معاونت بهداشت

مرکز مدیریت شبکه

گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبکه

استانداردهای شبکه بهداشت و درمان

دکتر ناصر کلانتری

عصمت جمشید بیگی

نیلوفر مردفرد

دکتر نگین طاهری

فاطمه مالکی

آذر ۹۴

اصول و ضوابط کلی ساختار طرح‌های گسترش شبکه

اصول کلی ساختار طرح‌های گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور

۱- انتخاب **"شهرستان"** به عنوان مقیاس اداری و جغرافیایی گسترش شبکه هـای بهداشـتی درمـانی، مـدیریت، برنامه ریزی، آموزش، پشتیبانی و پایش واحدهای مستقر در نظام شبکه.

۲- **سطح بندی و ادغام خدمات و ارائه خدمت از طریق نظام ارجاع** تا از این طریق ارائه خدمات بـه صـورت زنجیره ای مرتبط و تکامل یابنده باشد و چنانچه مراجعه کننده ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی تر نیاز داشت، واحد محیطی بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع دهد. برای تحقق این اصل، شرایطی ضرورت دارد:

۲-۱- هیچیک از واحدهای یک سطح ارائه دهنده خدمت، به خدماتی که بـه عهـده واحـدهای سطح پـایین تر قرار داده شده است، نپردازد، مگـر آنکـه خـدمت مـوردنظر را در سـطح تخصصی تـر ارائه دهد. به همین دلیل، بایستی در کنار هریک از واحدها، یک واحد سطح پـایین تـر منظور گردد که البته، دارای مدیریتی مستقل می‌باشد. بدین ترتیب، وجود خانـه بهداشـت درکنـار مرکـز بهاشتی درمانی روستایی، وجود پایگاه سلامت[۱] در کنار مرکز سلامت جامعه شهری[۲] و وجود مرکز سلامت جامعه شهری در کنار بیمارستان با رعایت این اصل، در نظر گرفته شده اند. بدیهی است برای تحقـق ایـن شرط، بایستی شرح وظیفه هر واحد به دقت تعیین و مشخص گردد.

۲-۲- برقراری ارتباط فعال و مستمر واحدهای هر سطح با واحدهای سطوح بالاتر و پـایین تـر. نظارت، پایش، آموزش حین خدمت کارکنان و نیز تدارک و حمایت اداری مـالی واحـدهای هـر سـطح بـه عهده واحدی است که در اولین سطح بالاتر آن قرار دارد تا تدارک فنی و اداری این واحدها به صورت فعال و مستمر از نزدیکترین واحد سطح بالاتر میسر گردد و از بروز خطراتی مانند گـرایش کارکنـان غیرپزشـک به درمان‌های غیرمجاز و تنزل کیفیت خدمات جلوگیری شـود. در صـورت اجرایـی شـدن برنامـه پزشـک خانواده در سایر مناطق کشور نیز، همین اصل پابرجاست. به این ترتیب در روسـتا، **اولین سطح مراجعـه فرد،** به بهورز و در شهر به مراقب سلامت خواهد بود و سپس، ارجاع به پزشک خـانواده/ پزشـک عمـومی مستقر در مرکز بهداشتی درمانی روستایی /مرکز سلامت جامعـه شـهری و از آنجـا بـه پزشـک متخصـص مستقر در کلینیک تخصصی/ بیمارستان شهرستان صورت می‌گیرد.

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

۱. سطح اول شامل مراکز بهداشتی درمانی روستایی و مرکز سلامت جامعه شهری که زیر مجموعه هر یـک از آنها به شرح زیر می باشد:

- زیر مجموعه مرکز بهداشتی درمانی روستایی شامل: خانه های بهداشت، پایگاه‌هـای سـلامت روسـتایی، تسهیلات زایمانی و پایگاه‌های مراقبت‌های بهداشتی مرزی (با درجات مختلف)

---

[۱] با توجه به تغییرات 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.

[۲] با توجه به تغییرات اعمال شده در ساختار ارائه خدمات از این پس، تمام مراکز بهداشتی درمانی شهری به مرکز سلامت جامعه شهری تغییر عنوان خواهد داد.

- زیرمجموعه مراکز سلامت جامعه شهری شامل: خانه های بهداشت و پایگاه‌های سلامت روستایی و شهری، تسهیلات زایمانی و پایگاه‌های مراقبت‌های بهداشتی مرزی (با درجات مختلف)

۲. سطح دوم شامل مرکز بهداشت/سلامت شهرستان از نظر مدیریتی و فنی و کلینیک های تخصصی/ بیمارستان‌های شهرستان

۳. سطح سوم شامل مرکز بهداشت/سلامت استان/حوزه یا منطقه ازنظر مدیریتی و فنی و کلینک های فوق تخصصی / بیمارستان‌های فوق تخصصی مرکز استان

۴. 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.

۳- 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:

- 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.
- از ارائه خدمات به شکل تکراری (دارو، آزمایش و سایر ارزیابی های تشخیصی مکرر) جلوگیری می کند.
- خدمات را به نحو چشمگیری ارزان می کند.
- 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.

۴- 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.

۵- **سهولت دسترسی جغرافیایی:** یعنی برآورده شدن امکان بهره مندی جمعیت ساکن در دورترین نقطه تحت پوشش از خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده توسط محیطی ترین واحد، برای تامین این ضابطه، بایستی معیارها و شرایطی برقرار گردد:

۵-۱- در هیچ وضعیت اقلیمی و جغرافیایی، فاصله دورترین مکان زندگی و کار مردم از اولین واحد ارائه خدمت (خانه بهداشت و پایگاه سلامت) نباید حداکثر از یک ساعت پیاده روی بیشتر باشد.

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

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

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

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

- حدود ۱۲۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) برای هر خانه بهداشت
- حدود ۸۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر) برای هر مرکز سلامت جامعه روستایی
- حدود ۱۲۵۰۰ نفر (۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر) برای هر پایگاه سلامت
- حدود ۳۷۵۰۰ نفر (۲۵۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ نفر) برای هر مرکز سلامت جامعه شهری
- حدود ۳۷۵۰۰۰ نفر (۲۵۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ 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 شرایط برای جمعیت‌های کمتر و بیشتر هم می‌توان واحد در نظر گرفت که در آنصورت نیروی انسانی آن نیز متناسب، خواهد شد.

۶- **دسترسی فرهنگی** که با ۳ شرط زیر حاصل می گردد:

۴-۱- نبود برخورد و اختلاف‌های قومی، فرهنگی، مذهبی و ...

۴-۲- شهرت نداشتن روستای محل استقرار واحد بهداشتی به شیوع بیماریهای واگیر مانند سل، جذام و....

۴-۳- مغایر نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتی که ارائه می‌شود با آداب و سنت‌های قومی، ملی و مذهبی جامعه.

۷- **تناسب کمّی نیروی انسانی ارائه کننده خدمات با حجم خدمات مورد انتظار**. لازمه این کار، که نتیجه آن به حداقل رسیدن زمان انتظار مراجعه کننده برای دریافت خدمت است، تناسب دو عامل اصلی است:

الف _ حجم خدمات مورد انتظار (وظایف باید در سطح بندی خدمات تعریف شود)

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

۸- **تناسب آموزش‌ها با نیازهای اجرایی**. تحقق این ضابطه در گرو شروط زیر است:

۶-۱- دانش و مهارت موردنیاز هر رده به دقت تعریف و تعیین گردد.

۶-۲- آموزش دهندگان با نیازهای واقعی جامعه، اولویت‌ها، ضوابط، روابط و فرایندهای مورد عمل در نظام رسمی ارائه کننده خدمات، آشنا باشند و محتوای دروس خود را با این نیازها منطبق سازند. یعنی درگیر شدن مراکز آموزشی در ارائه خدمات و ارتباط مستقیم آنها با جامعه (آموزش مبتنی بر وظایف)

۶-۳ – بومی بودن بهورزان شاغل در خانه های بهداشت و در اولویت بودن نیروهای متقاضی بومی (متولد و ساکن استان محل خدمت) برای استقرار در سایر واحدهای محیطی ارائه دهنده خدمات.

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

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

۱۱- **هماهنگی درون بخشی**. مبنای ارائه خدمات سلامت، تاکید بر هماهنگی‌ها در درون بخش سلامت و ارائه خدمات جامع سلامتی به صورت تیمی است.

۱۲- **همکاری با سایر بخش‌های توسعه**. ایجاد هماهنگی و همکاری با سایر بخش‌های توسعه هم در ساختار نظام شبکه و راه اندازی واحدها و هم در ارائه برنامه های سلامت ضرورت دارد. در این میان، علاوه بر بخش‌های دولتی، همکاری با بخش‌های خصوصی و تعاونی نیز مورد تاکید است.

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

روش کار:

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

- رییس مرکز بهداشت و معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی به عنوان رییس کمیته
- مدیر گروه توسعه شبکه استان/دانشگاه/دانشکده به عنوان دبیر کمیته
- معاون فنی مرکز بهداشت استان
- رییس مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان
- کارشناس ناظر شهرستان مورد بررسی در مرکز بهداشت استان/دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی
- معاون درمان یا مدیر درمان یا کارشناس نظارت بر درمان استان/دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
- مدیر تحول اداری استان/دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی

توصیه می‌شود چنانچه مسوولین استانی یا شهرستانی مثل فرماندار، نماینده خیرین و نماینده مجلس آن منطقه اصرار بر پیشنهاد خاصی داشتند، به کمیته دعوت شوند تا بدون حق رای، درجریان کامل ضوابط و اصول قرار گیرند. طرح‌های مصوب کمیته استانی توسط دبیر کمیته استانی به <u>مرکز مدیریت شبکه وزارت متبوع</u> ارسال می‌گردند. طرح/ طرح‌های پیشنهادی ، پس از انطباق با ضوابط طرح‌های گسترش و در صورت نیاز بازدید از محل، توسط مرکز مدیریت شبکه <u>رد یا به تصویب نهایی</u> 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 شبکه در مرکز مدیریت شبکه
- رییس کمیته منطقه ای بازنگری ضوابط و استانداردهای شبکه های بهداشتی درمانی کشور
- ۱ نفر نماینده مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۱ نفر نماینده مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پس از تصویب طرح‌های گسترش شبکه هر شهرستان، نتیجه کار به مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و از آنجا به هیات امناء رسال می‌گردد و آنگاه قابلیت اجرایی پیدا می کند.

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

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

گام‌های اجرایی تجدیدنظر در طرح‌های گسترش

گام اول: برای اجرایی شدن فرآیند تجدید نظر در طرح‌های گسترش اقدامات زیر ضرورت دارد:

الف_ تهیه نقشه های معتبر و دقیق از شهرستان‌های تحت پوشش (تهیه شده از استانداری با مقیاس یک درصد)

ب _کسب اطلاع درست از موقعیت جغرافیایی، جمعیتی، وضعیت اجتماعی و فرهنگی هریک 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 مراکز آموزشی موجود در منطقه تا سطح آموزش عالی و وجود اختلافات احتمالی قومیتی، محل ییلاق، محل قشلاق، طول مسیر کوچ، مدت زمان کوچ و ...

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

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

ث _ کسب اطلاعات درست از وضعیت کارکنان شاغل در واحدهای موجود و جمعیت تحت پوشش هر واحد تا در صورت ضرورت نسبت به کاهش یا افزایش نیرو اقدام گردد

ج _ تهیه ابزار کار شامل: مقداری پونز معمولی، تعدادی مداد رنگی، مدادتراش، پاک کن، مقداری سنجاق ته گرد و کاغذ یا برچسب رنگی.

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

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

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

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

ذ _ کسب اطلاع راجع به تعداد پیشه وران، کارگران، کارخانجات و کارگاه‌های تولیدی 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 روی نقشه، جمعیت و محدوده هر روستا، محل اسکان عشایر و بلوک بندی های انجام شده در مناطق شهری ثبت گردد و محدوده آبادیهایی که به فاصله حداکثر یک ساعت پیاده روی از هم قرار دارند با کشیدن خط رنگی در اطراف آنها، مشخص شود. چنانچه تعداد روستاها و محل اسکان عشایری که در این محدوده قرار می‌گیرند

بیش از یک روستا یا یک ایل باشد، باید مشخص گردند. همچنین، 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 مسیر طبیعی حرکت مردم در مناطق شهری و روستایی، مسیرکوچ ایلات، روند تغییرات جمعیت تحت پوشش هر واحد و مسائل فرهنگی توجه کرد.*

گام چهارم: با توجه به تراکم جمعیت در مناطق شهری، محدوده ای که به طور متوسط حدود ۱۲۵۰۰ تا ۳۷۵۰۰ نفر را در خود جای داده است، بر روی نقشه با مداد رنگی مشخص می گردد که محل استقرار مرکز سلامت جامعه شهری و پایگاه‌های سلامت تابعه است. چنانچه تراکم جمعیت زیاد باشد، ایجاد مراکز سلامت شهری و پایگاه-های سلامت متعدد ضرورت خواهد یافت. در چنین شرایطی می توان فضای فیزیکی و کارکنان مرکز را بازای جمعیت تحت پوشش متناسب کرد و از ایجاد مراکز متعدد در یک وسعت محدود و قابل دسترس مردم پیشگیری کرد تا بجای چند مرکز، یک مجتمع واحد راه اندازی گردد. بدیهی است فضای فیزیکی و نیروی انسانی مجتمع ها بر حسب جمعیت تحت پوشش، در نظر گرفته خواهد شد.

گام پنجم: تعیین نیروی انسانی مورد نیاز هر واحد که معیار در نظر گرفتن نیروی انسانی به تناسب هر واحد در زیر مجموعه هر یک از واحدها توضیح داده خواهد شد.

واحد های موجود در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور

مرکز سلامت جامعه روستایی:

تعریف مرکز سلامت جامعه روستایی:

مراکز سلامت جامعه روستایی در واقع مراکز بهداشتی درمانی روستایی ارتقاء یافته می‌باشند که بدلیل تغییر خدمات و ساختار ارائه خدمت در آنان به این عنوان نامیده می‌شوند. هر مرکز سلامت جامعه روستایی بین یک تا ۶ خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی را در پوشش خود دارد و وظیفه اصلی مدیریت و نظارت بر آن واحدها و قبول ارجاعات آنها (بصورت دو طرفه) را عهده دار است. ارایه خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی و مشاوره روانی از جمله فعالیتهای اضافه شده در این مراکز می‌باشند.

جمعیت تحت پوشش مراکز سلامت جامعه روستایی:

مراکز سلامت جامعه روستایی با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۸۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر) راه اندازی خواهند شد.

تبصره ۱: در راه اندازی مراکز سلامت جامعه روستایی 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 و اعضای تیم سلامت مرکز، قادر به انجام نظارت و دهگردشی در زمان در نظر گرفته شده، نباشند.

تبصره ۲: گاهی شرایط اقلیمی کشور در نقاط کویری، کوهستانی و جنگلی به گونه ایست که رسیدن به حد نصاب ۴۰۰۰ نفر برای یک مرکز سلامت جامعه روستایی را غیرممکن می‌سازد. از طرف دیگر، رها کردن جمعیت‌های کمتر از ۴۰۰۰ نفر – تنها به دلیل نبود توجیه اقتصادی – راهبرد درستی نیست. در چنین شرایطی، از استراتژی محدود کردن کارکنان براساس جدول برآورد نیروی انسانی موردنیاز مراکز سلامت جامعه روستایی برای تعیین نیروی انسانی این مراکز استفاده خواهد شد. در این حالت، خانه بهداشت مستقر در روستای محل استقرار مرکز، نقش موثرتری در ارائه خدمت به مراجعه کنندگان خواهد داشت.

نیروی انسانی مراکز سلامت جامعه روستایی:

با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده و مراجعات درمانی ارجاعی از خانه های بهداشت تابعه، نظارت‌ها و ... نیروی انسانی مراکز سلامت جامعه روستایی عبارتست از:

1) یک نفر پزشک بازای جمعیتی حدود ۴۰۰۰ نفر
2) بازای هر ۱۲ تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تا سه مرکز سلامت جامعه روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی، یک کارشناس سلامت روان (با مدرک تحصیلی کارشناسی یا کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی) و یک کارشناس یا کارشناس ارشد تغذیه حضور خواهند داشت. در صورتیکه بیش از یک مرکز سلامت جامعه روستایی دربرگیرنده جمعیت موردنظر باشد، باید این افراد به صورت گردشی (۲ تا ۳ روز در هفته) بین مراکز، ارائه خدمت نمایند.

۳) بازای هر ۱۲ تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تا سه مرکز سلامت جامعه روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی، یک کارشناس یا کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی یا مدیریت دولتی یا یک پزشک عمومی با مدرک MPH (یکی از همان پزشکان خانواده) به عنوان مدیر اجرایی خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده به جمعیت تحت پوشش مرکز یا مراکز سلامت جامعه روستایی حضور خواهد داشت.

۴) بازای هر ۱۲ تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تا سه مرکز سلامت جامعه روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی و دسترسی زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو، یک نفر دندانپزشک و کاردان بهداشت دهان درنظر گرفته می‌شود.

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

۵) بازای هر ۱۲ تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تا سه مرکز سلامت جامعه روستایی، یک کاردان یا کارشناس علوم آزمایشگاهی حضور خواهد داشت

تبصره ۴: در صورت فعال بودن آزمایشگاه در بخش دولتی/غیردولتی در منطقه، بایستی برای ارائه بسته خدمات آزمایشگاهی از آن بخش، خرید خدمت کرد. در مورد خدمات رادیولوژی نیز چنانچه مرکز مجهز به تجهیزات رادیولوژی نباشد، 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.

۶) برای مراکز سلامت جامعه روستایی با جمعیت تحت پوشش ۱۲۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر یک نیروی پرستار یا بهیار در نظر گرفته خواهد شد. درمورد جمعیت‌های کمتر، این خدمات توسط ماما ارائه می‌گردد.

تبصره ۵: برای مراکز سلامت جامعه روستایی غیرشبانه روزی با جمعیت تحت پوشش بیش از ۲۰ هزار نفر دو پرستار/بهیار در نظر گرفته خواهد شد. در چنین مواردی، حتی الامکان یکی از پرستاران مرد و دیگری زن باشد.

۷) در مراکز سلامت جامعه روستایی غیرشبانه روزی که جمعیت تحت پوشش آنان ۴۰۰۰ نفر و بالاتر باشد یک نفر برای کارهای پذیرش، آمار و مدارک پزشکی در نظر گرفته می‌شود.

۸) در تمام مراکز سلامت جامعه روستایی یک کاردان/ کارشناس مراقب سلامت[1] 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 ۴۰۰۰ نفر یا ۴ تا ۶ خانه بهداشت یک مراقب سلامت به نیروهای مرکز اضافه خواهد شد.

۹) بازای هر ۳۰۰ امکنه عمومی و واحد تهیه، توزیع و فروش موادغذایی تحت پوشش یک تا سه مرکز سلامت جامعه روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی برحسب نیاز، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و بازای هر .... کارگاه خانگی و غیرخانگی، کارخانه و .... در پوشش، یک نفر کاردان/ کارشناس بهداشت حرفه ای حضور خواهد داشت. چنانچه تعداد واحدهای تحت پوشش به حدنصاب تعیین شده نرسد، یک نیرو برای ارائه خدمات مشترک بهداشت محیط و حرفه ای کافیست.

۱۰) یک نفر ماما بازای هر دو پزشک خانواده یا بازای هر ۷۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز تعیین می‌شود. چنانچه دو پرستار موجود باشند می توان فقط یک ماما برای مراکز تا ۳ پزشک درنظر گرفت.

[1] Care Giver

۱۱) 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.
۱۲) بازای هر مرکز سلامت جامعه روستایی، یک نفر سرایدار/خدمتگزار وجود خواهد داشت.

تعداد جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت جامعه روستایی	پزشک	دندانپزشک یا کاردان بهداشت دهان	کاردان یا کارشناس آزمایشگاهی	کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای	ماما	بهیار یا پرستار	کاردان یا کارشناس مراقب سلامت	متصدی پذیرش،آمار و مدارک پزشکی	راننده	سرایدار/ خدمتگزار
کمتر از ۴۰۰۰ نفر	۱	-	-	-	۱	-	۱	۱	۱	۱
۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر	۲	-	-	-	۱	-	۱ تا ۲	۱	۱	۱
۸۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر	۳	-	-	۱ (برحسب تعداد واحد)	۲	۱	۲ تا ۳	۱	۱	۱
بیشتر از ۱۲۰۰۰ نفر	بیش از ۳	۱	۱	۲ (برحسب تعداد واحد)	۲	۱	۳ (برحسب تعداد واحد)	۱	۱	۱

شرایط پیش بینی شده برای روستاهای محل استقرار مرکز سلامت جامعه روستایی که براساس مصوبه تقسیمات کشوری به نقطه شهری تبدیل شده اند:

تعیین تکلیف مرکز سلامت جامعه روستایی:

۱) مرکز سلامت جامعه روستایی به کلی از فهرست مراکز سلامت جامعه روستایی آن شهرستان حذف و جزو مراکز سلامت جامعه شهری قلمداد خواهد شد. البته، گاهی ناگزیر باید براساس وضعیت جمعیت منطقه و چگونگی فعالیت بخش خصوصی، در مورد تغییر وضعیت مرکز به پایگاه سلامت شهری به طور موردی تصمیم گیری شود.
۲) کارکنان بهداشتی موجود در مرکز در حکم کارکنان یک پایگاه سلامت تلقی می‌شوند و همانند قبل وظیفه کنترل و نظارت واحدهای تحت پوشش خود را بر عهده داشته باشد.
۳) چنانچه از قبل، واحد تسهیلات زایمانی نیز در روستای مورد نظر موجود باشد، کارکنان واحد تسهیلات زایمانی همچنان به عنوان کارکنان تسهیلات زایمانی باقی خواهند ماند.

تعیین تکلیف خانه های بهداشت مرکز سلامت جامعه روستایی:

۱) 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.
۲) 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 روستایی دیگری قرارمی‌گیرند، در دفتر طرح گسترش شهرستان در زیر مجموعه مرکز 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 ۲۵۰۰ نفر:

برای مراکز سلامت جامعه روستایی که به دلیل روند کاهش جمعیت، کمتراز ۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش دارند، یکی از شرایط زیر قابل اجراست:

۱) چنانچه مرکز سلامت جامعه روستایی بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش داشته باشد، حتی الامکان پزشک خانواده ۳ 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.

۲) 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 ۲۵۰۰ نفر است، به عنوان پزشک خانواده استفاده کرد.

۳) چنانچه مرکز سلامت جامعه روستایی کمتر ۱۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش داشته باشد، این مرکز باید تعطیل و به خانه بهداشت تغییر کاربری دهد. 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:

۱) ردیف‌های بهداشتکار دهان و دندان، دارویار و متصدی امور عمومی فقط در صورت داشتن فرد شاغل بصورت ردیف نشاندار باقی خواهند ماند و در غیراینصورت، به پست سازمانی دیگری که مورد نیاز آن مرکز یا سایر مراکز باشد، تبدیل خواهند شد.

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

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

۴) با توجه به امکان مراجعه بیماران نیازمند اعزام به بیمارستان به مراکز سلامت جامعه روستایی، شبکه شهرستان موظف است هماهنگی لازم برای اعزام بیماران نیازمند را بین پایگاه‌های اورژانس بین جاده ای و مراکز سلامت جامعه روستایی 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:

۱. خانه بهداشت معمولی: محل ارائه خدمت به جمعیت روستایی و عشایری ساکن
۲. 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 ۱۲۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) راه اندازی خواهند شد.

نیروی انسانی خانه بهداشت:

محاسبه حجم خدمات رایج خانه های بهداشت در سال‌های قبل و برآورد آن براساس نظرات کارشناسی در شرایط کنونی و براساس بسته های خدمت موجود، نشان می‌دهد که به طور متوسط یک بهورز می‌تواند خدمات مورد نیاز ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر جمعیت را در طول یک سال بطور فعال ارائه دهد. ولی براساس شرایط فرهنگی و نوع وظایف در نظر گرفته شده برای بهورزان، معمولا" ۲ بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت کار می‌کنند و باید بتوانند مراقبت-های اولیه بهداشتی درمانی مورد نیاز این جمعیت را ارائه دهند.

البته، متمرکز بودن این جمعیت در یک نقطه یا پراکنده بودن آن در چند روستا، نقش تعیین کننده ای در حجم و گردش کار خانه بهداشت دارد. با توجه به مجموعه کار و شرایط فرهنگی جامعه، ضوابط زیر برای نیروی انسانی خانه‌های بهداشت تعیین شده است:

۱) تا ۱۲۰۰ نفر جمعیت: یک بهورز زن و یک بهورز مرد و برای جمعیت کمتر از ۱۲۰۰ نفر، می توان بازای دو خانه بهداشت مجاور، یک بهورز مرد مشترک در نظر گرفت. همچنین، برای جمعیت‌های زیر ۵۰۰ نفر، خانه بهداشت درنظر گرفته نمی‌شود. درمورد ایجاد خانه بهداشت برای جمعیت ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر، فقط تحت شرایط خاص و با نظر مرکز مدیریت شبکه امکان‌پذیر است. همچنین چنانچه درخانه بهداشت با کمتر از ۱۰۰۰ 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 .

۲) برای جمعیت از ۱۲۰۱ تا ۲۲۰۰ نفر: دو بهورز زن و یک بهورز مرد

۳) برای جمعیت بیشتر از ۲۲۰۰ نفر شرایط زیر ممکن خواهد بود:

- در صورتیکه وسعت روستا طولی یا طوری باشد که دسترسی مردم با یک ساعت پیاده روی برای آنان مشکل ایجاد کند، بهتر است دو خانه بهداشت در نظر گرفته شود و بهورز مرد را مشترک بین دو خانه بهداشت قرار داد.
- در صورتیکه وسعت روستا طولی نباشد، خانه بهداشت دوم درنظر گرفته نشده و بازای هر ۸۰۰ نفر یک بهورز زن اضافه خواهد شد. به عبارت دیگر، تا جمعیت ۳۵۰۰ نفر، بازای افزایش جمعیت، تعداد بهورزان به خانه بهداشت اضافه خواهد شد.

۴) اگر تعداد روستاهای دارای سکنه تحت پوشش خانه بهداشت از ۶ قریه بیشتر و مسیر و فاصله روستاها به گونه ای باشد که بازدید از ۲ روستا یا بیشتر در یک روز میسر نگردد، می‌توان یک بهورز مرد به کارکنان خانه مزبور اضافه کرد.

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

برای خانه های بهداشتی که به دلیل روند کاهش جمعیت، کمتراز ۵۰۰ نفـر جمعیـت در پوشـش دارنـد، یکی از شرایط زیر قابل اجراست:

۱) خانه های بهداشت با جمعیت تحت پوشش بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ نفر، سه روز در هفته فعال خواهنـد بـود و از بهورز برای سه روز باقیمانده در خانه بهداشت دیگری استفاده خواهد شد.

۲) خانه های بهداشت با جمعیت تحت پوشش کمتر از ۳۰۰ نفر 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 بـه روستای قمر یا سیاری تبدیل خواهد شد. چنانچه مدرک تحصیلی بهورز، کاردانی باشـد مـی‌توانـد پـس از طی آموزش‌های لازم و کسب گواهینامه، به پست مراقب سلامت خانواده تغییر عنوان دهد.

تبصره ۶: اگر تعداد روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت بیش از یک روستا باشد، برای انجام دهگردشی به یک دستگاه موتورسیکلت نیاز است.

تبصره ۷: هیچ روستایی نباید به دلیل نداشتن خانه بهداشت از پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمانی محـروم بماند. این محرومیت عمدتا" به ۲ علت ممکن است پیش آید: یکـی کمبـود شـدید جمعیـت و دیگـری نداشـتن راه ارتباطی. به جبران این کمبود، در تعدادی از خانه هـای بهداشـت، خـدمت سـیاری بـرای بهـورز مـرد پـیش بینـی می‌شود که مکلف به ارائه تمامی وظایف خانه های بهداشت است.

تبصره ۸: چنانچه چادرهای عشایر یا روستاهایی با جمعیت کم (کمتر از ۵۰۰ نفر) و در فاصله بیش از یـک سـاعت پیاده‌روی (حدود ۶ کیلومتر) از خانه بهداشت وجود داشته باشد، مـی‌تـوان آن را بـه عنـوان روسـتای سـیاری خانـه بهداشت قلمداد کرد، تا بهورز مرد حداقل هر ماه یکبار برای ارائه خـدمات بهداشـت محـیط، مبـارزه بـا بیمـاری‌هـا، بهداشت مادر و کودک، و ایمنسازی به روستا سرکشی کند. بازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیـت روسـتاهای سـیاری تحـت پوشش خانه بهداشت، می‌توان یک بهورز مردبه کارکنان آن خانه اضافه کرد.

تبصره ۹: توصیه می‌شود با مشارکت مردم روستاهای قمر و روستاهای سیاری، حداقل فضـای فیزیکـی و تجهیـزات فراهم گردد، تا هنگام مراجعه بهورز خانه بهداشت و اعضای تیم سلامت مرکز به روستا، محـل مشخصـی بـرای ارائـه خدمت به مردم وجود داشته باشد. در غیراینصورت، می‌توان از محل هایی مثل مسجد یا مدرسه و ... استفاده کرد.

شرایط پیش بینی شده برای روستاهای محل استقرار خانه بهداشـت کـه براسـاس مصـوبه تقسـیمات کشوری به نقطه شهری تبدیل یا ضمیمه یک شهر شده اند:

۱. روستایی که به شهر تبدیل شده است دارای خانه بهداشت است: اگر در فاصـله نزدیـک ایـن منطقـه (تـا یـک ساعت پیاده روی) پایگاه سلامت فعال وجود داشته باشد این خانه در آن پایگاه، ادغام می شـود و کارکنـان آن همچنان بصورت فعال به خدمات خود ادامه می دهند. البته، درصورت وجود فضای فیزیکی دولتـی، نیـازی بـه ادغام نیست و خانه بهداشت مزبور به پایگاه سلامت تبدیل می‌گردد. در این حالـت، نـام ایـن پایگـاه بـه پایگـاه 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 تعطیل می‌شود. در این صورت باید یکی از تصمیمات زیر در مـورد بهـورزان خانـه اتخـاذ گردد:

۱) در صورت علاقه مندی بهورز (ان) این خانه بهداشت برای انتقال به خانه بهداشت دیگری که بـه بهـورز نیـاز دارد و به شرط سکونت در آن روسـتا و حفـظ تعریـف بـومی بـودن، انتقـال بلامـانع اسـت. در ایـن صـورت خانه بهداشت مستقر در شهر را می‌توان تعطیل کرد.

۲) چنانچه شرایط انتقال بهورز(ان) این خانه بهداشت به محل دیگر وجود نداشته باشد، در این حالت بهورز با همان پست خود که به پست نشاندار تبدیل می‌شود، در یکی از واحدهای ارائه خدمت همان شهرستان به کار خود ادامه می دهد و خانه بهداشت مزبور تعطیل می شود

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

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

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

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

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

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

خانه بهداشت عشایری:

تعریف خانه بهداشت عشایری:

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 :

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

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

۱) محل چادرها و سرپناه‌های موقت عشایر در فاصله یک ساعت پیاده روی از خانه بهداشت قرار دارند.
۲) محل چادرها و سرپناه‌های موقت عشایر در فاصله بیش از یک ساعت پیاده روی از خانه بهداشت قرار دارند.

مربوط به تعداد جمعیت مستقردر محل چادرهای ایلات عشایر:

۱) تعداد خانوار عشایر مستقر در محل کمتر از ۸۰ خانوار یا ۵۰۰ نفر (با توجه به بعد خانوار ۶/۵) یا کمتر باشد.
۲) تعداد خانوار عشایر مستقر در محل بیش از ۸۰ خانوار یا ۵۰۰ نفر (با توجه به بعد خانوار ۶/۵) یا بیشتر باشد.

مربوط به تعداد روزهای استقرار خانوارهای عشایر در سرپناه:

۱) تعداد روزهای استقرار خانوارهای عشایر در سرپناه کمتر از ۳ ماه (۸۹ روز) باشد.
۲) تعداد روزهای استقرار خانوارهای عشایر در سرپناه بیشتراز ۳ ماه (۸۹ روز) باشد.

مربوط به فاصله طی شده در مسیر کوچ خانوارهای عشایر:

۱) فاصله طی شده در مسیر کوچ خانوارهای عشایر کمتر از۲۰ باشد.
۲) فاصله طی شده در مسیر کوچ خانوارهای عشایر بیش از ۲۰روز باشد.

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

۱) چنانچه چادرهای عشایری در فاصله یک ساعت پیاده‌روی (حدود ۶ کیلومتر) از خانه بهداشت مستقر باشند و جمعیت ساکن در آن چادرها کمتر از ۵۰۰ نفر باشد، می‌توان آن را به عنوان روستای سیاری خانه بهداشت قلمداد کرد تا بهورز مرد حداقل هر ماه یکبار برای ارائه خدمات تعریف شده به آن چادرها سرکشی کند. دراین حالت، بازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت عشایری تحت پوشش خدمات سیاری خانه بهداشت می‌توان یک بهورز مرد به کارکنان آن خانه اضافه کرد.
۲) راه اندازی خانه بهداشت عشایری (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 ۵۰۰ نفر (۸۰ خانوار) می‌باشد.
۳) خانه بهداشت عشایری تحت پوشش نزدیکترین مرکز سلامت جامعه روستایی قرار خواهد گرفت و این خانه نیز جزو خانه های بهداشت محل انجام دهگردشی پزشک /پزشکان خانواده مرکز سلامت جامعه روستایی خواهد بود.
۴) تامین ملزومات، داروها، واکسن و سایر امکانات موردنیاز در خانه بهداشت عشایری توسط مرکز سلامت جامعه روستایی مورد نظر در زمان استقرار در نزدیکی آن مرکز باید انجام شود
۵) در نظر گرفتن ایل قمر برای خانه های بهداشت عشایری که در فاصله یک ساعت پیاده روی از محل خانه بهداشت عشایری مستقر شده اند و جمعیت آنان بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ نفر (۴۰ تا ۷۹ خانوار) است.

۶) استخدام بهورز سیاری از بین عشایر توسط دانشگاه/دانشکده 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:

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

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

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

جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت عشایری:

خانه های بهداشت عشایری برای حداقل ۵۰۰ نفر جمعیت عشایر راه اندازی می‌شوند و حداقل دارای یک بهورز زن عشایری خواهند بود. با اضافه شدن ۳۵۰ تا ۵۰۰ نفر بعدی (تا ۱۲۰۰ 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 ۱۰: 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.

تبصره۱۱: 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 ۱۲: در شرایطی که بازدید از بیش از ۲ ایل قمر در یک روز میسر نباشد، می بایست یک بهورز مرد برای خانه بهداشت عشایری در نظر گرفته شود.

تبصره ۱۳: برای ایل‌هایی که تعداد خانوار آنها بیش از ۶۰۰ خانوار (۳۵۰۰ نفر) است، یک ماما در نظر گرفته خواهد شد. این ماما نیز در مسیر کوچ با ایل حرکت خواهد کرد.

پایگاه سلامت روستایی:

تعریف 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 ۴۰۰۰ نفر یا بیشتر (۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ 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:

نیروی انسانی پایگاه‌های سلامت روستایی با جمعیت ۴۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر) شامل دو مراقب سلامت خانواده (هر ۲۰۰۰ 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.

تبصره ۱۴: بازای اضافه شدن هر ۲۰۰۰ نفر یک مراقب سلامت به تشکیلات پایگاه سلامت روستایی اضافه خواهد شد. چنانچه تعداد مراقبین سلامت پایگاه ۴ نفر یا بیشتر باشد، باید دو نفر از آنان دانش آموخته رشته مامایی باشد.

تبصره ۱۵: 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.

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 ۳۷۵۰۰ نفر (۲۵ تا ۵۰ 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 ۲۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت جامعه شهری، ۲ نفر پزشک عمومی بکارگیری خواهد شد. بازای اضافه شدن هر ۱۰۰۰۰ 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 ۲۵هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک دندانپزشک 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 با جمعیت تحت پوشش بیش از ۳۷۵۰۰ نفر یک کارشناس یا کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی یا مدیریت دولتی یا یکی از پزشکان عمومی شاغل در مرکز با مدرک MPH به عنوان مدیر اجرایی، فعالیت خواهد داشت. در مراکزشهری با جمعیت کمتر این وظیفه بر عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود. تعیین مدیر اجرایی مرکز بر عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

۶) به دلیل وجود داروخانه کافی در بخش خصوصی مناطق شهری، نیازی به ایجاد آن در مرکز سلامت جامعه شهری نیست.
۷) در صورت نبود واحد ارائه خدمات آزمایشگاهی فعال وابسته به بخش خصوصی یا دولتی (مثل بیمارستان و ...) در منطقه، مرکز سلامت جامعه شهری باید به آزمایشگاه مجهز شود. دراین شرایط، باید بر حسب جمعیت تحت پوشش مرکز، یک تا دوکارشناس یا کاردان علوم آزمایشگاهی در مرکز حضور داشته باشند.
۸) 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. دراین شرایط، باید برحسب جمعیت تحت پوشش مرکز، یک تا دوکارشناس یا کاردان رادیولوژی در مرکز حضور داشته باشند.
۹) در هر مرکز سلامت جامعه شهری حضور یک کاردان پذیرش، آمار و مدارک پزشکی الزامی است.
۱۰) چنانچه مرکز سلامت جامعه شهری یک یا چند خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی را تحت پوشش داشته باشد، برای انجام دهگردشی، باید خودرو مناسب و راننده داشته باشد.
۱۱) بازای هر مرکز سلامت جامعه شهری یک نفر سرایدار/خدمتگزار درنظر گرفته می‌شود. در واقع این فرد علاوه بر نگهبانی در ورودی، برقراری نظم در اتاق انتظار و محوطه مرکز و نظافت و در صورت نیاز همکاری با قسمت پذیرش را نیز بعهده خواهد داشت.
۱۲) بازای هر ۳۰۰ واحد تحت پوشش تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت محیطی، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز باشد. درمورد خدمات بهداشت حرفه ای نیز برحسب یا حرفه ای حضور خواهد داشت. همچنین رایط منطقه (قطب کارگری و صنعتی) و بازای .... کارگاه و کارخانه باید یک کاردان/ کارشناس بهداشت حرفه ای وجود داشته باشد. در صورت مشخص نبودن تعداد واحدها، بازای هر ۱۰ تا ۱۵ 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 ۳۵۰۰۰ نفر باشد، از دانش آموختگان هر دو رشته بهداشت محیط و حرفه ای استفاده شود.
۱۳) در هر مرکز سلامت جامعه شهری، یک مراقب سلامت مرد برای انجام خدمات مربوط به اپیدمی‌ها، بلایا و سایر خدمات درون جامعه (خدمات بیرون از مرکز وپایگاه سلامت) درنظر گرفته می‌شود. این فرد از دانش آموختگان رشته های پیشگیری و مبارزه با بیماری ها و بهداشت عمومی انتخاب می گردد. چنانچه در پایگاههای سلامت غیر ضمیمه مراقب سلامت مرد حضور داشته باشند نیازی به حضور این مراقب سلامت در مرکز شهری نیست.

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

۱) بازای هر۲۵۰۰ نفر می بایست یک نفر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت بکارگیری شود. بدین ترتیب برای پایگاهی با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت، ۵ نفر مراقب سلامت بکارگرفته خواهد شد.
۲) بازای هر پایگاه سلامت شهری یک نفر سرایدار/خدمتگزار وجود خواهد داشت.

تبصره ۱۶: 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 ۱۷: مراقبین سلامت می‌توانند دانش آموختگان یکی از رشته های مامایی، بهداشت خانواده، پرستاری و بهداشت عمومی باشند.
تبصره ۱۸: 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.

پایگاه 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 ۱۲۵۰۰ (۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰) نفر ایجاد خواهند شد.

نیروی انسانی پایگاه سلامت غیرضمیمه شهری:

۱) بازای هر ۲۵۰۰ نفر می بایست یک نفر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت بکارگیری شود. بدین ترتیب برای پایگاهی با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت، ۵ نفر مراقب سلامت بکارگرفته خواهد شد.
۲) بازای هر پایگاه سلامت شهری، یک نفر سرایدار/خدمتگزار درنظر گرفته می‌شود.

موضوعات اشاره شده در تبصره های ۱۶ تا ۱۸ 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 مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات با کاردان/کارشناس مراقب سلامت 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 ۲۰۰۰۰ نفر	۱	۱ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۱ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۱	۱	۱	۱	-	۱	۱	۱
۲۰۰۰۱ تا ۳۵۰۰۰	۲	۱ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۱ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲ تا ۳	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۳۵۰۰۱ تا ۵۰۰۰۰	۳	۲ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۳ تا ۴	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
۵۰۰۰۱ و بالاتر	۳تا۴	۲ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۳ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	بیش از۴	۲	۲	۱	۲	۱	۱	۱

مراکز شبانه روزی شهری یا روستایی

تعریف مراکز شبانه روزی شهری یا روستایی:

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

تبصره ۱۹: برای ایجاد مراکز شبانه روزی، وجود هر دو شرط (جمعیت بیش از ۱۲هزار نفر و فاصله محل استقرار آنان تا اولین مرکز خدمات بستری با خودردو بیش از نیم ساعت) الزامی است. همچنین، مراکز شبانه روزی ترجیحاً در روستا یا شهری که مرکز بخش می‌باشد و در گلوگاه جمعیتی و در مسیر حرکت طبیعی مردم قرار دارد، راه اندازی می‌شود.

تبصره ۲۰: جمعیت درنظر گرفته شده برای مراکز شبانه روزی 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:

پزشک عمومی	۴ نفر
پرستار یا بهیار	۶ نفر (برای خدمات پرستاری و دارویی)
کارشناس یا کاردان علوم آزمایشگاهی	۳ نفر
کارشناس یا کاردان رادیولوژی	۲ نفر
متصدی پذیرش	۳ نفر
نگهبان و خدمتگزار	۳ نفر (اگر سرایدار بود ۱ نفر کافیست)

تبصره ۲۱: در مراکز شبانه روزی خدمات پزشکی، پرستاری، و پاراکلینیک بصورت ۲۴ ساعته ارائه خواهند شد.

تبصره ۲۲: چنانچه در شهری، بیمارستان راه اندازی شود، مرکز شبانه روزی 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.

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 زیر ۵۰ 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.
- ✓ تأمین فضای فیزیکی مناسب برای استقرار اورژانس پیش بیمارستانی در جنب یا درون مرکز سلامت جامعه با وسعت ۶۰ متر مربع. این فضا شامل اتاق عملیات، اتاق استراحت و انبارداروپی است.

تبصره ۲۳: 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 ۲۴: 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 ۶ 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 ۵۰ 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 ۵۰ 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 ۵۰ 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 ۵۰ 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 ۵۰ 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 ۳۰۰۰۰ نفر (۱۲۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ نفر) برای هر پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی یا بازای حداکثر تا ۴ 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.

۱. همکاری با کارکنان مراکز سلامت جامعه در فرآیند درمان بیماران فوریتی
۲. رعایت اخلاق فردی، اداری و حرفه ای در تعامل با کارکنان مراکز سلامت جامعه
۳. 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
۴. 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 ۵۰ هزار نفر علاوه بر شرح وظایف منطبق بر بسته خدمات ابلاغ شده، موظف به اجرای وظایف زیر هستند:

۱. 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
۲. تلاش برای جلوگیری از انتقال غیرضروری بیماران و مصدومین
۳. 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:

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

سایر واحدهایی که زیر مجموعه مرکز سلامت جامعه خواهند بود:

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

۱. تسهیلات زایمانی
۲. پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی

تسهیلات زایمانی

واحدهای تسهیلات زایمانی در مناطقی که امکان دسترسی به بیمارستان و زایشگاه وجود ندارد، صرفاً 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 ۱۱۵ پیش بیاید، موظف به همراهی کردن با مادر باردار است.

تبصره ۲۴: 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 ۲۵: 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

۱) ماما	۴ نفر
۲) راننده آمبولانس (تکنسین فوریت‌ها)	۲ نفر
۳) خدمتگزار	۲ نفر

پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی

این واحدها در پایانه های زمینی، دریایی، هوایی و نیز بازارچه های زمینی و دریایی ایجاد می‌شوند. این واحدها نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماری‌ها به داخل کشور را براساس ضوابط و معیارهای بین المللی 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.

۱) ممتاز
۲) درجه یک
۳) درجه دو
۴) درجه سه

پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز:

پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که حجم تردد مسافر روزانه آن بطور متوسط بیشتر از ۱۵ هزار نفر می باشد وحجم کالای تردد شده در این مرزها حداقل ۳ برابر مرزهای درجه یک می باشد. این پایگاه ها بصورت ۲۴ 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:

۱) پزشک عمومی آشنا به نظام مراقبت سندرمیک و IHR (مقررات بهداشتی بین المللی) ۳ نفر
۲) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری‌ها) ۶ نفر
۳) کارشناس بهداشت محیط ۴ نفر

پایگاه مراقبت بهداشتی درجه یک:

پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که دارای تردد مسافر روزانه متوسط بین ۸۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰ نفر و حجم کالای مبادله شده در آن ، متوسط ۲۰۰ 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:

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

پایگاه مراقبت بهداشتی درجه دو:

پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که تردد مسافر روزانه متوسط بین ۵۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر و حجم کالای مبادله شده در آن ،متوسط بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ 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:

۱) پزشک On Call (پزشک مرکز) ۱ نفر
۲) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری‌ها) ۳ نفر
۳) کارشناس بهداشت محیط ۲ 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 ۵۰۰۰ نفر تردد مسافر دارند. همچنین تردد کالا در آن کمتر از ۱۰۰ کامیون 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:

۱) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری‌ها) ۱ نفر

برخی از پایانه های مرزی منجمله فرودگاه بین المللی امام خمینی (ره) و پایانه مرزی مهران در کل ۲۴ ساعت شبانه روز فعال بوده و برخی دیگر از پایانه های مرزی بصورت ۱۲ 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 ۲۴ ساعته، ۱۶ ساعته، ۱۲ ساعته و ... هستند.

مرکز رفرانس مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری:

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. این واحد بازای۵۰۰ هزار نفر جمعیت از ۱ تا چند شهرستان مجاور هم با رعایت دسترسی ایجاد می شود. درصورتیکه یکی از این شهرستان ها ، مرکز استان باشد ، بایستی در مرکز استان راه اندازی شود.

تبصره ۲۶: 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 مرکز رفرانس مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری :

۱) متخصص بیماری‌های عفونی	۱ نفر (مسوول مرکز)
۲) پزشک عمومی	۱ نفر
۳) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحا دانش آموخته مبارزه با بیماری‌ها)	۱ نفر
۴) کارشناس سلامت روان (با اولویت روانشناس بالینی)	۱ نفر
۵) مددکار اجتماعی	۱ نفر
۶) متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی	۱ نفر
۷) دندانپزشک عمومی	۱ نفر
۸) ماما	۱ نفر
۹) پرستار	
۱۰) کارشناس آزمایشگاه	۱ نفر
۱۱) راننده	۱ نفر
۱۲) خدمتگزار	۱ نفر

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

مرکز سلامت جامعه روستایی

پزشک خانواده مرکز روستایی:

۱) شناسایی جمعیت تحت پوشش
۲) شناسایی مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش
۳) نظارت بر انجام کلیه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز جمعیت تحت پوشش
۴) ویزیت بیماران ارجاع شده از خانه های بهداشت و پایگاههای سلامت تابعه
۵) ویزیت بیمارانی که بصورت مستقیم و بدون برگه ارجاع به مرکز مراجعه کرده اند
۶) انجام ویزیت اولیه
۷) تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۸) مسوولیت فنی خدمات بهداشتی ارائه شده توسط اعضای تیم سلامت
۹) سرکشی به خانه های بهداشت تحت پوشش خود و و یزیت جمعیت تحت پوشش خانه های مذکور دو بار در هفته
۱۰) سرکشی به جمعیت ساکن در روستاهای قمر تحت پوشش خود هر ماه یکبار
۱۱) سرکشی به جمعیت ساکن در روستاهای سیاری هر سه ماه یکبار
۱۲) جلب همکاری سایر بخش ها ی دولتی و غیر دولتی جهت پیشبرد برنامه های بهداشتی

تبصره ۱: درصورت درخواست بهورز مبنی بر نیاز ویژه مردم به خدمات پزشکی، ضرورت دارد پزشک هر زمان که لازم است و در فواصل زمانی کوتاهتر به خانه ها و روستاهای مربوط مراجعه کند.

ماما پزشک خانواده در مرکز روستایی:

۱) شناسایی جمعیت تحت پوشش
۲) شناسایی مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش
۳) انجام خدمات مامایی
۴) تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۵) انجام خدمات بهداشتی تعریف شده برای مراقبین سلامت در صورت نبود یا کمبود مراقب سلامت در مرکز
۶) همراهی با پزشک خانواده در سرکشی به خانه های بهداشت، روستاهای قمر و روستاهای سیاری
۷) ارائه خدمات دارویی در زمان سرکشی به خانه های بهداشت، روستاهای قمر و روستاهای سیاری در صورت نبود دارویار
۸) ارائه خدمات دارویی در مرکز و تفهیم دستور دارویی به بیماران در صورت نبود دارویار
۹) تهیه لیست اقلام دارویی مورد نیاز مرکز با همکاری پزشک/پزشکان خانواده و سایر ارائه دهندگان خدمت در صورت نبود دارویار
۱۰) کسب تاییدیه نهایی پزشک/ پزشکان خانواده و مدیر مرکز درمورد لیست اقلام دارویی مورد نیاز مرکز در صورت نبود دارویار

۱۱) انجام خدمات تزریقات و پانسمان در مرکز در صورت نبود پرستار/بهیار و پس از دریافت گواهی معتبر

پرستار /بهیار مرکز روستایی:

۱) انجام خدمات تزریقات و پانسمان
۲) همکاری در انجام جراحی های کوچک در حوزه مسوولیتهای پزشک مرکز روستایی
۳) کمک در جمع آوری اطلاعات و تهیه گزارشات عملکرد مرکز
۴) ارائه خدمات دارویی و تفهیم دستور دارویی به بیماران در صورت نبود دارویار در مرکز
۵) تهیه لیست اقلام دارویی مورد نیاز مرکز با همکاری پزشک/پزشکان خانواده و سایر ارائه دهندگان خدمت در صورت نبود دارویار
۶) کسب تاییدیه نهایی پزشک / پزشکان خانواده و مدیر مرکز درمورد لیست اقلام دارویی مورد نیاز مرکز در صورت نبود دارویار
۷) انجام خدمات پذیرش درصورت نبود متصدی پذیرش

تبصره ۲: در صورت نبود دارویار در مرکز چنانچه پرستار و ماما پزشک خانواده هر دو در مرکز حاضر باشند، ارائه خدمات دارویی بر عهده پرستار/ بهیار می باشد

مراقب سلامت مرکز روستایی:

۱) شناسایی جمعیت تحت پوشش
۲) شناسایی مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش
۳) تشکیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۴) انجام خدمات منطبق بر بسته خدمت شامل وظایف محوله به کاردان/ کارشناس بهداشت خانواده ، مبارزه با بیماریها و بهداشت مدارس
۵) ارزیابی آنتروپومتریک کلیه مراجعین و تن سنجی کودک ، مادر باردار،میانسالان و بیماران
۶) تفسیر کامل و دقیق منحنی رشد کودک و نمودار وزن گیری مادر باردار
۷) ارزیابی وضعیت تغذیه کلیه مراجعین بر اساس پرسشنامه های تغذیه ای و اندیکاسیون های آنتروپومتریک گروه های سنی مختلف
۸) آموزش و ارائه توصیه های تغذیه ای به مراجعینی که نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه نیستند
۹) آموزش گروهی تغذیه به جامعه در خارج از مرکز (یک روز در هفته)
۱۰) شناسایی و ارجاع موارد نیازمند ارجاع (بر اساس پرسشنامه های مجزا و شرایط آنتروپومتریک هر گروه سنی) به کارشناس تغذیه
۱۱) دریافت بازخورد و پیگیری مراقبتهای تغذیه ای موارد ارجاع شده
۱۲) ارائه آموزش های تغذیه تکمیلی ، تغذیه کودکان ، تغذیه دوران بارداری ، تغذیه در سایر دوران های زندگی در قالب برنامه های بهداشتی بطور کامل به گروههای هدف
۱۳) ثبت تعداد موارد ارجاعی در فرم ثبت ارجاعات مراقب در پایان فصل و همچنین فرم تعداد مراجعین غربالگری شده و شاخص جمعیت غربالگری شده و ارسال آن به واحد بهبود تغذیه ستاد
۱۴) مشارکت در برگزاری برنامه های مختلف (بسیج آموزشی سالانه تغذیه، هفته سلامت در هر سال، روز جهانی غذا ، جشنواره ها ، مسابقات و.. به مناسبت های تغذیه ای.

۱۵) انجام برنامه مکمل یاری دانش اموزان از ابتدای سال تحصیلی و مکمل یاری ویتـامین د میانسـالان و سالمندان و مکمل های مادران باردار
۱۶) ارجـاع مراجعـه کننـدگان بـه پزشـک مرکـز سـلامت جامعـه و کارشناسـان تغذیـه؛ سـلامت روان؛ دندانپزشک؛ سلامت محیط و کار و ... براساس بسته خدمت

تبصره ۳: دانش آموختگان کاردان و کارشناس رشته های بهداشتی (بجز سلامت محیط و کار)، پرستار و ماما می توانند بعنوان مراقب سلامت، بکارگیری شوند.

دارویار یا مسوول امور دارویی در مرکز ر وستایی:

۱) ارائه خدمات دارویی شامل نسخه پیچی و تحویل دارو و تفهیم دستور دارویی به مراجعین به داروخانه مرکز
۲) تهیه آمار مربوط به لیست اقلام دارویی مورد نیاز مرکز با همکاری پزشک/پزشکان خانواده مرکز و در صورت نیاز سایر نیروهای ارائه دهنده خدمت در مرکز در زمان مقرر
۳) نهایی کردن لیست اقلام دارویی مورد نیاز و کسب تاییدیه پزشک/پزشکان خانواده و مدیر مرکز

تبصره ۴: در صورت وجود بهورز نشان داری که در خانه های بهداشت تابعه شهرستان امکان یا نیاز بـه بکـارگیری او وجود ندارد، می توان در صورت داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر ، پس از ارائه آموزش هـای لازم از وی بعنـوان ارائه دهنده خدمات دارویی مرکز سلامت جامعه روستایی استفاده کرد.

مدیر اجرایی مرکز روستایی:

۱) مدیریت و نظارت اجرایی بر فعالیتهای مرکز
۲) تنظیم لیست تجهیزات تعمیری و اسقاطی و مواد مصرفی مرکز و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر و تهیه مواد مصرفی مورد نیاز توسط مرکز بهداشت شهرستان
۳) تنظیم شیفت بیتوته، نوبت دهگردشی، خانه های بهداشت و ر وستاهای قمر و سیاری محل سرکشی پزشکان خانواده (در صورت امکان با همکاری پزشکا/پزشکان خانواده)
۴) پیگیری تهیه لیست اقلام مورد نیاز دارویی مرکز توسط مرکز بهداشت شهرستان
۵) پیگیری تهیه لیست اقلام مورد نیاز مکمل های دارویی مرکز توسط مرکز بهداشت شهرستان
۶) تنظیم خانه های بهداشت محل نظارت و سرکشی هر یک از مراقبین سلامت
۷) پیگیری تعمیر و بازسازی خرابی های فضای فیزیکی مرکز
۸) تدوین برنامه زمانبندی موثر برای دریافت خدمات توسط مراجعین مرکز
۹) نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی مورد نیاز برای جمعیت هدف
۱۰) نظارت بر تهیه شدن گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر
۱۱) مدیریت کلیه پرداختها، صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ....) و دستورهای مالی
۱۲) تقسیم و تنظیم فعالیتها و اعمال موازین انضباطی
۱۳) فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز
۱۴) مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز و خانه ها و پایگاههای تابع آن
۱۵) تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان
۱۶) آگاه بودن از اعتبار و بودجه سالانه مرکز و همکاری در مدیریت آن با نظر مرکز بهداشت شهرستان

۱۷) ثبت و نگهداری مستندات مربوط به اعتبارات، شرح هزینه ها و کپی اسناد ارسال شده به مرکز بهداشت شهرستان
۱۸) بررسی و تنظیم لیست پیشنهادات خانه های بهداشت و تیم های سیار در زمینه بهسازی های محیط و ضرورت های عمرانی روستاهای تحت پوشش و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان
۱۹) جلب مشارکت کلیه کارکنان مرکز و احدهای تابع آن در شرح خدمات مرکز
۲۰) مدیریت اجرایی انجام سرشماری سالانه

تبصره ۵: دانش آموختگان کارشناس و کارشناس ارشد رشته های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و بهداشت عمومی با الویت کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی می توانند بعنوان مدیر مرکز، بکارگیری شوند.

کاردان/ کارشناس سلامت محیط در مرکز روستایی:

۱) کنترل بهداشت و سلامت مواد غذایی
۲) بازدید از مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
۳) بازدید از مدارس و اماکن عمومی
۴) آموزش گروههای هدف

وظیفه کاردان/کارشناس سلامت کار (حرفه ای) در مرکز روستایی:

۱) نظارت بر کارگاه‌ها
۲) ....
۳) ....

وظیفه دندانپزشک در مرکز روستایی:

۱) انجام معاینات دندانپزشکی
۲) ترمیم
۳) کشیدن دندان
۴) فیشور سیلندر
۵) جرم گیری
۶) آموزش بهداشت دهان و دندان
۷) نظارت بر بسته خدمات بهورزان در زمینه بهداشت دهان و دندان
۸) تکمیل نرم افزار مربوط به خدمات دندانپزشکی
۹) ....

کاردان‌های دانش آموخته در گرایش‌های مختلف دندانپزشکی (بهداشتکار دهان و دندان، کاردان بهداشت دهان، تکنسین دهان و دندان، پرستار دندانپزشکی)

۱) آموزش بهداشت دهان و دندان
۲) تکمیل شناسنامه بهداشت دهان و دندان دانش آموزان تحت پوشش
۳) وارنیش فلوراید
۴) تکمیل نرم افزار مربوط به خدمات دندانپزشکی

کاردان/کارشناس علوم آزمایشگاهی مرکز روستایی

۱) نمونه گیری
۲) انجام تست‌های آزمایشی درخواستی
۳) ....

کارشناس/ کارشناس ارشد تغذیه در مرکز روستایی

۱) ارائه مراقبت‌های تغذیه ای و رژیم غذایی به افراد ارجاع شده از سوی بهورزان و پزشک مرکز
۲) ارائه مراقبت‌های تغذیه ای و رژیم درمانی به افراد مبتلا به بیماریهای غیر واگیر
۳) ارائه برنامه های آموزش تغذیه گروهی، آموزش تغذیه جامعه، نظارت بر کلیه برنامه های بهبود تغذیه جامعه و نظارت بر برنامه های خودمراقبتی در حوزه تغذیه در جمعیت تحت پوشش (یک روز در هفته)
۴) شناسایی جمعیت تحت پوشش (کودکان، مادران باردار،دانش آموزان ، مدارس مروج سلامت، بیماران دیابتیک، مبتلایان به فشار خون و چاقی)
۵) شناسایی مشکلات شایع تغذیه ای منطقه (شیوع لاغری، اضافه وزن و چاقی، کمبود ریز مغذی‌ها و...) و اولویت آنها
۶) شناسایی شرایط تغذیه ای مردم منطقه شامل: عادات و رفتارهای تغذیه ای، سطح درآمد، نحوه تغذیه عموم مردم و الگوی مصرف مواد غذایی مختلف
۷) شناسایی مبتلایان به سوء تغذیه در گروه‌های آسیب پذیر
۸) تنظیم برنامه عملیاتی مرکز با توجه مشکلات موجود
- نظارت بر خانه های بهداشت، پایگاه‌های سلامت و عملکرد بهورزان و مراقبین سلامت درمورد:
- صحت عملکرد و استاندارد بودن ابزار پایش پایگاه‌ها و خانه های تحت پوشش
- نحوه صحیح تن سنجی مراجعین در گروه های سنی مختلف
- انجام صحیح غربالگری تغذیه جمعیت تحت پوشش
- تفسیر نمودار رشد کودک
- مدیریت وزن گیری مادر باردار(انتخاب و تکمیل صحیح فرم وزن گیری رسم دقیق نمودار و جداول مربوطه)
- نحوه آموزش تغذیه به مراجعین
- شناسایی و ارجاع به موقع مادران باردار و کودکان مبتلا به سوء تغذیه، به مشاوره تغذیه

۹) اجرای برنامه اهن یاری و مکمل یاری با مگادوز ویتامین د و برگزاری جلسه آموزشی – توجیهی ویژه مدیران و معلمین و دانش آموزان
۱۰) تهیه و توزیع مطالب آموزشی ویژه دانش آموزان
۱۱) توزیع مکمل های دانش آموزان برابر دستورالعمل ها
۱۲) همکاری در تهیه لیست درخواست مکمل ها ی مورد نیاز جمعیت تحت پوش مرکز
۱۳) تکمیل فرم ارزیابی وضعیت تغذیه و تشکیل پرونده برای کلیه ارجاع شدگان به واحد تغذیه (جمعیت غربالگری شده با الگوی نامناسب تغذیه ای، کودکان دارای سوء تغذیه و دانش آموزان دچار اختلال رشد، مادران دچار چاقی یاسایر اختلالات تغذیه ای، چاقی، فشار خون بالا، دیابت)
۱۴) برگزاری جلسات آموزشی و بازآموزی با موضوع تن سنجی ،تغذیه کودکان تغذیه مادران باردار، اهمیت مصرف مکمل‌ها ، بیماران غیر واگیر ،سالمندان و سایر برنامه های تغذیه.... ویژه مراقبین سلامت و بهورزان

۱۵) برگزاری جلسات آموزشی تغذیه برای گروه‌های مختلف هر ماه حداقل ۴ جلسه (با محوریت تغذیه پیشگیرانه اصول تغذیه صحیح، اهمیت مصرف نمک های ید دار تصفیه شده اصلاح الگوی مصرف روغن ها و...)که این موضوع شامل مناسبت‌های خاص نظیر هفته بسیج اموزش تغذیه، روز جهانی غذا، روز جهانی کودک، هفته سلامت و... نیز می باشد

۱۶) ارسال فرم های آماری تغذیه شامل موارد زیر با تواترهای مشخص شده به واحد بهبود تغذیه ستاد شهرستان

- فرم گزارش جلسات آموزشی تغذیه به صورت فصلی
- فرم گزارش موارد مشاوره تغذیه به صورت ماهانه
- فرم شاخص های تغذیه ای مادران باردار به صورت سالانه
- فرم مصرف مکمل ها (کودکان، دانش آموزان، مادران، میانسالان و سالمندان) به صورت فصلی

تبصره ۶: دانش آموختگان کارشناس و کارشناس ارشد رشته های تغذیه و مشاوره تغذیه با گرایش بالینی و رژیم درمانی با اولویت کارشناس ارشد می‌توانند در این جایگاه بکارگیری شوند.

کارشناس/ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی در مرکز روستایی

۱) ارائه آموزش مهارت های فرزند پروری

۲) ارائه آموزش مهارت های زندگی

۳) پیشگیری از خودکشی

۴) ارائه مشاوره های عمومی

۵) انجام مداخلات اجتماع محور در مدیریت عوامل خطر سلامت اجتماعی

۶) انجام غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر در حوزه سوء مصرف مواد

۷) ارائه خدمات روانی- اجتماعی در درمان سوء مصرف مواد

۸) انجام مداخلات مختصر روانشناختی برای بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی شایع

۹) ارائه آموزش گروهی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک

۱۰) ارائه ویزیت در منزل بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک

۱۱) پیشگیری از خودکشی مجدد

۱۲) ارائه حمایت های روانی و اجتماعی در حوادث غیرمترثبه و بلایا

۱۳) انجام غربالگری تکمیلی در حوزه سلامت اجتماعی:

۱۴) ارائه حمایتهای روانی –اجتماعی به بزرگسالان غربال شده از نظر عوامل خطر سلامت اجتماعی

۱۵) ارائه حمایتهای روانی – اجتماعی به کودکان غربال شده از نظر عوامل خطر سلامت اجتماعی

۱۶) ارائه آموزش های روانشناختی در کاهش آسیب اعتیاد

تبصره ۷: دانش آموختگان کارشناس و کارشناس ارشد رشته روانشناسی بالینی با الویت کارشناس ارشد می توانند در این جایگاه بکارگیری شوند.

خانه بهداشت

بهورز خانه بهداشت و خانه بهداشت عشایری:

۱) شناسایی جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت، سرشماری خانوارها و جمع آوری اطلاعات آماری آنان
۲) تشکیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۳) برقراری ارتباط با مردم و جلب مشارکت و همکاری آنان در زمینه های مختلف بهداشتی
۴) ارائه کامل بسته خدمت ابلاغ شده
۵) کمک های اولیه
۶) درمان های ساده علامتی مشخص شده
۷) تکمیل فرم های بیمه گری و ارسال به مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری روستایی
۸) همکاری با اعضاء تیم سلامت (پزشک خانواده ، ماما و مراقب سلامت)
۹) جلب همکاری سایر بخش ها ی دولتی و غیر دولتی جهت پیشبرد برنامه های بهداشتی
۱۰) جمع آوری و ثبت آمار، تنظیم و ارسال گزارش فعالیت ها به مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری روستایی
۱۱) تهیه لیست اقلام داروهای بهداشتی و درمانی خانه بهداشت با همکاری مراقبین سلامت

پایگاه سلامت روستایی

شرح وظیفه بهورز شاغل در پایگاه سلامت روستایی:

۱) انجام خدمات فعال مطابق شرح وظایف سایر بهورزان شاغل در خانه های بهداشت

مراقب سلامت در پایگاه سلامت روستایی:

۱) شناسایی جمعیت تحت پوشش
۲) شناسایی مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش
۳) تشکیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۴) انجام خدمات منطبق بر بسته خدمت شامل وظایف محوله به کاردان/ کارشناس بهداشت خانواده ، مبارزه با بیماریها و بهداشت مدارس
۵) ارزیابی آنتروپومتریک کلیه مراجعین و تن سنجی کودک ، مادر باردار،میانسالان و بیماران
۶) تفسیر کامل و دقیق منحنی رشد کودک و نمودار وزن گیری مادر باردار

۷) ارزیابی وضعیت تغذیه کلیه مراجعین بر اساس پرسشنامه های تغذیه ای و اندیکاسیون های آنتروپومتریک گروه های سنی مختلف
۸) آموزش و ارائه توصیه های تغذیه ای به مراجعینی که نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه نیستند
۹) آموزش گروهی تغذیه به جامعه در خارج از مرکز (یک روز در هفته)
۱۰) شناسایی و ارجاع موارد نیازمند ارجاع (بر اساس پرسشنامه های مجزا و شرایط آنتروپومتریک هر گروه سنی) به کارشناس تغذیه
۱۱) دریافت بازخورد و پیگیری مراقبتهای تغذیه ای موارد ارجاع شده
۱۲) ارائه آموزش های تغذیه تکمیلی ، تغذیه کودکان ، تغذیه دوران بارداری ، تغذیه در سایر دوران های زندگی در قالب برنامه های بهداشتی بطور کامل به گروههای هدف
۱۳) ثبت تعداد موارد ارجاعی در فرم ثبت ارجاعات مراقب در پایان فصل و همچنین فرم تعداد مراجعین غربالگری شده و شاخص جمعیت غربالگری شده و ارسال آن به واحد بهبود تغذیه ستاد
۱۴) مشارکت در برگزاری برنامه های مختلف (بسیج آموزشی سالانه تغذیه، هفته سلامت در هر سال، روز جهانی غذا ، جشنواره ها ، مسابقات و.. به مناسبت های تغذیه ای.
۱۵) انجام برنامه مکمل یاری دانش اموزان از ابتدای سال تحصیلی و مکمل یاری ویتامین د میانسالان و سالمندان و مکمل های مادران باردار
۱۶) ارجاع مراجعه کنندگان به پزشک مرکز سلامت جامعه و کارشناسان تغذیه؛ سلامت روان؛ دندانپزشک؛ سلامت محیط و کار و ... براساس بسته خدمت

مراقبین سلامت دانش آموخته مامایی در پایگاه سلامت روستایی (این شرح وظایف بایستی در کنار شرح وظایف سایر مراقبین سلامت انجام گیرد که این موضوع موجب می گردد تعداد جمعیت تحت پوشش ماماهای مراقب سلامت نسبت به جمعیت استاندارد مراقبین سلامت کمتر باشد.):

۱) گذاشتن آی یو دی
۲) انجام پاپ اسمیر
۳) انجام مراقبتهای ویژه زنان باردار و موارد پیچیده تنظیم خانواده
۴) تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۵) مراقبتهای بهداشت باروری
۶) مراقبت از مادران و زنان در سنین باروری و یائسگی

مرکز سلامت جامعه شهری روستایی

پزشک خانواده مرکز شهری روستایی:

۱) شناسایی جمعیت تحت پوشش
۲) شناسایی مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش
۳) انجام ویزیت اولیه
۴) تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۵) نظارت بر انجام کلیه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز جمعیت تحت پوشش
۶) ویزیت بیماران ارجاع شده از خانه های بهداشت و پایگاههای سلامت تابعه
۷) ویزیت بیمارانی که بصورت مستقیم و بدون برگه ارجاع به مرکز مراجعه کرده اند
۸) مسوولیت فنی خدمات بهداشتی ارائه شده توسط اعضای تیم سلامت

۹) سرکشی به خانه های بهداشت تحت پوشش خود و ویزیت جمعیت تحت پوشش خانه های مذکور دو بار در هفته
۱۰) سرکشی به جمعیت ساکن در روستاهای قمر تحت پوشش خود هر ماه یکبار
۱۱) سرکشی به جمعیت ساکن در روستاهای سیاری هر سه ماه یکبار
۱۲) جلب همکاری سایر بخش ها ی دولتی و غیر دولتی جهت پیشبرد برنامه های بهداشتی

تبصره ۸: درصورت درخواست بهورز مبنی بر نیاز ویژه مردم به خدمات پزشکی، ضرورت دارد پزشک هر زمان که لازم است و در فواصل زمانی کوتاهتر به خانه ها و روستاهای مربوط مراجعه کند.

ماما پزشک خانواده در مرکز شهری روستایی:

۱) شناسایی جمعیت تحت پوشش
۲) شناسایی مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش
۳) انجام خدمات مامایی
۴) تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۵) همراهی با پزشک خانواده در سرکشی به خانه های بهداشت، روستاهای قمر و روستاهای سیاری
۶) ارائه خدمات دارویی در زمان سرکشی به خانه های بهداشت، روستاهای قمر و روستاهای سیاری در صورت نبود دارویار

مراقب سلامت مرکز شهری روستایی:

۱) شناسایی جمعیت تحت پوشش
۲) شناسایی مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش
۳) تشکیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۴) انجام خدمات منطبق بر بسته خدمت شامل وظایف محوله به کاردان/ کارشناس بهداشت خانواده ، مبارزه با بیماریها و بهداشت مدارس
۵) ارزیابی آنتروپومتریک کلیه مراجعین و تن سنجی کودک ، مادر باردار،میانسالان و بیماران
۶) تفسیر کامل و دقیق منحنی رشد کودک و نمودار وزن گیری مادر باردار
۷) ارزیابی وضعیت تغذیه کلیه مراجعین بر اساس پرسشنامه های تغذیه ای و اندیکاسیون های آنتروپومتریک گروه های سنی مختلف
۸) آموزش و ارائه توصیه های تغذیه ای به مراجعینی که نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه نیستند
۹) آموزش گروهی تغذیه به جامعه در خارج از مرکز (یک روز در هفته)
۱۰) شناسایی و ارجاع موارد نیازمند ارجاع (بر اساس پرسشنامه های مجزا و شرایط آنتروپومتریک هر گروه سنی) به کارشناس تغذیه
۱۱) دریافت بازخورد و پیگیری مراقبتهای تغذیه ای موارد ارجاع شده
۱۲) ارائه آموزش های تغذیه تکمیلی ، تغذیه کودکان ، تغذیه دوران بارداری ، تغذیه در سایر دوران های زندگی در قالب برنامه های بهداشتی بطور کامل به گروههای هدف
۱۳) ثبت تعداد موارد ارجاعی در فرم ثبت ارجاعات مراقب در پایان فصل و همچنین فرم تعداد مراجعین غربالگری شده و شاخص جمعیت غربالگری شده و ارسال آن به واحد بهبود تغذیه ستاد
۱۴) مشارکت در برگزاری برنامه های مختلف (بسیج آموزشی سالانه تغذیه، هفته سلامت در هر سال، روز جهانی غذا ، جشنواره ها ، مسابقات و.. به مناسبت های تغذیه ای.

۱۵) انجام برنامه مکمل یاری دانش اموزان از ابتدای سال تحصیلی و مکمل یاری ویتـامین د میانسـالان و سالمندان و مکمل های مادران باردار
۱۶) ارجـاع مراجعـه کننـدگان بـه پزشـک مرکـز سـلامت جامعـه و کارشناسـان تغذیـه؛ سـلامت روان؛ دندانپزشک؛ سلامت محیط و کار و ... براساس بسته خدمت

مدیر اجرایی مرکز روستایی:

۱) مدیریت و نظارت اجرایی بر فعالیتهای مرکز
۲) تنظیم لیست تجهیزات تعمیری و اسقاطی و مواد مصرفی مرکز و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر و تهیه مواد مصرفی مورد نیاز توسط مرکز بهداشت شهرستان
۳) تنظیم شیفت بیتوته، نوبت دهگردشی، خانه های بهداشت و ر وستاهای قمر و سیاری محل سرکشی پزشکان خانواده (در صورت امکان با همکاری پزشکا/پزشکان خانواده)
۴) پیگیری تهیه لیست اقلام مورد نیاز دارویی مرکز توسط مرکز بهداشت شهرستان
۵) پیگیری تهیه لیست اقلام مورد نیاز مکمل های دارویی مرکز توسط مرکز بهداشت شهرستان
۶) تنظیم خانه های بهداشت محل نظارت و سرکشی هر یک از مراقبین سلامت
۷) پیگیری تعمیر و بازسازی خرابی های فضای فیزیکی مرکز
۸) تدوین برنامه زمانبندی موثر برای دریافت خدمات توسط مراجعین مرکز
۹) نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی مورد نیاز برای جمعیت هدف
۱۰) نظارت بر تهیه شدن گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر
۱۱) مدیریت کلیه پرداختها، صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ....) و دستورهای مالی
۱۲) تقسیم و تنظیم فعالیتها و اعمال موازین انضباطی
۱۳) فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز
۱۴) مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز و خانه ها و پایگاههای تابع آن
۱۵) تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان
۱۶) آگاه بودن از اعتبار و بودجه سالانه مرکز و همکاری در مدیریت آن با نظر مرکز بهداشت شهرستان
۱۷) ثبت و نگهداری مستندات مربوط به اعتبارات، شرح هزینه ها و کپی اسناد ارسال شده به مرکز بهداشت شهرستان
۱۸) بررسی و تنظیم لیست پیشنهادات خانه های بهداشت و تیم های سیار در زمینه بهسازی های محیط و ضرورت های عمرانی روستاهای تحت پوشش و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان
۱۹) جلب مشارکت کلیه کارکنان مرکز و احدهای تابع آن در شرح خدمات مرکز
۲۰) مدیریت اجرایی انجام سرشماری سالانه

مرکز سلامت جامعه شهری

پزشک عمومی مرکز شهری:

۱) شناسایی جمعیت تحت پوشش
۲) شناسایی مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش
۳) انجام ویزیت اولیه
۴) تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۵) ویزیت بیماران ارجاع شده از پایگاههای سلامت تابعه

۶) ویزیت بیماران مراجعه کننده بطور مستقیم
۷) جلب همکاری سایر بخش ها ی دولتی و غیر دولتی جهت پیشبرد برنامه های بهداشتی
۸) برنامه‌ریزی، نظارت و ارزشیابی فعالیت‌های پایگاه‌های تحت پوشش

مدیر اجرایی مرکز شهری:

۱) مدیریت و نظارت اجرایی بر فعالیتهای مرکز
۲) تنظیم لیست تجهیزات تعمیری و اسقاطی و مواد مصرفی مرکز و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر و تهیه مواد مصرفی مورد نیاز توسط مرکز بهداشت شهرستان
۳) پیگیری تهیه لیست اقلام مورد نیاز دارویی مرکز توسط مرکز بهداشت شهرستان
۴) پیگیری تهیه لیست اقلام مورد نیاز مکمل های دارویی مرکز توسط مرکز بهداشت شهرستان
۵) پیگیری تعمیر و بازسازی خرابی های فضای فیزیکی مرکز
۶) تدوین برنامه زمانبندی موثر برای دریافت خدمات توسط مراجعین مرکز
۷) نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی مورد نیاز برای جمعیت هدف
۸) نظارت بر تهیه شدن گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر
۹) مدیریت کلیه پرداختها، صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ....) و دستورهای مالی
۱۰) تقسیم و تنظیم فعالیتها و اعمال موازین انضباطی
۱۱) فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز
۱۲) مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز
۱۳) تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان
۱۴) آگاه بودن از اعتبار و بودجه سالانه مرکز و همکاری در مدیریت آن با نظر مرکز بهداشت شهرستان
۱۵) ثبت و نگهداری مستندات مربوط به اعتبارات، شرح هزینه ها و کپی اسناد ارسال شده به مرکز بهداشت شهرستان
۱۶) جلب مشارکت کلیه کارکنان مرکز و احدهای تابع آن در شرح خدمات مرکز
۱۷) مدیریت اجرایی انجام سرشماری سالانه

پرستار/بهیار مرکز شهری:

۱) همکاری در انجام جراحی های کوچک در حوزه مسوولیتهای پزشک مرکز شهری
۲) انجام خدمات تزریقات و پانسمان
۳) کمک در جمع آوری اطلاعات و تهیه گزارشات عملکرد مرکز
۴) ارائه خدمات دارویی و تفهیم دستور دارویی به بیماران در صورت نبود دارویار در مرکز
۵) تهیه لیست اقلام دارویی مورد نیاز مرکز با همکاری پزشک/پزشکان خانواده و سایر ارائه دهندگان خدمت در صورت نبود دارویار
۶) کسب تاییدیه نهایی پزشک / پزشکان خانواده و مدیر مرکز درمورد لیست اقلام دارویی مورد نیاز مرکز در صورت نبود دارویار
۷) انجام خدمات پذیرش درصورت نبود متصدی پذیرش

تبصره ۹: در صورت نبود دارویار در مرکز چنانچه پرستار و ماما پزشک خانواده هر دو در مرکز حاضر باشند، ارائه خدمات دارویی بر عهده پرستار/ بهیار می باشد

دارویار یا مسوول امور دارویی در مرکز شهری:

۱) ارائه خدمات دارویی شامل نسخه پیچی و تحویل دارو و تفهیم دستور دارویی به مراجعین به داروخانه مرکز
۲) تهیه آمار مربوط به لیست اقلام دارویی مورد نیاز مرکز با همکاری پزشک/پزشکان خانواده مرکز و در صورت نیاز سایر نیروهای ارائه دهنده خدمت در مرکز در زمان مقرر
۳) نهایی کردن لیست اقلام دارویی مورد نیاز و کسب تاییدیه پزشک/پزشکان خانواده و مدیر مرکز

کاردان/کارشناس سلامت محیط در مرکز شهری:

۱) نظارت بر واحدهای تامین و توزیع مواد غذایی
۲) بازدید از مدارس و اماکن عمومی
۳) آموزش گروههای هدف
۴) ....

کاردان/کارشناس سلامت کار (حرفه ای) در مرکز روستایی:

۱) نظارت بر کارگاهها
۲) ....
۳) ....

دندانپزشک در مرکز روستایی:

۱) انجام معاینات دندانپزشکی
۲) ترمیم
۳) کشیدن دندان
۴) فیشور سیلندر
۵) جرم گیری
۶) آموزش بهداشت دهان و دندان
۷) نظارت بر بسته خدمات بهورزان در زمینه بهداشت دهان و دندان
۸) تکمیل نرم افزار مربوط به خدمات دندانپزشکی

کاردان های دانش آموخته در گرایش های مختلف دندانپزشکی (بهداشتکار دهان و دندان، کاردان بهداشت دهان، تکنسین دهان و دندان، پرستار دندانپزشکی)

۱) آموزش بهداشت دهان و دندان
۲) تکمیل شناسنامه بهداشت دهان و دندان دانش آموزان تحت پوشش
۳) وارنیش فلوراید
۴) تکمیل نرم افزار مربوط به خدمات دندانپزشکی

کاردان/کارشناس علوم آزمایشگاهی مرکز روستایی

۱) نمونه گیری
۲) انجام تستهای آزمایشگاهی درخواستی
۳) ....

کارشناس/ کارشناس ارشد تغذیه در مرکز شهری روستایی و شهری

۱) ارائه مراقبت های تغذیه ای و رژیم غذایی به افراد ارجاع شده از سوی مراقب سلامت
۲) ارائه مراقبت های تغذیه ای و رژیم درمانی به افراد مبتلا به بیماریهای غیر واگیر
۳) ارائه برنامه های آموزش تغذیه گروهی، آموزش تغذیه جامعه، نظارت بر کلیه برنامه های بهبود تغذیه جامعه و نظارت بر برنامه های خودمراقبتی در حوزه تغذیه در جمعیت تحت پوشش (یک روز در هفته)
۴) شناسایی جمعیت تحت پوشش(کودکان، مادران باردار،دانش آموزان ، مدارس مروج سلامت، بیماران دیابتیک ، مبتلایان به فشار خون و چاقی)
۵) شناسایی مشکلات شایع تغذیه ای منطقه (شیوع لاغری، اضافه وزن و چاقی، کمبود ریز مغذی ها و...) و اولویت آنها
۶) شناسایی شرایط تغذیه ای مردم منطقه شامل: عادات و رفتارهای تغذیه ای ، سطح درآمد ،نحوه تغذیه عموم مردم و الگوی مصرف مواد غذایی مختلف
۷) شناسایی مبتلایان به سوء تغذیه در گروه های آسیب پذیر
۸) تنظیم برنامه عملیاتی مرکز با توجه مشکلات موجود
- نظارت بر پایگاه سلامت و عملکرد مراقبین سلامت در خصوص موارد
- صحت عملکرد و استاندارد بودن ابزار پایش پایگاههای تحت پوشش
- نحوه صحیح تن سنجی مراجعین در گروه های سنی مختلف
- انجام صحیح غربالگری تغذیه جمعیت تحت پوشش
- تفسیر نمودار رشد کودک
- مدیریت وزن گیری مادر باردار(انتخاب و تکمیل صحیح فرم وزن گیری رسم دقیق نمودار و جداول مربوطه)
- نحوه آموزش تغذیه به مراجعین
- شناسایی و ارجاع به موقع مادران باردار و کودکان مبتلا به سوء تغذیه، به مشاوره تغذیه

۹) اجرای برنامه اهن یاری و مکمل یاری با مگادوز ویتامین د و برگزاری جلسه آموزشی – توجیهی ویژه مدیران و معلمین و دانش آموزان
۱۰) تهیه و توزیع مطالب آموزشی ویژه دانش آموزان را در مدارس
۱۱) توزیع مکمل های دانش آموزان برابر دستورالعمل ها در مدارس
۱۲) همکاری در تهیه لیست درخواست مکمل ها ی مورد نیاز
۱۳) تکمیل فرم ارزیابی وضعیت تغذیه و تشکیل پرونده برای کلیه ارجاع شدگان به واحد تغذیه (جمعیت غربالگری شده با الگوی نامناسب تغذیه ای، کودکان دارای سوء تغذیه و دانش آموزان دچار اختلال رشد، مادران دچار چاقی یاسایر اختلالات تغذیه ای، چاقی، فشار خون بالا، دیابت)
۱۴) برگزاری جلسات آموزشی و بازآموزی درخصوص تن سنجی ،تغذیه کودکان تغذیه مادران باردار، اهمیت مصرف مکملها ، بیماران غیر واگیر ،سالمندان و سایر برنامه های تغذیه.... ویژه مراقبین سلامت
۱۵) برگزاری جلسات آموزشی تغذیه جهت گروههای مختلف هر ماه حداقل ۴ جلسه (با محوریت تغذیه پیشگیرانه اصول تغذیه صحیح، اهمیت مصرف نمک های ید دار تصفیه شده اصلاح الگوی مصرف روغن ها و...)که این موضوع شامل مناسبتهای خاص نظیر هفته بسیج اموزش تغذیه ، روز جهانی غذا ، روز جهانی کودک هفته سلامت و... نیز می باشد اقدام نماید
۱۶) ارسال فرم های آماری تغذیه شامل موارد زیر با تواتر های مشخص شده به واحد بهبود تغذیه ستاد شهرستان

- فرم گزارش جلسات آموزشی تغذیه به صورت فصلی
- فرم گزارش موارد مشاوره تغذیه به صورت ماهانه
- فرم شاخص های تغذیه ای مادران باردار به صورت سالانه
- فرم مصرف مکمل ها (کودکان، دانش آموزان، مادران، میانسالان و سالمندان) به صورت فصلی

تبصره ۱۰: دانش آموختگان کارشناس و کارشناس ارشد رشته های تغذیه و مشاوره تغذیه با گرایش بالینی و رژیم درمانی با الویت کارشناس ارشد می توانند در این جایگاه بکارگیری شوند.

کارشناس/ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی در مرکز شهری روستایی و شهری

۱) ارائه آموزش مهارت های فرزند پروری

۲) ارائه آموزش مهارت های زندگی

۳) پیشگیری از خودکشی

۴) ارائه مشاوره های عمومی

۵) انجام مداخلات اجتماع محور در مدیریت عوامل خطر سلامت اجتماعی

۶) انجام غربالگری تکمیلی و مداخلات مختصر در حوزه سوء مصرف مواد

۷) ارائه خدمات روانی- اجتماعی در درمان سوء مصرف مواد

۸) انجام مداخلات مختصر روانشناختی برای بیماران مبتلا به اختلال روانپزشکی شایع

۹) ارائه آموزش گروهی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک

۱۰) ارائه ویزیت در منزل بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک

۱۱) پیشگیری از خودکشی مجدد

۱۲) ارائه حمایت های روانی و اجتماعی در حوادث غیرمترقبه و بلایا

۱۳) انجام غربالگری تکمیلی در حوزه سلامت اجتماعی:

۱۴) ارائه حمایتهای روانی – اجتماعی به بزرگسالان غربال شده از نظر عوامل خطر سلامت اجتماعی

۱۵) ارائه حمایتهای روانی – اجتماعی به کودکان غربال شده از نظر عوامل خطر سلامت اجتماعی

۱۶) ارائه آموزش های روانشناختی در کاهش آسیب اعتیاد

تبصره ۱۱: دانش آموختگان کارشناس و کارشناس ارشد رشته روانشناسی بالینی با الویت کارشناس ارشد می توانند در این جایگاه بکارگیری شوند.

پایگاه سلامت شهری ضمیمه و غیرضمیمه

مراقب سلامت در پایگاه سلامت شهری:

۱) شناسایی جمعیت تحت پوشش
۲) شناسایی مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش
۳) تشکیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۴) انجام خدمات منطبق بر بسته خدمت شامل وظایف محوله به کاردان/ کارشناس بهداشت خانواده ، مبارزه با بیماریها و بهداشت مدارس
۵) ارزیابی آنتروپومتریک کلیه مراجعین و تن سنجی کودک ، مادر باردار،میانسالان و بیماران
۶) تفسیر کامل و دقیق منحنی رشد کودک و نمودار وزن گیری مادر باردار
۷) ارزیابی وضعیت تغذیه کلیه مراجعین بر اساس پرسشنامه های تغذیه ای و اندیکاسیون های آنتروپومتریک گروه های سنی مختلف
۸) آموزش و ارائه توصیه های تغذیه ای به مراجعینی که نیازمند ارجاع به کارشناس تغذیه نیستند
۹) آموزش گروهی تغذیه به جامعه در خارج از مرکز (یک روز در هفته)
۱۰) شناسایی و ارجاع موارد نیازمند ارجاع (بر اساس پرسشنامه های مجزا و شرایط آنتروپومتریک هر گروه سنی) به کارشناس تغذیه
۱۱) دریافت بازخورد و پیگیری مراقبتهای تغذیه ای موارد ارجاع شده
۱۲) ارائه آموزش های تغذیه تکمیلی ، تغذیه کودکان ، تغذیه دوران بارداری ، تغذیه در سایر دوران های زندگی در قالب برنامه های بهداشتی بطور کامل به گروههای هدف
۱۳) ثبت تعداد موارد ارجاعی در فرم ثبت ارجاعات مراقب در پایان فصل و همچنین فرم تعداد مراجعین غربالگری شده و شاخص جمعیت غربالگری شده و ارسال آن به واحد بهبود تغذیه ستاد
۱۴) مشارکت در برگزاری برنامه های مختلف (بسیج آموزشی سالانه تغذیه، هفته سلامت در هر سال، روز جهانی غذا ، جشنواره ها ، مسابقات و.. به مناسبت های تغذیه ای.
۱۵) انجام برنامه مکمل یاری دانش اموزان از ابتدای سال تحصیلی و مکمل یاری ویتامین د میانسالان و سالمندان و مکمل های مادران باردار
۱۶) ارجاع مراجعه کنندگان به پزشک مرکز سلامت جامعه و کارشناسان تغذیه؛ سلامت روان؛ دندانپزشک؛ سلامت محیط و کار و ... براساس بسته خدمت

مراقبین سلامت دانش آموخته مامایی در پایگاه سلامت شهری (این شرح وظایف بایستی در کنار شرح وظایف سایر مراقبین سلامت انجام گیرد که این موضوع موجب می گردد تعداد جمعیت تحت پوشش ماماهای مراقب سلامت نسبت به جمعیت استاندارد مراقبین سلامت کمتر باشد.):

۱) گذاشتن آی یو دی
۲) انجام پاپ اسمیر
۳) انجام مراقبتهای ویژه زنان باردار و موارد پیچیده تنظیم خانواده
۴) تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و ثبت اقدامات انجام شده در آن
۵) مراقبتهای بهداشت باروری
۶) مراقبت از مادران و زنان در سنین باروری و یائسگی

مرکز سلامت جامعه شبانه روزی:

پزشک مرکز شبانه روزی شهری /شهری روستایی و روستایی:

۱) شرح وظایف پزشکان شاغل در مراکز شبانه روزی در ساعات شیفت صبح مشابه پزشکان شاغل در مراکز شهری، روستایی و شهری روستایی می باشد. خدمات این مراکز شامل خدمات بهداشتی و درمانی است. در ساعات شیفت عصر و شب کارکنان این مراکز عمدتا به خدمات درمانی می پردازند . خدمات درمانی خاص مراکز شبانه روزی عبارتند از :

✓ انجام جراحیهای کوچک و سرپایی شامل:

بریدگیها، سوختگیهای درجه ۱ بدون عارضه (به غیراز صورت و دست)، سوختگیهای کودکان زیر ۶ سال، توده های جلدی و زیرجلدی، درناژ آبسه، گذاشتن لوله نای، خارج کردن جسم خارجی از بینی؛ تامپون کردن بینی، بند آوردن خونریزی بینی قدامی، تخلیه سینوزیت های مزمن، خارج کردن اجسام خارجی سطحی از چشم، خارج کردن اجسام خارجی از گوش خارجی در بالغین، شستشوی گوش، خارج کردن اجسام خارجی از حلق، گذاشتن لوله برای بیماران پنوموتراکس و هماتوتراکس، تخلیه آبسه پستان، فتق ساده، وازکتومی، اپیزیوتومی، گذاشتن سوند فولی، آتل بندی شکستگی ها، شکستگی ترقوه، شکستگی بدون عارضه استخوان بازو، شکستگی بدون عارضه لگن و جاانداختن دررفتگی های شانه و چانه

✓ فوریتهای پزشکی شامل:

خونریزیها، شکستگی ها، زایمان (به شرط استقرار تسهیلات زایمانی در مجاورت مرکز) ، ایست قلبی، درد قفسه سینه،استفراغ و تهوع، شکم حاد، سوختگیها، تشنج، هرگونه پارگی پوست و ضربات مختلف (Multiple Trauma)

تبصره ۱۲: چنانچه مرکز شبانه روزی دارای مرکز تسهیلات زایمانی باشد، پزشک مرکز باید برای کمک در موارد پیچیده یا فوریتهای زایمانی آماده (oncall) باشد

پایگاه اورژانس و فوریتهای پزشکی

تکنسین های فوریتهای پزشکی:

۱) معاینه وارزیابی بیماران و مصدومین در صورت امکان و بنا به دستور پزشک مربوطه
۲) کنترل علائم حیاتی بیمار از قبیل فشارخون ، نبض ، تنفس وغیره و گزارش به پزشک مربوطه
۳) انجام کمک های اولیه پزشکی در مورد بیماران و مجروحان و گزارش وضع اولیه به پزشک مربوطه
۴) پوشاندن وبانداژزخمها
۵) آتل بندی اندامهای آسیب دیده
۶) گرفتن IVLINE (رگ باز) گرفتن EKG (نوار قلب) و مخابره آن از طریق امکانات مخابراتی

۷) انجام مانیتورینگ قلبی و اقدامات ABCD (اقدامات ضروری اولیه درمان شامل دارو ، جریان خون ، مجاری تنفسی ، راه هوایی)
۸) انجام عملیات CPR (احیاء قلبی ، تنفسی) درخصوص بیماران اورژانس
۹) انجام انتوباسیون (لوله تراشه) با کسب مجوز از پزشک مربوطه
۱۰) تزریق و یاتجویز داروهای موجود در ترالی اورژانس پس از کسب مجوز از پزشک مربوطه
۱۱) برقرار ساختن ارتباط با مراکز اصلی اورژانس و پزشک مربوطه به وسیله دستگاه بی سیم و برهیز از هر گونه درمان بدون هماهنگی با پزشک مرکز
۱۲) اجرای کامل دستورات دارویی و غیردارویی صادره از پزشک مرکز (در کدهای فاقد پزشک)
۱۳) حضور مداوم و موثر بر بالین بیماران در کابین عقب آمبولانس (درزمان حمل بیمار)
۱۴) تکمیل فرم ماموریت با دقت کامل و ثبت اطلاعات مورد نیاز
۱۵) رعایت تمامی موازین آموزش دیده مربوط به چگونگی حمل بیمار و مدیریت بیماران تا رسیدن به مرکز درمانی

مسوول پایگاه اورژانس و فوریتهای پزشکی:

۱) تنظیم برنامه شیفت کارکنان پایگاه مربوطه
۲) نظارت برعملکردکارکنان پایگاه مربوطه
۳) آموزش وآشناکردن نیروهای جدیدباتجهیزات،شرح وظایف ومسئولیتهای اورژانس وکارکنان
۴) تکمیل دفاترپایگاه مربوطه
۵) پاسخگویی به کلیه موارد گزارشات وشکایات مرکزازکارکنان پایگاه مربوطه یابالعکس
۶) تهیه دفترگزارش روزانه جهت ثبت گزارشات روزانه پایگاه مربوطه
۷) تهیه گزارش جامع سالیانه ازوضعیت عمومی پایگاه مربوطه (وضعیت بناوساختمانی ،وضعیت وسایل رفاهی پایگاه مربوطه..)
۸) آنالیزدقیق اطلاعات موردلزوم به تفکیک مواردوقوع(لغوماموریت ۱۹-۱۰،انتقال قبل ازرسیدن کد۳۲-۱۰،درمان سرپایی وعدم نیازبه انتقال بیمار به مرکزدرمانی۲۹-۱۰)
۹) اعلام آمارهای اعزام به صحنه تصادف وثبت نتیجه آن به تفکیک کدوتکنسین وشیفت
۱۰) آنالیز موارد CPRموفق به تفکیک شیفت وکدوتکنسین
۱۱) کنترل ونظارت برداروها وتجهیزات مصرفی پایگاه مربوطه وثبت مواردجایگزین
۱۲) ثبت تعدادماموریتهای انجام شده توسط آمبولانسهای پایگاه مربوطه درخارج ازمحدوده منطقه عملیاتی باذکر علت
۱۳) ثبت وانجام اقدامات لازم جهت تعمیرخرابی آمبولانس ها(۷-۱۰)به همراه علت ونتیجه به تفکیک تکنسین ،شیفت وپایگاه
۱۴) کنترل کیلومترهای طی شده وتناسب آن باماموریت های انجام شده
۱۵) نظارت بروضعیت فنی آمبولانسهااعم ازآلارم،چراغ گردان ،راهنما،چراغ های جلو وداخل کابین،آمپربنزین وهماهنگی بااداره مربوطه جهت رفع نقایص

۱۶) اعلام مواردتصادف آمبولانسها
۱۷) دریافت اقلام دارویی وغیردارویی ازاداره
۱۸) پیگیری ورودوخروج کدبه تعمیرگاه
۱۹) نظارت برتمیزبودن کدها وتجهیزات داخل آن
۲۰) نظارت برنظافت پایگاه

تسهیلات زایمانی:

ماما تسهیلات زایمانی:

۱) شناسایی ماما روستاهای منطقه و راهنمایی آنان از نظر تهیه و تدارک مواد بهداشتی و ضدعفونی
۲) انجام زایمانهای غیر پیچیده طبیعی
۳) اعزام موارد زایمان پیچیده به بیمارستان
۴) انجام مراقبتهای پس از زایمان

پایگاه بهداشتی مراقبتهای مرزی

پزشک در پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی:

مراقبت بهداشتی شاغلین در مرز از نظر ابتلا به بیماریهای واگیر

کاردان/کارشناس مبارزه با بیماریها در پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی:

۱) مبادرت به مجزا سازی مسافر وارده در صورت لزوم (با نظر National IHR Focal Point) و استفاده از فضای درمان مرکز مدیریت اجرایی و پشتیبان پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی.
۲) صدور اجازه نامه معاشرت آزاد و یا سایر گواهینامه های ضروری (بر حسب مقررات IHR).
۳) تحت مراقبت گذاردن مسافرین در صورت لزوم (با نظر National IHR Focal Point).
۴) شناسایی جمعیت هدف و جمع آوری اطلاعات دموگرافی آنان
۵) بیماریابی در زمینه بیماریهای شایع مهم و ادغام یافته (واگیر و غیر واگیر) با بهره گیری از نظام مراقبت سندرمیک.
۶) ایمن سازی گروه های هدف و در معرض با توجه به دستورالعمل های صادره با نظر IHR Focal National Point.
۷) انجام بررسی های اپیدمیولوژیک بیماریها.
۸) گزارش دهی بیماریها با اولویت استفاده از نرم افزار مراقبت سندرمیک.
۹) انجام سایر دستورات مربوط به خدمات بهداشتی منطقه.
۱۰) گزارش بروز هر نوع طغیان بیماری یا همه گیری.
۱۱) گزارش سریع هر نوع بیماری مشمول گزارش دهی بعنوان یک رخداد بهداشت عمومی یا خطر بین المللی طبق ضوابط IHR.

کاردان/کارشناس سلامت محیط در پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی:

۱) نظارت بر آب آشامیدنی.
۲) بازدید و بررسی ادواری از کلیه اماکن و نظارت بر مراحل تهیه، توزیع و مصرف مواد غذایی.
۳) نظارت و کنترل دفع بهداشتی فاضلاب ها.
۴) نظارت بر جمع آوری و دفن بهداشتی زباله.
۵) مبارزه با حشرات و ناقلین.
۶) انجام سایر دستورالعمل های مربوط به خدمات بهداشتی منطقه.
۷) حفظ و حراست بهداشت محیط پایانه مرزی که معمولا تا شعاع ۴۰۰ متر از محدوده هر مرز می باشد. شامل کلیه تدابیر بهداشتی مثل سالم سازی محیط، استاندارد نگه داشتن کلیه اماکن مرز مجاز و محوطه مرزی تا شعاع ۴۰۰ متر.
۸) تماس با رئیس وسیله نقلیه وارده به مرز (خلبان هواپیما، فرمانده کشتی، رئیس قطار و بالاخره راننده اتومبیل شخصی) و مطالبه اعلامیه بهداشتی آن وسیله و یا ارزیابی وضعیت بهداشتی وسیله نقلیه و غذای همراه مسافر.
۹) بازرسی وسیله نقلیه از نظر وجود جانوران موذی و حشرات و در صورت لزوم مبادرت به حشره کشی و ضدعفونی و موش کشی در کشتی ها و هواپیما ها.

مرکز رفرانس و مشاوره بیماریهای رفتاری

شرح وظیفه پزشک متخصص مرکز

شرح وظیفه پزشک عمومی مرکز

فضای فیزیکی واحدهای نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور

مرکز سلامت جامعه روستایی

۱) مرکز روستایی با حضور کارشناس تغذیه و روانشناس بالینی و با احتساب فضای محل زیست پزشک و محل زیست سرایدار (هر یک ۷۰ متر مربع) : ۴۵۰ متر مربع
۲) مرکز روستایی بدون حضور کارشناس تغذیه و روانشناس بالینی و با احتساب فضای محل زیست پزشک و محل زیست سرایدار (هر یک ۷۰ متر مربع) : ۴۳۰ متر مربع
۳) فضای در نظر گرفته شده برای آزمایشگاه مرکز : ۲۰ متر مربع (در صورت نبود آزمایشگاه متراژ این فضا از متراژ استاندارد اشاره شده در بندهای ۱ و ۲ کم خواهد شد)

خانه بهداشت

۱) خانه بهداشتی با یک تا دو بهورز با احتساب محل فیزیکی ویزیت پزشک در دهگردشی ها : ۸۵ متر مربع
۲) خانه بهداشت با سه بهورز با احتساب محل فیزیکی ویزیت پزشک در دهگردشی ها: ۱۰۰ متر مربع
۳) خانه بهدشت با چهار بهورز با احتساب محل فیزیکی ویزیت پزشک در دهگردشی ها: ۱۱۵ متر مربع

پایگاه سلامت روستایی

۷) پایگاه سلامت روستایی با ۴ نفر نیرو با احتساب محل فیزیکی ویزیت پزشک در دهگردشی ها: ۱۳۰ متر مربع

مرکز سلامت جامعه شهری و شهری روستایی

۱) مرکز شهری روستایی با حضور کارشناس تغذیه و روانشناس بالینی: ۳۵۰ متر مربع
۲) مرکز روستایی بدون حضور کارشناس تغذیه و روانشناس بالینی: ۳۳۰ متر مربع
۳) فضای در نظر گرفته شده برای آزمایشگاه مرکز : ۲۰ متر مربع (در صورت نبود آزمایشگاه متراژ این فضا از متراژ استاندارد اشاره شده در بندهای ۱ و ۲ کم خواهد شد)

پایگاه سلامت شهری ضمیمه و غیر ضمیمه

۱) استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با جمعیت تحت پوشش ۱۲۵۰۰ نفر ۹۰ تا ۱۳۰ متر مربع می باشد به نحوی که فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز زیر را بتوان در آن جای داد

۲) برای جمعیت‌های کمتر از ۸۰۰۰ نفر، فضای فیزیکی مورد نیاز به ۷۵ متر کاهش می یابد.

مرکز سلامت جامعه شبانه روزی

پایگاه اورژانس و فوریتهای پزشکی

استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای پایگاه سلامت ۶۰ متر مربع می باشد

تسهیلات زایمانی

پایگاه بهداشتی مراقبت مرزی

مرکز رفرانس و مشاوره بیماریهای رفتاری

تجهیزات واحدهای نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور

خانه بهداشت

تجهیزات اداری:

استامپ	ماشین حساب کوچک	میز کامپیوتر
برد دیواری MDFموکت دار	ماشین دوخت	نردبان
پانچ بزرگ	ترمومتر یخچال دارای MINوMAX	نیمکت فایبرگلاس
پایه چسب	ترمومتر یخچال معمولی	یخچال یرقی ۱۲ فوت
جای تقویم رومیزی با تقویم سال	توری سیمی (به تعداد پنجره ها)	سطل زباله پدالدار استیل
جای سنجاقی و کلیپس و سوزن ته گرد	جا لباسی فلزی	ژیلت یکبار مصرف
چراغ قوه با باطری	جاصابونی	صابون مایع
خط کش	چراغ سیار(لامپ اضطراری)	صندلی پشت میز چرخدار
دستگاه پرینتر	زیر یخچال	صندلی فلزی پشت بلند
دوخت بازکن	ساعت دیواری	آبگرمکن
فایل چهار طبقه	ماشین شماره زن	بخاری(گازی / نفتی)
قفسه کتاب(شیشه ای دو درب)	متر پارچه ای	پرده لور دراپه(به تعداد پنجره ها)
قیچی معمولی	محافظ کامپیوتر	پمپ آب
کمد رختکن دو قفسه ای	محافظ یخچال	تابلو سر جاده ورودی خانه بهداشت
کازیه دو طبقه	مشمع	تابلو سر درب خانه بهداشت
کاغذ آلمینیومی	منگنه سوراخ کن	تابلو وایت برد
کامپیوتر و متعلقات و زیر کیسی	مودم	تانکر آب
کپسول آتش نشانی	مهر تاریخ زن	تانکر نفت
کروکی از منطقه	مهر خانه بهداشت	پنکه یا کولر
کیسه نایلون	مهر واکسیناسیون(EPI)	دما سنج اتاق
کیسه یخ	میز کارمندی	گوشی تلفن
کیف پیگیری	میز قد سنج اطفال	

تجهیزات فنی:

آیسبگ	جای ترمومتر استیل
بیکس بزرگ	الکل
بیکس کوچک	انواع قاشق و پیمانه
پاراوان	برانکارد تا شو
پارچ آب و لیوان	پنبه

پارچه ست پانسمان	پنس کوخر بلند
تخت معاینه	پنس کوخرکوتاه
تراز	پنست بی دندانه
ترازوی پرتابل	پوار بزرگ
ترازوی وزن بزرگسالان با قد سنج	پوار کوچک
ترازوی وزن کودکان و میز زیر آن	آتل چوبی و آتل فلزی
وزنه شاهد	دستگاه اتوکلاو ۲۵ لیتری
ترمومتر دهانی	دستگاه فشار سنج اطفال
جعبه با کیت کمک های اولیه	دستگاه فشار سنج بزرگسالان
لام و لانست	واکسن کریر
جعبه مخصوص نگهداری لام	سبد واکسن
چارت بینایی	سفتی باکس
چراغ الکلی	سیلندر اکسیژن با مانومتر و چرخ زیر آن
چسب لوکو پلاست	سینی استیل
پایه سرم	ظرف جا پنبه ای
قفسه دارویی با کلید مخصوص	ظرف درب دار فلزی
قیچی نوک گرد	ظرف مخصوص پنبه الکل
کووت قلوه ای متوسط	کلامپ بند ناف
کیت کلر سنج	کیسه آبگرم
کیت ید سنج	گالی پات
گوشی مامایی	ماسک اکسیژن
گوشی معاینه	رسیور
لگن استیل	ترالی

پایگاه سلامت

تجهیزات اداری:

میزکارمندی	کتابخانه
صندلی پشت میزی گردان	رخت آویز
صندلی چوبی معمولی	گوشی تلفن
فایل فلزی ۴ کشو	ساعت
لوازم روی میز(پانچ .پایه تقویم.و...)	تلویزیون ۴۲ اینچ
کمدفلزی(کمدآزمایشگاهی)	dvd player
کمدلباس (۶نفره)	سطل زباله درب دار

ماشین حساب	تابلو اعلانات
کپسول آتشنشانی	اجاق گاز ۲ شعله
یخچال معمولی	کتری وقوری
کپسول ضدحریق	بخاری گازی
ست کامپیوتر	کولرگازی

تجهیزات فنی:

تخت معاینه	مانومتر اکسیژن مرطوب
پاروان	ترالی پانسمان استیل ۲ طبقه ۶۰*۴۰
چهار پایه کنار تخت	بیکس ۲۴*۳۰
پایه سرم	بیکس ۱۸*۲۴
آیس بگ	گالی پات
گوشی پزشکی	دیش مستطیل درب دار
سینی استیل	ظرف جای الکل وید
جا پنبه ای دربدار	لگن با پایه بلند دو خانه
جای ترمومتر	(مخصوص ست آیودی) پنس کل ۲۷ سانتی متری
چراغ قوه	(مخصوص ست آیودی) پنس جفت ۲۷سانتی متری
آبسلانگ	(مخصوص ست آیودی) قیچی مدس ۲۲ سانتی
فشارسنج جیوه ای رومیزی	(مخصوص ست آیودی) هیسترومتر
فشارسنج مانومتری بزرگسال	کووت قلوه ای بزرگ ۲۷ سانتی متری
فشار سنج مانومتر اطفال	اسپکلوم واژینال متوسط
میز قد سنج اطفال	پنس چیتل
ترازوی بزرگسال کفی	جای چیتل بلند
ترازوی بزرگسال قپانی با قدسنج	اتو کلاو ۲۵ لیتری
متر نواری	ترازوی اطفال
گوشی مامایی	میز قد سنج
سونوکید	قد سنج دیواری
تخت ژنیکولوژی	چارت بینایی سنجی
دوپله پای تخت	گوشی مامایی
پوارکوچک و بزرگ	سیفتی باکس
چراغ معاینه مامایی	وزنه شاهد ۲ کیلو گرمی
کپسول اکسیژن ۱۰ لیتری	وزنه شاهد ۵ کیلو گرمی
ترالی کپسول اکسیژن ۱۰لیتری	یخچال واکسیناسیون

مرکز سلامت جامعه

تجهیزات اداری:

ست کامپیوتر	صندلی فرودگاهی
میز کار	سطل زباله درب دار
صندلی گردان	تابلو اعلانات
فایل	پنل مدیریتی
کتابخانه	اجاق گاز ۲ شعله
رخت آویز	کتری وقوری
صندلی مراجعین	یخچال
گوشی تلفن	کولر
ساعت	بخاری گازی
تلویزیون ۳۲ اینچ	کپسول اتش نشانی ۱۰ کیلویی
dvd player	پرینتر

تجهیزات فنی:

تخت معاینه	اتوسکوپ
پاروان	(مخصوص ست احیا)لارنگوسکوب ۴ تیغه -احیا
یک پله پای تخت	(مخصوص ست احیا)ساکشن کوچک-احیا
پایه سرم	(مخصوص ست احیا)کپسول کوچک ۵ لیتری - احیا
گوشی پزشکی	(مخصوص ست احیا)مانومتر اکسیژن خشک -احیا
چکش رفلکس	(مخصوص ست احیا)آمبو بگ بزرگسال-احیا
سینی استیل ۳۸ سانتی متری	AIR WAY(مخصوص ست احیا)در سه سایز
جا پنبه ای یک (۱) لیتری	(مخصوص ست احیا)لوله تراشه در سه سایز
ترمومتر و جای ترمومتر	(مخصوص ست احیا)آمبو بگ اطفال
چراغ قوه	(مخصوص ست احیا)لارنگوسکوب ۴ تیغه اطفال
متر نواری	NAZAL GANG
فشارسنج جیوه ای رومیزی	اتو کلاو ۲۵ لیتری
فشارسنج مانومتری بزرگسال	ترازوی اطفال
فشار سنج مانومتر اطفال	میز قد سنج
ترازوی بزرگسال کفی	چارت بینایی سنجی
ترازوی بزرگسال قپانی با قدسنج	لگن بیمار
کپسول اکسیژن ۱۰ لیتری	گوشی مامایی

ترالی کپسول اکسیژن ۱۰لیتری	اتل در سایز های مختلف
مانومتر اکسیژن مرطوب	ویلچیر
ترالی پانسمان استیل ۲ طبقه ۶۰*۴۰	گارو گیره مخصوص
بیکس ۲۴*۳۰	کیسه یخ
بیکس ۱۸*۲۴	کیسه ابگرم
دیش ۳۰*۲۰	دسته تیغ بیستوری
لگن با پایه بلند دو خانه	ماسک اکسیژن در سه سایز
(مخصوص ست پانسمان)پنست ۱۴ سانتی متری ب	ترالی اورژانس
(مخصوص ست پانسمان)گالی پات ۲۵۰ سی سی ب	سفتی باکس
(مخصوص ست پانسمان)پنس موسکتو ۱۴ سانتی متری ب	وزنه شاهد ۲ کیلو گرمی
(مخصوص ست پانسمان)پنس سوزنگیر ۱۸ سانتیمتری ب	وزنه شاهد ۵ کیلو گرمی
(مخصوص ست پانسمان)پنس کو خر ۱۸ سانتیمتری ب	کیت کلرسنجی دیجیتال
(مخصوص ست پانسمان)قیچی یکسر تیز ۱۶ سانتیمتری ب	کیت کلر سنج معمولی
(مخصوص ست پانسمان)دیش کوچک ۱۵*۲۰ ب	کیت یدسنجی
برانکارد چرخدار	وسایل نمونه برداری آب(کلمن- شیشه مخصوص نمونه برداری آب- آیس بگ- پنس- چراغ الکلی- فندک یا کبریت)
پنس چیتل	وسایل نمونه برداری مواد غذایی(کلمن- شیشه مخصوص نمونه برداری غذا- آیس بگ- پنس- چاقو - قاشق – چنگال – قیچی - چراغ الکلی- فندک یا کبریت)
جای چیتل بلند	یخچال واکسن
افتالموسکوپ	نگاتوسکوپ

تجهیزات واحد دندانپزشکی:

دستگاه رادیولوژی	یونیت	انواع کندانسور
دستگاه تاریک خانه	تابوره	انواع کارور
اولتراسونیک کلینر	کمپرسور	انواع برنیشر
دستگاه پک رول	آمالگاماتور دوکاره	قلم دایکال
ست احیا	لایت کیور	ماتریس بند
کپسول اکسیژن	اتوکلاو	دسته آینه
مانومتر	فور	سرآینه
توربین	کابینت دندانپزشکی	سوند

آنگل	روتور	جای رول پنبه
ایرموتور	کاویترون	جا فرزی
پاروان سربی	پنس	انواع الواتور
قیچی	انواع فورسپس بزرگسال	انواع فورسپس اطفال
سوزن گیر	بیکس گاز	

تجهیزات واحد آزمایشگاه:

لوازم نمونه گیری	میکروسکوپ دو چشمی (۲عدد)	سیستم تخلیص آب
پایه سدیمان (دو عدد)	سانتریفیوژ ۱۲یا ۱۶ شاخه	رفراکتومتر
صندلی خونگیری(۲عدد)	سانتریفیوژ ۲۴ شاخه	هود
کامپیوتر و پرینتر	تابوره (۴ عدد)	ترازوی دیجیتال
اتو آنالایزر (ایرانی الفا کلاسیک)	کانتر شمارش افتراقی دیجیتال یا دستی	انکوباتور ۳۷ درجه
سل کانتر	روتاتور هماتولوژی	وسایل و امکانات رنگ آمیزی های مختلف و جعبه فایل کردن لام
الایزا ریدر	میکروهماتوکریت و خط کش هماتوکریت	اسپکتروفتومتر
یخچال	بن ماری جوش	فور (۵۰لیتری)
فریزر ۲۰-		اتوکلاو
ظروف شیشه ای به انواع و تعداد حجم های لازم	وسایل انتقال حجم و میکروپیپت های ثابت یا متغیر در اندازه های مورد نیاز	بن ماری سرولوژی
شیکر سرولوژی	شیکر لوله	ترمومتر کالیبر شده جیوه ای، الکلی یا دیجیتال

ضوابط استقرار واحدهای آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت

تعریف انواع واحد

الف) مرکز آموزش وبازآموزی بهورزان وبرنامه های سلامت:

واحدی است مستقل زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان با فضای فیزیکی مستقل وکادر آموزشی به شرح ذیل:
مدیر مرکز، مربیان بهورزی، ناظمه اقامتگاه بهورزان، کادر دفتری، راننده

ب)واحدآموزش وبازآموزی بهورزان وبرنامه های سلامت:

واحدی ستادی از واحدهای مرکز بهداشت شهرستان بدون فضای آموزشی مستقل است که کار بازآموزی بهورزان، هماهنگی برای تربیت بهورزان در مراکز آموزش بهورزی و هماهنگی بازآموزی کارکنان را به عهده دارد.

اهداف، مسولیت ها وخدمات :

الف) مرکز آموزش و بازآموزی بهورزان و برنامه های سلامت :

در راستای تحقق اهداف نظام سلامت در کشور مراکز آموزش وبازموزی بهورزان وبرنامه های سلامت با هدف بهره مند کردن خانه های بهداشت از بهورزان دارای مهارت کافی و آموزش برنامه های سلامت به کارکنان تاسیس گردیده اند. این هدف از طریق آموزش و تربیت بهورزان قبل از استخدام و بازآموزی آنان، برگزاری کلاس های آموزشی بدو خدمت کارکنان ورودی به نظام بهداشتی، مشارکت در آموزش دانشجویان در دوره های جامعه نگر، مشارکت در ارتقاء برنامه های آموزشی وکارآموزی دانشجویان و سایر موارد محقق خواهد شد. این مرکز همانگونه که در فوق آمد فضای فیزیکی مستقل دارند. به منظور توسعهٔ امکان آموزش برای گروه های وسیع تر و با کیفیت مناسب تر مشارکت سایر افراد و واحد ها از حوزه معاونت بهداشت و سایر حوزه ها ضرورت می یابد.

ب)واحدآموزش وبازآموزی بهورزان وبرنامه های سلامت :

در راستای تحقق اهداف نظام سلامت در کشور واحد آموزش و بازآموزی بهورزان و برنامه های سلامت با هدف همکاری با مراکز آموزش بهورزی منطقه در نظارت بر کارآموزی دانش آموزان بهورزی در خانه های بهداشت و آموزش و باز آموزی برنامه های سلامت به بهورزان و کارکنان بهداشتی ایجاد گردیده اند. این هدف از طریق همکاری در تربیت بهورزان قبل از استخدام و بازآموزی آنان، برگزاری کلاس های آموزشی بدو خدمت کارکنان ورودی به نظام بهداشتی، مشارکت در آموزش دانشجویان در دوره های جامعه نگر و مشارکت در ارتقاء برنامه های آموزشی، کارآموزی دانشجویان و سایر موارد محقق خواهد شد. این واحد همانگونه که در فوق آمد در فضای فیزیکی مرکز بهداشت شهرستان فعالیت دارد.

ضوابط استقرار واحد ها

واحد های آموزش بهورزی پیشنهادی در طرح گسترش

تیپ	نوع واحد و تعداد پرسنل	محل استقرار
تیپ ۱	مرکز آموزش و بازآموزی بهورزان و برنامه های سلامت مستقل با پرسنل مشتمل بر مدیرو ۵ مربی یا استاد (بهداشت خانواده، مبارزه با بیماری ها، بهداشت محیط، پرستاری، مامایی) و یک نفر کارشناس هماهنگی امور آموزش تبصره ۱: به ازای هر ۵۰ نفر بهورز اضافی یک نفر مربی بهداشت خانواده، ۵۰ نفر دوم یک نفر مربی مبارزه با بیماری ها و ۵۰ نفر سوم یک نفر مربی بهداشت محیط وحرفه ای به مجموعه مربیان آن مراکز افزوده شده و در صورتی که تعداد بهورزان بیش از ۳۰۰نفر باشد از کارشناسان حوزه ستادی شهرستان به عنوان مربی پاره وقت استفاده شود.	شهرستان های مراکز دانشگاه ها و شهرستان های با بیش از ۱۵۰ نفر بهورز پیش بینی شده طبق طرح گسترش
تیپ۲	مرکز آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت مستقل با پرسنل مشتمل بر مدیر و ۳ مربی (مربی بهداشت خانواده، مربی مبارزه با بیماری ها، مربی بهداشت محیط)	شهرستان های دارای ۷۰ تا کمتر از ۱۵۰ نفر بهورز پیش بینی شده طبق طرح گسترش
تیپ ۳	واحد آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت بدون فضای فیزیکی مستقل با تعداد ۳ نفر مربی (مربی بهداشت خانواده، مربی مبارزه با بیماری ها ویک نفرکارشناس هماهنگی آموزش کارکنان و بهورزی) در واحد ستادی مرکز بهداشت شهرستان	شهرستان های دارای ۵۰ تا کمتر از ۷۰ نفر بهورز پیش بینی شده طبق طرح گسترش
تیپ ۴	واحد آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت بدون فضای فیزیکی مستقل با تعداد ۲ نفر مربی (کارشناس بهداشت خانواده وکارشناس هماهنگی آموزش کارکنان و بهورزی) در واحدستادی مرکز بهداشت شهرستان	شهرستان های دارای کمتر از ۵۰ نفربهورز پیش بینی شده طبق طرح گسترش

ساختارنیروی انسانی وشرایط احراز

ساختار نیروی انسانی پیش بینی شده جهت واحد های اشاره شده به شرح ذیل می باشد:

الف - مدیر مرکز آموزش بهورزی با مدرک تحصیلی

۱- کارشناسی (کارشناس بهداشت عمومی با گرایش بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری ها، بهداشت محیط و حرفه ای، پرستاری، مامایی) که حداقل ۳ سال سابقه کار در مرکز آموزش بهورزی داشته باشد.

۲- کارشناسی ارشد (کارشناس ارشد آموزش جامعه نگر علوم سلامت، کارشناس ارشد آموزش پزشکی، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کارشناس ارشد آموزش سلامت، کارشناس ارشد مدیریت آموزشی و سایر رشته های پیراپزشکی با پایه مدارک تحصیلی کارشناسی مندرج در بند ۱ که حداقل ۳ سال سابقه کار در مرکز آموزش بهورزی داشته باشد.

۳ - پزشک که حداقل ۳ سال سابقهٔ کار در مرکز آموزش بهورزی داشته و دوره های آموزشی مطابق دستور عمل های حوزهٔ معاونت بهداشت را طی نموده باشد.

ب – مربیان با مدرک تحصیلی

۱ - کارشناسی (کارشناس بهداشت عمومی با گرایش بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری ها، بهداشت محیط و حرفه ای، پرستاری، مامایی) که حداقل ۳ سال سابقه کار در مراکز بهداشتی درمانی داشته و دوره های مهارت آموزی مربی گری را به صورت تئوری (کتاب مهارت آموزی مربیان به صورت غیرحضوری) و عملی (بازدید از واحدهای بهداشتی درمانی) به مدت یک ماه در مرکز آموزش بهورزی طی نموده باشد.

۲- کارشناسی ارشد (کارشناس ارشد آموزش جامعه نگر علوم سلامت، کارشناس ارشد آموزش پزشکی، کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کارشناس ارشد آموزش سلامت، کارشناس ارشد مدیریت آموزشی و سایر رشته های پیراپزشکی با پایه مدارک تحصیلی کارشناسی مندرج در بند ۱ که حداقل ۳ سال سابقه کار در مراکز بهداشتی درمانی داشته و دوره های مهارت آموزی مربی گری را به صورت تئوری (کتاب مهارت آموزی مربیان به صورت غیرحضوری) و عملی (بازدید از واحدهای بهداشتی درمانی) به مدت یک ماه در مرکز آموزش بهورزی طی نموده باشد.

۳ - پزشک که دوره های آموزشی لازم را مطابق دستور عمل های حوزهٔ معاونت بهداشت طی کرده باشد.

ج – سایر کارکنان (اعم از کادر اداری – دفتری، سرایدار - نگهبان و ناظم - ناظمه اقامتگاه، راننده، آبدارچی و تمیز کار و...) دارا بودن مدارک تحصیلی قابل قبول برابر ضوابط به کارگیری این نیروها

موارد آزمون از جزوه استانداردهای شبکه بهداشت ودرمان به شرح ذیل می باشد :

۱- صفحه ۱ تا پایان صفحه ۵

۲- فقط قسمت تعاریف واحدهای ارائه خدمت (کلیه واحدهای ارائه دهنده خدمات)

۳- شرح وظایف نیروهای شاغل فقط در واحدهای ذیل :

- خانه های بهداشت
- مراکزسلامت جامعه روستایی
- پایگاه های سلامت (ضمیمه و غیر ضمیمه)
- مراکز سلامت جامعه شهری
- مراکز سلامت جامعه شهری - روستایی

۴- فضای فیزیکی برای کلیه واحدهای ارائه خدمات

۵- ضوابط استقرار واحدهای آموزش بهورزی و بازآموزی برنامه های سلامت فقط صفحه ۵۶