"باسمه تعالي"

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

مركز توسعه شبكه و ارتقاء سلامت

ضوابط و اصول کلی درساختار طرحهاي گسترش شبكه هاي سلامت شهرستان

تهيه و تنظيم از:

گروه ساختار سلامت مركز توسعه شبكه و ارتقاء سلامت

با همكاري:

كميته كشوري بررسي و بازنگري ساختار و فرآيندهاي نظام شبكه

فروردين ماه 1386 "باسمه تعالي"

ضوابط و اصول کلی درساختار طرحهاي گسترش شبكه هاي سلامت شهرستان

**مقدمه:**

از سالها قبل ضرورت تامين دسترسي سهل و سريع مردم به نيازهاي اوليه بهداشتي درماني احساس شده بود. با توجه به مشكلات آن زمان كشور از جمله وجود بيش از 60000 روستاي پراكنده كه تعداد قابل ملاحظه أي از آنها جمعيت كمتر از 200 نفر داشتند و در مناطق دور افتاده جا گرفته بودند؛ كمبود امكانات و منابع مالي و انساني؛ مشكل ترابري و انتقال خدمات به مناطق دورافتاده؛ و … مسوولان حفظ سلامتي و بهداشتي كشور را واداشت تا دست به اجراي طرحهاي مختلفي بزنند از قبيل طرح تربيت بهدار، طرح سپاه بهداشت، طرح بهدار روستا، طرح سلسله و طرح رضاييه (اروميه)، تا هدف دسترسي مردم به نيازهاي اوليه بهداشتي تامين شود.

تجارب حاصل از اين طرحها در داخل كشور، همزمان با اجلاس جهاني آلماآتا و تعيين هدف بهداشت براي همه تا سال 2000 ميلادي و تفكر مراقبتهاي اوليه بهداشتي PHC) [[1]](#footnote-2)\*)تعدادي از دلسوزان و متفكران كشور را بر آن داشت تا نظامي گسترده و پويا را براي ارائه خدمات بهداشتي درماني در سراسر كشور طراحي كنند و به اين ترتيب نظام شبكه هاي بهداشتي درماني در ايران شكل گرفت.

نظام شبكه بهداشت و درمان **اصول و ضوابطي بنياني** براي گسترش واحدهاي بهداشتي درماني و ارائه خدمات در مدنظر قرار داد كه از همان آغاز تاكنون هنوز هم مورد عمل است. چگونگي دست يافتن به اين ضوابط به طور مفصل در كتاب نگرشي بر بهداشت، درمان و آموزش نيروي انساني پزشكي آمده است.

به دنبال تعيين و تصويب ضوابط، كار تدوين دفترچه هاي طرح گسترش براي هريك از شهرستانهاي كشور با همكاري كاركنان مبارزه با بيماريها شاغل در آن شهرستان و به سرپرستي ستاد گسترش شبكه (آقايان دكتر سيروس پيله رودي و دكتر كامل شادپور) انجام گرفت و پس از آن، گسترش كمي نظام شبكه بهداشت و درمان آغاز شد. تهيه طرحهاي گسترش يا استقرار شبكه هاي بهداشتي درماني شهرستانهاي كشور، كه اول بار در فاصله سالهاي 1361 تا 1363 انجام گرفت، را مي توان مهمترين گام در راه ايجاد و ارتقا نظام سلامتي كشور ايران برشمرد. شفافيت ضوابط و معيارهاي موجود در اين طرحها، نقش بسزايي در جلب حمايت سياستگذاران و قانونگذاران كشور براي تخصيص اعتبار مورد نياز گسترش شبكه هاي بهداشت و درمان دربرداشته و دارد. به اين ترتيب، ماموريت تحقق شبكه بهداشت و درمان كشور برمبناي دفترچه هاي طرحهاي استقرار صورت مي گيرد.

براساس تغييرات شرايط اجتماعي، سياسي، جغرافيايي و جمعيتي كشور و به منظور پويايي شبكه بهداشت و درمان، ضرورت داشت تغييراتي متناسب با شرايط در دفترچه هاي طرحهاي شهرستانها اعمال گردد و به همين دليل، در فاصله سالهاي 1364 تا 1380 چندين بار دفترچه هاي طرحهاي شهرستانها بازنگري شد. در سال 1379 براساس تغييرات قابل توجه در شرايط آن زمان مانند: اجراي قانون بيمه درمان همگاني، تغيير در شرايط اپيدميولوژيك و الگوي بيماريها، سياست خصوصي سازي، اجراي برنامه هاي استقرار پايگاههاي بهداشت و بكارگيري رابطان بهداشت و .... همه و همه ضرورت بازنگري اساسي در طرحها را ايجاب كرد. به دنبال اين احساس نياز، ضوابط جديد متناسب با تغيير شرايط شامل: كاهش تعداد مراكز بهداشتي درماني شهري و ايجاد پايگاههاي بهداشت و تغيير در تشكيلات مربوط ، تهيه و تدوين گرديد وپس از يك وقفه زماني ناشي از تغيير مديريت مركز و ساير مشكلات اداري، كار بازنگري در سه ماهه اول سال 1380 به پايان رسيد و براي تصويب تشكيلات به اداره تشكيلات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و سپس، به سازمان مديريت و برنامه ريزي ارسال شد.

امروزه تغييرات ديگري در شرايط اجتماعي و سلامتي كشور پديد آمده است ازجمله: تغيير وضعيت اپيدميولوژيك بيماريها، تغيير در سيماي مرگ، تغيير در ساختار جمعيتي و گسترش شهرنشيني، تغيير در شيوه زندگي مردم، اجراي برنامه پزشك خانواده و ... كه همگي ضرورت تغيير در ساختار نظام سلامت كشور را با توجه و پايبندي به اصول آن ايجاب مي كنند.

**اصول كلي نظام سلامتي كشور**

1. انتخاب "**شهرستان"** به عنوان مقياس اداري و جغرافيايي گسترش شبكه هاي بهداشتي درماني و انجام برنامه ريزيهاي مختلف سلامتي
2. **سطح بندي و ادغام خدمات و ارائه خدمت از طريق نظام ارجاع.** يعني ارائه خدمات به صورت زنجيره أي مرتبط و تكامل يابنده باشد تا چنانچه مراجعه كننده أي 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 مورد نظر 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 مي باشد. مثل وجود يك خانه بهداشت دركنار مركز بهداشتي درماني روستايي يا وجود يك مركز بهداشتي درماني شهري دركنار مركز سلامت شهرستان يا بيمارستان شهرستان. براي اينكه اين شرط تحقق يابد 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 خطرهايي مانند گرايش كاركنان غيرپزشك به درمانهاي غيرمجاز و تنزل كيفيت خدمات جلوگيري شود. در صورت اجراي برنامه پزشك خانواده نيز همين اصل پابرجاست. به اين ترتيب كه اولين سطح مراجعه فرد به بهورز (در روستا) يا نيروي بهداشتي (در شهر) است و سپس، ارجاع به پزشك خانواده مستقر در مركز بهداشتي درماني روستايي يا شهري و از آنجا به پزشك متخصص در بيمارستان شهرستان صورت مي گيرد.

**2-3-** توجه به سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتي درماني در نظام شبكه سلامت. در حال حاضر، سه سطح تعريف شده وجود دارد:

* سطح اول شامل مراكز بهداشتي درماني روستايي و شهري. خانه هاي بهداشت و پايگاههاي بهداشت روستايي زيرمجموعه مراكز بهداشتي درماني روستايي و خانه هاي بهداشت، و پايگاههاي بهداشت شهري زيرمجموعه مراكز بهداشتي درماني شهري را تشكيل مي دهند كه البته در نظام ارجاع براي مواردي كه برنامه مشخصي وجود دارد، اولين واحد ارائه دهنده خدمت به مردم، مراكز بهداشتي درماني محسوب مي شوند.
* سطح دوم شامل مركز سلامت شهرستان و بيمارستان شهرستان
* سطح سوم شامل مركز سلامت استان و بيمارستان تخصصي

1. سهولت دسترسي جغرافيايي . يعني فاصله محيطي ترين واحد ارائه دهنده خدمات بهداشتي درماني از دورترين نقطه تحت پوشش آن كه مردم زندگي و كار مي كنند. براي تامين اين ضابطه، بايستي معيارها و شرايطي برقرار گردد:

**3-1-** در هيچ وضعيت اقليمي و جوي، فاصله دورترين مكان زندگي و كار مردم كه در پوشش واحد ارائه خدمت قراردارد از واحد مزبور نبايد حداكثر از يك ساعت پياده روي بيشتر باشد.

**3-2-** استقرار واحدها در مسير طبيعي حركت مردم محل باشد. تاكيد براين شرط گاه ممكن است موجب شود كه از دو يا چند روستا كه تحت پوشش يك واحد قرار مي گيرند، روستايي براي استقرار واحد موردنظر انتخاب گردد كه لزوما" پرجمعيت ترين آنها نيست. وجود يك يا چند عامل از عوامل زير به عنوان ملاك واقع شدن يك روستا در مسير طبيعي حركت مردم تلقي مي گردد:

* قرار داشتن در مسير راه يا گلوگاه جاده اصلي روستاهاي مجاور
* جمعيت زياد
* وجود واحدهاي اداري مثل بخشداري، دهداري، پاسگاه انتظامي، دادگاه، بانك و ساير واحدهاي دولتي
* رواج داد و ستد مثل وجود بازارهاي دائمي يا هفتگي
* وجود مدرسه، دبيرستان، حمام و … كه مورد استفاده روستاهاي مجاور باشد
* داشتن آب، برق، تلفن و …

بايد باتوجه به تغييرات راههاي روستايي و سازندگيهاي جديد مثل ساختن سد و ... محل استقرار واحد نيز تغيير كند.

**3-3-** تعداد و پراكندگي جمعيت و تعداد روستاهاي تحت پوشش. با وجود اينكه برحسب ضوابط اعلام شده و شرايط محل نمي توان الگوي ثابتي را براي جمعيت تحت پوشش هرواحد ارائه خدمت تعيين كرد ولي با استفاده از محاسبات مربوط به فعاليت و وظايف هر واحد ارائه خدمت و نيروي انساني موجود در آن واحد مي توان به طور متوسط جمعيت تحت پوشش هر واحد را مشخص كرد:

* حدود 1500 نفر براي هر خانه بهداشت\_ البته گاه برحسب شرايط براي جمعيتهاي كمتر و بيشتر هم مي توان خانه بهداشت در نظر گرفت كه در آنصورت نيروي انساني آن تغييراتي مي كند
* تاحدود 9000 نفر براي هر مركز بهداشتي درماني روستايي
* تا حدود 12500 نفر براي هر پايگاه بهداشت
* تا حدود 50000 نفر براي هر مركز بهداشتي درماني شهري

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

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

**4-2-** مغاير نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتي كه ارائه مي شود با آداب و سنتهاي قومي، ملي و مذهبي جامعه.

1. **تناسب كمَي نيروي انساني ارائه كننده خدمات با حجم كار 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 كار مورد انتظار (وظايف بايد در سطح بندي خدمات تعريف شود)

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

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

**6-1-** دانش و مهارت مورد نياز 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.

**6-3 –** بومي بودن نيروهاي مستقر در 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 مي شود. بتدريج با ارتقاي دانش و عملكرد بهداشتي مردم (Health Promotion)، جامعه به سمت خوداتكايي و مراقبت از خويش (Self Care) پيش مي رود.
3. **هماهنگي درون بخشي.** مبناي ارائه خدمات سلامتي تاكيدبر هماهنگيها در درون بخش سلامت و ارائه خدمات جامع سلامتي به صورت تيمي است.
4. **همكاري با ساير بخشهاي توسعه.** هم در ساختار نظام و راه اندازي واحدها و هم در برنامه هاي سلامتي همكاري ساير بخشهاي توسعه ضرورت دارد. علاوه بر بخشهاي دولتي، همكاري با بخشهاي خصوصي و تعاوني نيز مورد تاكيد است.

**روش كار**

مسووليت فعاليتهاي اين بخش به عهده واحد توسعه *شبكه ها و ارتقاء سلامت* در هر شهرستان است كه با كسب اطلاع و نظر ساير بخشهاي دولتي، تعاوني و خصوصي موجود در شهرستان و نيز همكاران واحدهاي ديگر مشغول در بخش بهداشت و درمان با توجه به ضوابط و اصول مطرح شده، جايابي واحدها را انجام مي دهند و نتيجه را به مديريت توسعه شبكه و ارتقاء سلامت مركز سلامت استان ارائه مي كنند. در واقع، در استان فقط كنترل رعايت ضوابط انجام مي شود و به كميته طرحهاي گسترش استان (دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي) براي بررسي، اصلاحات لازم، و تصويب ارائه مي گردد. اين كميته متشكل است از:

* معاون بهداشتي دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي به عنوان رييس كميته
* مدير توسعه شبكه و ارتقاء سلامت استان به عنوان دبير كميته
* كارشناس مسوول گسترش شبكه استان
* معاون فني حوزه معاونت بهداشتي
* كارشناس ناظر شهرستان مورد بررسي در مركز سلامت استان
* معاون درمان يا مدير درمان يا كارشناس نظارت بر درمان دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي
* مدير تشكيلات دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي
* نماينده سازمان مديريت و برنامه ريزي استان
* مدير شبكه سلامت شهرستان مورد بررسي يا نماينده تام الاختيار وي.

توصيه مي شود چنانچه مسوولين استاني يا شهرستاني مثل فرماندار يا نماينده مجلس آن منطقه اصرار بر پيشنهاد خاصي داشتند، به كميته دعوت شوند تا درجريان كامل ضوابط و اصول قرار گيرند.

طرحهاي مصوب كميته استاني به مركز توسعه شبكه و ارتقا سلامت ارسال مي گردند. قاعدتا" همكار يا همكاران ناظر استان از طرف مركز توسعه شبكه در جريان اقدامات قراردارند و در صورت نياز، بايد براي رفع مشكل كمك و پيگيري لازم را بعمل آورند. طرح پيشنهادي پس از بررسي توسط كارشناس ناظر(ين) در مركز توسعه شبكه و در صورت تائيد او، به كميته كشوري طرحهاي گسترش شبكه موجود در مركز توسعه شبكه ارجاع مي‎شود. وظيفه عمده اين كميته توجه به رعايت ضوابط طرحهاي گسترش شبكه و تصويب نهايي طرحهاست و اين كميته متشكل از افراد زير مي‎باشد:

* رييس مركز توسعه شبكه و ارتقا سلامت (مسوول كميته)
* رييس گروه ساختار سلامت مركز توسعه شبكه (دبير کميته)
* مسوول برنامه تدوين ضوابط و ساختار شبكه سلامت كشور در گروه ساختار
* اعضاي گروه ساختار كه ناظر هر دانشگاه/دانشكده علوم پزشكي مورد بررسي برحسب مورد در كميته حضور خواهند يافت
* اعضاي كميته در صورت ضرورت
* 1 نفر كارشناس دفتر تشكيلات و بهبود روشهاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي
* نماينده سازمان مديريت و برنامه ريزي

پس از تصويب طرحهاي گسترش در كميته کشوري، كار به واحدهاي تشكيلات و بهبود روشها و بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و به سازمان مديريت و برنامه‎ريزي ارسال مي‎گردد و آنگاه قابليت اجرايي دارد.

كار بررسي در كميته كشوري طرحهاي گسترش به صورت توضيح طرحهاي پيشنهادي توسط دبير كميته استاني و بازديد از محل (درصورت ضرورت)، و انطباق با ضوابط طرحهاي گسترش اجرا مي شود. به هرحال، آنچه اهميت دارد اينست كه بررسي كنندگان در شهرستان، استان و ستاد وزارتخانه بايستي افرادي كاملا" مطلع نسبت به نظام شبكه سلامت، ضوابط و اصول جاري براين نظام و سياستهاي كلي باشند.

**8 گام اجرايي تجديدنظر در طرحهاي گسترش عبارتست از:**

**گام اول:**  براي اجراي كار، مقدماتي ضرورت دارد شامل:

**الف\_** كسب اطلاع درست از موقعيت جغرافيايي، جمعيتي، وضعيت اجتماعي و فرهنگي (شامل: تعداد مراكز آموزشي موجود در منطقه تا سطح آموزش عالي و وجود اختلافات احتمالي قوميتي و ...) هريك از روستاها و شهرها

**ب \_** بدست آوردن اطلاعات درست از موقعيت بخش خصوصي و تعاوني فعال ارائه دهنده خدمات بهداشتي درماني در مناطق شهري و حاشيه شهرها

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

**د \_** تهيه نقشه هاي معتبر و دقيق از شهرستانهاي تحت پوشش

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

**و \_** بدست آوردن آخرين اطلاعات درباره تغييرات رسمي در تقسيمات كشوري شهرها، بخشها و دهستانها از فرمانداريها، سازمان مديريت و برنامه‎ريزي استان و استانداريها

**ز \_** داشتن اطلاعاتي درباره طرحهاي ملي و منطقه أي مربوط به هر شهرستان در مورد توسعه راههاي روستايي، مدارس، ايجاد قطبهاي كشاورزي و دامپروري، و ساير واحدهاي كشاورزي از دفتر سازمان مديريت و برنامه‎ريزي

**ح \_** داشتن اطلاع درباره تعداد اماكن عمومي و محلهايي كه از نظر بهداشت محيط و مواد غذايي بايستي كنترل بهداشتي شوند

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

**ي \_** كسب اطلاع درباره ساير طرحهاي ملي، منطقه أي و خاص در مناطق شهري و روستايي مربوط به سرمايه گذاري در بخشهاي توسعه در طول سالهاي بعدي

**گام دوم:** بر روي نقشه، جمعيت هر روستا ثبت گردد و محدوده آباديهايي كه بــه فاصله حداكثر يك ساعت پياده روي از هم قرار دارند با كشيدن خط رنگي به اطراف آنها، مشخص شود. چنانچه تعداد روستاهايي كه در اين محدوده قرار مي گيرند بيش از يك روستـــا بــــاشد، قدم بعدي انتخاب مناسب ترين روستا براي **استقرار خانه بهداشت** است كه در اينجا مسير طبيعي حركت مردم و مسائل فرهنگي و جمعيتي بايد مورد توجه قرار گيرند.

**گام سوم:** براي تعيين محل مناسب **مراكز بهداشتي درماني روستايي** بايستي روستايي را كه در مسير طبيعي جمعيت روستاهاي محل استقرار خانه هاي بهداشت تابعه آن مركز قرار دارد، انتخاب شود.

**گام چهارم:** در برخي از مراكز بهداشتي درماني روستايي كه در مسير طبيعي حركت چند مركز بهداشتي درماني روستايي ديگر قرار گرفته باشد و گلوگاه عبور جمعيتي حدود 20 هزار نفر تلقي گردد، مشروط براينكه فاصله اين محل تانزديكترين شهر داراي بيمارستان يا زايشگاه (با استفاده از اتومبيل) از نيم ساعت بيشتر باشد، مي توان در چنين شرايطی مرکز را به مرکز شبانه روزی تبديل كرد تا امکان دسترسی به پزشک و ساير پرسنل درماني در طول مدت 24 ساعت شبانه روز ميسر باشد. شرح وظيفه مركز بهداشتي درماني شبانه روزي در بخش ديگري از اين مجموعه آمده است.

**گام پنجم:** با توجه به تراكم جمعيت در مناطق شهري، محدوده أي به وسعت يك تا چهاركيلومترمربع كــه بــه طور متوسط حدود 12000 نفر را در خود جاي داده است، بر روي نقشه با مداد رنگي مشخص مي گردد كه محل استقرار مركز بهداشتي درماني شهري است. چنانچه تراكم جمعيت زياد باشد، ايجاد مراكز سلامت شهري متعدد ضرورت خواهد يافت. در چنين شرايطي مي توان فضاي فيزيكي و پرسنل مركز را بازاي جمعيت تحت پوشش افزايش داد و از ايجاد مراكز متعدد در يك وسعت محدود و قابل دسترس مردم پيشگيري كرد.

**گام ششم:** تعيين نيروي انساني مورد نياز هر واحد.

معيار در نظر گرفتن نيروي انساني به تناسب هر واحد به قرار زير است:

**الف \_ خانه بهداشت:**

محاسبه حجم خدمات رايج خانه هاي بهداشت نشان مي دهد كه به طور متوسط يك بهورز مي تواند خدمات مورد نياز بيش از 1000 نفر جمعيت را در طول يك سال ارائه دهد. ولي براساس شرايط فرهنگي و نيز نوع وظايف در نظر گرفته شده براي بهورزان، معمولا" 2 بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت كار مي كنند و بايد بتوانند مراقبتهاي اوليه بهداشتي و درماني مورد نياز حدود 2000 نفر را ارائه دهند.

البته متمركز بودن اين جمعيت در يك نقطه يا پراكنده بودن آن در چند روستا، نقش تعيين كننده أي 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 1500 نفر جمعيت 🡸 يك بهورز زن + يك بهورز مرد

براي جمعيت كمتر از 1500 نفر، مي توان بازاي دو خانه بهداشت مجاور، يك بهورز مرد مشترك در نظر گرفت.

1. براي جمعيت از 1501 تا 2500 نفر 🡸 دو بهورز زن + يك بهورز مرد

براي جمعيتهاي بيشتر از 2500 نفر (در صورتيكه وسعت روستا طولي يا طوري باشد كه دسترسي مردم با يك ساعت پياده روي براي مردم مشكل ايجاد كند) بهتر است دو خانه بهداشت در نظر گرفته شود و بهورز مرد را مشترك بين دو خانه بهداشت قرار داد. چنانچه خانه بهداشت دوم درنظر گرفته نشد، بازاي افزايش هر بهورز اضافي به 700 نفر جمعيت بيشتر نياز است. به عبارت ديگر، تا جمعيت 3200 نفر، يك بهورز اضافه مي شود.

خاطرنشان مي سازد در هيچ شرايطي براي جمعيتهاي زير 500 نفر، خانه بهداشت درنظر گرفته نمي شود.

1. اگر تعداد روستاهاي داراي سكنه تحت پوشش خانه بهداشت از 6 قريه بيشتر و مسير و فاصله روستاها به گونه أي باشد كه بازديد از 2 روستا يا بيشتر در يك روز ميسر نگردد، مي توان يك بهورز مرد به كاركنان خانه مزبور اضافه كرد.

**تبصره 1:** اگر تعداد روستاهاي تحت پوشش خانه بهداشت بيش از يك روستا باشد، براي انجام دهگردشي به يك موتورسيكلت نياز است.

***تبصره 2:*** *هيچ روستايي نبايد به دليل نداشتن خانه بهداشت از پوشش خدمات 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 مراكز بهداشتي درماني روستايي يا شهري، تيم سيار پيش بيني مي شود كه مكلف به ارائه تمامي وظايف خانه هاي بهداشت با توجه خاص به ايمنسازي، بهداشت محيط، بيماريابي و بهداشت مادر و كودك است. توزيع روستاها بين تيمهاي سيار بايد بنحوي باشد كه هر تيم بتواند حداقل ماهانه يكبار به روستاهاي تحت پوشش خود سركشي كند. اعضاي اين تيمها را بهورزان مرد يا كاردانها و كارشناسان بهداشت عمومي مرد و در صورت لزوم كاردانها و كارشناسان بهداشت محيط تشكيل مي دهند.* هر مركز بهداشتي درماني به تعداد تيمهاي سيار خود، احتياج به وسيله نقليه اضافي خواهد داشت.

***تبصره 3:*** *چنانچه چادرهاي عشاير يا روستاهايي با جمعيت كم 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 سركشي كند. بازاي هر 1000 نفر جمعيت روستاهاي سياري تحت پوشش خانه بهداشت مي‎توان يك بهورز مردبه كاركنان آن خانه اضافه كرد.*

***تبصره 4:*** *توصيه مي شود با مشاركت مردم روستاهاي قمر و روستاهاي سياري حداقل فضاي فيزيكي و تجهيزات فراهم گردد تا هنگام مراجعه بهورزان خانه بهداشت يا اعضاي تيم سيار به روستا، محل مشخصي براي ارائه خدمت به مردم وجود داشته باشد. در غيراينصورت، مي توان از محل هايي مثل مسجد يا مدرسه و ... استفاده كرد.*

***تبصره 5:*** چنانچه در روند مهاجرت روستاييان به شهرها يا روستاهاي ديگر، جمعيت روستايي كه خانه بهداشت فعال دارد كمتراز استاندارد جمعيت خانه بهداشت شد، پست بهورز يا بهورزان آن خانه ستاره دار مي شود و خانه نيز به خانه بهداشت ستاره دار اصطلاح مي شود تا با خالي از سكنه شدن روستا، خانه مزبور تعطيل گردد.

**ب \_ مركز بهداشتي درماني روستايي:**

نيروي انساني معمول يك مركز بهداشتي درماني روستايي با توجه به اجراي برنامه پزشك خانواده و مراجعات درماني ارجاعي از خانه هاي بهداشت تابعه، نظارتها و … عبارتست از:

* يك نفر پزشك بازاي جمعيتي حدود 4000 نفر. اين پزشك وظيفه سرپرستي كليه خدمات بهداشتي درماني موردنياز جمعيت تحت پوشش خود را به عهده دارد و علاوه بر ويزيت بيماران بايد به خانه هاي بهداشت تحت پوشش خود نيز حداقل دو بار در هفته و به روستاهاي قمر حداقل ماهانه يكبار و به روستاهاي سياري هر سه ماه يكبار سركشي نمايد. درصورت درخواست مامور تيم سيار مبني بر نياز مردم به خدمات پزشكي، ضرورت دارد پزشك هر زمان كه لازم است و در فواصل زماني كوتاهتر به روستاي مربوط مراجعه كند.

در مواقعي كه مركز بهداشتي درماني روستايي بيش از يك پزشك خانواده دارد، يكي از آنها بايد مسووليت سرپرستي مركز را به عهده داشته باشد و در عنوان رديف سازماني هر مركز بهداشتي درماني روستايي عبارت پزشك مسوول مركز قيد شود.

* يك نفر دندانپزشك يا بهداشتكار دهان و دندان
* يك نفر كاردان يا كارشناس علوم آزمايشگاهي (درصورت وجود آزمايشگاه در مركز بهداشتي درماني)
* يك نفر دارويار يا نسخه پيچ \_ علاوه بر نسخه پيچي و تفهيم دستور دارويي بيماران، وظيفه دارد درخواست نيازهاي دارويي و تجهيزات پزشكي مورد لزوم مركز بهداشتي درماني را بموقع تنظيم و پس از تاييد سرپرست مركز، براي تامين آنها اقدام كند. همچنين، بايد نيازهاي دارويي خانه هاي بهداشت تا بعه را كنترل، برآورد و تدارك نمايد. درصورت وجود پرستار يا بهيار مي توان اين وظيفه را به پرستار واگذار كرد و دراين صورت نيازي به وجود دارويار نيست.
* دو نفر پرستار يا بهيار (يكي زن و يكي مرد). اين افراد علاوه بر تزريقات و پانسمان، دستياري پزشك و خدمات پرستاري بايد ساير خدمات مركز بهداشتي درماني روستايي را نيز انجام دهند از قبيل: همكاري در داروخانه، همكاري در جمع آوري اطلاعات و آمار و تهيه گزارش، همكاري در پذيرش بيماران و انجام امور عمومي، همكاري در تسهيلات زايماني (درصورت وجود)، وهمكاري در فعاليتهاي جراحي هاي كوچك (در مراكز شبانه روزي).
* يك نفر متصدي پذيرش، آمار و مدارك پزشكي \_ در صورت كم بودن جمعيت مركز بهداشتي درماني روستايي (زير 5000 نفر) مي توان وظايف متصدي پذيرش را به عهده يكي از پرستاران (با اولويت پرستار مرد) واگذار كرد.
* دو نفر كاردان يا كارشناس بهداشت عمومي (زن با گرايش بهداشت خانواده و مرد با گرايش مبارزه با بيماريها) تا 12 خانه بهداشت تحت پوشش \_ بازاي هر 6 تا 12 خانه بهداشتي كه اضافه شود دو كاردان يا كارشناس ديگر با همان گرايشها اضافه خواهندشد.
* درصورت وجود اماكن عمومي و واحدهاي صنعتي قابل قبول (بازاي تا 300 واحد صنفي يك نيروي كاردان يا كارشناس بهداشت حرفه اي يا محيط درنظر گرفته مي شود. براي نفر دوم حتما" بايستي 300 واحد ديگر در پوشش باشد. چنانچه كمتراز 300 واحد بود فرد بايد با مركز مجاور مشترك باشد) براي خدمت يك نيروي انساني مي توان يك كاردان يا كارشناس بهداشت محيط و حرفه اي برحسب شرايط در نظر گرفت. برحسب حجم كار فرد مي توان اين نيرو را بين دو مركز بهداشتي درماني مجاور مشترك گذاشت. البته، اداره كل سلامت محيط و كار اعلام كرده است كه طي محاسباتي دقيقا" تعيين كرده است كه در كدام مراكز بهداشتي درماني روستايي به چه تعداد نيرو نياز است. مي توان اين اطلاع را از اداره مزبور كسب كرده و در طرحهاي گسترش پيشنهاد داد.
* يك نفر ماما بازاي هر دو پزشك خانواده موجود در اين مركز. چنانچه دو پرستار موجود باشند مي توان فقط يك ماما براي مراكز تا 3 پزشك درنظر گرفت.
* يك نفر راننده
* يك نفر نگهبان \_ علاوه بر نگهباني در ورودي، برقراري نظم در اتاق انتظار و محوطه مركز بهداشتي درماني، در صورت نياز همكاري با قسمت پذيرش را نيز بعهده دارد. در مراكز كم جمعيت، راننده مي تواند عهده دار اين وظيفه باشد.

***تبصره 6:*** *گاه شرايط اقليمي كشور در نقاط كويري، كوهستاني و جنگلي به گونه ايست كه رسيدن به حد نصاب 6 تا 9 هزار نفر براي يك مركز بهداشتي درماني روستايي را غيرممكن مي سازد. از طرف ديگر، رها كردن جمعيتهاي كمتر از 6000 نفر – تنها به دليل نبود توجيه اقتصادي – راهبرد درستي نيست. در چنين شرايطي از استراتژي محدود كردن پرسنل براساس جدول زير (برآورد نيروي انساني موردنياز مراكز بهداشتي درماني روستايي برحسب جمعيت تحت پوشش) استفاده مي شود. ودر اين حالت، خانه بهداشت مستقر در روستاي محل استقرار مركز، نقش موثرتري در ارائه خدمت به مراجعه كنندگان خواهد داشت.*

|  |  |
| --- | --- |
| رديف | تعداد جمعيت تحت پوشش مركز بهداشتي درماني روستايي |
| پزشك | دندانپزشك يا بهداشتكار دهان و دندان | كاردان، يا كارشناس آزمايشگاهي | كاردان يا كارشناس بهداشت محيط و حرفه اي | ماما | بهيار يا پرستار مرد | بهيار يا پرستار زن | كاردان يا كارشناس بهداشتي خانواده | كاردان يا كارشناس بهداشتي بيماريها | متصدي پذيرش، آمار و مدارك پزشكي | راننده | خدمتگزار / نگهبان |
| 1 | 2 تا 4 هزار نفر | 1 | - | - | - | 1 | - | 1 | - | 1 | - | 1 | 1 |
| 2 | 4 تا 6 هزار نفر | 2 | 1 | - | - | 1 | - | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 |
| 3 | 6 تا 9 هزار نفر | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

**ملاحظات:**

* رديف بهداشتكار فقط در صورت داشتن فرد شاغل برقرار مي شود و در غيراينصورت حذف مي گردد.
* در مراكز بهداشتي درماني روستايي با جمعيت 2 تا 4 هزار نفر، اگر كاردان يا كارشناس زن باشد بهتراست بهيار يا پرستار مرد انتخاب شود و بالعكس
* اگريكي از پستهاي متصدي امور عمومي. دارويار و كاردان مدارك پزشكي، شاغل داشته باشد. در پست خود باقي مي ماند و غيراينصورت يك نفر بهيار يا پرستار از جنس مخالف بهيار قبلي انتخاب مي شود.
* اگر جمعيت تحت پوشش مركز بهداشتي درماني روستايي بين4 تا 6 هزار نفر باشد يك نفر كاردان يا كارشناس علاوه بر كاردان يا كارشناس قبلي انتخاب مي شود كه اين فرد بايد خدمات بهداشت محيط و حرفه اي را انجام دهد.
* براي نيروي بهداشت حرفه اي يا محيط مي توان از اطلاعات اداره كل سلامت محيط و حرفه اي استفاده كرد.
* براي جمعيت بالاتراز6 هزار نفر ، براساس جدول فوق و بازاي تعداد جمعيت اضافي همه كاركنان به استثناي رديفهاي مربوط به راديولوژي (كه خاص مراكز شبانه روزي است) در نظر گرفته مي شود و بازاي هر 4000 نفر يك پزشك تعيين مي گردد.

***تبصره7:*** *استقرار واحد راديولوژي در مراكز بهداشتي درماني روستايي زماني قابل توجيه است كه جمعيت تحت پوشش آن مركز بالغ بر 20000 نفر باشد و مركز شبانه روزي قلمداد گردد.*

***تبصره8:*** *در شرايط كنوني براي هر مركز بهداشتي درماني روستايي يك اتومبيل چند منظوره (مثل: لنـــدرور، پــاژرو، موسو يا وانـــت دوكابينه) پيش بيني شده است.. البته در مراكز بهداشتي درماني شبانه روزي بايد يك دستگاه آمبولانس درنظر گرفت و اين، غيراز آمبولانس تعيين شده براي واحد تسهيلات زايماني فعال وابسته به آن مركز است. براي مراكز بهداشتي درماني با جمعيت تحت پوشش 10000 نفر و بيشتر كه فاصله اي بيش از نيم ساعت تا نزديكترين بيمارستان يا زايشگاه (با خودرو) دارند نيز بايد آمبولانس درنظر گرفت. در هر مركزي كه آمبولانس تعيين مي شود بايد دو رديف راننده در مراكز شبانه روزي و يك رديف راننده براي مراكز يك يا دو شيفته درنظر گرفت.*

***تبصره9:*** *در مراكز بهداشتي درماني روستايي كم جمعيت (زير 5000 نفر)، بهيار يا پرستار زن علاوه بر وظايف معمول خود، مي تواند در قسمت داروخانه، و تنظيم گزارش ماهانه نيز همكاري كند و بهيار يا پرستار مرد هم در انجام امور عمومي و پذيرش درگير مي شود.*

**ج \_ تسهيلات زايماني:** به عنوان ضميمه مركز بهداشتي درماني روستايي شبانه روزي و گاه ضميمه مركز بهداشتي درماني شهري شبانه روزي كه در آن شهر بيمارستان يا زايشگاه موجود نباشد.

چنانچه درحال حاضر، تسهيلات زايماني فعالي به عنوان ضميمه يك مركز غيرشبانه روزي وجود داشته باشد، اين مركز مي تواند همچنان به فعاليت خود ادامه دهد مگراينكه عمليات زايمان را پوشش ندهدكه بايد بتدريج تعطيل شود.

نظر به خصلت خدمات اين واحد، كار آن بايد شبانه روزي باشد و نفرات زير را لازم دارد:

- ماما ← 4 نفر

- راننده آمبولانس ← 2 نفر

- خدمتگزار ← 2 نفر

كاردان يا كارشناس بهداشت خانواده و بهيار يا پرستار زن مركز روستايي برحسب ضرورت با اين واحد همكاري مي كنند. مراكز بهداشتي درماني روستايي داراي تسهيلات زايماني قاعدتا" بايد شبانه روزي باشند تا در هنگام فوريتهاي زايماني بتوان از همكاري پزشك و ساير پرسنل آن بهره برد.

قابل توجه اينكه واحد تسهيلات زايماني فعال همچنان به فعاليت خود ادامه مي دهند ولي واحد جديد تسهيلات زايماني تعيين و راه اندازي نخواهدشد.

**د \_ پايگاه بهداشت :**

با توجه به وظايف پايگاههاي بهداشت و حجم كار آنها، بازاي هر 12500 نفر جمعيت تحت پوشش هر پايگاه، نيروي انساني زير لازم است:

* يك نفر ماما براي گذاشتن آي يو دي، انجام پاپ اسمير، مراقبتهاي ويژه زنان باردار و موارد پيچيده تنظيم خانواده
* سه نفر كاردان يا كارشناس بهداشتي با گرايش بهداشت خانواده – كه يكي از آنها همه روزه به مدارس و كارگاههاي داراي كارگران زن سركشي مي كند، نفر ديگر همه روزه با رابطين بهداشت در تماس است و نفر سوم هميشه در محل پايگاه حاضر است (تقسيم كار بين افراد نبايستي ثابت بماند و بايد هرچند وقت يكبار تغيير كند)
* يك نفر كاردان يا كارشناس بهداشتي با گرايش مبارزه با بيماريها – براي انجام خدمات بهداشت محيط و حرفه أي، مدارس پسرانه و بررسيهاي اپيدميولوژيكي بيماريها
* درصورت بالا بودن تعداد واحدهاي صنفي و كارگري در منطقه تحت پوشش (تا 300 واحد يك نفر و بازاي 300 واحد بعدي، نفر دوم تعيين مي شود يا براساس داده هاي اداره كل سلامت محيط و كار) مي توان يك نفر كاردان يا كارشناس با گرايش بهداشت محيط و حرفه اي به مجموعه پرسنل پايگاه اضافه كرد.
* يك نفر خدمتگزار

***تبصره 10:*** *در كلانشهرها يا محله هايي از شهرها كه داراي تراكم جمعيت بيش از 12500 نفر در كيلومتر مربع هستند و گاه تراكم آن به 60000 نفر در كيلومتر مربع مي رسد (مثل برخي از محله هاي شهر تهران)، چنانچه ايجاد بيش از يك پايگاه بهداشت در هر كيلومتر مربع ميسر و قابل توجيه نباشد، مي توان با بزرگتر كردن ابعاد پايگاه، پرسنل بيشتري براي آن فراهم كرد تا براي ارائه خدمت به جمعيت تحت پوشش كافي باشد.*

***تبصره 11:*** *چنانچه**كاهش تراكم جمعيت در شهركها يا حاشيه شهرها به 2000 نفر در كيلومتر مربع برسد، ايجاد پايگاه براي جمعيتي معادل 8000 نفر (در محدوده جغرافيايي 4 كيلومتر مربع) با كاهش تعداد پرسنل پايگاه قابل توجيه خواهد بود. مواردي كه تراكم جمعيت از اين هم كمتر است جزء موارد استثنايي است و بايد حسب مورد جداگانه بررسي و تصميم گيري شود. به هر حال، غير از چنين شرايط نادري كه دلايل سياسي، فرهنگي يا اجتماعي دارد، ايجاد پايگاه براي جمعيتهاي كمتر از 12500 نفر از نظر اقتصادي و اجرايي قابل توجيه نخواهد بود. در شهرهاي با تراكم بالاي جمعيت (مثل تهران و ساير شهرهاي بزرگ و پرجمعيت)، يك پايگاه درنظر گرفته مي شود و نيروي انساني آن متناسب با جمعيت تعيين مي گردد.*

***تبصره12*:** *بازاي هر 3000 نفر جمعيت اضافي تحت پوشش يك پايگاه بهداشت شهري، يك نفر كاردان يا كارشناس بهداشتي با گرايش بهداشت خانواده به مجموعه كاركنان استاندارد پايگاه اضافه مي شود. در صورت كاهش 3000 نفر جمعيت، يك نيروي كارشناس بهداشتي كم مي شود.*

***تبصره 13:*** *براي روستاهايي با جمعيت 5000 نفر و بيشتر به جاي خانه بهداشت (به عنوان اولين واحد ارائه دهنده خدمت)، پايگاه بهداشت روستايي درنظر گرفته مي شود و برحسب جمعيت آن روستا، تعداد و تركيب پرسنل پايگاه تعيين مي شود. در روستاهايي با جمعيت حدود 12500 نفر، پرسنلي مشابه پرسنل استاندارد پايگاه بهداشت شهري تعيين مي شود. اين پايگاه مي تواند به صورت ضميمه مركز بهداشتي درماني روستايي آن روستا قرارگيرد يا مستقل باشد.*

***تبصره 14:*** *براي روستاهاي محل استقرار خانه بهداشت كه به هر دليل براساس مصوبه تقسيمات كشوري به نقطه شهري تبديل شوند يا ضميمه شهرها گردند، حسب مورد و موقعيت يكي از تصميمات زير اتخاذ مي شود:*

***اول:*** *روستايي به شهر تبديل شده است كه داراي مركز بهداشتي درماني روستايي و خانه بهداشت مي باشد. چنانچه همچنان خانه های بهداشت اين مرکز در پوشش آن باقی بمانند در اين صورت مركز بهداشتي درماني روستايي به كلي از فهرست مراكز بهداشتي درماني روستايي آن شهرستان حذف و جزو مراكز بهداشتي درماني شهري قلمداد خواهد شد. در اين حالت، بايستي كاركنان بهداشتي موجود در مركز در حكم كاركنان يك پايگاه بهداشت ضميمه تلقي شوند. البته چنانچه از قبل، واحد تسهيلات زايماني نيز در روستاي مورد نظر موجود باشد كاركنان واحد تسهيلات زايماني نيز به عنوان كاركنان پايگاه بهداشت ضميمه اضافه خواهند شد. چنانچه خانه های بهداشت در پوشش مرکز روستايی ديگری قرارگيرند و فقط روستای محل استقرار اين مرکز بهداشتی درمانی روستايی به شهر تبديل شده باشد بنابه جمعيت منطقه و چگونگی فعاليت بخش خصوصی در مورد تغيير وضعيت آن به طور موردی تصميم گيری می شود.*

***دوم***  *اگر خانه بهداشت فعال در روستاي تبديل شده به شهر وجود داشته باشد يكي از 2 اقدام اصلي زير براي اين خانه بهداشت بايد انجام گيرد:*

*الف) تعطيل شود ب ) به پايگاه بهداشت تبديل گردد*

*الف) مواقعي كه توصيه مي شود خانه بهداشت مستقر در شهر تعطيل گردد عبارتند از:*

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 (اعم از اينكه بهورزان انتقالي زن و شوهر باشند و با هم به خانه ديگري منتقل شوند يا اينكه زن و شوهر نباشند) و در اين صورت خانه بهداشت مستقر در شهر را مي توان 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 ستاره دار تبديل مي شود در واحد ارائه خدمت همان محل به كار خود ادامه مي دهد و خانه بهداشت مزبور تعطيل مي شود.*

*ب) مواقعي كه خانه بهداشت مستقر در شهر به پايگاه بهداشت تبديل مي شود:*

1. *مدرك تحصيلي بهورز(ان) خانه بهداشت مزبور، حداقل پايان دوره راهنمايي (سيكل) باشد. در اين صورت خانه بهداشت به پايگاه بهداشت تبديل مي شود و كاركنان آن نيز وظايف تكنيسين يا كاردان بهداشت خانواده يا مبارزه با بيماريها يا بهداشت محيط و حرفه اي را انجام مي دهند (حتي الامكان با همان شيوه ارائه خدمات فعال، نه بصورت غيرفعال). در اين حالت، به احتمال قوي جمعيت تحت پوشش، كمتر از حداقل تعيين شده براي پايگاه بهداشت تيپ مي باشد و تعداد كاركنان نيز بايد متناسب با جمعيت تحت پوشش تغيير يابد.*
2. *در صورت عملي نبودن هريك از حالات بند الف، خانه بهداشت مستقر در شهر به پايگاه بهداشت تبديل مي شود و بهورزان آن با پست بهورز ستاره دار در پايگاه مزبور به فعاليت خود ادامه مي دهند (ترجيحا" با همان شيوه ارائه خدمات به صورت فعال). در چنين وضعيتی پايگاه بهداشت* ***را پايگاه ستاره دار*** *می ناميم .*

***تبصره15:*** *چنانچه مركز بهداشتي درماني روستايي، كه به علت تبديل محل استقرار آن به شهر، به مركز بهداشتي درماني شهري تبديل شده است چند خانه بهداشت (كه در حال حاضر نيز در مناطق روستايي قرار دارند) را در پوشش خود داشته است بايستي همچنان آن خانه هاي بهداشت را در پوشش خود نگه دارد يعني همانند مركز بهداشتي درماني شهري روستايي عمل كند و كاركنان لازم براي بازديد از خانه هاي بهداشت مذكور (علاوه بر كاركنان پايگاه بهداشت ضميمه) در آن مركز پيش بيني شود.*

***تبصره 16*:** *چنانچه خانه بهداشتي كه در حال حاضر در نقطه شهري يا شهر واقع شده است، قبلا" روستا(ها)ي قمري در پوشش خود داشته است كه هنوز هم به عنوان نقطه روستايي مطرح هستند. بايستي:*

1. كــوشش كرد خانه بهداشت جديدي در يكي از آن مناطق روستايي ايجاد و راه اندازي شود تا روستاهاي مورد نظر را در پوشش گيرد.
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 بهداشتي درماني شهري قرار خواهند گرفت.

***تبصره 17:***  *چنانجه در نقطه شهري كه خانه بهداشت در آن واقع شده است ( به دليل تغيير تقسيمات كشوري)، مركز بهداشتي درماني شهري موجود نباشد و آن نقطه شهري، بخش خصوصي فعال نيز نداشته باشد، بايستي هرچه سريعتر اقدام به ايجاد و راه اندازي مركز بهداشتي درماني شهري در آن محل كرد.*

***تبصره 18:*** *كليه خانه هاي بهداشت تبديل شده به پايگاه بهداشت، حتي الامكان بايستي همچنان خدمات را به صورت فعال به جمعيت تحت پوشش خود ارائه دهند و مراكز بهداشتي درماني شهري آنها نيز بايد سريعا" نسبت به جذب رابطين بهداشت اقدام كنند تا بتوانند پوشش كامل داشته باشند.*

***تبصره 19:*** *آمار تمام پايگاههاي بهداشت جديد از فهرست خانه هاي بهداشت فعــال در كامپيوتر حذف مي شود و اطلاعات جمعيت آنان نيز در زيج حياتي شهري ثبت مي گردد.*

**ه- مركز بهداشتي درماني شهري :**

براساس فعاليت روزافزون بخش خصوصي در تمامي مناطق شهري و سياست استفاده از بخش خصوصي در ارائه خدمات درمان سرپايي، مراكز بهداشتي درماني شهري عمدتا" وظيفه قبول ارجاعات و نظارت بر واحدهاي تحت پوشش خود را بعهده دارند. براين مبنا، محاسبه تعداد مراكز بهداشتي درماني شهري به قرار زير است:

* براساس هر 12500 نفـــر جمعيت شهري منطقه، يك پايگاه بهداشت شهري پيش بيني مي شود و بازاي هر 5 واحد بهداشتي درماني موجود (اعم از پايگاه بهداشت يـــا خانه بهداشت تحت پوشش) يك مركز بهداشتي درماني شهري پيش بيني مي گردد. براي اين منظور فرم شماره 5 در دفاتر طرحهاي گسترش درنظر گرفته شده است. كاركنان درماني هر مركز عبارتست از:

پزشك:

در هر مركز بهداشتي درماني شهري كه داراي 5 واحد تحت پوشش براي خدمات نظارتي و ارجـــاع است (پايگاه بهداشت و خانه بهداشت)، به طور معمول 2 پزشك پيش بيني مي شود تا يكي از آنها در هر روز به فعاليت نظارت بر واحدها مشغول باشد و نفر دوم در محل مركز بهداشتي درماني به قبول ارجاعات بپردازد.

دندانپزشك:

يك دندانپزشك لازم است. چنانچه براي هر 10 تا 12 هزار نفر جمعيت شهري يك مطب دندانپزشكي فعال در بخش خصوصي موجود باشد، نيازي به واحد دندانپزشكي در مركز نخواهد بود. درصورتيكه به تعداد كافي مطب دندانپزشكي در بخش خصوصي نبود، وجود دندانپزشك در مركز براي ارائه خدمات مربوط به مردم ضرورت دارد.

چنانچه از بخش خصوصي براي ارائه خدمات دندانپزشكي در منطقه استفاده مي شود بايد خدمات بهداشت دهان و دندان از واحد خصوصي خريداري شده و مورد نظارت قرار گيرد تا مردم از اين خدمات محروم نمانند. در غيراينصورت اين خدمات بايد توسط پايگاه ارائه گردد.

پرستار يا بهيار:

براي خدمات تزريقي و پانسمان در مراكز بهداشتي درماني شهري نيازي به پرسنل نيست مگرآنكه واقعا" امكان دريافت اين خدمات در بخش خصوصي وجود نداشته باشد.

در هر مركز، يك پرستار يا بهيار براي مديريت داخلي مركز، انجام امور عمومي، نگه داري و توزيع مواد مصرفي روزانه كافيست.

داروساز يا دارويار:

در صورت وجود داروخانه كافي در بخش خصوصي، نيازي به ايجاد آن در مركز بهداشتي درماني شهري نيست و در غير اينصورت، يك نفر داروساز يا يك نفر دارويار براي ارائه خدمات دارويي در مركز بهداشتي درماني شهري لازم است (درصورت فقدان اين نيرو، مي توان از پرستار آموزش ديده براي ارائه اين خدمت استفاده كرد. در اين حالت، مسووليت داروخانه با پزشك مسوول مركز مي باشد).

كارشناس يا كاردان علوم آزمايشگاهي:

در غياب خدمات آزمايشگاهي در بخش خصوصي يا دولتي (مثل بيمارستان و ...)، مركز مزبور بايد به آزمايشگاه مجهز شود و دراين شرايط، به دو كارشناس يا كاردان آزمايشگاهي در مركز نياز است.

كارشناس يا كاردان راديولوژي:

در غياب خدمات راديولوژي در بخش خصوصي يا دولتي (مثل بيمارستان و ...)، مركز بايد براي ارائه خدمات راديولوژي تعريف شده دراين سطح مجهز شود و به يك نفر كارشناس يا كاردان راديولوژي در مركز بهداشتي درماني شهري نياز است.

متصدي پذيرش، آمار و مدارك پزشكي:

بايد يك متصدي پذيرش، آمار و مدارك پزشكي منظور شود.

راننده:

براي مراكز بهداشتي درماني شهري كه يك يا چند خانه بهداشت يا پايگاه بهداشت در پوشش دارند يك خودرو و يك راننده در نظر گرفته شود.

نگهبان يا خدمتگزار:

به يك نفر نياز است.

***تبصره 20:***  *در بسياري از شهرها، خانه هاي بهداشت مجاور شهر يا روستاهاي نزديك به شهر، ناگزير در پوشش يك يا چند مركز بهداشتي درماني شهري قرار مي گيرند. اين گونه مراكز، در واقع هــر دو نقش را بعهده دارند ودر گذشته به آنها مراكز بهداشتي درماني شهري روستايي اصطلاح مي كرده اند.*

***تبصره 21:*** *در مراكز بهداشتي درماني شهري روستايي علاوه بر ضوابط پرسنلي مراكز بهداشتي درمانــي شهري، ضوابط پرسنلي مربوط به خانه هاي بهداشت (بهورزان) نيز بايد جداگانه در طرحهاي گسترش منظور گردد.*

***تبصره 22:*** *در نقاط شهري يا مراكز بخش فاقد بيمارستان (اعم از دولتي، خصوصي و خيريه)، چنانچه فاصله نقاط مذكور از نزديكترين شهر داراي بيمارستان يا واحد درماني شبانه روزي ديگري بيش از نيم ساعت (با اتومبيل) باشد، يكي از مراكز بهداشتي درماني شهري مورد بحث، بايد به صورت شبانه روزي فعاليت كند. در اين گونه مراكز بايد دو اتاق بستري موقت براي بيماران فوريتهاي پزشكي (زن و مرد) منظور شود. همچنين، براي پوشش ساعات عصر و شب نفرات زير به كاركنان مركز اضافه مي گردند به طوريکه تعداد کل پرسنل درمانی (پستهای زير) به 4 نفر برسد:*

*پزشك عمومي 2 نفر*

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

*كارشناس يا كاردان علوم آزمايشگاهي 2 نفر*

كارشناس يا كاردان راديولوژي 2 نفر

*متصدي پذيرش 3 نفر*

*نگهبان و خدمتگزار 3 نفر (اگر سرايدار بود 1 نفر کافيست)*

*راننده 3 نفر*

#### **و \_ مركز بهداشتي درماني شبانه روزي**

همانطور كه در تبصره 22 آمده است، در مناطق شهري يا روستايي كه در گلوگاه جمعيتي حدود 20000 نفر و با فاصله حداقل نيم ساعت با خودرو تا نزديكترين بيمارستان يا واحد درماني شبانه روزي ديگري قرار داشته باشند، مراكز بهداشتي درماني موجود به شبانه روزي تبديل مي شوند (**مركز بهداشتي درماني شبانه روزي درجه 1**). براي مناطق شهري بايد اين مراكز در مركز بخش قرار داشته باشد. اين گونه مراكز بايد دو اتاق بستري موقت براي بيماران فوريتهاي پزشكي (زن و مرد) داشته باشد و بازاي هر 10000 نفر جمعيت به يك تخت بستري موقت (كمتر از 6 ساعت) نياز است.

اين گونه مراكز به يك دستگاه آمبولانس براي انتقال بيماران به نزديكترين بيمارستان نياز دارند.

چنانچه جمعيت تحت پوشش مركز بهداشتي درماني شهري يا روستايي بين 12500 تا 20000 نفر بوده و در فاصله حداقل نيم ساعت با خودرو تا نزديكترين بيمارستان يا واحد درماني شبانه روزي ديگري قرار داشته باشد، به **مركز بهداشتي درماني شبانه روزي درجه 2** تبديل مي شود. در اين نوع مراكز براي شيفتهاي عصر و شب خدمات آزمايشگاهي و راديولوژي ضرورت ندارند و بنابراين پرسنل اين واحدها به 1 نفر كاهش مي يابد و ساير پرسنل با پرسنل معمول مركز بهداشتي درماني بايد به 4 نفر برسند.

**نيروي انساني استاندارد مركز بهداشتي درماني شبانه روزي درجه 1:**

**در مركز بهداشتي درماني روستايي (با درنظرگرفتن برنامه پزشك خانواده):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نوع نيروي انساني** | **در مركزبهداشتي درماني روستايي شبانه روزي** | | |
| **بدون تسهيلات زايماني** | **با تسهيلات زايماني** | | |
| پزشك عمومي | 4 | 4 |
| دندانپزشك يا بهداشتكار دهان و دندان | 1 | 1 |
| كاردان يا كارشناس آزمايشگاه | 4 | 4 |
| كاردان يا كارشناس راديولوژي | 3 | 3 |
| بهيار يا پرستار (مرد و زن) | 6 | 6 |
| ماما | 2 | 4 |
| كاردان يا كارشناس بهداشتي | 3 | 3 |
| متصدي پذيرش | 3 | 4 |
| راننده | 3 | 4 |
| نگهبان/خدمتگزار | 3 | 4 |

**در مركز بهداشتي درماني شهري:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نوع نيروي انساني** | **در مركزبهداشتي درماني شهري شبانه روزي** | | |
| **بدون تسهيلات زايماني** | **با تسهيلات زايماني** |
| پزشك عمومي | 4 | 4 | |
| دندانپزشك يا بهداشتكار دهان و دندان | 1 | 1 | |
| كاردان يا كارشناس آزمايشگاه | 4 | 4 | |
| كاردان يا كارشناس راديولوژي | 3 | 3 | |
| بهيار يا پرستار (مرد و زن) | 6 | 6 | |
| ماما | 1 | 4 | |
| كاردان يا كارشناس بهداشتي | 4 | 4 | |
| متصدي پذيرش | 3 | 4 | |
| راننده | 2 | 4 | |
| نگهبان/خدمتگزار | 3 | 4 | |

**خدمات قابل ارائه در مراكز بهداشتي درماني شبانه روزي:**

علاوه بر خدمات تعريف شده مراكز بهداشتي درماني يك شيفته بايد خدمات زير توسط اين مراكز شبانه روزي ارائه گردد:

* خدمات دارويي
* خدمات آزمايشگاهي
* خدمات تصويربرداري تشخيصي
* مشاوره ها
* انجام جراحيهاي كوچك و سرپايي شامل:
* بريدگيها،
* سوختگيهاي درجه 1 بدون عارضه (به غيراز صورت و دست)،
* سوختگيهاي كودكان زير 6 سال، توده هاي جلدي و زيرجلدي،
* درناژ آبسه،
* گذاشتن لوله ناي،
* خارج كردن جسم خارجي از بيني؛
* تامپون كردن بيني،
* بند آوردن خونريزي بيني قدامي،
* تخليه سينوزيت هاي مزمن،
* خارج كردن اجسام خارجي سطحي از چشم،
* خارج كردن اجسام خارجي از گوش خارجي در بالغين،
* شستشوي گوش،
* خارج كردن اجسام خارجي از حلق،
* گذاشتن لوله براي بيماران پنوموتراكس و هماتوتراكس،
* تخليه آبسه پستان،
* فتق ساده،
* وازكتومي،
* اپيزيوتومي،
* گذاشتن سوند فولي،
* آتل بندي شكستگي ها،
* شكستگي ترقوه،
* شكستگي بدون عارضه استخوان بازو،
* شكستگي بدون عارضه لگن و
* جاانداختن دررفتگي هاي شانه و چانه
* فوريتهاي پزشكي شامل:
* خونريزيها،
* شكستگي ها،
* زايمان،
* ايست قلبي،
* درد قفسه سينه،
* استفراغ و تهوع،
* شكم حاد،
* سوختگيها،
* تشنج،
* هرگونه پارگي پوست و
* ضربات مختلف (Multiple Trauma)
* درصورت نبود واحد تسهيلات زايماني، تجهيزات اوليه براي انجام زايمان در شرايط اضطرار بايد فراهم گردد.

**در اتاق بستري موقت بايد دو گونه بيمار تحت مراقبت قرارگيرد:**

* 1. بيماراني كه با انجام اقداماتي در كمتراز 6 ساعت به وضعيت stable مي رسند و قابل ترخيص شدن هستند. مثل انجام سرم تراپي براي بيمار اسهال حاد
  2. بيماراني كه بايد به وضعيت stable برسند تا قابل انتقال به نزديكترين بيمارستان باشند. مثل افراد با خونريزي شديد كه بايد خونريزي متوقف شده و وضعيت بيمار stable گردد و سپس اعزام شود.

**خدمات معمول يك مركز بهداشتي درماني يك شيفته عبارتنداز:**

1. جمع آوري، كنترل و دسته بندي اطلاعات و آمار مربوط به خود مركز و واحدهاي تابعه
2. كنترل و پيگيري اجراي برنامه هاي بهداشتي درماني اوليه شامل:
   * آموزش بهداشت عمومي
   * بهداشت مدارس
   * بهداشت روان
   * مادران، كودكان و تنظيم خانواده
   * بهداشت دهان و دندان
   * بهداشت حرفه اي
   * بهداشت محيط
   * ايمنسازي
   * مراقبت از بيماران
   * بررسيهاي اپيدميولوژيك
   * خدمات سياري
   * بيماريابي
   * مشاوره ها
3. كمك در اجراي پژوهشها
4. معاينه بيماران ارجاع شده و پذيرش شده
5. كنترل كمي و كيفي كمكهاي درماني اوليه
6. دريافت درخواستها و فهرست نيازمنديهاي تداركاتي واحدهاي تابعه
7. نظارت بر واحدهاي تابعه و دهگردشي
8. ايجاد همكاريهاي بين بخشي و شركت در جلسات با حضور ساير ارگانها
9. خدمات دارويي
10. خدمات آزمايشگاهي
11. خدمات راديولوژي

#### **ز \_ پست مراقبت مرزي و قرنطينه:**

#### اين واحدها در پايانه هاي زميني، دريايي، هوايي و نيز بازارچه هاي زميني و دريايي درنظر گرفته مي شوند. اين پست ها براساس حجم و نوع فعاليت و محل استقرار به 3 درجه تقسيم مي شوند. اين واحدها نقش سد دفاعي جلوگيري كننده از نفوذ بيماريها به داخل كشور را براساس ضوابط و معيارهاي بين المللي به عهده دارند

#### پست هاي مراقبت مرزي و قرنطينه درجه 1 و2 مي توانند شبانه روزي يا تا پاسي از شب فعال باشند. درنوع درجه 3 كه در بازارچه هاي مرزي مستقر مي گردند، مي توانند تا ساعت كار مرز (بازارچه) فعاليت نمايند.

#### **نيروي انساني موردنياز:**

#### ***- براي پست درجه 1پايانه زميني، دريايي و هوايي:***

#### پزشك مقيم يا آنكال 1 نفر

#### كارشناس يا كاردان مبارزه با بيماريها 3 نفر

#### كارشناس يا كاردان بهداشت محيط 2 نفر(براي هوايي ضرورت ندارد)

#### كارشناس يا كاردان آزمايشگاه 1 نفر

#### ***- براي پست درجه 2 پايانه زميني، دريايي و هوايي:***

#### پزشك آنكال 1 نفر

#### كارشناس يا كاردان مبارزه با بيماريها 2 نفر

#### كارشناس يا كاردان بهداشت محيط 1 نفر(براي هوايي ضرورت ندارد)

#### كارشناس يا كاردان آزمايشگاه 1 نفر

***- براي پست درجه 3 بازارچه زميني و دريايي:***

* + - * پزشك آنكال 1 نفر
      * كارشناس يا كاردان مبارزه با بيماريها 1 نفر
      * كارشناس يا كاردان بهداشت محيط 1 نفر

#### **ح \_ مركز رفرانس مشاوره و مراقبت بيماريهاي رفتاري:**

اين واحد فقط در شهرستان مركز استان (شهرستان محل استقرار دانشگاه/ دانشكده علوم پزشكي) به تعداد يك مركز ايجاد مي شود.

**پرسنل مركز:**

برحسب جمعيت تحت پوشش شهرستان به دو گروه با پرسنل متفاوت تقسيم مي شوند:

**اول: شهرستانهاي با جمعيت بالاي 200000 نفر:**

* پزشك (يكي متخصص عفوني) 2 نفر (يكي مسوول مركز است)
* كارشناس مبارزه با بيماريها 1 نفر
* كارشناس بهداشت رواني (با اولويت روانشناس باليني) 1 نفر
* مددكار اجتماعي 1 نفر
* متصدي پذيرش، آمار و مدارك پزشكي 1 نفر
* دندانپزشك عمومي يا بهداشتكار دهان و دندان 1 نفر
* ماما 1 نفر
* كارشناس آزمايشگاه 1 نفر
* راننده 1 نفر
* خدمتگزار 1 نفر

**دوم: شهرستانهاي با جمعيت 200000 نفر و كمتر:**

* پزشك مشاور 1 نفر
* كارشناس مبارزه با بيماريها 1 نفر
* كارشناس بهداشت رواني (با اولويت روانشناس باليني) و مددكار 1 نفر
* متصدي پذيرش، آمار و مدارك پزشكي 1 نفر
* ماما 1 نفر
* راننده (درصورت امكان) 1 نفر
* خدمتگزار 1 نفر

**آزمايشگاه**

1. \* Primary Health Care [↑](#footnote-ref-2)