و اصطلاح شهری روستایی به آنان تعلق دارد. همچنین مراکز سلامت جامعه شهری که به جمعیت روستایی خدمات مشاوره تغذیه و مشاوره روانشناس بالینی ارائه می دهند، نیز مرکز سلامت جامعه شهری روستایی تلقی می شوند.

**جمعیت تحت پوشش مراکز سلامت جامعه شهری:**

مراکز سلامت جامعه شهری با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود 37500 نفر (25 تا 50 هزار نفر) راه اندازی خواهند شد.

**نیروی انسانی مراکز سلامت جامعه شهری:**

در هر مرکز سلامت جامعه شهری دو بخش فعال ارائه خدمت وجود خواهد داشت:

1. بخش ارائه خدمات مدیریتی، نظارتی و درمانی بر پایگاه­های سلامت شهری یا روستایی تحت پوشش
2. بخش ارائه خدمات بهداشتی یا همان پایگاه سلامت شهری ضمیمه

نیروی انسانی بخش ارائه خدمات مدیریتی، نظارتی و درمانی بر پایگاه­های سلامت شهری به شرح زیر خواهد بود:

1. بازای تا 37500 نفر جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت جامعه شهری، 2 نفر پزشک عمومی بکارگیری خواهد شد. بازای اضافه شدن هر 15000 نفر، یک پزشک به پزشکان شاغل در مرکز اضافه خواهد شد.
2. چنانچه بخش خصوصی فعال در منطقه حضور نداشته باشد، در هر مرکز سلامت جامعه شهری بازای هر 15 هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک دندانپزشك حضور خواهد داشت.
3. در هر مرکز سلامت جامعه شهری یک پرستار یا بهیار برای انجام خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان و ...)، و ارائه خدمات دارویی در صورت نبود داروخانه فعال بخش خصوصی حضور خواهد داشت.
4. در هر مرکز سلامت جامعه شهری یک کارشناس یا کارشناس ارشد سلامت روان (با مدرک روانشناسی بالینی) و یک کارشناس یا کارشناس ارشد تغذیه برای ارائه خدمات مشاوره روانشناسی و تغذیه، قبول ارجاعات و خدمات مربوط به جامعه تحت پوشش حضور خواهند داشت.
5. در مراکز سلامت جامعه شهری یک کارشناس یا کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (پس از گذراندن دوره آموزشی) ، کارشناس بهداشت عمومی یا مدیریت دولتی ( پس از گذراندن دوره آموزشی) یا یکی از پزشکان عمومی شاغل در مرکز با مدرک MPH به عنوان مدیر اجرایی، فعالیت خواهد داشت. تعیین مدیر اجرایی مرکز بر عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.
6. به دلیل وجود داروخانه كافي در بخش خصوصي مناطق شهری، نيازي به ايجاد آن در مركز سلامت جامعه شهري نيست.
7. در صورت نبود واحد ارائه خدمات آزمايشگاهي فعال وابسته به بخش خصوصي يا دولتي (مثل بيمارستان و ...) در منطقه، مرکز سلامت جامعه شهری بايد به آزمايشگاه مجهز شود. دراين شرايط، باید بر حسب جمعیت تحت پوشش مرکز، یک تا دوكارشناس يا كاردان علوم آزمايشگاهي در مركز حضور داشته باشند.
8. راه اندازی واحد رادیولوژی جدید در مراکز سلامت جامعه شهری خلاف ضوابط و مقررات نظام شبکه می باشد. اما در صورت وجود دلایل کافی، از جمله نبود بخش خصوصی فعال در منطقه، واحدهای فعال رادیولوژی به فعالیت خود ادامه خواهند داد. دراين شرايط، باید برحسب جمعیت تحت پوشش مرکز، یک تا دوكارشناس يا كاردان رادیولوژی در مركز حضور داشته باشند.
9. در هر مرکز سلامت جامعه شهری حضور یک کاردان پذیرش، آمار و مدارک پزشکی الزامی است.
10. چنانچه مرکز سلامت جامعه شهری يك يا چند خانه بهداشت يا پايگاه سلامت روستایی را تحت پوشش داشته باشد، برای انجام دهگردشی، باید خودرو مناسب و راننده داشته باشد.
11. بازای هر مرکز سلامت جامعه شهری يك نفر سرایدار/خدمتگزار درنظر گرفته می­شود. در واقع این فرد علاوه بر نگهباني در ورودي، برقراري نظم در اتاق انتظار و محوطه مركز و نظافت و در صورت نياز همكاري با قسمت پذيرش را نيز بعهده خواهد داشت.
12. بازای هر 300 واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت سلامت محیط، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز باشد. درمورد خدمات بهداشت حرفه ای نیز بازای250 واحد کارگاهی باید یک کاردان/ کارشناس بهداشت حرفه ای وجود داشته باشد. در صورت مشخص نبودن تعداد واحدها، بازای هر 10 تا 15 هزار نفر، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط یا حرفه ای (انجام هر دو وظیفه توسط یک نفر) درنظر گرفته می­شود. چنانچه منطقه تحت پوشش مرکز به هر دوِ خدمات بهداشت محیط و حرفه ای نیاز داشته باشد و جمعیت تحت پوشش مرکز بیش از 35000 نفر باشد، از دانش آموختگان هر دو رشته بهداشت محیط و حرفه ای استفاده شود.

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

1. بازای هر 2000 تا 2500 نفر می بایست یک نفر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت خانواده بکارگیری شود. بدین ترتیب برای پایگاهی با 12500 نفر جمعیت، 5 نفر مراقب سلامت بکارگرفته خواهد شد. ضرورت دارد در هر پایگاه سلامت ضمیه یکی از مراقبین سلامت مرد باشد.
2. بازای هر پایگاه سلامت شهری يك نفر سرایدار/خدمتگزار وجود خواهد داشت.

**تبصره 19:** برای پایگاه­هایی با دو نفر مراقب سلامت باید یکی از مراقبین سلامت، دانش آموخته رشته مامایی باشد. چنانچه تعداد مراقبین سلامت بیش از دو نفر شد، بایست حداقل دو نفر از مراقبین سلامت، دانش آموخته رشته مامایی باشند.

**تبصره 20:** مراقبین سلامت می­توانند دانش آموختگان یکی از رشته های مامایی، بهداشت خانواده، پرستاری و بهداشت عمومی باشند.

**تبصره 18:** مراقبین سلامت موظف هستند کلیه خدمات بهداشتی موجود در بسته خدمات (بجز خدمات بهداشت محیط و حرفه ای) را برای جمعیت تحت پوشش خود انجام دهند.

**تصویر کلی مراکز سلامت جامعه شهری یا شهری روستایی غیر شبانه روزی:**

1. مرکزی واقع در منطقه شهری با جمعیت تحت پوشش بطور متوسط حدود 37500 نفر (25 تا 50 هزار نفر)
2. ناظر بر ارائه مراقبتهای بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاههای سلامت شهری
3. مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به شرط واقع شدن در شهر زیر 20 هزار نفر یا تحت پوشش داشتن خانه بهداشت
4. دسترسی به خدمات قابل ارائه توسط پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت
5. دارای دسترسی به خدمات پرستاری
6. دارای دسترسی به اورژانس 115 با فاصله حداکثر 5 کیلومتر در خارج از مرکز
7. دارای دسترسی به مرکز ارائه خدمات بستری ( بیمارستان یا مرکز شبانه روزی) با فاصله زمانی کمتر از نیم ساعت
8. دارای دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز یا خرید خدمت از آزمایشگاه طرف قرارداد با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت
9. دارای دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز به شرط داشتن 15 هزار نفر جمعیت پوشش یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت
10. دارای دسترسی به خدمات سلامت محیط و کار
11. دارای دسترسی به خدمات دارویی
12. دارای دسترسی به خدمات مشاوره تغذیه و روان شناسی بالینی

**پايگاه سلامت غیرضمیمه شهری:**

پایگاه سلامت غیرضمیمه شهری همان پایگاه بهداشت غیرضمیمه شهری می­باشد که ارتقاء یافته است و خدمات و ساختار ارائه خدمت در آن بهبود یافته است.

**جمعیت تحت پوشش پایگاه سلامت غیرضمیمه شهری:**

پایگاه­های سلامت شهری با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود 12500 (5000 تا 20000) نفر ایجاد خواهند شد.

**نیروی انسانی پایگاه سلامت غیرضمیمه شهری:**

1)بازای هر2500 نفر می بایست یک نفر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت بکارگیری شود. بدین ترتیب برای پایگاهی با 12500 نفر جمعیت، 5 نفر مراقب سلامت بکارگرفته خواهد شد. ضرورت دارد در هر پایگاه سلامت غیر ضمیه یکی از مراقبین سلامت مرد باشد.

2) بازای هر پایگاه سلامت شهری، يك نفر سرایدار/خدمتگزار درنظر گرفته می­شود.

موضوعات اشاره شده در تبصره های 16 تا 18 و بند مربوط به مدیریت پایگاه­های سلامت ضمیمه درمورد پایگاه­های سلامت غیرضمیمه شهری نیز، صدق می­کنند.

**ارائه خدمات در پایگاه­های سلامت و مراکز سلامت جامعه باید با همکاری داوطلبان سلامت و با استفاده از روش خود مراقبتی به صورت فعال انجام گیرد و مسووليت پیگیری و تداوم خدمات با کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواد خواهد بود.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **تعداد جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت جامعه شهری**  | **پزشک** | **دندان****پزشک یا کاردان بهداشت دهان** | **کاردان یا کارشناس آزمایشگاهی** | **کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای** | **کارشناس سلامت روان** | **کارشناس تغذیه** | **مدیر****مرکز** | **بهیار یا پرستار** | **کاردان پذیرش ،آمار و مدارک پزشکی** | **سرایدار/خدمت****گزا** | **مراقب سلامت مرد** |
| کمتر از 20000 نفر | 1 | 1 (به شرط نبودن بخش خصوصی) | 1 (به شرط نبودن بخش خصوصی) | 1 | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 1 |
| 20001 تا 30000 | 2  | 2 (به شرط نبودن بخش خصوصی) | 2 (به شرط نبودن بخش خصوصی) | 2 تا 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 30001 تا 50000 | 3  | 2 (به شرط نبودن بخش خصوصی) | 3 (به شرط نبودن بخش خصوصی) | 3 تا 4  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 50001 و بالاتر | 3تا4  | 2 (به شرط نبودن بخش خصوصی) | 4 (به شرط نبودن بخش خصوصی) | بیش از4 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |

**تصویر کلی پایگاههای سلامت:**

1. واحدی واقع در منطقه شهری با جمعیت تحت پوشش بطور متوسط حدود 12500 نفر (5 تا 20 هزار نفر)
2. ارائه دهنده مراقبتهای بهداشتی با ماهیت Promotion, prevention , Screening و پیگیری دستورات پزشک مستقر در مرکز سلامت جامعه
3. محل استقرار پرونده های سلامت خانوار

**مراکز جامع خدمات سلامت شهری**

**تعریف مراکز جامع خدمات سلامت شهری:**

مراکز جامع خدمات سلامت شهری مراکزی هستند که در مناطق شهری که جمعیت تحت پوشش آنان بیش از 12000 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 10000 نفر، دو تخت بستری موقت زن و مرد )، امکانات احیاء قلبی ریوی و انجام جراحی های کوچک خواهند بود.

**تبصره 21:** برای ایجاد مراکز جامع خدمات سلامت شهری ، وجود هر دو شرط ( جمعیت بیش از 12هزار نفر و فاصله محل استقرار آنان تا اولین مرکز خدمات بستری با خودردو بیش از نیم ساعت ) الزامی است. همچنین این مراکز ترجیحاٌ در شهری که مرکز بخش می­باشد و در گلوگاه جمعیتی و در مسیر حرکت طبیعی مردم قرار دارد، راه اندازی می­شود.

**تبصره 22:** جمعیت درنظر گرفته شده برای مراکز جامع خدمات سلامت شهری بر خلاف سایر مراکز که صرفاً شامل جمعیت تحت پوشش خود مرکز می­باشد، شامل کل جمعیتی است که امکان استفاده از این مرکز را خواهند داشت.

 **نیروی انسانی مراکز شبانه روزی:**

 متخصص کودکان 1 نفر

متخصص زنان 1 نفر

متخصص داخلی 1 نفر

متخصص روانپزشکی 1 نفر

پزشك عمومي 4 نفر

 پرستار يا بهيار 6 نفر (براي خدمات پرستاري و دارويي)

 كارشناس يا كاردان علوم آزمايشگاهي 3 نفر

 كارشناس يا كاردان راديولوژي 2 نفر

 متصدي پذيرش 3 نفر

سرایدار/ خدمتگزار 1 نفر

دندانپزشک 2 نفر

کاردان/ کارشناس سلامت محیط 1 نفر

کاردان/ کارشناس سلامت کار 1 نفر

کارشناس روانشناسی بالینی 1 نفر

کارشناس مشاوره تغذیه 1 نفر

مدیر اجرایی 1 نفر

**تبصره 23:** در مراکز جامع خدمات سلامت شهری خدمات پزشکی، پرستاری، و پاراکلینیک بصورت 24 ساعته ارائه خواهند شد.

**تبصره 24:** چنانچه در شهری، بیمارستان راه اندازی شود، مرکز جامع خدمات سلامت شهری موجود فعال باید به تک شیفته تبدیل و نیروهای اضافی آن در اسرع وقت در سایر واحدهای ارائه دهنده خدمت حوزه معاونت بهداشتی جابجا شوند.

**تصویر کلی مراکز جامع خدمات سلامت شهری:**

1. مرکزی واقع در منطقه شهری با جمعیت تحت پوشش بیش از 12000 نفر و فاصله بیش از نیم ساعت از اولین مرکز ارائه خدمات بستری ( بیمارستان یا مرکز شبانه روزی)
2. ناظر بر ارائه مراقبتهای بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاههای سلامت
3. مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به شرط واقع شدن در شهر زیر 20 هزار نفر یا تحت پوشش داشتن خانه بهداشت
4. دسترسی به خدمات تخصصی قابل ارائه توسط متخصصین کودکان، زنان، داخلی و روانپزشکی
5. دسترسی به خدمات قابل ارائه توسط پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت
6. دسترسی به خدمات پرستاری
7. دسترسی به اورژانس 115 با فاصله حداکثر 5 کیلومتر در خارج از مرکز یا استقرار در داخل مرکز
8. دارای تخت بستری موقت ( بازای هر 10000 نفر دو تخت بستری موقت )
9. دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز بصورت شبانه روزی
10. دسترسی به خدمات رادیولوژی در داخل مرکز یا در خارج مرکز با رعایت حداکثر نیم ساعت فاصله و یا مجهز بودن مرکز به دستگاه تصویر برداری پرتابل بصورت شبانه روزی
11. دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز به شرط داشتن 10 هزار نفر جمعیت پوشش یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت
12. دسترسی به خدمات سلامت محیط و کار
13. دسترسی به خدمات دارویی بصورت شبانه روزی
14. دسترسی به خدمات مشاوره تغذیه و روان شناسی بالینی

**پایگاه­های اورژانس و فوریت­های پزشکی**

معاونت بهداشتی دانشگاه­ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور موظف هستند از طریق همکاری با مرکز مدیریت اورژانس و فوریت­های پزشکی اقدام به استقرار پایگاه­های اورژانس در نزدیکترین مکان فیزیکی ممکن به مرکز شبانه روزی نمایند. در راستای این همکاری وظایف معاونت­های بهداشتی و مرکز مدیریت اورژانس و فوریت­های پزشکی دانشگاه/دانشکده به شرح زیر می­باشد:

**معاونت بهداشتی:**

* گردآوری و نهایی سازی اطلاعات مربوط به تعداد مراکز سلامت جامعه موجود در سطح مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت زیر50 هزار نفر کشور و فاصله آنها تا اولین پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی فعال به تفکیک شهرستان­های کشور
* گردآوری و اعلام اطلاعات مربوط به تعداد مراکز سلامت جامعه ای که امکان تأمین مکان فیزیکی مناسب برای استقرار اورژانس پیش بیمارستانی در درون مرکز را دارند.
* تأمینفضای فیزیکی مناسب برای استقرار اورژانس پیش بیمارستانی در جنب یا درون مرکز سلامت جامعه با وسعت 60 متر مربع. این فضا شامل اتاق عملیات، اتاق استراحت و انباردارویی است.

**تبصره 23:** مراکز موردنظر می­بایست امکان تأمین فضای مسقف برای استقرار یک دستگاه آمبولانس در مجاورت اتاق عملیات را داشته باشند.

* گردآوری و ارائه اطلاعات مربوط به کلیه آمبولانس­هایی که در اختیار مراکز سلامت جامعه شهری و روستایی هستند.

**تبصره 24:** مدیریت حوادث و فوریت­های پزشکی دانشگاه این آمبولانس­ها را از نظر فنی بررسی خواهد کرد و در صورت تأیید فنی از آنها برای خدمات موضوع تفاهم نامه مشترک (پیوست) استفاده خواهد کرد.

* بکارگیری و عقد قرارداد با نیروهای فوریت­های پزشکی موردنیاز برای راه اندازی پایگاه­های اورژانس پیش بیمارستانی با نیروی انسانی حداقل 6 تکنیسین بازای هر پایگاه اورژانس براساس استانداردهای مرکز مدیریت حوادث و فوریت­های پزشکی
* تأمین خدمات پایگاه­های ایجاد شده از نظر رسیدگی­های فنی، تأسیساتی، ابنیه، تجهیزات اداری، مبلمان، خدمات زیر ساختی و هزینه های آب، برق، تلفن، گاز و همچنین، تأمین امکانات زیستی و اداری آن پایگاه

**مرکز مدیریت اورژانس و فوریت­های پزشکی**

* جانمایی پایگاه­های اورژانس پیش بیمارستانی و مراکز سلامت جامعه روستایی و شهری بر روی سامانه GIS پدافند غیرعامل و برقراری امکان دسترسی به اطلاعات مذکور توسط معاونت بهداشت و درمان دانشگاه­ها و دانشکده های علوم پزشکی کشور
* راه اندازی پایگاه­های اورژانس مصوب درنظر گرفته شده برای روستاها و شهرهای زیر 50 هزار نفر در مجاورت مراکز سلامت جامعه شبانه روزی یا با فاصله بیش از نیم ساعت تا نزدیکترین بیمارستان
* تامین امکانات دارویی و تجهیزات درمانی و ارتباطی پایگاه­های اورژانس جدید یا پایگاه­های موجود در مجاورت مراکز سلامت جامعه در سطح روستاها و شهرهای زیر 50 هزار نفر کشور
* تامین امکانات ارتباطی شامل بی سیم­های ثابت و سیار و اتصال پایگاه­های جدید به شبکه سراسری اورژانس­های پیش بیمارستانی دانشگاه و راهبری و نظارت آمبولانس­های اعزامی
* تامین آمبولانس­های استاندارد ( تیپ B) موردنیاز پایگاه­های جدید
* تامین خدمات پشتیبانی آمبولانس­های بکارگیری شده در پایگاه­های اورژانس مستقر در روستاها و شهرهای زیر 50 هزار نفر
* ارائه آموزش­های بدو و حین خدمت به تکنسین­های فوریت­های پزشکی بکارگیری شده
* ارائه آموزش­های لازم بدو و حین خدمت به پزشکان و پرستاران مستقر در مراکز سلامت جامعه در سطح روستاها و شهرهای زیر 50 هزار نفر کشور با اولویت مراکز شبانه روزی
* تعیین شیفت­های ارائه خدمت و مدیریت حسن انجام کار تکنسین­های فوریت­های پزشکی بکارگیری شده و برقراری هماهنگی کامل با کارکنان درمانی مراکز سلامت جامعه در سطح روستاها و شهرهای زیر 50 هزار نفر کشور
* در نظر گرفتن اولویت اعزام مادران باردار مراجعه کننده به مراکز تسهیلات زایمانی برای استفاده از خدمات اورژانس هوایی براساس اندیکاسیون­های اعزام اورژانس هوایی

**استاندارد جمعیت تحت پوشش هر پایگاه اورژانس:**

با توجه به برنامه ریزی­های بعمل آمده بازای جمعیت متوسط حدود 30000 نفر (12000 تا 50000 نفر) برای هر پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی یا بازای حداکثر تا 4 مرکز سلامت جامعه شبانه روزی یا غیرشبانه روزی، یک پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی در نظر گرفته خواهد شد. با توجه به امکانات موجود مراکز، این پایگاه در مجاورت یکی از مراکز سلامت جامعه راه اندازی شده و مسوولیت انتقال بیماران و مصدومین جمعیت تحت پوشش مراکز در نظر گرفته شده را بر عهده خواهد داشت.

**شرح وظایف نیروهای شاغل در پایگاه­های فوریت­های پزشکی مجاور مراکز سلامت جامعه:**

نیروهای این طرح از نظر مقررات اداری و مالی، نیروهای اورژانس پیش بیمارستانی محسوب می­گردند و ملزم به رعایت شرح وظایف تعریف و ابلاغ شده مرکز مدیریت حوادث و فوریت­های پزشکی خواهند بود. بعلاوه، وظایف زیر به شرح وظایف آنها اضافه می گردد.

1. همکاری با کارکنان مراکز سلامت جامعه در فرآیند درمان بیماران فوریتی
2. رعایت اخلاق فردی، اداری و حرفه ای در تعامل با کارکنان مراکز سلامت جامعه
3. همکاری در درمان بیماران فوریتی مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه شامل همکاری در احیا، انتوباسیون و سایر خدمات مندرج در شرح وظایف کارکنان فوریت­های پزشکی
4. اعزام بیماران به بیمارستان براساس تشخیص پزشک مرکز یا درمورد اعزام از خارج از محل مرکز برای جمعیت تحت پوشش بنابه مقررات موجود

**شرح وظایف نیروهای شاغل در مراکز سلامت جامعه:**

**الف-وظایف پزشک:**

پزشکان عمومی و پزشکان خانواده شاغل در مراکز روستایی و شهرهای تا 50 هزار نفر علاوه بر شرح وظایف منطبق بر بسته خدمات ابلاغ شده، موظف به اجرای وظایف زیر هستند:

1. ویزیت فوری بیماران اورژانس و ارائه خدمات درمانی به بیماران فوریتی مراجعه کننده به مرکز، و تثبیت وضعیت بالینی بیماران نیازمند اعزام پیش از انتقال به آمبولانس
2. تلاش برای جلوگیری از انتقال غیرضروری بیماران و مصدومین
3. هماهنگی با پزشک مرکز ارتباطات اورژانس در صورت نیاز به اعزام بیمار یا مصدوم

 **ب- وظایف سایر نیروهای درمانی شاغل در مراکز سلامت جامعه:**

پرستاران، بهیاران و سایر نیروهای درمانی شاغل در مراکز سلامت جامعه و ماماهای شاغل در تسهیلات زایمانی علاوه بر تمامی شرح وظایف ابلاغ شده از طرف معاونت بهداشت، موظف به اجرای وظایف زیر نیز هستند:

1. پذیرش تمامی بیماران فوریتی مراجعه کننده به مرکز سلامت جامعه
2. اطلاع رسانی موارد بیماران فوریتی پس از تأیید پزشک به کارکنان فوریت­ها
3. انجام تمامی خدمات درمانی اولیه بیماران اورژانسی تا رسیدن تکنسین فوریت­های پزشکی
4. رعایت اخلاق فردی، اداری و حرفه ای در تعامل با کارکنان فوریت­های پزشکی
5. همکاری با کارکنان فوریت­ها در فرآیند درمان بیماران فوریتی تحت نظارت پزشک مرکز سلامت جامعه
6. همراهی کردن مامای تسهیلات زایمانی با کارکنان فوریت­ها در زمان اعزام مادر باردار

**سایر واحدهایی که زیر مجموعه مرکز سلامت جامعه شهری یا مرکز بهداشتی درمانی روستایی خواهند بود:**

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

1. تسهیلات زایمانی
2. پایگاه­های مراقبت بهداشتی مرزی

**تسهیلات زایمانی**

واحدهای تسهیلات زایمانی در مناطقی که امکان دسترسی به بیمارستان و زایشگاه وجود ندارد، صرفاٌ به منظور انجام زایمان طبیعی بدون عارضه و غیراورژانس برای جمعیت تحت پوشش مرکز، در نظر گرفته شده اند. این واحدها حتما 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 ماماهای شاغل در واحد، با مادر باردار همراه خواهد شد. همچنین، مامای تسهیلات زایمانی در شیفت مربوط به خود چنانچه مورد اعزام مادر باردار توسط آمبولانس فوریت­های 115 پیش بیاید، موظف به همراهی کردن با مادر باردار است.

**تبصره 24:** 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 25:** راه اندازی تسهیلات زایمانی جدید جز در موارد خاص و پس از ارائه دلائل 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.

**نیروی انسانی تسهیلات زایمانی**

1. ماما 4 نفر
2. راننده آمبولانس (تکنسین فوریت­ها) 2 نفر
3. خدمتگزار 2 نفر

#### **پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی**

اين واحدها در پايانه هاي زميني، دريايي، هوايي و نيز بازارچه هاي زميني و دريايي ایجاد مي­شوند. اين واحدها نقش سد دفاعي جلوگيري كننده از نفوذ بيماري­ها به داخل كشور را براساس ضوابط و معيارهاي بين المللي به عهده دارند. درجه بندی پایگاه­های مراقبت بهداشتی مرزی براساس اهمیت پایانه مرزی، حجم جمعیت در حال تردد و زمان فعالیت پایگاه، در چهار سطح زیر صورت می­گیرد.

#### ممتاز

1. درجه یک
2. درجه دو
3. درجه سه

#### **پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز:**

پایگاه­های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که حجم تردد مسافر روزانه آن بطور متوسط بیشتر از 15 هزار نفر می باشد وحجم کالای تردد شده در این مرزها حداقل 3 برابر مرزهای درجه یک می باشد. این پایگاه ها بصورت 24 ساعته فعال است. درحال حاضر، تنها **فرودگاه بین المللی امام خمینی (ره)** در این سطح قرار دارد. این فرودگاه تحت نظر مرکز بهداشت شهرستان ری اداره می­شود. نیروی انسانی پایگاه­های ممتاز به شرح زیر است:

#### پزشک عمومی آشنا به نظام مراقبت سندرمیک و IHR ( مقررات بهداشتی بین المللی) 3 نفر

#### کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری­ها) 6 نفر

1. کارشناس بهداشت محیط 4 نفر

#### **پایگاه مراقبت بهداشتی درجه یک:**

#### پایگاه­های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که دارای تردد مسافر روزانه متوسط بین 8000 تا 15000 نفر و حجم کالای مبادله شده در آن ، متوسط 200 کامیون است. این پایگاه ها در دو شیفت صبح و عصر فعالیت دارند و با توجه به تغییر شرایط و حجم کار می توانند شبانه روزی هم فعال باشند و در یک پایانه مرزی زمینی یا در فرودگاه بین المللی یا در بندری بزرگ استقرار دارند. این پایگاه­ها، وابسته به نزدیک­ترین مرکز سلامت جامعه روستایی، حاشیه شهری یا شهری بوده که براساس نظام شبکه بهداشت و درمان، زیر نظر مرکز بهداشت شهرستان اداره می­شوند. نیروی انسانی این پایگاه­ها به شرح زیر است:

#### پزشک عمومی آشنا به نظام مراقبت سندرمیک و IHR 1 نفر

#### کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری­ها) 4 نفر

1. کارشناس بهداشت محیط 2 نفر

#### **پایگاه مراقبت بهداشتی درجه دو:**

پایگاه­های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که تردد مسافر روزانه متوسط بین 5000 تا 8000 نفر و حجم کالای مبادله شده در آن ،متوسط بین 100 تا 200 کامیون است. این پایگاه همزمان با شیفت کاری مرکز تابع آن فعالیت دارد و مانند پایگاه درجه یک، وابسته به نزدیکترین مرکز سلامت جامعه روستایی، حاشیه شهری یا شهری می­باشد. نیروی انسانی این پایگاه­ها به شرح زیر است:

#### پزشک On Call (پزشک مرکز) 1 نفر

#### کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری­ها) 3 نفر

1. کارشناس بهداشت محیط 2 نفر

####

#### **پایگاه مراقبت بهداشتی درجه سه:**

پایگاه­های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که از نظر تردد با اولویت ترانزیت بار بوده و تردد مسافر در آن به صورت موقتی یا مقطعی صورت می­پذیرد و روزانه کمتر از 5000 نفر تردد مسافر دارند. همچنین تردد کالا در آن کمتر از 100 کامیونیا لنج /کشتی در روز می باشد این پایگاه همزمان با شیفت کاری مرکز تابع آن فعالیت دارد . این پایگاه نیز مانند پایگاه درجه دو وابسته به مرکز سلامت جامعه روستایی، حاشیه شهری یا شهری می­باشد. نیروی انسانی این پایگاه شامل موارد زیر است:

#### 1) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری­ها) 1 نفر

برخی از پایانه های مرزی منجمله فرودگاه بین المللی امام خمینی (ره) و پایانه مرزی مهران در کل 24 ساعت شبانه روز فعال بوده و برخی دیگر از پایانه های مرزی بصورت 12 ساعته فعالیت دارند. در تعدادی از پایگاه­ها ساعت­های فعالیت بیشتر یا کمتر از این ساعات می­باشد. لذا، پایگاه­های مراقبت بهداشتی مرزی نیز کاملا منطبق با ساعت فعالیت پایانه مرزی دارای شیفت­های کاری 24 ساعته، 16 ساعته، 12 ساعته و ... هستند.

####  **مركز رفرانس مشاوره و مراقبت بيماري­هاي رفتاري:**

مراکز رفرانس 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 ب و معتادان می­پردازد. اين واحد بازای500 هزار نفر جمعیت از 1 تا چند شهرستان مجاور هم با رعایت دسترسی ایجاد می شود. درصورتیکه یکی از این شهرستان ها ، مركز استان باشد ، بایستی در مرکز استان راه اندازی شود.

**تبصره 26:** در برخی از مراکز استان مانند تهران که تعداد جمعیت بیشتر می باشد ، امکان راه اندازی مرکز رفرانس مشاوره و مراقبت بیماری­های رفتاری به تعداد بیش از یک مرکز وجود خواهد داشت.

#### **نیروی انسانی مركز رفرانس مشاوره و مراقبت بيماري­هاي رفتاري :**

1. متخصص بیماری­های عفونی 1 نفر (مسوول مركز )
2. پزشک عمومی 1 نفر
3. كارشناس مراقب سلامت (ترجیحا دانش آموخته مبارزه با بيماري­ها) 1 نفر
4. كارشناس سلامت روان (با اولويت روانشناس باليني) 1 نفر
5. مددكار اجتماعي 1 نفر
6. متصدي پذيرش، آمار و مدارك پزشكي 1 نفر
7. دندانپزشك عمومي 1 نفر
8. ماما 1 نفر
9. پرستار 1 نفر
10. كارشناس آزمايشگاه 1 نفر
11. راننده 1 نفر
12. خدمتگزار 1 نفر

**منبع:استانداردهای شبکه بهداشت و درمان** گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبکه **دکتر ناصر کلانتری عصمت جمشید بیگی نیلوفر مردفرد دکتر نگین طاهری فاطمه مالکی فروردین 95**

1. با توجه به تغييرات اعمال شده در ساختار ارائه خدمات از این پس، تمام مراکز بهداشتی درمانی روستایی به مرکز سلامت جامعه روستایی و مراکز بهداشتی درمانی شهری به مرکز سلامت جامعه شهری تغییر عنوان خواهد داد. [↑](#footnote-ref-1)
2. با توجه به تغييرات اعمال شده در ساختار ارائه خدمات از این پس، تمام پایگاه­های بهداشت روستایی یا شهری به پایگاه سلامت روستایی یا شهری تغییر عنوان خواهد داد. [↑](#footnote-ref-2)
3. 1 Care Giver [↑](#footnote-ref-3)