



اصول و ضوابط و استانداردهای شبکه بهداشت و درمان (سند توسعه بهداشت)



گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبکه

آذر ۱۳۹۷

اصول و ضوابط کلی ساختار طرح‌های گسترش شبکه

بخش اول: اصول کلی ساختار طرح‌های گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور

۱- انتخاب "**شهرستان**" به عنوان مقیاس اداری و جغرافیایی گسترش شبکه های بهداشتی درمانی، مدیریت، برنامه ریزی، آموزش، پشتیبانی و پایش واحدهای مستقر در نظام شبکه. ملاک شهرستان، اعلام تقسیمات کشوری وزارت کشور است.

۲- **سطح بندی و ادغام خدمات و ارائه خدمت از طریق نظام ارجاع** تا از این طریق ارائه خدمات به صورت 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:

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

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

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

○ **سطح اول:** شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. **خدمات فرد محور** عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها براساس بسته خدمت و پیگیری نتیجه

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

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

بیماری، تدبیر فوریت‌ها، و مدیریت افراد تحت پوشش. خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر و آسیب‌ها و جراحات در اپیدمی‌ها و بلایا، و پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی خانه بهداشت/ پایگاه سلامت تعریف می‌شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در مناطق روستایی، عشایری، حاشیه و شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می‌گردند.

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

مرکز خدمات جامع سلامت با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی در منطقه (در صورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات مربوط به بیماری‌های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، مشاوره تغذیه، روانشناسی بالینی و سایر مشاوره‌های تعریف شده در بسته خدمت از خانه بهداشت/ پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن مدیریت واحدهای تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت. استاندارد نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی این مراکز در بخش مربوط توضیح داده شده است.

سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح دوم و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

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

این خدمات در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف قرارداد شکل می‌گیرند.

تعریف سطح بندی:

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

۱. سطح اول شامل مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و مراکز خدمات جامع سلامت شهری که زیر مجموعه هر یک از آنها به شرح زیر می‌باشد:

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

🔹 زیر مجموعه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی شامل: خانه های بهداشت، پایگاه های سلامت روستایی، تسهیلات زایمانی (به عنوان بخشی از مرکز) و مراکز مراقبت های بهداشتی مرزی (با درجات مختلف ممتاز و درجه یک)

🔹 زیرمجموعه مراکز خدمات جامع سلامت شهری/شهری روستایی شامل: خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت روستایی و شهری، تسهیلات زایمانی (به عنوان بخشی از مرکز)، مراکز مراقبت های بهداشتی مرزی (با درجات مختلف ممتاز و درجه یک) و مرکز مشاوره و مراقبت بیماری های رفتاری

۲. سطح دوم شامل مرکز بهداشت شهرستان از نظر مدیریتی و فنی و کلینیک های ویژه/ بیمارستان های شهرستان از نظر ارائه خدمت

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

۳- ارائه خدمات از طریق سیستم ارجاع:

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

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

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

استفاده از نظام ارجاع می تواند مزیت های ذیل را ایجاد نماید:

۱. 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 دارد و برای پرداختن به خدمات تخصصی وقت بیشتری را فراهم آورد.
۲. از ارائه خدمات به شکل تکراری (دارو، آزمایش و سایر ارزیابی های تشخیصی مکرر) جلوگیری کند.
۳. خدمات را به نحو چشمگیری ارزان کند.
۴. با توزیع وسیع و گسترده واحدهای محیطی، امکان تداوم و استمرار خدمات بهداشتی را فراهم آورد.

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 همراهانشان به شهرها - که موجب افزایش هزینه های اجتماعی

تأمین سلامت جامعه می‌گردد- جلوگیری خواهد شد. یکی از شرایط اصلی توفیق نظام ارجاع اینست که هیچیک از واحدهای یک سطح به خدماتی که به عهده واحدهای سطح پایین‌تر قرار داده شده است، نپردازد؛ مگر آنکه خدمت مورد نظر در سطح تخصصی‌تری ارائه شود. به این دلیل، در کنار هر واحد سطح بالاتر باید یک واحد سطح پایین‌تر در نظر گرفته شود تا وظایف مقرر برای واحد مذکور را برای جمعیت محل استقرار واحد بالاتر ارائه کند. این واحدها را «ضمیمه» می‌نامند.

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

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

۵-۱- در هیچ وضعیت اقلیمی و جغرافیایی، فاصله دورترین مکان زندگی و کار مردم از اولین واحد ارائه خدمت (خانه بهداشت و پایگاه سلامت) نباید حداکثر از ۱۵ دقیقه با خودروی معمول منطقه بیشتر باشد.

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

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

۳-۵- 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 ۱۰۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) برای هر خانه بهداشت
- حدود ۸۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر) برای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی
- حدود ۱۲۵۰۰ نفر (۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر و در کلانشهرها تا ۲۵۰۰۰ نفر) برای هر پایگاه سلامت شهری
- حدود ۳۷۵۰۰ نفر (۲۵۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ نفر و در کلانشهرها تا ۸۰۰۰۰ نفر) برای هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری
- حدود ۴۰۰۰۰۰ نفر (۲۵۰۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰۰۰ نفر) برای هر مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری
- تعداد و جاییابی مرکز مراقبت بهداشتی مرزی برحسب شرایط مرز و تردد آن در درجات مختلف تعیین می‌گردند

خاطر نشان می‌سازد در پاره ای از موارد و به دلیل 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 آن صورت نیروی انسانی و روزه‌های کاری آن واحد نیز متناسب با جمعیت تحت پوشش و دسترسی جغرافیایی جمعیت به واحد ارائه دهنده خدمت، خواهد شد (متناسب سازی مدت فعالیت واحد ارائه دهنده خدمت با جمعیت تحت پوشش آن).

استفاده از فضای فیزیکی مازاد واحدهای ارائه دهنده خدمت برای استقرار پایگاه‌های اورژانس، بلا مانع است.

۶- دسترسی فرهنگی که با سه شرط زیر حاصل می‌گردد:

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

۷- تناسب کمی نیروی انسانی ارائه کننده خدمات با حجم خدمات مورد انتظار. لازمه این کار، که نتیجه

آن به حداقل رسیدن زمان انتظار مراجعه کننده برای دریافت خدمت است، تناسب دو عامل اصلی است:

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

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

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

- ۱-۸- دانش و مهارت موردنیاز هر رده به دقت تعریف و تعیین گردد.
- ۲-۸- آموزش دهندگان با نیازهای واقعی جامعه، اولویت‌ها، ضوابط، روابط و فرآیندهای مورد عمل در نظام رسمی ارائه کننده خدمات، آشنا باشند و محتوای دروس خود را با این نیازها منطبق سازند. یعنی درگیر شدن مراکز آموزشی در ارائه خدمات و ارتباط مستقیم آنها با جامعه (آموزش مبتنی بر وظایف)

۸-۳- بومی بودن بهورزان شاغل در خانه های بهداشت و در اولویت بودن نیروهای متقاضی بومی (متولد و ساکن مناطق تحت پوشش واحد ارائه دهنده خدمت) برای استقرار در سایر واحدهای محیطی ارائه دهنده خدمات.

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 می شود و ارتقای دانش و عملکرد بهداشتی مردم (Health Promotion)، حرکت جامعه به سمت خوداتکایی و مراقبت از خویش (Self Care) است.

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

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

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

روش کار:

مسئولیت فعالیت های 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 و کسب اطلاع و نظر سایر بخش های دولتی، تعاونی و خصوصی موجود در شهرستان و نیز همکاران شاغل در سایر واحدهای بخش های بهداشت و درمان، پیشنهاد راه اندازی واحد جدید یا اعمال تغییر در ساختار واحدهای موجود را تهیه و آن را به مدیریت توسعه شبکه استان/دانشگاه ارائه کند تا برای بررسی، اصلاحات لازم و تصویب، به کمیته طرح های گسترش استان (دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی) ارائه گردد. این کمیته متشکل است از:

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

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

معاون فنی مرکز بهداشت استان/دانشگاه/دانشکده

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

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

توصیه می شود 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، در جریان کامل ضوابط و اصول قرار گیرند.

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

- رییس مرکز مدیریت شبکه (در صورت ضرورت)
 - رییس گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبکه در مرکز مدیریت شبکه یا نماینده وی
 - رییس کمیته منطقه ای بازرگری ضوابط و استانداردهای شبکه های بهداشتی درمانی کشور
 - ۱ نفر نماینده مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- پس از تصویب طرح‌های گسترش شبکه شهرستان‌های هر دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، نتیجه کار به مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و از آنجا به هیات امنای هر دانشگاه/ دانشکده ارسال می‌گردد و پس از تصویب، قابلیت اجرایی پیدا می‌کند.
- شایان ذکر است، پس از کسب مصوبه از سوی مرکز مدیریت شبکه، اعمال تغییرات مصوب در طرح گسترش شهرستان و جابجایی واحدهای مصوب جدید بر عهده دبیر کمیته استانی و مسوول واحد گسترش شبکه شهرستان خواهد بود.
- به هر حال، آنچه اهمیت دارد اینست که بررسی کنندگان در شهرستان، استان، کمیته منطقه ای و ستاد وزارتخانه بایستی افرادی کاملاً مطلع نسبت به نظام شبکه سلامت، ضوابط و اصول جاری براین نظام و سیاست‌های کلی باشند.

گام‌های اجرایی تجدیدنظر در طرح‌های گسترش

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

- الف** _ تهیه نقشه های معتبر و دقیق از شهرستان‌های تحت پوشش (تهیه شده از استانداری یا فرمانداری با مقیاس استاندارد) ترجیحاً بصورت کاغذی و الکترونیکی
- ب** _ کسب اطلاع درست از موقعیت جغرافیایی، جمعیتی، وضعیت اجتماعی و فرهنگی هر یک از روستاها، ایلات عشایر و شهرها شامل: جمعیت و پراکندگی آن، تعداد واحدهای ارائه دهنده خدمت در تمام بخش‌ها (دولتی و غیر دولتی)، تعداد پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی، تعداد مراکز آموزشی موجود در منطقه تا سطح آموزش عالی و وجود اختلافات احتمالی قومیتی، محل بیلاق، محل قشلاق، طول مسیر کوچ، مدت زمان کوچ، فاصله زمانی هر واحد تا نزدیکترین واحد هم سطح برحسب دقیقه، فاصله زمانی هر واحد تا واحد سطح بالاتر برحسب دقیقه، 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 (دولتی و خرید خدمت)، سابقه خدمت نیروهای هر واحد، آخرین مدرک تحصیلی هر نیرو، تعداد روز فعالیت هر نیرو در هفته و جمعیت تحت پوشش هر واحد تا در صورت ضرورت نسبت به کاهش یا افزایش نیرو اقدام گردد
- ج** _ تهیه ابزار کار شامل: مقداری پونز معمولی، تعدادی مداد رنگی، مداد تراش، پاک کن، مقداری سنجاق ته گرد و کاغذ یا برچسب رنگی و لب تاپ.

- چ _ بدست آوردن آخرین اطلاعات درباره تغییرات رسمی در تقسیمات کشوری شهرها (به تفکیک مناطق حاشیه نشین)، بخش‌ها و دهستان‌ها از فرمانداری‌ها، سازمان برنامه و بودجه استان و استانداری‌ها
- ح _ داشتن آخرین اطلاعات درباره طرح آمایش سرزمین (طرح‌های ملی و منطقه‌ای 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 داده‌اند، سایر واحدهای کشاورزی و سرمایه‌گذاری در بخش‌های توسعه در طول سال‌های آتی از دفتر سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و سازمان امور عشایری)
- خ _ داشتن اطلاع درباره تعداد مراکز تهیه، توزیع مواد غذایی و اماکن عمومی و محل‌هایی که از نظر بهداشت محیط و مواد غذایی بایستی کنترل بهداشتی شوند به تفکیک هر بلوک یا منطقه تحت پوشش هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی
- د _ کسب اطلاع راجع به تعداد پیشه‌وران، کارگران، کارخانجات و کارگاه‌های تولیدی در منطقه
- ذ- کسب آخرین و جدیدترین اطلاعات جمعیتی روستاها، شهرها و ایلات عشایر استان از طریق اطلاعات بدست آمده از انجام سرشماری سالانه دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی، مرکز آمار ایران، سازمان امور عشایر و سازمان بیمه سلامت ایران
- ر- کسب اطلاعات مربوط به وضعیت بیماری‌هایی مانند ایدز (HIV+)، هیپاتیت B و C، اعتیاد، شیوع گزش حیوانات، بیماری‌های موروثی و ...

گام دوم: بر روی نقشه، جمعیت و محدوده هر روستا، محل اسکان عشایر و بلوک بندی‌های انجام شده در مناطق شهری ثبت گردد و محدوده آبادی‌هایی که به فاصله حداکثر ۱۵ دقیقه با وسیله نقلیه معمول از هم قرار دارند با کشیدن خط رنگی در اطراف آنها، مشخص شود. چنانچه تعداد روستاها و محل اسکان عشایری که در این محدوده قرار می‌گیرند بیش از یک روستا یا یک ایل باشد، باید مشخص گردند. همچنین، می‌بایست بر روی نقشه مکان واحدهای موجود فعال و واحدهای مصوب غیر موجود به تفکیک کلیه واحدها و جمعیت تحت پوشش آنها (جمعیت ثبت نام شده در سامانه) نیز مشخص گردد. بدیهی است در کنار هر نقشه، راهنمای آن نیز شامل علامت و رنگ در نظر گرفته شده برای هر نوع واحد با در نظر گرفتن فعال و غیرموجود آن و علائم مربوط به نوع راه‌های ارتباطی باید مشخص شود.

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

گام چهارم: با توجه به تراکم جمعیت در مناطق شهری، محدوده‌ای که به طور متوسط حدود ۳۷۵۰۰ تا ۵۰۰۰۰ نفر را در خود جای داده است (برای کلانشهرها تا سقف ۸۰۰۰۰ نفر)، بر روی نقشه با مداد رنگی مشخص می‌گردد که محل استقرار مراکز خدمات جامع سلامت شهری است و برای پایگاه‌های سلامت تابعه محدوده جمعیتی حدود ۱۲۵۰۰ نفر به طور متوسط (با دامنه بین ۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر و برای کلانشهرها تا ۲۵۰۰۰ نفر) تعیین می‌گردند. چنانچه تراکم جمعیت زیاد باشد، ایجاد مراکز خدمات جامع سلامت شهری و پایگاه‌های سلامت متعدد ضرورت خواهد یافت. در چنین شرایطی می‌توان فضای فیزیکی و کارکنان مرکز را بازای جمعیت تحت پوشش متناسب کرد و از ایجاد مراکز متعدد در یک وسعت محدود و قابل دسترس مردم پیشگیری کرد تا بجای چند مرکز، یک مجتمع واحد، راه اندازی گردد. بدیهی است فضای فیزیکی و نیروی انسانی مجتمع‌ها بر حسب جمعیت تحت پوشش، در نظر گرفته خواهد شد.

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

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

مرکز خدمات جامع سلامت روستایی:

تعریف:

مراکز خدمات جامع سلامت روستایی در واقع مراکز بهداشتی درمانی روستایی تغییر یافته می‌باشند که بدلیل تغییر خدمات و ساختار ارائه خدمت در آنان به این عنوان تغییر نام یافته اند.

جمعیت تحت پوشش:

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

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

تبصره ۲: گاهی شرایط اقلیمی کشور در نقاط کویری، کوهستانی و جنگلی به گونه ایست که رسیدن به حد نصاب ۴۰۰۰ نفر برای یک مرکز روستایی را غیرممکن 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 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 خدمات جامع سلامت روستایی:

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

- ۱) یک نفر پزشک (پزشک خانواده روستایی) بازای جمعیتی حدود ۴۰۰۰ نفر. با اضافه شدن هر ۴۰۰۰ نفر به جمعیت تحت پوشش مرکز، یک نفر به تعداد پزشکان مرکز اضافه خواهد شد. در صورتیکه تا ۵۰٪ جمعیت تعیین شده برای یک پزشک به جمعیت کل مرکز اضافه شد، پزشک دوم تعیین می‌گردد. به عنوان مثال اگر جمعیت مرکز به ۶۰۰۰ نفر رسید باید دو پزشک خانواده روستایی در نظر گرفته شود.
- ۲) بازای هر ۱۵ تا ۲۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی (نیم ساعت با خودرو)، یک کارشناس سلامت روان و یک کارشناس تغذیه حضور خواهند داشت که برای بیش از یک مرکز باید بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (نیم ساعت با خودرو) حرکت کنند.
- ۳) بازای هر ۱۵ تا ۲۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی و دسترسی زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو، یک نفر دندانپزشک در نظر گرفته می‌شود. چنانچه دندانپزشک حداقل ۴ ساعت کار فعال در مرکز یا مراکز تحت پوشش داشته باشد، یک نفر دستیار به عنوان مراقب سلامت دهان برای کمک به وی در نظر گرفته می‌شود.

- تبصره ۳:** اگر در منطقه، بخش غیردولتی فعال وجود داشته باشد می‌بایست برای ارائه بسته خدمات دندانپزشکی از بخش غیردولتی خرید خدمت کرد.
- (۴)** بازای هر ۱۰ تا ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز روستایی یک کارشناس یا کارشناس علوم آزمایشگاهی (در صورت وجود آزمایشگاه در مرکز) تعیین خواهد شد. چنانچه در فاصله نیم ساعت از مرکز، واحد آزمایشگاهی فعال دولتی یا غیردولتی وجود داشته باشد، به جای این فرد، یک نمونه گیر در مرکز تعیین می‌شود. این فعالیت را بهیار یا پرستار موجود در مرکز می‌تواند انجام دهد.
- تبصره ۴:** در صورت فعال بودن آزمایشگاه در بخش دولتی/غیردولتی در منطقه، بایستی برای ارائه بسته خدمات آزمایشگاهی از آن بخش، خرید خدمت کرد. در مورد خدمات رادیولوژی نیز چنانچه مرکز مجهز به تجهیزات رادیولوژی نباشد، می‌بایست خدمات رادیولوژی از طریق خرید خدمت از بخش دولتی/غیردولتی موجود به جمعیت تحت پوشش ارائه شود. بدین ترتیب، حتی الامکان باید از راه اندازی واحد رادیولوژی خودداری بعمل آید.
- (۵)** برای مراکز روستایی غیرشبانه روزی با جمعیت تحت پوشش ۱۰ تا ۲۰ هزار نفر یک نیروی پرستار یا بهیار در نظر گرفته خواهد شد. در صورت حضور این نیرو در مرکز، خدمت نمونه گیری برای آزمایش نیز توسط او انجام می‌شود. در مورد جمعیت‌های کمتر، این خدمات توسط ماما ارائه می‌گردد.
- تبصره ۵:** برای مراکز روستایی غیرشبانه روزی با جمعیت تحت پوشش بیش از ۲۰ هزار نفر دو پرستار/بهبیار در نظر گرفته خواهد شد. در چنین مواردی، حتی الامکان یکی از پرستاران مرد و دیگری زن باشد.
- (۶)** در مراکز روستایی غیرشبانه روزی که جمعیت تحت پوشش آنان ۴۰۰۰ نفر و بالاتر باشد یک نفر برای کارهای تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش تحت عنوان کارشناس فناوری اطلاعات سلامت در نظر گرفته می‌شود.
- (۷)** در تمام مراکز روستایی بازای هر ۳ تا ۴ خانه بهداشت تحت پوشش، یک کارشناس مراقب سلامت ناظر^۱ (بدون تاکید بر زن یا مرد بودن آنان) حضور خواهد داشت. با اضافه شدن تعداد خانه های بهداشت و پایگاه‌های سلامت روستایی تحت پوشش مرکز به تعداد مراقب سلامت ناظر اضافه خواهد شد.
- (۸)** بازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک کارشناس یا کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز باشد. در مورد خدمات بهداشت حرفه ای نیز بازای ۲۵۰ واحد کارگاهی باید یک کارشناس بهداشت حرفه ای وجود داشته باشد. در صورت مشخص نبودن تعداد واحدها، بازای هر ۱۰ تا ۲۰ هزار نفر، یک کارشناس بهداشت محیط یا کارشناس بهداشت حرفه ای (انجام هر دو وظیفه توسط یک نفر) در نظر گرفته می‌شود. چنانچه منطقه تحت پوشش مرکز به هر دو 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 بهداشت حرفه ای استفاده می‌شود.
- (۹)** یک نفر ماما بازای هر دو پزشک خانواده روستایی یا بازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز تعیین می‌شود.
- (۱۰)** بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی حداقل 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. در صورتیکه تعداد پزشک خانواده روستایی و نیروهای سلامت روان، تغذیه، بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای بصورت مشترک بین دو یا چند مرکز وجود داشته باشند، باید تعداد راننده متناسب با فعالیت آنها اضافه گردد.
- (۱۱)** بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک نفر سرایدار/نگهبان تعیین می‌شود.

^۱ Care Giver

سرایدار / نگهبان	راننده	کارشناس فناوری اطلاعات سلامت	کاردان / کارشناس مراقب ناظر (برحسب تعداد خانه بهداشت تحت پوشش)	بهبود / پرستار	ماما	کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای	کارشناس سلامت روان	کارشناس تغذیه	کاردان / کارشناس آزمایشگاهی / نمونه گیر	مراقب سلامت دهان	دندانپزشک	پزشک خانواده روستایی	جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت روستایی
۱	۱	۱	۱	-	۱	-	-	-	-	-	-	۱	کمتر از ۴۰۰۰ نفر
۱	۱	۱	۱ تا ۲	-	۱	-	-	-	-	-	-	۲	۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر
۱	۲	۱	۲ تا ۳	۱	۲	۱ (برحسب تعداد واحد)	-	-	۱			۳	۸۰۰۱ تا ۱۲۰۰۰ نفر
۱	۲	۱	۳	۱	۲	۲ (برحسب تعداد واحد)	۱	۱	۱	۱	۱	بیش از ۳	بیشتر از ۱۰۰۰۰ نفر

تصویر کلی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی غیر شبانه روزی:

- (۱) مرکزی واقع در منطقه روستایی با جمعیت تحت پوشش بطور متوسط حدود ۸۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر)
- (۲) ناظر بر ارائه مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاه‌های سلامت روستایی
- (۳) مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی
- (۴) دسترسی به خدمات قابل ارائه توسط پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت
- (۵) دارای دسترسی به خدمات پرستاری
- (۶) دارای دسترسی به مرکز ارائه خدمات بستری (بیمارستان یا مرکز شبانه روزی) با فاصله زمانی کمتر از نیم ساعت
- (۷) دارای دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز یا خرید خدمت از آزمایشگاه طرف قرارداد با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت
- (۸) دارای دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز به شرط داشتن حداقل ۱۵ هزار نفر جمعیت پوشش یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت
- (۹) دارای دسترسی به خدمات بهداشت محیط و کار
- (۱۰) دارای دسترسی به خدمات دارویی
- (۱۱) دارای دسترسی به خدمات تغذیه و سلامت روان

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

الف: تعیین تکلیف مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

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

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

- ۱) خانه بهداشت ضمیمه مرکز به پایگاه سلامت ضمیمه تبدیل خواهد شد و اگر هنوز بهورز بومی در این پایگاه شاغل باشد، پایگاه ضمیمه، عنوان پایگاه سلامت شهری ستاره دار خواهد گرفت. 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 است و با این تغییر در پوشش مرکز خدمات جامع سلامت روستایی دیگری قرار می‌گیرند، در دفتر طرح گسترش شبکه شهرستان در زیر مجموعه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی دیگری قرار داده می‌شوند.
 - خانه های بهداشتی که روستای محل استقرار آنان هنوز منطقه روستایی است و با این تغییر نیز هنوز تحت پوشش این مرکز باقی می‌مانند. در این حالت، مرکز عنوان مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی خواهد داشت و پزشک خانواده روستایی و نیروهای بهداشتی مرکز موظف به بازدید از خانه های بهداشت تحت پوشش خود هستند.
 - روستای محل استقرار خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز مذکور نیز به نقطه شهری تبدیل شده اند، که شرایط خاص این خانه ها در بخش مربوط به خانه های بهداشت توضیح داده شده است.

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

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

- ۱) چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز روستایی طی ۵ سال اخیر روندی روبه کاهش و در حال حاضر بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش داشته باشد، و امکان دسترسی جغرافیایی جمعیت تحت پوشش آن به مرکز دیگری موجود باشد، پس از هماهنگی با اداره کل بیمه شهرستان، ترتیبی اتخاذ گردد تا بصورت تدریجی حتی الامکان پزشک خانواده روستایی 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 خانواده روستایی می‌توان در ۳ روز دیگر در مراکز دیگری در همان شهرستان به عنوان پزشک جانشین یا در مرکز دیگری که جمعیت تحت پوشش آن کمتر از ۲۵۰۰ نفر است، به عنوان پزشک خانواده روستایی استفاده کرد.
- (۳) چنانچه مرکز روستایی کمتر ۱۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش داشته باشد، این مرکز باید بتدریج در مدت ۶ تا ۱۲ ماه تعطیل شود و خانه بهداشت ضمیمه مرکز حفظ شود و از کارکنان این مرکز می‌توان در سایر مراکز همان شهرستان استفاده کرد.

سایر ضوابط مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

- (۱) ردیف‌های 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 (منظور از پست نشاندار، یعنی بعد از خروج تصدی از پست مزبور می‌توان آن را به عنوان یا محل دیگری انتقال داد).
- (۲) توصیه می‌شود در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی با جمعیت ۴۰۰۰ نفر و بیشتر، اگر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت ناظر، زن است بهیار یا پرستار مرکز، مرد انتخاب شود و بالعکس
- (۳) خودروی مراکز روستایی باید شرایط لازم برای انتقال اعضای تیم سلامت در زمان انجام دهگردشی در فصول مختلف سال را داشته باشد.
- (۴) با توجه به امکان مراجعه بیماران نیازمند اعزام به بیمارستان از مراکز خدمات جامع سلامت روستایی، شبکه شهرستان موظف است هماهنگی لازم را بین پایگاه‌های اورژانس بین جاده ای و مراکز خدمات جامع سلامت روستایی برای اعزام بیماران نیازمند، برقرار نماید. بدین ترتیب، وجود آمبولانس در مراکز خدمات جامع سلامت روستایی شبانه روزی و غیرشبانه روزی با هر فاصله از اولین مرکز ارائه خدمات بستری موضوعیت نخواهد داشت. در صورت وجود فضای فیزیکی مازاد در مرکز، پایگاه اورژانس بین جاده ای می‌تواند در مرکز استقرار یابد.

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)

جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت:

خانه های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۱۰۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) راه اندازی خواهند شد.

نیروی انسانی خانه بهداشت:

محاسبه حجم خدمات رایج خانه های بهداشت در سال های قبل و برآورد آن براساس نظرات کارشناسی در شرایط کنونی و براساس بسته های خدمت موجود، نشان 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، معمولاً ۲ بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت کار می‌کنند و باید بتوانند مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی مورد نیاز این جمعیت را براساس بسته خدمت ارائه دهند. البته، متمرکز بودن این جمعیت در یک نقطه یا پراکنده بودن آن در چند روستا، نقش تعیین کننده ای در حجم و گردش کار خانه بهداشت دارد. با توجه به مجموعه کار و شرایط فرهنگی جامعه، ضوابط زیر برای نیروی انسانی خانه‌های بهداشت تعیین شده است:

(۱) تا ۱۰۰۰ نفر جمعیت: یک بهورز زن و یک بهورز مرد و برای جمعیت کمتر از ۱۰۰۰ نفر، می‌توان بازای دو خانه بهداشت مجاور، یک بهورز مرد مشترک در نظر گرفت. همچنین، برای جمعیت‌های زیر ۵۰۰ نفر، خانه بهداشت در نظر گرفته نمی‌شود (مگر در شرایط خاص مثل فاصله بیش از ۱۵ دقیقه با وسیله جاری منطقه بین محل سکونت مردم و اولین خانه بهداشت با تایید مرکز مدیریت شبکه). درمورد ایجاد خانه بهداشت برای جمعیت ۵۰۰ تا ۷۰۰ نفر، فقط با نظر مرکز مدیریت شبکه امکان پذیر است. همچنین، چنانچه در خانه بهداشت با کمتر از ۷۰۰ نفر دو بهورز مرد و زن داشته باشد، اگر یکی از بهورزان خانه، بازنشسته شود، مجدداً نباید برای آن خانه، بهورز استخدام شود و پست بهورز دوم به پست مورد نیاز دیگری تغییر یابد (پست نشاندار).

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

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

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

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

(۴) اگر تعداد روستاهای دارای سکنه تحت پوشش خانه بهداشت از ۸ قریه بیشتر و مسیر و فاصله روستاها به گونه ای باشد که بازدید از ۳ روستا یا بیشتر در یک روز میسر نگردد، 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:

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

(۲) در صورتیکه تعداد جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت به کمتر از ۳۰۰ نفر برسد و فاصله روستاهای تحت پوشش کمتر از ۱۵ دقیقه با وسیله جاری منطقه باشد، باید متناسب سازی مدت فعالیت خانه بهداشت با جمعیت تحت پوشش اتفاق افتد. بدین صورت که بازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، یک روز کار در هفته برای بهورز تعیین شود و بقیه زمان وی در خانه بهداشت دیگر یا واحد دیگری با نظر مرکز بهداشت شهرستان به فعالیت مشغول شود. با کمتر شدن جمعیت خانه بهداشت باید طی یکی از اقدامات زیر، خانه بهداشت بتدریج (ظرف مدت حداکثر یک سال) تعطیل گردد و روستا یا روستاهای تحت پوشش آن به عنوان روستای قمر یا سیاری تحت پوشش نزدیکترین خانه بهداشت قرار گیرند و یکی از اقدامات زیر برای بهورز صورت گیرد:

➤ چنانچه بهورز با سابقه خدمت بیش از ۲۵ سال است، در صورت امکان با همکاری سازمان برنامه و بودجه اقدام به بازنشستگی پیش از موعد وی با بخشش مابقی سنوات خدمت گردد.

اگر بهورز دارای سابقه کار بیش از ۱۵ سال باشد با توجه به آخرین مدرک تحصیلی بهورز و با گذراندن دوره های مهارت آموزی در مرکز آموزش بهورزی و کسب گواهی پایان دوره، در یکی از واحدهای ارائه دهنده خدمت یا ستاد در روستا یا شهر همان شهرستان (در اولویت اول) یا شهرستان های مجاور همان دانشگاه/ دانشکده تحت پوشش برای سایر شغل ها مانند مراقب سلامت، ماما، مراقب سلامت ناظر، پذیرش، بهیار یا پرستار، و نیروهای اداری مالی بکارگیری شود. البته این گزینه می تواند به عنوان **مسیر ارتقای شغلی** در مورد تمامی بهورزان و سایر کارکنان حوزه بهداشت برنامه ریزی شود.

بهورز به خانه بهداشت دیگری در همان شهرستان منتقل شود.

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

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

تبصره ۸: چنانچه روستاهایی با جمعیت کم (کمتر از ۵۰۰ نفر) و در فاصله بیش از ۱۵ دقیقه با وسیله جاری در منطقه از خانه بهداشت وجود داشته باشد، می توان آن را به عنوان روستای سیاری خانه بهداشت قلمداد کرد، تا بهورز حداقل هر دو هفته، یکبار برای ارائه خدمات بهداشت محیط، مبارزه با بیماری ها، بهداشت مادر و کودک، و ایمنسازی و ... به روستا سرکشی کند (برای ایاب و ذهاب بهورز زن باید با تامین هزینه آن، امکان ارائه خدمت بهورز زن را هم به روستاهای سیاری فراهم کرد).

تبصره ۹: توصیه می شود با مشارکت مردم روستاهای قمر و روستاهای سیاری، حداقل فضای فیزیکی و تجهیزات فراهم گردد، تا هنگام مراجعه بهورز خانه بهداشت و اعضای تیم سلامت مرکز به روستا، محل مشخصی برای ارائه خدمت به مردم وجود داشته باشد. در غیر این صورت، می توان از محل هایی مثل مسجد یا مدرسه و ... استفاده کرد.

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

۱. روستایی که به شهر تبدیل شده، دارای خانه بهداشت است: اگر در فاصله نزدیک این منطقه (تا ۱۵ دقیقه با وسیله نقلیه معمول منطقه) پایگاه سلامت فعال وجود داشته باشد این خانه در آن پایگاه، ادغام می شود و کارکنان آن همچنان بصورت فعال به خدمات خود ادامه می دهند. البته، در صورت وجود فضای فیزیکی دولتی، نیازی به ادغام نیست و خانه بهداشت مزبور به پایگاه سلامت تبدیل می گردد. در این حالت، نام این پایگاه به پایگاه سلامت ستاره دار (دارای بهورز) تغییر داده می شود مگر اینکه تمامی بهورزان آن به مراقب سلامت تغییر عنوان داده شوند (براساس ضوابط). شرایط متفاوت عبارتند از:

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

- ۱) در صورت علاقه مندی بهورز (ان) این خانه بهداشت برای انتقال به خانه بهداشت دیگری که به بهورز نیاز دارد و به شرط سکونت در آن روستا و حفظ تعریف بومی بودن، انتقال بلامانع است. در این صورت خانه بهداشت مستقر در شهر را می‌توان تعطیل کرد.
 - ۲) بازنشستگی پیش از موعد با یا بدون سنوات ارفاقی برای بهورزان با سابقه خدمت ۲۵ سال و بیشتر (در صورت امکان)
 - ۳) قرار گرفتن بهورز در مسیر ارتقای شغلی (در بالا توضیح داده شد)
 - ۴) چنانچه شرایط انتقال بهورز(ان) این خانه بهداشت به محل دیگر تحت هیچیک از شرایط فوق، وجود نداشته باشد، در این حالت بهورز با همان پست خود که به پست نشاندار تبدیل می‌شود، در خانه بهداشت مزبور باقی میماند و تا حداکثر یک سال باید تعیین تکلیف گردد.
- ب) خانه بهداشت موجود به پایگاه سلامت ستاره دار تبدیل می‌گردد. در این صورت کارکنان آن نیز موظف هستند وظایف مراقب سلامت را حتی الامکان بصورت فعال انجام دهند. در صورتیکه جمعیت تحت پوشش، کمتر از حداقل تعیین شده برای پایگاه سلامت تیپ باشد، تعداد کارکنان نیز باید متناسب با جمعیت تحت پوشش تغییر یابد. همچنین، آمار پایگاه‌های سلامت جدید از فهرست خانه‌های بهداشت فعال در سامانه حذف می‌شود و اطلاعات جمعیت آنان نیز در زیج حیاتی شهری ثبت می‌گردد.

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

- ۱) خانه بهداشت جدیدی در یکی از آن روستاهای قمر ایجاد و راه اندازی شود تا روستاهای مورد نظر را در پوشش گیرد.
- ۲) اگر شرایط ایجاد خانه بهداشت جدید وجود نداشت، روستاهای مزبور را باید تحت پوشش نزدیکترین خانه بهداشت موجود قرار داد.
- ۳) اگر هیچکدام از دو مورد فوق میسر نبود، جمعیت روستاهای مورد نظر به صورت جمعیت روستایی مستقیم، تحت پوشش نزدیکترین پایگاه سلامت تابعه مرکز خدمات جامع سلامت شهری قرار خواهند گرفت.

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

خانه بهداشت عشایری:

تعریف خانه بهداشت عشایری:

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

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

- ۱) فاصله محل استقرار عشایر (چادر یا سرپناه موقت) نسبت به خانه بهداشت
- ۲) تعداد خانوار

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

شرایط مربوط به فاصله 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.

شرایط مربوط به تعداد جمعیت مستقر در 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) باشد.
- ۲) تعداد خانوار عشایر مستقر در محل بیش از ۸۰ خانوار یا ۵۰۰ نفر (با توجه به بعد خانوار ۶/۵) باشد.

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

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

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

- ۱) مدت زمان طی کردن مسیر کوچ خانوارهای عشایر کمتر از ۲۰ روز باشد.
- ۲) مدت زمان طی کردن مسیر کوچ خانوارهای عشایر بیش از ۲۰ روز 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 به‌روز مرد حداقل هر ماه یکبار برای ارائه خدمات تعریف شده به آن چادرها سرکشی کند. در این حالت، بازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت عشایری تحت پوشش خدمات سیاری خانه بهداشت می‌توان یک به‌روز 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 روستایی یا شهری قرار خواهد گرفت و این خانه نیز جزو خانه‌های بهداشت محل انجام دهگردشی پزشک /پزشکان خانواده مرکز روستایی یا شهری خواهد بود.
- ۴) تامین ملزومات، داروها، واکسن و سایر امکانات موردنیاز در خانه بهداشت عشایری توسط مرکز روستایی یا شهری مورد نظر در زمان استقرار در نزدیکی آن مرکز باید انجام شود
- ۵) در نظر گرفتن ایل قمر برای خانه‌های 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 طولانی تری مستقر می شوند.

ساماندهی مسیر کوچ عشایر

ارائه خدمت حین کوچ و ایجاد زیر ساختها و تاسیسات لازم و مناسب در مسیر کوچ و اطراق گاهها 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 خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری موجود در زمان ییلاق یا قشلاق
- ۲) برگشت کانکس (محل استقرار خانه بهداشت عشایری) به نزدیکی مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری پس از کوچ ایل مورد نظر

جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت عشایری:

خانه های بهداشت عشایری برای حداقل ۵۰۰ نفر جمعیت عشایر راه اندازی می شوند و حداقل دارای یک بهورز زن عشایری خواهند بود. با اضافه شدن ۳۵۰ تا ۵۰۰ نفر بعدی (تا ۱۰۰۰ نفر) یک بهورز (ترجیحاً مرد) به بهورزان خانه بهداشت اضافه خواهد شد. اضافه شدن تعداد بهورزان به بیش از دو بهورز تابع ضوابط خانه های بهداشت خواهد بود. بدیهی است بهورزان عشایری در مسیر کوچ، همراه ایل خواهند بود. به همین علت بهورزان عشایری حتماً باید از میان افراد تحصیلکرده هر ایل انتخاب و آموزش های 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 ماه های اقامت در آن استان به دانشگاه/ دانشکده مربوطه پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱۱: کتب بهورزان عشایری، خاص نیازهای آنان طراحی می شود که این موضوع در زمان آموزش آنان در مراکز آموزش بهورزی باید مورد توجه قرار گیرد.

تبصره ۱۲: در شرایطی که بازدید از بیش از ۳ ایل قمر در یک روز میسر نباشد، می بایست یک بهورز مرد برای خانه بهداشت عشایری در نظر گرفته شود.

تبصره 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 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 بیش از ۳۵۰۰ نفر (۳۵۰۱ 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 خدمات جامع سلامت روستایی یا یک مرکز خدمات جامع سلامت 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.

چنانچه روستای مزبور دارای خانه بهداشت است با تبدیل آن به پایگاه، همچنان به‌روزان با پست نشاندار به ارائه خدمت ادامه می‌دهند و هر زمان از پست خارج شدند، پست مزبور به مراقب سلامت تبدیل می‌شود. در این حالت، پایگاه سلامت روستایی ستاره دار (دارای شاغل به‌روز) است.

نیروی انسانی پایگاه سلامت روستایی:

(۱) نیروی انسانی پایگاه‌های سلامت روستایی با جمعیت حدود ۳۵۰۰ نفر (۳۵۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر) شامل دو مراقب سلامت (هر ۱۸۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر، یک مراقب) خواهد بود که یک نفر از مراقبین سلامت حتماً باید دانش آموخته رشته مامایی باشد. در صورت تبدیل خانه بهداشت به پایگاه، پست به‌روزان آن خانه، نشاندار شده و در پایگاه به خدمات فعال خود به عنوان به‌روز نشاندار یا مراقب سلامت (برحسب شرایط اعلام شده در ضوابط به‌روزی) ادامه خواهند داد.

تبصره ۱۴: بازای اضافه شدن هر ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر به جمعیت، یک مراقب سلامت به تشکیلات پایگاه سلامت روستایی اضافه خواهد شد. چنانچه تعداد مراقبین سلامت پایگاه ۴ نفر یا بیشتر شد، باید دو نفر از آنان دانش آموخته رشته مامایی باشند.

تبصره ۱۵: به منظور جلوگیری از انتقال پست به‌روزان نشاندار به سایر بخش‌های دانشگاه/دانشکده، باید در دفاتر طرح گسترش شبکه، مشخص شود که پست نشاندار مورد نظر پس از بازنشسته شدن به‌روز با مجوز مرکز مدیریت شبکه به مراقب سلامت تغییر خواهد کرد.

مرکز خدمات جامع سلامت شهری / شهری روستایی

تعریف مرکز خدمات جامع سلامت شهری:

مراکز خدمات جامع سلامت شهری، مراکزی مستقر در منطقه شهری یا حاشیه شهرها که قبلاً به عنوان مراکز بهداشتی درمانی شهری نامیده می‌شد که به دلیل تغییر خدمات و ساختار ارائه خدمت در آنان به این عنوان شناخته می‌شوند.

تعریف مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی:

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

جمعیت تحت پوشش مراکز خدمات جامع سلامت شهری:

مراکز خدمات جامع سلامت شهری با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۳۷۵۰۰ نفر (۲۵ تا ۵۰ هزار نفر و در کلانشهرها تا ۸۰ هزار نفر) راه اندازی می‌شوند.

نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت شهری:

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

- ۱) بخش ارائه خدمات مدیریتی، نظارتی و درمانی بر پایگاه‌های سلامت شهری یا روستایی تحت پوشش
- ۲) 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:
- ۱) بازای تا ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش مرکز شهری، ۲ نفر پزشک عمومی بکارگیری خواهد شد. بازای اضافه شدن هر ۱۰ هزار نفر، یک پزشک به پزشکان شاغل در مرکز اضافه خواهد شد که بستگی به فعالیت بخش خصوصی و تعداد مطب در منطقه دارد (بطور متوسط هر ۱۰۰۰۰ نفر، یک پزشک). یکی از پزشکان که سابقه ماندگاری بیشتر و ترجیحاً مدرک Mph دارد به عنوان رییس مرکز تعیین می‌شود.
 - ۲) چنانچه بخش خصوصی فعال در منطقه حضور نداشته باشد، در هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری بازای هر ۱۵ تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک دندانپزشک حضور خواهد داشت و بازای فعالیت هر یک تا دو دندانپزشک، یک مراقب سلامت دهان در نظر گرفته می‌شود. از آنجاکه، خدمت مراقب سلامت دهان به حضور دندانپزشک مربوط است باید خرید خدمت شود و این موضوع در قرارداد وی مشخص گردد.
 - ۳) در هر مرکز شهری یک پرستار یا بهیار برای انجام خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان و ...)، و ارائه خدمات دارویی در صورت نبود داروخانه فعال بخش خصوصی و نمونه گیر خدمات آزمایشگاهی حضور خواهد داشت.
 - ۴) در هر مرکز شهری یک کارشناس یا کارشناس ارشد سلامت روان (با مدرک روانشناسی بالینی) و یک کارشناس یا کارشناس ارشد تغذیه برای ارائه خدمات مشاوره روانشناسی، خدمات تغذیه ای و رژیم درمانی، قبول ارجاعات و خدمات مربوط به جامعه تحت پوشش حضور خواهند داشت.
 - ۵) به دلیل وجود داروخانه کافی در بخش خصوصی مناطق شهری، نیازی به ایجاد آن در مرکز شهری نیست.
 - ۶) در صورت نبود واحد ارائه خدمات آزمایشگاهی فعال وابسته به بخش خصوصی یا دولتی (مثل بیمارستان و ...) در منطقه، مرکز خدمات جامع سلامت شهری باید به آزمایشگاه مجهز شود. در این شرایط، باید بر حسب جمعیت تحت پوشش مرکز، یک تا دو کارشناس یا کاردان علوم آزمایشگاهی در مرکز حضور داشته باشند. البته بهتر است از نمونه گیر استفاده شود.
 - ۷) راه اندازی واحد رادیولوژی جدید در مراکز شهری خلاف ضوابط و مقررات نظام شبکه می‌باشد. اما در صورت وجود دلایل کافی، از جمله نبود بخش خصوصی فعال در منطقه، واحدهای فعال رادیولوژی به فعالیت خود ادامه خواهند داد. در این شرایط، باید بر حسب جمعیت تحت پوشش مرکز، یک کارشناس یا کاردان رادیولوژی در مرکز حضور داشته باشد.
 - ۸) در هر مرکز شهری حضور یک نیروی کارشناس فناوری اطلاعات سلامت (پذیرش) الزامی است.

۹) چنانچه مرکز 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. درضمن، بازای هر دو تا سه تیم بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای و کارشناس تغذیه و سلامت روان که باید به منطقه و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش نظارت داشته باشند، یک راننده در نظر گرفته می‌شود.

۱۰) بازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز باشد (البته با گسترش تعداد دفاتر ارائه دهنده خدمات بهداشت محیط در بخش خصوصی، این ضابطه افزایش می‌یابد). درمورد خدمات بهداشت حرفه ای نیز بازای ۲۵۰ واحد کارگاهی باید یک کاردان/ کارشناس بهداشت حرفه ای وجود داشته باشد. در صورت مشخص نبودن تعداد واحدها، بازای هر ۱۰ تا ۲۰ هزار نفر، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط یا بهداشت حرفه ای (انجام هر دو وظیفه توسط یک نفر) در نظر گرفته می‌شود. چنانچه منطقه تحت پوشش مرکز به هر دو خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای نیاز داشته باشد و جمعیت تحت پوشش مرکز بیش از ۳۵۰۰۰ نفر باشد، از دانش آموختگان هر دو رشته بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای استفاده شود.

۱۱) خدمت نظافت و نگه داری فضای فیزیکی و تجهیزات از طریق شرکتهای خصوصی، خرید خدمت می‌شود.

۱۲) بازای هر ۴ پایگاه سلامت یا پایگاه پزشک خانواده (در دانشگاهها/ دانشکده های مجری برنامه پزشک خانواده شهری) یک مراقب سلامت ناظر برای نظارت بر واحدهای تحت پوشش مرکز در نظر گرفته می‌شود.

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

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

تبصره ۱۶: برای پایگاههایی با دو مراقب سلامت باید یکی از مراقبین سلامت، دانش آموخته رشته مامایی (مراقب سلامت ماما) باشد. چنانچه تعداد مراقبین سلامت بیش از دو نفر شد، بایست حداقل ۳۵ درصد از مراقبین سلامت، دانش آموخته رشته مامایی (مراقب سلامت ماما) باشند.

تبصره ۱۷: مراقبین سلامت می توانند دانش آموختگان یکی از رشته های مامایی، بهداشت عمومی، بهداشت خانواده، و پرستاری (زیرمجموعه رشته بهداشت خانواده) باشند.

تبصره ۱۸: مراقبین سلامت موظف هستند کلیه خدمات بهداشتی موجود در بسته خدمات (بجز خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای) را برای جمعیت تحت پوشش خود انجام دهند.

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

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

- (۱) مرکزی واقع در منطقه شهری با جمعیت تحت پوشش بطور متوسط حدود ۳۷۵۰۰ نفر (۲۵ تا ۵۰ هزار نفر و در کلانشهرها تا ۸۰ هزار نفر)
- (۲) ناظر بر ارائه مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاه‌های سلامت شهری
- (۳) مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به شرط واقع شدن در شهر زیر ۲۰ هزار نفر یا تحت پوشش داشتن خانه بهداشت
- (۴) دسترسی به خدمات قابل ارائه توسط پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت
- (۵) دسترسی به خدمات پرستاری
- (۶) دسترسی به مرکز ارائه خدمات بستری (بیمارستان یا مرکز شبانه روزی) با فاصله زمانی کمتر از نیم ساعت با خودرو
- (۷) دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز یا خرید خدمت از آزمایشگاه طرف قرارداد با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو
- (۸) دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز به شرط داشتن ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو
- (۹) دسترسی به خدمات بهداشت محیط و بهداشت کار
- (۱۰) دسترسی به خدمات مکمل دارویی
- (۱۱) دسترسی به خدمات تغذیه و سلامت روانی
- (۱۲) دسترسی به خدمات پزشک خانواده شهری در مناطق شهری بالای ۲۰ هزار نفر در دو استان فارس و مازندران (۷ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی شیراز، فسا، جهرم، لارستان، گراش، ساری و بابل)

پایگاه سلامت شهری:

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

جمعیت تحت پوشش پایگاه سلامت شهری:

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

نیروی انسانی پایگاه سلامت شهری:

بازای هر ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر می‌بایست یک نفر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت بکارگیری شود. بدین ترتیب برای پایگاهی با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت، ۵ نفر مراقب سلامت بکارگرفته خواهد شد. ضرورت دارد در هر پایگاه سلامت حداقل یک یا دو مراقب سلامت ماما باشد و یکی از آنها با نظر رییس مرکز، مسوول پایگاه قرار گیرد. 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 خدمات جامع سلامت باید با همکاری داوطلبان سلامت و با استفاده از روش خود مراقبتی به صورت فعال انجام گیرد و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات با مراقب سلامت خواهد بود.

تصویر کلی پایگاه‌های سلامت شهری:

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

مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی

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

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

تبصره ۲۰: جمعیت در نظر گرفته شده برای مراکز شبانه روزی بر خلاف سایر مراکز که صرفاً شامل جمعیت تحت پوشش خود مرکز می‌باشد، شامل کل جمعیتی است که امکان استفاده از این مرکز را خواهند داشت.

نیروی انسانی مراکز شبانه روزی:

۴ نفر	پزشک عمومی
۶ نفر (برای خدمات پرستاری و دارویی)	پرستار یا بهیار
۳ نفر	کارشناس یا کاردان علوم آزمایشگاهی
۲ نفر	کارشناس یا کاردان رادیولوژی
۳ نفر	پذیرش
۱ نفر	سرایدار / خدمتگزار
۲ نفر	دندانپزشک
۲ نفر	مراقب سلامت دهان
۱ نفر (برحسب تعداد واحد در منطقه)	کاردان / کارشناس بهداشت محیط
۱ نفر (برحسب تعداد واحد در منطقه)	کاردان / کارشناس بهداشت کار
۱ نفر	کارشناس سلامت روان
۱ نفر	کارشناس مشاوره تغذیه
۱ نفر	مدیر مرکز
۱ تا ۲ نفر	راننده

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

تصویر کلی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی شبانه روزی:

- (۱) مرکزی واقع در منطقه ای با جمعیت تحت پوشش بیش از ۱۲۰۰۰ نفر و فاصله بیش از نیم ساعت از اولین مرکز ارائه خدمات بستری (بیمارستان یا مرکز شبانه روزی)
- (۲) ناظر بر ارائه مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته شده برای جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت و پایگاه‌های سلامت
- (۳) مجری برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی به شرط واقع شدن در شهر زیر ۲۰ هزار نفر یا تحت پوشش داشتن خانه بهداشت
- (۴) دسترسی به خدمات قابل ارائه توسط پزشک عمومی و سایر اعضای تیم سلامت
- (۵) دسترسی به خدمات پرستاری
- (۶) دارای تخت بستری موقت (بازای هر ۱۰۰۰۰ نفر دو تخت بستری موقت)
- (۷) دسترسی به خدمات آزمایشگاهی در داخل مرکز بصورت شبانه روزی

- ۸) دسترسی به خدمات رادیولوژی در داخل مرکز یا در خارج مرکز با رعایت حداکثر نیم ساعت فاصله یا مجهز بودن مرکز به دستگاه تصویر برداری پرتابل بصورت شبانه روزی
- ۹) دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان در داخل مرکز به شرط داشتن ۱۰ هزار نفر جمعیت پوشش یا در خارج از مرکز با فاصله زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو
- ۱۰) دسترسی به خدمات بهداشت محیط و بهداشت کار
- ۱۱) دسترسی به خدمات دارویی بصورت شبانه روزی
- ۱۲) دسترسی به خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روان

تبصره ۲۲: چنانچه در شهری، بیمارستان راه اندازی شود، مرکز خدمات جامع سلامت شهری شبانه روزی موجود فعال باید به تک شیفته تبدیل و نیروهای اضافی آن در اسرع وقت در سایر واحدهای ارائه دهنده خدمت حوزه معاونت بهداشتی جابجا شوند.

سایر واحدهایی که زیر مجموعه مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا مرکز خدمات جامع سلامت روستایی خواهند بود:

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

۱. تسهیلات زایمانی
۲. پایگاه های 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 حتماً باید در جوار یک مرکز شبانه روزی قرار داشته باشند. این واحدها مجهز به یک دستگاه آمبولانس با شرایط اعزام خواهند بود و در زمان اعزام، یکی از ماماها شاغل در واحد، با مادر باردار همراه خواهد شد. همچنین، مامای تسهیلات زایمانی در شیفت مربوط به خود چنانچه مورد اعزام مادر باردار توسط آمبولانس فوریت های ۱۱۵ پیش بیاید، موظف به همراهی کردن با مادر باردار است.

تبصره ۲۳: اگر در شهری بیمارستان یا زایشگاه راه اندازی شود یا تعداد زایمان ها 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 ۲۴: 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 زایمان های 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

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

پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی درجه ۲ و ۳

این واحدها در پایانه‌های زمینی، دریایی، هوایی و نیز بازارچه‌های زمینی و دریایی ایجاد می‌شوند. این واحدها نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماری‌ها به داخل کشور را براساس ضوابط و معیارهای بین‌المللی به عهده دارند. درجه بندی پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی براساس اهمیت پایانه مرزی، حجم جمعیت در حال تردد و زمان فعالیت پایگاه، در دو سطح زیر صورت می‌گیرد.

- ۱) درجه دو
- ۲) درجه سه

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 وابسته به نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری می‌باشد. نیروی انسانی این پایگاه‌ها به شرح زیر است:

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

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 یا لنج/کشتی در روز می‌باشد. این پایگاه همزمان با شیفت کاری مرکز تابع آن فعالیت دارد. این پایگاه نیز مانند پایگاه درجه دو وابسته به مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری می‌باشد. نیروی انسانی این پایگاه شامل موارد زیر است:

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

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

مرکز مراقبت بهداشتی مرزی:

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

(۱) درجه ممتاز

(۲) درجه یک

مرکز مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز:

مراکز مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که حجم تردد مسافر روزانه آن بطور متوسط بیشتر از ۱۵ هزار نفر می باشد و حجم کالای تردد شده در این مرزها حداقل ۳ برابر مرزهای درجه یک است. این مراکز بصورت ۲۴ ساعته فعال هستند. در حال حاضر، تنها فرودگاه بین المللی امام خمینی (ره) در این سطح قرار دارد. این فرودگاه تحت نظر مرکز بهداشت شهرستان ری اداره می شود. 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

مرکز مراقبت بهداشتی درجه یک:

مراکز 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 مراکز 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 (مثل مرز مهران، بازرگان، شلمچه، خسروی، مهرآباد، بندر امام و ...). این مراکز، مستقل هستند و براساس نظام شبکه بهداشت و درمان، زیر نظر مرکز بهداشت شهرستان مربوطه اداره می شوند. 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

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 ساعاتهای فعالیت بیشتر یا کمتر از این ساعات می باشد. لذا، مراکز مراقبت بهداشتی مرزی نیز کاملاً منطبق با ساعات فعالیت پایانه مرزی دارای شیفت های کاری ۲۴ ساعته، ۱۶ ساعته، ۱۲ ساعته و ... هستند.

مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری:

مراکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری مراکزی هستند که در زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان با بسته خدمت مشخص به درمان مراجعین و بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی خاص و بیماری‌های ناشی از مشکلات رفتاری مانند ایدز، هپاتیت ب و اعتیاد می‌پردازد. این واحد با ۵۰۰ هزار نفر جمعیت از ۱ تا چند شهرستان مجاور هم با رعایت دسترسی ایجاد می‌شود. در صورتیکه یکی از این شهرستان‌ها، مرکز استان باشد، بایستی در مرکز استان راه اندازی شود.

تبصره ۲۵: در برخی از مراکز استان مانند تهران که تعداد جمعیت بیشتر است، امکان راه اندازی مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری به تعداد بیش از یک مرکز وجود خواهد داشت.

نیروی انسانی مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری :

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

نکته مهم:

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

- 👉 نام واحد: نام دانشگاه/ دانشکده و شبکه بهداشت و درمان و واحد سطح بالاتر نیز باید مشخص باشد
- 👉 تعداد جمعیت تحت پوشش واحد: منظور جمعیت ثبت شده برای واحد مزبور در سامانه است
- 👉 فاصله زمانی واحد مزبور تا نزدیکترین واحد هم سطح با توجه به مسیر حرکت جمعیت برحسب دقیقه
- 👉 فاصله زمانی واحد مزبور تا واحد سطح بالاتر براساس طرح گسترش برحسب دقیقه
- 👉 تعداد نیروی ارائه دهنده خدمت در هر واحد برحسب نوع نیرو برحسب طرح گسترش و موجود

- تعداد نیروی ارائه دهنده خدمت در هر واحد برحسب نوع نیرو و تعیین تعداد روز کاری فرد در هفته
- سابقه خدمت نیروهای ارائه دهنده خدمت برحسب نوع نیرو برحسب سال
- آخرین مدرک تحصیلی نیروهای ارائه دهنده خدمت برحسب نوع نیرو
- تصمیم گیری شبکه بهداشت و درمان و دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی برای واحد مزبور براساس ضوابط ابلاغی و اطلاعات فوق.

بخش سوم: پیوست‌ها:

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

شرح وظایف نیروهای شاغل در پایگاه سلامت / خانه بهداشت:

الف: شرح وظایف مراقب سلامت / بهورز:

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
۳. شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت در منطقه
۴. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
۵. تشکیل پرونده الکترونیک سلامت (ثبت فرم ها) براساس شرح خدمات
۶. ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش براساس شرح خدمات
۷. شرکت در برنامه های آموزشی ابلاغی از ستاد اجرایی دانشگاه/ دانشکده و برنامه های اختصاصی شهرستان
۸. آموزش و توانمندسازی جامعه براساس برنامه ها و دستورعمل های ابلاغی
۹. مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف
۱۰. غربالگری افراد براساس شرح خدمات
۱۱. پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر
۱۲. ارجاع مراجعه کننده به سطح بالاتر در صورت لزوم براساس راهنمای اجرایی و بالینی و ارائه خدمات موردنیاز برای مراجعه کننده براساس پس خوراند دریافتی از سطوح بالاتر
۱۳. پیگیری موارد ارجاع شده
۱۴. پیگیری در مراجعه مجدد افراد به پزشک، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه مرکز در موارد تعیین شده، به طرق مختلف (تماس تلفنی، مراجعه به درب منزل و ...)
۱۵. دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
۱۶. ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و بهنگام براساس فرم ها، دستورعمل ها و تکالیف محوله
۱۷. ثبت موارد حوادث خانگی، ترافیکی و گزارش به سطوح بالاتر

ب: شرح وظایف مراقب سلامت ماما / ماما:

۱۸. کلیه موارد بند الف
۱۹. نمونه گیری برای غربالگری سرطان دهانه رحم و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
۲۰. معاینه پستان برای غربالگری سرطان پستان و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
۲۱. معاینه ژنیتال برای تشخیص عفونت های آمیزشی و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
۲۲. بررسی و تشخیص خونریزی های غیرطبیعی ژنیتال و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
۲۳. بررسی انواع ناباروری و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت

۲۴. بررسی اختلال عملکرد جنسی و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
۲۵. مراقبت معمول پیش از بارداری و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
۲۶. مراقبت معمول بارداری و مراقبت های ویژه بارداری و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
۲۷. مراقبت های معمول پس از زایمان و مراقبت های ویژه پس از زایمان و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
۲۸. ارجاع بررسی علائم حیاتی و شرح حال اولیه به منظور:
- انجام مراقبت های پیش از بارداری
 - در مراقبت بارداری و پس از زایمان: بررسی ابتلا به بیماری و ناهنجاری ها، درخواست، ثبت، بررسی، تفسیر آزمایش ها و سونوگرافی های مادر، اقدام و درمان مطابق بسته خدمت، انجام مراقبت های ویژه بارداری و پس از زایمان، آموزش و مشاوره های تخصصی و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت
- پ: شرح وظایف مراقب سلامت در زمینه تغذیه:**
۱. اندازه گیری های تن سنجی افراد تحت پوشش شامل: قد، وزن، دورسر دور عضله ساق پا و دور کمر (برای افراد ۳۰ تا ۷۰ سال) با استفاده از ابزار و تجهیزات استاندارد، ثبت پارامترهای مذکور در پرونده الکترونیک سلامت و توجه به نمایه توده بدنی محاسبه شده
 ۲. توجه به منحنی های رسم شده قد، وزن و نمایه توده بدنی کودک و نوجوان و منحنی وزن گیری مادران باردار در پرونده الکترونیک سلامت
 ۳. ارزیابی الگوی تغذیه و توجه به امتیاز الگوی تغذیه مراجعه کننده
 ۴. تجویز مکمل های غذایی شامل: اسید فولیک، قرص مولتی ویتامین مینرال ید دار، مکمل یدو فولیک، قرص آهن، قطره آهن، قطره ویتامین A+D، قطره مولتی ویتامین، مکمل ویتامین D پنجاه هزار واحدی، کلسیم یا کلسیم+ویتامین D و مکمل ویتامین D هزار واحدی متناسب با گروه هدف و مطابق با دستورعمل های کشوری
 ۵. تصمیم گیری در مورد وضعیت تغذیه مراجعه کننده و ارائه توصیه ها و آموزش های فردی تغذیه براساس وضعیت کنونی فرد مطابق با دستورعمل و بسته های خدمت
 ۶. ارجاع به پزشک/کارشناس تغذیه مطابق با جدول ارجاعات
 ۷. پیگیری موارد ارجاع شده به پزشک/کارشناس تغذیه برای انجام مراقبت های بعدی
 ۸. برآورد و درخواست بموقع مکمل ها، متون آموزشی و دیگر ابزار و ملزومات (مانند ترازو، قدسنج، کامپیوتر و ...) مورد نیاز برای مراقبت های تغذیه ای
 ۹. شناسایی گروه های هدف برنامه های حمایتی

ت: شرح وظایف مراقب سلامت در مدارس تحت پوشش:

۱. تهیه، استخراج و ارائه شاخص های جمعیتی و آموزشی دانش آموزان و مدارس تحت پوشش
۲. ثبت اطلاعات پرونده سلامت مدرسه و ممیزی مدارس مروج سلامت در سامانه.

۳. پیگیری انجام مراقبت‌های دوره ای کلیه دانش آموزان گروه هدف، موارد دارای اختلال و دانش آموزان نیازمند مراقبت ویژه در تمام پایه ها
۴. آموزش مباحث سلامت براساس نیازسنجی و اولویت‌های نظام سلامت برای دانش‌آموزان، والدین و کارکنان مدارس طبق برنامه زمان بندی و هماهنگی با سایر واحدها به جهت آموزش مباحث فوق در مدارس ابتدایی و متوسطه
۵. مراقبت از بیماری‌های واگیردار شایع (مانند آنفلوآنزا، بیماری‌های اسهالی، آبله مرغان و ...)، در مدرسه شامل دریافت گزارش و انجام اقدامات لازم مطابق دستورعمل و آموزش سریع و موثر به دانش‌آموزان، والدین و کارکنان مدارس و حضور فوری و بهنگام در مدرسه به منظور کنترل بیماری و پیشگیری از شیوع آن در موارد بروز طغیان بیماری.
۶. مراقبت پدیکولوز در مدارس:
- شناسایی موارد آلوده به پدیکولوز در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی فاقد مراقب سلامت آموزش و پرورش، حداقل دو بار در سال (پاییز و بهار)
- در صورت دریافت گزارش موارد آلوده، انجام معاینه دانش‌آموزان مدارس ابتدایی و متوسطه طبق دستورعمل
- درمان موارد آلوده و آموزش بهداشت فردی و پیگیری به جهت پیشگیری از همه‌گیری مطابق دستورعمل
۷. همکاری در اجرای برنامه مدارس مروج سلامت مطابق دستورعمل از جمله:
- الف: آموزش مفاهیم، اجزا ۸ گانه و شیوه‌ی اجرای برنامه به مدیران و مراقبین سلامت در مدرسه
- ب: پیگیری تشکیل و برگزاری شوراهای سلامت مدرسه، و اجرای مصوبات تا حصول نتیجه
- ج: همکاری با مدرسه به جهت انجام ممیزی داخلی، هماهنگی برای انجام ممیزی خارجی
- د: پایش منظم برنامه در مدرسه
۸. تدوین و نظارت بر شاخص‌های برنامه مراقبت ادغام یافته گروه سنی نوجوانان و مدارس
۹. همکاری و نظارت بر اجرای برنامه های مشترک شامل: مکمل یاری (آهن‌یاری، مگادوز ویتامین د)، شیر مدارس، سلامت دهان و دندان، سفیران سلامت دانش‌آموزی، بهبود تغذیه سالم و پایگاه تغذیه سالم در مدارس طبق دستورعمل‌های ابلاغی و اعلام نواقص و مشکلات به سطوح بالاتر (مرکز خدمات جامع سلامت)
۱۰. هماهنگی، آموزش و نظارت بر اجرای برنامه‌های ارتقای فعالیت بدنی دانش‌آموزان در مدرسه طبق دستورعمل‌های ابلاغی
۱۱. هماهنگی با مدارس درباره آموزش بهداشت دوران بلوغ به دانش‌آموزان دختر و پسر، والدین و کارکنان مدرسه و ارجاع موارد نیازمند ارجاع
۱۲. هماهنگی با مدیران مدارس برای بازدید از مدرسه و همکاری با همکاران بهداشت محیط و حرفه‌ای به منظور پیگیری و رفع نواقص بهداشتی ابلاغ شده
۱۳. دریافت اطلاعات سوانح و حوادث در مدرسه و در راه مدرسه و هماهنگی، آموزش و اجرای برنامه سوانح و حوادث در مدرسه طبق دستورعمل‌های ابلاغی
۱۴. دریافت اطلاعات مرگ دانش‌آموزان

۱۵. هماهنگی و همکاری در اجرای مناسبت‌های خاص بهداشتی
۱۶. شرکت فعالانه در دوره‌های آموزشی و بازآموزی سلامت نوجوانان در جهت ارتقای دانش فنی
۱۷. اجرای سایر برنامه‌ها براساس دستورعمل‌های ابلاغی سلامت نوجوانان و مدارس

ث: شرح وظایف مراقب سلامت در زمینه آموزش سلامت

۱. توانمندسازی مردم و مراجعان فردی و گروهی برای خودمراقبتی
 - ☞ توزیع راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده در بین تمام خانوارهای تحت پوشش (خودآموزی برای توانمندسازی مردم در رعایت سبک زندگی سالم و مدیریت ناخوشی‌های جزئی شامل ابزارهای خودارزیابی، برنامه ریزی فردی برای تغییر رفتار، اجرای برنامه و ارزیابی مجدد وضعیت سلامت به علاوه معرفی منابع معتبر اطلاعاتی، حمایتی و خدماتی مناسب در منطقه مربوطه و راهنمای حقوق بهداشتی و نحوه پیگیری آن).
 - ☞ آموزش استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده به خانوارهای تحت پوشش:
۲. حداقل تربیت یک سفیر سلامت در هر خانوار
۳. سفیر سلامت حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد- در محل آموزش، محل کار، مرکز خدمات جامع سلامت یا مسجد محل به صورت حضوری یا از طریق پورتال ملی خودمراقبتی به صورت آنلاین، یک دوره آموزشی ۸ ساعته را برای آشنایی با نحوه استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده برای مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده طی می‌کند.
۴. تربیت سفیران افتخاری سلامت در میان اقوام یا همسایگان خانواده های بی‌سواد یا سالمند بدون سرپرست
۵. تربیت رابطان سلامت برای حمایت از خانواده‌هایی که به هر دلیلی تحت پوشش سفیران سلامت یا سفیران افتخاری هم نیستند.
- ☞ برگزاری جلسه‌های آموزشی و مشاوره فردی و گروهی در خصوص خودمراقبتی برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار)
- ☞ کمک به تشکیل گروه‌های خودیار و همیار محلی حامی سلامت و حمایت طلبی برای توسعه فعالیت آنها برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار)
- ☞ ثبت کلیه اقدامات انجام شده برای فرد یا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه (کتبی یا الکترونیک)
- ☞ ثبت منظم آمار و اطلاعات شاخص‌های مربوطه و تهیه گزارش‌های تحلیلی از عملکرد فعالیت‌های آموزش و ارتقای سلامت مرکز و پیشنهاد مداخلات بهبود، متناسب با مخاطب عام و مدیران در بازه‌های زمانی خواسته شده.
- ☞ بررسی نتایج خودارزیابی مراجع (سالم یا بیمار)، تعیین رفتارهای نیازمند تغییر وی و بازخورد به پزشک خانواده.
- ☞ تسهیل تدوین برنامه خودمراقبتی فردی با مشارکت مراجع (سالم یا بیمار) و امضاء و تبادل تعهدنامه مربوطه.

- ✎ ارایه خدمات آموزش و مشاوره فردی و خانوادگی یا گروهی برای بهبود سلامت مراجع (سالم یا بیمار) برپایه بسته خدمت استاندارد تعریف شده در جهت تقویت خودکارآمدی و مسوولیت پذیری مراجع (سالم یا بیمار) برای خودمراقبتی.
- ✎ ترغیب، تسهیل و هدایت مراجع (سالم یا بیمار) به عضویت در گروه‌های حمایتی (خودیار/همیار) مربوطه برای کسب خدمات آموزشی و حمایتی خودمراقبتی.
- ✎ هدایت مراجع (سالم یا بیمار) برای دریافت (کسب) اطلاعات مبتنی بر شواهد درباره خودمراقبتی از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده یا بسته های استاندارد آموزش بیمار برای خودمراقبتی یا سایر منابع اطلاعاتی معتبر و گروه‌های مرجع و خودیار.
- ✎ کمک به مراجع (سالم یا بیمار) پس از رفع مشکل یا بهبود بیماری برای خودارزیابی مجدد وضعیت سلامت خویش و تکمیل پرونده خودمراقبتی.
- ✎ جلب حمایت خانواده، گروه‌های همسان، گروه های خودیار، شوراهای برای مراجع (سالم یا بیمار) و سازمان های تحصیل و کار در صورت نیاز.
- ✎ ثبت کلیه اقدامات انجام شده برای فرد یا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه (کتبی یا الکترونیک)
- ۶. برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت
- ✎ نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مشارکتی ارتباطات برای سلامت به منظور آموزش سلامت همگانی، آموزش سبک زندگی سالم، آموزش خودمراقبتی و آموزش بیمار از طریق رسانه های ارتباط جمعی، رسانه های محلی و رسانه های کوچک
- ✎ برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت در مراکز آموزشی، محل های کار و جوامع
- ✎ جلب حمایت، آموزش و توانمندسازی اعضای سازمان های دولتی و غیردولتی، تشکل های مردمی و شوراهای محلی برای برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برنامه های ارتقای سلامت مدرسه، محل کار، سازمان، محله، روستا و شهر
- ✎ شناسایی امکانات محلی، بسیج و سازماندهی مردم برای اقدامات اجتماعی حامی سلامت

