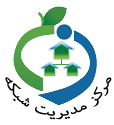
|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Documents and Settings\user\Desktop\download (5).jpg** | **logo final moavenat copy** |

**برنامه گسترش مراقبت­های اولیه سلامت برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری**

**(روش ارائه خدمات سلامت)**

****

**دستورعمل اجرایی برنامه در**

**مناطق حاشیه شهرها و شهرهای بالای 20 هزار نفر**

**مرکز مدیریت شبکه- نسخه 4**

**امرداد 1399**

****

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **فهرست مطالب**   |  |  | | --- | --- | | **عنوان** | **صفحه** | |  |  | | [**مقدمه**](#_Hlk389368484) | **3** | | **فصل 1:** [**واژه نامه**](#_Hlk389368553) | **4** | | **فصل 2: پوشش همگانی سلامت (UHC) وگسترش مراقبت­های اولیه بهداشتی (PHC) در مناطق شهری** | **10** | | **2-1. [جمعیت هدف](#_Hlk389368780" \s "1,20543,20559,0,,فصل 3: جمعیت هدف)** | **10** | | **2-2. ارکان اجرایی و وظایف** | **10** | | **2-3. ساختار ارائه مراقبت­های اولیه سلامت** | **11** | | **2-4. استانداردهای موردنیاز فضای فیزیکی و نیروی انسانی** | **16** | | [**فصل 3:**](#_Hlk389368923) **روش اجرای کار** | **20** | | **3-1. نحوه خرید خدمات سلامت** | **21** | | **3-2. اعتبار موردنیاز و شیوه پرداخت** | **24** | | **فصل 4: روش ارائه خدمات** | **32** | | **فصل 5: پایش و ارزشیابی** | **32** | | **پیوست­ها (در دستورعمل قبلی آمده است( و لینک تفاهم نامه همکاری با وزارت تعاون** | **32** | |  |

**مقدمه:**

اجرای برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت، از سال 1393 آغاز شد و زیرساخت­های لازم برای اجرای برنامه پزشکی خانواده (Family Practice) و نهایتا ً تحقق برنامه ششم توسعه فراهم گردید. دستورعمل فعلی در ادامه دستورعمل­های پیشین، گام­های عملی برای تحقق قانون برنامه ششم و اجرای برنامه پزشکی خانواده در طول برنامه ششم را براساس ویژگی­های مدل جامع و مطلوب پزشکی خانواده ترسیم می­کند. رعایت ویژگی­های ذیل باید در اجرای دستورعمل اجرایی برنامه گسترش مراقبت های بهداشتی درمانی در مناطق شهری مورد توجه جدی و دقیق مدیران، کارشناسان و کارکنان قرار گیرد:

* جمعیت تعریف شده
* خدمات یکپارچه و ادغام یافته در نظام شبکه بهداشت و درمان و با کیفیت بالا
* هزینه قابل پرداخت برای مردم
* استمرار خدمت
* استفاده از نیروی چندپیشه آموزش دیده
* وجود یک پزشک سلامت نگر بازای هر 10000 نفر
* مشارکت بخش دولتی و خصوصی (Public Private Partnership (PPP))
* مطابقت با شبکه بهداشت و درمان
* مدیریت سلامت منطقه جغرافیایی تعریف شده
* تجمیع منابع
* استفاده از راهنماهای بالینی (گایدلاین ها)
* استقرار پرونده الکترونیکی سلامت
* برقراری نظام ارجاع
* خرید راهبردی خدمات و
* نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد

نهایتاً از زحمات شبانه روزی تمامی مسوولین و کارشناسان سطح دانشگاه­ها/ دانشکده های علوم پزشکی و شهرستان­های تابعه در حوزه معاونت بهداشت، و تمامی مدیران و کارشناسان سطح ملی این حوزه بویژه مرکز مدیریت شبکه، صمیمانه تقدیر و تشکر می نمایم. امید است با بهره گیری از تجارب پیشین و استفاده از نتایج حاصل از گسترش مراقبت­های اولیه سلامت در مناطق حاشیه و شهرهای بالای 20 هزار نفر و با پایش و ارزشیابی مستمر و منظم، دستورعمل شهری با کمترین چالش در سال­ 1399 و پس از آن به اجرای بهتر از پیش خود، ادامه دهد. به منظور پیشبرد هرچه بهتر برنامه از نظرات و پیشنهادات سطوح مختلف مدیران، کارشناسان و ارائه دهندگان خدمت استقبال می­کنیم.

**دکتر علیرضا رئیسی**

**معاون بهداشت**

**فصل1: واژه نامه**

واژه‌ها و اصطلاحات به كار رفته در اين برنامه اجرایی و دستورعمل آن داراي معاني زير مي‌باشند:

1. **مناطق حاشیه شهری (سکونتگاه‌ غیررسمی/غیرمجاز):**

براساس تعریف ستاد ملی بازآفرینی شهری پایدار وزارت راه و شهرسازی [[1]](#footnote-1) ، "بافت‌های فرسوده و تاریخی، کاربری­های غیرمعمول شهری مانند زندان­ها، خوابگاه­ها، پادگان­ها و مناطقی هستند که عمدتاً مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده‌اند و بدون مجوز و خارج از برنامه‌ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری (طرح‌های جامع و تفصیلی) در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده اند، عمدتاً فاقد سند مالکیت هستند و از نظر ویژگی‌های کالبدی و برخورداری از خدمات رفاهی، اجتماعی و فرهنگی و زیرساخت‌های شهری شدیداً دچار کمبود می باشند". جمعیت این مناطق براساس سرشماری سال 1393 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیش از 10 میلیون نفر بوده است و در سال جاری برآورد حدود 14 میلیون نفر است.

1. **شهرهای بالای 20 هزار نفر و کلانشهرها**

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برمبنای سرشماری 1395 این دسته از شهرها در کلیه استان­های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی آن در سال 1399 بالغ بر 56 میلیون نفر (جمعیت شهری بالای 20 هزار نفر و حاشیه) را شامل است.

1. **خدمات سلامت:**

* فعالیت‌هایی است که منجر به ارتقای سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحت و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و [معنوی] در انسان می‌شود.
* مجموعه فعالیت‌ها و فرآیند‌هایی است که بستر لازم به منظور حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می‌كند. خدمات سلامت به طور اعم در برگيرنده امور مربوط به تغذيه، بهداشت، پيشگيري، تشخيص، درمان، بازتواني، بيمه خدمات سلامت، آموزش و تحقيقات و فناوري در حوزه‌هاي ذيربط و همچنين، كنترل كيفيت و ايمني مواد و فرآورده‌هاي دارويي، بيولوژيك، خوردني، آرايشي، بهداشتي و ملزومات و تجهيزات پزشكي و اثربخشي فرآورده‌هاي دارويي و بيولوژيك می‌باشند[[2]](#footnote-2).

1. **خدمات همگاني سلامت:**

خدماتي که بدون توجه به سن، جنسيت، نژاد، مليت، قوميت، معلوليت، دين و مذهب در دسترس آحاد مردم قرار داده مي‌شود. خدمات همگاني به اين معنا نيست که همه افراد، تحت پوشش تمامي خدمات قرار مي‌گيرند؛ خدمات همگاني سلامت با سه بعد زير تعريف مي‌شوند:

* وسعت خدمات (پوشش جمعیت)
* نوع خدمات (بسته خدمت جامع و ادغام یافته)
* پوشش هزینه

1. **مراقبت‌های اولیه سلامت:**

خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی است، که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها در دسترس همگان قرار می‌گیرند، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید. این مراقبت‌ها، هم بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت کشور و وظیفه محوری کانون اصلی توجه آن است و هم بخشی تفکیک‌ناپذیر از توسعه کلی اقتصادی و اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهند. این مراقبت‌ها اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشور است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند، نزدیک می‌کند و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد (بند 6 اعلامیه آلماآتا)[[3]](#footnote-3).

1. **خدمات بهداشت عمومی:**

خدمات سلامت هستند که کل جمعیت را هدف قرار می دهند. همچون تحلیل وضعیت سلامت، نظام مراقبت سلامت، توانمندسازی، آموزش و ارتقای سلامت و اجرای برنامه ملی خودمراقبتی، ترویج سلامت، خدمات پیشگیری، کنترل بیماری های واگیردار، بیماری­های غیرواگیر، بهداشت محیط، آمادگی و پاسخ در بحران و بهداشت حرفه ای[[4]](#footnote-4).

1. **ارجاع و سطح‌بندی در نظام ارائه خدمات سلامت:**

* **تعریف ارجاع:**
  + فرآیندهایی است که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را تعیین می‌کند. ارجاع درون سطح به عنوان ارجاع افقی و ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می‌شود.
* سازوکاری برای ارائه خدمات سلامت است که متقاضیان (آحاد مردم شناسایی‌شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پایگاه سلامت مراجعه کرده و تشکیل پرونده ‌می­دهند. مراجعه کننده در نقطه تماس اول، توسط تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت و در شرایط خاص، پزشک عمومی)، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می‌گیرد. در صورت نیاز به خدمات تخصصی­تر (در همان سطح یا سطح بالاتر)، وی به صورت هدایت‌شده 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 مشاوره 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 بازخوراند) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین‌تر) منعکس می‌کند و باید در انتها، تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، به تیم سلامت بازگردانده شود.
* **تعریف سطح بندی:** 
  + **سطح پایه:** همان خانوار است که کل خدمات باید از خانوار آغاز شود و با اجرای برنامه هر خانه یک پایگاه سلامت به این سطح ارائه خدمت توجه ویژه شده است.
  + چيدمان خاص واحدهاي ارایه دهنده خدمات و مراقبت­هاي سلامت براي آنكه دسترسي مردم به مجموعه­ي خدمات موردنیاز تا جايي كه ممكن است سهل، سريع، عادلانه، با كمترين هزينه و با بيشترين كيفيت باشد. سطح بندي قراردادي است و به مقتضاي شرايط توسط برنامه ريزان انجام مي­گيرد[[5]](#footnote-5).

خدمات و مراقبت‌هاي سلامت **در دو سطح در اختيار افراد و جامعه** تحت پوشش گذاشته مي‌شود:

* + **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 بیماری، تدبیر فوریت‌ها، و مدیریت افراد تحت پوشش و **خدمات جامعه محور** (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری­های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، آسیب‌ها و جراحات در اپیدمی­ها و بلایا، آب آشامیدنی سالم، بسیج اطلاع رسانی، و پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی **پایگاه سلامت** تعريف می­شود که با استاندارد نيروي انساني، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در حاشيه شهرها و مناطق شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبكه بهداشت و درمان كشور ارائه می‌گردند. در ضمن،

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 (به جزء آزمایشات غربالگری تعریف شده در بسته خدمات نوین سلامت که به صورت رایگان انجام می­شوند و فهرست آنها در پیوست آمده است).

**پایگاه­های سلامت** به طور معمول در جايي با بیشترین دسترسی به محل زندگي گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستين سطح تماس فرد با نظام سلامت از طريق تیم سلامت اتفاق مي‌افتد. **اين دسته از خدمات به شرط نبود بخش دولتی با اولويت برونسپاري و خريد خدمت از بخش خصوصی فراهم و ارائه می‌گردد (خرید راهبردی خدمات) و در صورتی که، داوطلب برای واگذاري ارائه خدمات در بخش خصوصی وجود نداشته باشد، بايد خدمات از طريق بخش دولتي ارائه شود.**

**مرکز خدمات جامع سلامت** با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی سابق (درصورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات مربوط به پیشگیری، مراقبت­ها و بیماری های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی، سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، سلامت دهان و دندان، مشاوره ژنتیک، اختلالات تکاملی، بهداشت محیط و حرفه ای از پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن نظارت و مدیریت سلامت منطقه و پایگاه­های سلامت 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 سطوح بالاتر و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

* + **سطح دوم:** شامل خدمات تخصصي و فوق تخصصی می‌شود كه توسط واحدهاي سرپايي تخصصی و فوق 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، مشاوره، خدمات دارویی و فرآورده­های مربوطه, خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.

اين دسته از خدمات در اختيار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار مي‌گيرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتيجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت كار مطلع سازد.

خدمات فوق در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف تفاهم شکل می‌گیرند. **اولويت با دریافت خدمت از بخش دولتي است.**

1. **مشارکت بخش دولتی با بخش خصوصی[[6]](#footnote-6):**

ارائه خدمات از طريق توسعه بخش خصوصي، تعاوني ها، نهادها و موسسات عمومي غيردولتي واجد شرایط با نظارت و حمايت دولت و با استفاده از شيوه‌هاي زیر انجام می‌شود:

* اعمال حمايت‌هاي لازم از بخش خصوصي (تعاوني، خیریه و نهادها و موسسات عمومي غيردولتي NGO) مجري اين وظايف.
* خريد خدمات از بخش خصوصي (تعاوني، خیریه و نهادها و موسسات عمومي غيردولتي NGO).
* اشخاص حقیقی طرف قرارداد (شامل: پزشک، ماما، کارشناس بهداشت عمومی، روانشناس بالینی، کارشناس تغذیه، کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی).

1. **پزشك:**

* فردی با حداقل مدرک دکترای پزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار پزشکی (دارای شماره نظام پزشکی و فاقد منع قانونی برای فعالیت حرفه ای) که ***مسوولیت فنی ارائه خدمات مستقیم به مراجعین و ارائه خدمت به موارد ارجاعی ازسوی مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه*** را بدون تبعيض به عهده دارد. پزشک در مراکز خدمات جامع سلامت مستقر می­باشد که مسوولیت خدمات فنی به جمعیت تحت پوشش؛ قبول ارجاعات از سوی مراقب سلامت، و سایر اعضای تیم سلامت در پایگاه­های سلامت و نظارت فنی بر عملکرد آنها و ویزیت مراجعین، را به عهده خواهد داشت.
* پزشك وظیفه دارد براي حفظ و ارتقاي سلامت، برابر روش کار در بسته خدمت سطح اول و دستورعمل­های ابلاغی، فرد را در صورت نیاز به ساير ارائه‌دهندگان خدمات سلامت سطح اول و سطوح بالاتر ارجاع دهد.
* یکی از پزشکان (بازای هر 100 تا 200 هزار نفر) پس از طی دوره آموزشی مشاوره ژنتیک، این خدمات را براساس دستورعمل مربوط، ارائه می­دهد.

1. **دندانپزشك:**

* فردی با حداقل مدرک دکترای دندانپزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار دندانپزشکی (دارای شماره نظام پزشکی و فاقد منع قانونی برای فعالیت حرفه ای) که ***مسوولیت فنی ارائه خدمات مستقیم به مراجعین و ارائه خدمت به موارد ارجاعی ازسوی مراقب سلامت*** را بدون تبعيض و با اولویت گروه هدف به عهده دارد. دندانپزشک در مراکز خدمات جامع سلامت مستقر می­باشد که مسوولیت خدمات فنی پایگاه­های سلامت تحت پوشش؛ قبول ارجاعات از سوی مراقب سلامت در پایگاه­ها، نظارت بر عملکرد آنها و ویزیت مراجعین، را به عهده خواهد داشت. در مراکز با جمعیت تحت پوشش پایین، بهتراست باتوجه به دسترسی جغرافیایی مردم، بازای هر دو تا سه مرکز خدمات جامع سلامت، دندانپزشکان در یک مرکز مستقر شوند تا در نبود هریک از آنها، ارائه خدمات با مشکل مواجه نشود.
* دندانپزشك وظیفه دارد براي حفظ و ارتقاي سلامت جامعه هدف در بسته خدمت سطح اول، فرد را در صورت نیاز به ساير ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر ارجاع دهد.
* دندانپزشک مرکز خدمات جامع سلامت وظیفه نظارت بر عملکرد تیم سلامت مستقر در پایگاه­های سلامت ضمیمه و غیرضمیمه تابع مرکز در حوزه سلامت دهان و دندان را نیز به عهده دارد. هر دندانپزشک به یک مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک) با مدرک کاردان پرستار دندانپزشک، کاردان دهان، و سایر کاردان­های بهداشتی و درصورت نبود، با مدرک دیپلم پس از گذراندن دوره آموزشی ویژه، نیاز دارد.

1. **تیم سلامت:**

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی هستند که بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد قرار می­دهند[[7]](#footnote-7) . اعضای تیم سلامت شامل: پزشک، مراقب سلامت؛ کاردان/کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای؛ کارشناس تغذیه و رژیم درمانی؛ کارشناس سلامت روان؛ پرستار/بهیار؛ پذیرش؛ و در صورت لزوم دندانپزشک، مراقب سلامت دهان و نمونه گیر آزمایشگاهی یا کارکنان آزمایشگاه هستند. باتوجه به اتخاذ راهکار خودمراقبتی، جمعیت تحت پوشش، افراد و نمایندگان مردم و سازمان­ها از جمله سفیران سلامت، داوطلبین سلامت و داوطلبین متخصص نیز جزو این گروه محسوب می­شوند.

* **مراقب سلامت:** فردیست با مدرک تحصیلی کاردانی یا کارشناسی در رشته های بهداشت خانواده؛ بهداشت عمومی؛ پرستاری؛ مامایی و مبارزه با بیماری­ها (درمورد مردان) که پس از **طی دوره آموزشی تعریف شده** مندرج در فصل آموزش این دستورعمل، به فردی چندپیشه به نام**"مراقب سلامت"**  تبدیل می­شود. استمرار آموزش بصورت بازآموزی­های حداقل یک روز در ماه (براساس اولویت­های نظام سلامت، منطقه جغرافیایی مربوطه، مشکلات و کمبودهای آموزشی افراد باتوجه به نتایج حاصل از نیازسنجی آموزشی) نیز در نظر گرفته شده است.
* حداقل 40 درصد از مراقبین سلامت در هر پایگاه سلامت باید دارای مدرک تحصیلی کارشناسی مامایی و نظام پزشکی مامایی باشد که **ماما مراقب** نامیده می­شود. مسوول هر پایگاه سلامت، یک ماما مراقب است که با نظر رییس مرکز خدمات جامع سلامت انتخاب می­گردد.
* کلیات وظایف مراقب سلامت و ماما مراقب مستقر در پایگاه­ سلامت، به قرار زیر است:
* ***این فرد موظف به استفاده از نتایج سرشماری یا بروز رسانی تعداد جمعیت، شناسایی ترکیب جمعیت، غربالگری برابر برنامه های سلامت و خدمات ابلاغ شده، به خانوارهای تحت پوشش* خود می­باشد.**
* ***مسووليت پیگیری و تداوم خدمات با مراقب سلامت خواهد بود***. پایش، نظارت و ارزیابی نحوه ارائه بسته خدمات توسط مراقب سلامت، به عهده مرکز خدمات جامع سلامت است.
* *ریز وظایف مراقب سلامت، ماما مراقب و سایر اعضای تیم سلامت در پیوست آمده است.*

1. **بسته خدمات سلامت مورد تعهد این برنامه:**

مجموعه­ای از خدمات هزینه اثربخش و داراي اولويت همچون خدمات خود‌مراقبتی، خدمات سلامت عمومی، خدمات سلامت فردی سطح اول، و خدمات برحسب نیاز (آسیب‌های اجتماعی) است كه توسط سطوح بالاتر یا ملی تعیین و توسط تیم سلامت ارائه يا فراهم مي‌شود.

* **بسته‌هاي خدمت سلامت** این برنامه، شامل 4 گروه خدمات اولیه فردي، عمومي، درمانی و خدمات برحسب نیاز به شرح زیر هستند:

**خدمات سلامت عمومی:** شامل بسته‌هاي خدماتي است كه در حال حاضر براي جامعه و به صورت عمومي ارائه می‌شود مانند: خدمات بهداشت محيط (آب سالم، غذای ایمن و هوای پاک) ؛ خدمات بهداشت مدارس؛ بهداشت حرفه‌اي؛ بهداشت اجتماعي (آموزش بهداشت و ارتقای سلامت) و خدمات خاص در اپيدمي‌ها و مدیریت خطر بلایا. مواردی از این خدمات بصورت بسته خدمت می­باشد. این مجموعه با نامه شماره 3154/308د به تاریخ 26/2/1395 با عنوان بسته خدمات سلامت سطح اول ارسال شده و در پایگاه اطلاع رسانی معاونت بهداشت با نشانی <http://health.behdasht.gov.ir> موجود است.

* **خدمات/مراقبت­های اولیه سلامت فردی:** بسته‌هاي خدمات بهداشتی ادغام يافته در نظام شبكه‌هاي بهداشت و درمان هستند كه بايد برحسب ساختار جمعيت تحت پوشش و گروه­های مختلف سنی به آنها ارائه گردد مانند: برنامه‌هاي سلامت خانواده و جمعيت؛ سلامت باروری (مادران باردار، تعالی جمعیت)؛ واکسیناسیون؛ برنامه‌هاي مبارزه و کنترل بيماري‌هاي واگيردار، پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری­های مزمن و غيرواگير؛ خدمات تغذيه، سلامت روان، اعتیاد، سلامت شغلی، مشاوره و .... این بسته از خدمات**، در مجموعه بسته خدمات سلامت سطح اول** آمده است.
* **بسته خدمات درمانی:** شامل خدماتي است كه برحسب نياز و درخواست فرد یا برای موارد ارجاعی از سوی مراقب سلامت (دارای عوامل خطر یا بیماری هدف واگیردار/غیرواگیر) در سطح پزشک عمومی ارائه می­شود. راهنماهای بالینی مربوط توسط ادارات فنی حوزه معاونت بهداشت تهیه شده یا درحال تدوین هستند که **همراه دستورعمل** یا متعاقباً ارسال می­شوند.
* **سایر خدمات سلامت (حسب مورد):** شامل خدماتي می‌شود که ارائه آن­ها براساس مشکلات سلامت منطقه برگرفته از نيازسنجي، ضرورت مي‌يابد و بسته خدمتي آن بايد توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مشارکت دانشگاه فراهم شده و در اختيار ارائه‌دهندگان خدمت قرار گيرد مانند: خدمات تغذیه جامعه، خدمات مشاوره و ...
* **بسته‌هاي خدمت سلامت:** تعریف دیگری که براساس گروه­های سنی به عنوان **بسته مراقبت­های جاری سلامت** و **بسته مراقبت­های بیماری یا عامل خطر** با عنوان خدمات پیشگیری و ارتقایی در گروه­های سنی دسته بندی می­شوند

1. **پرونده الکترونیکی سلامت و پرونده خانوار:**

پرونده الکترونیکی سلامت خانوار مبتنی بر شناسه کد (شناسه) ملی برای هر ایرانی و غیرایرانی ایجاد می‌شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می‌گردد و با استفاده از رمز عبور و الزامات ضروری و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط فرد، مراقب سلامت وی، پزشک معالج او یا سایر افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع در سراسر کشور ایجاد خواهد شد[[8]](#footnote-8). پرونده توسط مراقب سلامت مسوول آن خانوار در سامانه تشکیل و تکمیل می­شود و فرم­های هر پرونده برحسب شرایط افراد تشکیل دهنده خانوار منطبق با برنامه های خدمتی تعریف شده در بسته خدمت خواهد بود. به عنوان مثال اگر در خانوار، فرد سالمند وجود دارد باید اطلاعات مربوط به این برنامه برای آن فرد در پرونده تکمیل شود. براساس شرایط ارجاع افراد خانوار به پزشک؛ کارشناس تغذیه یا کارشناس سلامت روان باید فرم ارجاعی متناسب با نوع برنامه و دارای خلاصه ای از داده های موردنیاز پذیرنده ارجاع، توسط مراقب سلامت یا مراقب سلامت- ماما تکمیل شود و به همراه فرد ارجاع شده به واحد پذیرش ارسال گردد (ارجاع الکترونیکی).

1. **خرید راهبردی خدمات سلامت:**

جستجوي مستمر روش‌هايي براي ارتقاي عملكرد نظام سلامت از طريق تصميم‌گيري درمورد تركيب بسته، مزايا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگي خريد و قيمت­گذاري خدمات، تعيين افراد تحت پوشش يا انتخاب نوع خدمت، خريد از چه كسي، چگونگي خريد و خريد براي چه كسي براي رساندن عملكرد نظام سلامت به حداكثر مطلوبيت[[9]](#footnote-9).

1. **برونسپاری خدمت (Outsourcing):**

به واگذاری [فرایندها](https://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%81%D8%B1%D8%A7%DB%8C%D9%86%D8%AF)ی راه اندازی یا ارائه ی خدمات یک واحد ارائه دهنده خدمت به بخش خصوصی صاحب صلاحیت در قالب قراردادی مشخص گفته می­شود به عبارت دیگر «سفارش انجام یک بسته معین از خدمات سلامت به خارج از سازمان».

1. **نظام پرداخت به ارائه­دهندگان خدمات:**

# شيوه خريد يا جبران مالي خدمات­ و مراقبت­هايي كه پزشک، مراقب سلامت، يا تیم سلامت، در اختيار افراد يا جامعه مي‌گذارند. پرداخت در اين برنامه، به صورت Mixed Payment است که مجموعه حقوق ثابت (براساس طرح هماهنگ طبقه بندی مشاغل قانون کار در سال 1399) و درصدی به عنوان کارانه (براساس عملکرد برگرفته از سامانه) و نتیجه ارزشیابی فصلی (با استفاده از چک لیست) مي­باشد.

* **شیوه پرداخت پاداش (Bonus):**

روش پرداخت مستقلی نبوده و مبلغ متغیری است که بازای اقدامات و خدمات خاصی که مرکز مدیریت شبکه اعلام می­کند برابر روش اعلامی، مبالغی علاوه بر حق الزحمه پرداخت می شود.

این پرداخت با هدف بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت در خدمات سلامتی، براساس ارزشیابی و میزان دستیابی به عملکردها و شاخص­های از پیش تعیین شده پرداخت می­گردد.

[**فصل 2: پوشش همگانی سلامت (UHC) وگسترش مراقبت­های اولیه بهداشتی (PHC) در مناطق شهری**](#_فصل_3:_جمعیت)

* 1. **جمعیت هدف:**

**ماده 1:** **جمعیت هدف این برنامه شامل جمعیت ساکن در مناطق شهری است که براساس اجرا، در 2 گروه زیر فازبندی شده اند:**

**الف: جمعیت مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه­های غیررسمی:** براساس تعریف سال 1395 وزارت کشور جمعیت ساکن در حاشیه شهرها و سکونتگاه­های غیررسمی برابر با 10159352 نفر می­باشد. برآوردها نشان می­دهد که این جمعیت در حال حاضر بالغ بر 14 میلیون نفر است.

**تبصره 1:** بخشی از این جمعیت، اتباع خارجی هستند و خدماتی که ارائه آنها اثرات فرافردی[[10]](#footnote-10) دارد مانند خدمات مراقبت­های اولیه سلامت به صورت رایگان و براساس مصوبه ستاد ملی به این افراد نیز ارائه می‌شود.

**تبصره2:** دانشگاه/ دانشکده‌هاي علوم پزشكي و خدمات بهداشتی درمانی [که از این به بعد دانشگاه/ دانشکده‌ نامیده می­شود] موظف اند جمعيت و جامعه مورد نظر این برنامه را از طريق انجام سرشماري، شناسايي و تركيب جمعیت، ساختار واحدهای ارائه‌دهنده خدمت و توزیع دریافت خدمت مشخص کنند.

**ب: جمعیت شهرهای بالای 20 هزار نفر:** جمعیت ساکن در شهرهایی با جمعیت بیش از 20 هزار نفر می­باشد. پیش بینی جمعیت کشور برای سال 1399 نشان دهنده آن است که جمعیت کل این شهرها حدود 42 میلیون نفر (بدون احتساب جمعیت حاشیه نشین) خواهد بود.

جمعیت قابل قبول و قابل محاسبه در شاخص­های مختلف عملکردی، **جمعیت حداقل یکبار دریافت کننده خدمت و جمعیت فعال** است که برحسب نوع شاخص از سامانه های یکپارچه بهداشت قابل احصا می­باشد.

**جمعیت حداقل یکبار دریافت کننده خدمت** یعنی جمعیتی که در 365 روز گذشته براساس داده های سامانه، حداقل یک خدمت دریافت کرده باشد.

**جمعیت فعال** یعنی جمعیتی که براساس بسته خدمت از آخرین باری که باید برای دریافت خدمت/ مراقبت مراجعه کند، کمتر از 3 ماه گذشته باشد. در صورتیکه این زمان از 3 ماه فراتر رود، پرونده فرد در سامانه، غیرفعال خواهد شد.

* 1. **[ارکان اجرایی و وظایف](#_فصل_5:_ارکان)**

**ماده 2:** واحدهای مرتبط و مسوول در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی، موظف به بستر سازی و اجرای دقیق این برنامه هستند.

**وظایف کشوری:**

* تدوین و ابلاغ سیاست­های اجرایی برای یکپارچه سازی و مدیریت منابع مالی و غیرمالی در برنامه های تحول در حوزه بهداشت
* تدوین و ابلاغ دستورعمل اجرایی برنامه های تحول
* هماهنگی با ذینفعان در سطح ملی
* اطلاع رسانی رسانه ای در سطح ملی درباره اقدامات انجام گرفته
* تامین و توزیع اعتبار مورد نیاز

**تبصره 1:** محل دبیرخانه واحد کشوری در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت می­باشد.

**تبصره 2:** اقدامات اجرایی به عهده مرکز مدیریت شبکه و با همکاری واحدهای فنی است.

**تبصره 3:** تمام برنامه ها و دستورعمل­های اجرایی سطح ملی با پاراف رییس مرکز مدیریت شبکه و ابلاغ معاونت بهداشت قابلیت اجرا دارد.

* 1. **ساختار ارائه مراقبت­های اولیه سلامت**

**ماده 3:** واحدهای ارائه مراقبت­های اولیه سلامت به یکی از اشکال زیر می­باشند:

* ***پایگاه سلامت*** براساس تراکم جمعیت بازای هر 5 تا ۲۰ هزار نفر در منطقه (متوسط برای جمعیت 12500 نفر) با نیروی شاغل زیر توسط طرف قرارداد راه­اندازی می­شود.:
  + ***مراقب سلامت:*** بازای هر 2500 نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه (**جمعیت فعال**)، یک نفر.
  + باید حداقل یک تا دو نفر دارای مدرک کارشناسی مامایی با نظام مامایی (**ماما مراقب**) باشند.
  + یادآور می­شود پایگاه سلامت باید حداکثر تلاش خود را برای **فعال** شدن خدمات کل جمعیت تحت پوشش انجام دهد. چنانچه در طول سه ماه، هیچ تغییری در خدمات ارائه شده هر مراقب سلامت صورت نگیرد وی و مسوول پایگاه سلامت باید پاسخگو باشند.

در این واحد، خدمات فعال مراقبت­های جاری برای همه افراد جامعه تحت پوشش در قالب بسته خدمات سطح اول ارائه می­گردد. **در پایگاه سلامت خدماتی برای جمعیت و منطقه تحت پوشش انجام می­شود که کلیات آن در بسته خدمت آمده است:**

1. بروز رسانی جمعیت تحت پوشش و ثبت اطلاعات
2. شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن
3. تشکیل و ارائه خدمت مبتنی بر پرونده الکترونیکی سلامت
4. ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش و پیگیری آنها (با استفاده از داوطلبین سلامت، سفیران سلامت، ارسال پیامک، تلفن و ... و پیگیری درب منزل)
5. ارائه خدمات مکمل یاری (مکمل­های دارویی)
6. اجرای برنامه خودمراقبتی (مطابق بسته خودمراقبتی)
7. اجرای دقیق و کامل کلیه بسته های خدمت مصوب ابلاغ شده
8. خدمات نمونه گیری و ارسال نمونه ها به آزمایشگاه­های تعیین شده در دستورعمل مربوط (البته درمورد نمونه هایی که نیاز به گرفتن نمونه خون و ادرار است، این کار در مرکز انجام می­شود)
9. ...

**تبصره1:** مسوول پایگاه سلامت از بین کارکنان مستقر در پایگاه، انتخاب و توسط پیمانکار (در شرایط برونسپاری) یا توسط معاون مرکز خدمات جامع سلامت (در شرایط دولتی) منصوب می­شود. به دلیل افزودن مسوولیت بیشتر به مسوول، نسبت به سایرین، می­توان برای این فرد، اضافه پرداختی **تا 5%** هزینه حقوق اداره کار بابت حق مسوولیت درنظر گرفت (مسوول پایگاه سلامت ترجیحاً بهتر است از بین ماما مراقب ها انتخاب گردد).

* ***مرکز خدمات جامع سلامت*** بازای هر 2 تا 8 پایگاه سلامت (جمعیت 25 تا 100 هزار نفر جمعیت باتوجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت بطوریکه میانگین جمعیت مراکز در شهرهای عادی حدود 40000 نفر باشد و در مورد کلانشهرها این میانگین حدود 60 هزار نفر یا بیشتر برحسب تراکم جمعیت و دسترسی مردم خواهد بود)، یک مرکز خدمات جامع سلامت براساس آخرین بازنگری دفاتر طرح گسترش شبکه بهداشت و درمان درنظر گرفته می­شود. برای شهرهای با جمعیت کمتراز 25 هزار نفر، وجود یک مرکز خدمات جامع سلامت الزامی است. نیروی شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت عبارتنداز:
  + ***پزشک عمومی*** : بازای هر 10000 نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه (**جمعیت فعال**) یک پزشک. هر ‍‍‍‍‍ مرکز خدمات جامع سلامت باید حداقل دو پزشک داشته باشد. تصویب پزشک سوم در طرح گسترش شبکه مستلزم اضافه شدن50 درصد جمعیت پایه به جمعیت تحت پوشش مرکز (حدود 5000 نفر) خواهد بود. (به عبارت دیگر، برای حضور پزشک سوم باید جمعیت فعال 25 هزار نفر باشد). به منظور تسهیل دسترسی مردم ، براساس جمعیت تحت پوشش و مطابق برنامه از پیش تعیین شده ، پزشک / پزشکان مرکز باید حداقل یک یا دو روز در هفته در پایگاه­های سلامت تحت پوشش خود حضور فعال داشته و ضمن پذیرش ارجاعات و ویزیت بیماران بر عملکرد مراقبین سلامت نیز نظارت نمایند.
  + ***پذیرش / کارشناس فناوری اطلاعات سلامت:*** یک نفر بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت که حداقل باید کاردان یا کارشناس یکی از رشته های بهداشتی درمانی / مدیریت/آمار/فناوری اطلاعات سلامت/ مدارک پزشکی/حسابداری/ علوم کامپیوتر/IT باشد.
  + ***کارشناس سلامت روان:*** بازای هر 40 هزار نفر جمعیت فعال، یک کارشناس سلامت روان با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بکارگیری می­شود. به منظور تسهیل دسترسی مردم ، براساس جمعیت تحت پوشش و مطابق برنامه از پیش تعیین شده ، باید حداقل یک یا دو روز در هفته در پایگاه­های سلامت تحت پوشش خود حضور فعال داشته و ضمن پذیرش ارجاعات و ویزیت بیماران بر عملکرد مراقبین و ارائه آموزش­های آنها به مراجعین نیز نظارت نماید.
  + ***کارشناس تغذیه:*** بازای هر 40 هزار نفر جمعیت فعال، یک کارشناس تغذیه با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد تغذیه بکارگیری می­شود. به منظور تسهیل دسترسی مردم ، براساس جمعیت تحت پوشش و مطابق برنامه از پیش تعیین شده ، باید حداقل یک یا دو روز در هفته در پایگاه­های سلامت تحت پوشش خود حضور فعال داشته و ضمن پذیرش ارجاعات و ویزیت بیماران بر عملکرد مراقبین و ارائه آموزش­های آنها به مراجعین نیز نظارت نماید.
  + ***کارشناس بهداشت محیط:*** بازای هر 300 تا 500 امکنه قابل بررسی توسط کارشناس بهداشت محیط در محدوده مرکز، یک کارشناس درنظر گرفته می­شود. البته در دانشگاه­هایی که دفاتر خدمات سلامت بهداشت محیط راه اندازی و فعال شده اند، مطابق درصد پوشش دفاتر خدمات سلامت این شاخص تا ده برابر یعنی 3000 امکنه افزایش می­یابد. (مطابق با نامه شماره 3911/300د مورخ 12/3/1397).
  + ***کارشناس بهداشت حرفه ای:*** بازای هر 300 تا 500 کارگاه یا کارخانه قابل بررسی توسط کارشناس بهداشت حرفه ای در محدوده مرکز، یک کارشناس درنظر گرفته می­شود. البته در دانشگاه­هایی که دفاتر خدمات سلامت بهداشت حرفه ای راه اندازی و فعال شده اند، مطابق درصد پوشش دفاتر خدمات سلامت این شاخص تا ده برابر یعنی 3000 واحد کارگاهی/ کارخانه ای افزایش می­یابد (مطابق با نامه شماره 3911/300د مورخ 12/3/1397).
  + ***پرستار/ بهیار:*** بازای هر مرکز، یک نفر برای انجام خدمات تزریقات، پانسمان و مراقبت از بیمار در شرایط خاص تعیین می­گردد. این فرد در صورت نبود آزمایشگاه، کار نمونه گیری آزمایشگاه را نیز به عهده دارد.
  + ***کاردان/ کارشناس آزمایشگاه:*** درصورت نیاز به فعالیت واحد آزمایشگاه در مرکز، متناسب با جمعیت خدمت گیرنده و براساس مصوبه آخرین بازنگری طرح­های گسترش شبکه، نیروی کاردان/ کارشناس آزمایشگاه درنظر گرفته می­شود. در چنین شرایطی مسوول فنی آزمایشگاه مرکز، مسوولی است که در مرکز بهداشت شهرستان حضور دارد. توصیه میشود آزمایشگاههای مراکز نزدیک به هم، در یک مرکز با دسترسی تا نیم ساعت با خودرو مجتمع گردند.
  + ***دندانپزشک:*** درصورت نیاز به حضور دندانپزشک در مرکز، متناسب با جمعیت تحت پوشش دندانپزشک بکارگیری می­شود (بازای هر دندانپزشک، یک نفر مراقب سلامت دهان با عنوان دستیار دندانپزشک بکارگیری می­شود که باید آموزش­های لازم را دیده باشد. حضور مراقب سلامت دهان وابسته به حضور دندانپزشک است و پرداخت به وی از محل درآمدهای دندانپزشکی خواهد بود). حضور دندانپزشک وابسته به وجود یونیت سالم در مرکز است.

وظایف بهداشتکار دهان و دندان مطابق نظر کارشناسی دفتر سلامت دهان و دندان است و پرداخت به آنها براساس قانون کار مطابق طرح هماهنگ طبقه بندی مشاغل و عملکرد ثبت شده آنها در سامانه می­باشد. کاردان­های بهداشت دهان، به هیچوجه جایگاه بهداشتکار دهان و دندان را ندارند. درمورد خدمت دندانپزشکی نیز توصیه می­شود دندانپزشکان چند مرکز با فاصله زمانی دسترسی، در یک مرکز مجتمع گردند.

* + ***مراقب ناظر:*** یک نفر کارشناس بهداشت عمومی یا مبارزه با بیماریها یا مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (ترجیحاً مرد) در هر مرکز خدمات جامع سلامت برای نظارت بر کل فعالیت­های پایگاه­های سلامت تحت پوشش مرکز و ارائه خدمات مربوط به پیگیری بیماری­های واگیردار و غیرواگیر که نیاز به ارائه خدمت در بیرون از مرکز دارند، بکارگیری می­شود.

**تبصره1:** چنانچه علاوه بر افراد ارجاع شده از طریق سایر اعضای تیم سلامت، تعداد مراجعین سرپایی بازای هر پزشک (بیماران مراجعه مستقیم یعنی علاوه بر افرادیکه از طریق مراقب سلامت، کارشناس تغذیه و روان و ... به پزشک ارجاع می شوند)، **بیش از ۱۵ نفر در روز** باشد، می­توان برای پاسخگویی به این مراجعین، مرکز را در صورت وجود فضای اضافی لازم در ساعات صبح و در غیر اینصورت در خارج ساعات فعالیت مرکز به پزشک/ پزشکان (مجاز) بخش خصوصی غیراز پزشک موظف این دستورعمل با قرارداد متناسب به منظور ارائه خدمات پزشکی عمومی واگذار کرد. بدیهی است حالت اخیر نه تنها برای مرکز هزینه اضافی ایجاد نمی­کند، بلکه می­تواند درآمد زا نیز باشد.

**تبصره2:** در صورتیکه پزشک تا 50% مراقبت­ها و ارجاعات را بدرستی انجام دهد، می­تواند بیش از 15 نفر در روز ویزیت داشته باشد.

**تبصره3:** اولویت کار پزشکان، مراقبت بیماری­های غیرواگیر (NCD) و واگیردار هدف در جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت، قبول ارجاعات از مراقبین سلامت و نظارت بر آنها می­باشد (درکل باید تمام خدمات جاری مطابق بسته های خدمت را ارائه دهند). درضمن، پزشکان، وظیفه نظارت فنی بر کارکنان پایگاه­های سلامت همراه با مراقب ناظر را نیز برعهده دارند و نحوه کار آنها بر میزان دریافتی پزشکان تاثیر خواهد داشت.

* **وظایف مرکز خدمات جامع سلامت** شامل موارد زیر است:

1. مدیریت سلامت منطقه جغرافیای تحت پوشش (مرکز و پایگاه­های سلامت)

* پایش و ارزشیابی خدمات پایگاه­های سلامت (اعم از ضمیمه و غیرضمیمه) توسط رییس مرکز، مراقب ناظر، کارشناسان بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، دندانپزشک و سایر کارکنان فنی شاغل در مرکز (کارشناس تغذیه و کارشناس سلامت روان)
* تدوین برنامه عملیاتی مرکز برای دستیابی به اهداف و کمک به برنامه ریزی عملیاتی پایگاه­های سلامت
* جمع آوری داده های خدمات ارائه شده در مرکز و پایگاه­های تحت پوشش و محاسبه شاخص­های سلامت و تحلیل آنها
* ارائه پس خوراند به پایگاه­های سلامت
* تشکیل هیات امنای مردمی برای شناسایی مشکلات سلامت منطقه، برنامه ریزی و حل آنها
* جلب مشارکت خیّرین
* برنامه ریزی برای جذب داوطلبین سلامت (سفیران سلامت خانوار و رابطین سلامت محله) و اجرای برنامه "هر خانه، یک پایگاه سلامت"
* همکاری در طرح­های تحقیقاتی منطقه ای، استانی و ملی
* مدیریت پرونده الکترونیکی سلامت و به روز نگه داشتن سخت افزارهای مورد استفاده
* آموزش کارکنان و ارتقای مستمر کیفیت خدمات

1. خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش:

* خدمات سلامت روان مبتنی بر جامعه
* خدمات بهداشت محیط
* خدمات بهداشت حرفه ای
* خدمات تغذیه جامعه ( در مدارس، مهدکودک­ها، مراکز جمعی، مساجد و..)
* خدمات مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی در پیشگیری یا کمک به درمان بیماری­های هدف
* خدمات دندانپزشکی
* همکاری و مشارکت در پیشگیری وکنترل بیماری­های تحت مراقبت، اپیدمی­ها و حوادث غیرمترقبه
* خدمات مشاوره ژنتیک و تکامل کودکان که توسط یکی از پزشکان آموزش دیده مرکز، انجام می­شود (کل موارد در جمعیت تحت پوشش مرکز از پایگاه­های وابسته ارجاع داده می­شوند)

1. خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای جمعیت­های خاص و در مراکز خاص براساس ضوابط مرکز مدیریت شبکه:

* همکاری در آموزش پزشکی جامعه نگر.
* خدمات مشاوره ازدواج
* خدمات مشاوره شیردهی
* خدمات مشاوره ژنتیک
* خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری سطح اول در صورت لزوم

1. ویزیت و درمان بیماران سرپایی

* تزریقات و پانسمان

1. ارائه خدمت در قالب مراکز خدمات جامع سلامت منتخب برای شرایط بحران

* پذیرش ارجاعات
* انجام غربالگری
* هماهنگی با اورژانس 115
* ارجاع به واحدهای تخصصی و بیمارستانها
* پیگیری بیماران از طریق مراقبین سلامت

**ماده 4 :** تیم مدیریت مرکز خدمات جامع سلامت شامل رییس و معاون مرکز است. رییس مرکز یکی از پزشکان مرکز می­باشد که سابقه خدمت و ماندگاری بیشتری دارد و ترجیحاً متخصص پزشک خانواده است. معاون مرکز از بین کارکنان مرکز توسط رییس با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان انتخاب می­شود و ضمن انجام وظایف اصلی خود، در مدیریت واحد با رییس مرکز همکاری می­کند. وظیفه این تیم، علاوه بر پاسخگویی نسبت به سلامت جمعیت تحت پوشش، کنترل امور عمومی داخل مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش، مسوولیت نظارت بر چگونگی ارائه خدمات سلامت کارکنان مرکز و پایگاه­های تحت پوشش و تدوین برنامه عملیاتی سالانه و برآورد اعتبارات مورد نیاز بر اساس برنامه نیز هست.

* پایش و ارزشیابی فعالیت­های مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
  + تدوین برنامه زمانبندی موثر برای دریافت خدمات توسط مراجعین مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
  + پیگیری تهیه فهرست اقلام موردنیاز دارویی (داروی سل، شپش، و ...)، واکسن، مکمل­های دارویی و تجهیزات موردنیاز مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
  + نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی موردنیاز برای کارکنان و جمعیت هدف،
  + فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
  + تهیه گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر،
  + تنظیم فهرست و تامین مواد مصرفی (از طریق پیمانکار درصورت برونسپاری)
  + پیگیری تعمیر و بازسازی خرابی­های فضای فیزیکی مرکز،
  + تنظیم فهرست تجهیزات تعمیری و اسقاطی و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر
  + مدیریت کلیه پرداخت­ها، صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ....) و دستورهای مالی، تقسیم و تنظیم فعالیت­ها و اعمال موازین انضباطی، و جایگزینی نیروها در زمان مرخصی
  + مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز، تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان ( برای مراکز دولتی)
  + مدیریت بودجه و اعتبارات براساس برنامه عملیاتی (در مراکز دولتی زیر نظر مرکز بهداشت شهرستان انجام خواهد شد)، ثبت و نگه­داری مستندات مربوط به اعتبارات، شرح هزینه ها (ارسال اسناد به مرکز بهداشت شهرستان برای مراکز دولتی)
  + جلب مشارکت تمامی کارکنان مرکز برای ارائه خدمات مرکز.
  + نظارت بر آمار ثبتی خدمات بهداشتی ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی مرکز و پایگاه­های تحت پوشش با هماهنگی مسوول پایگاه­ها
  + تحلیل آمار و عملکرد کارکنان و ارسال پس خوراند
  + ارتقای کیفیت فرایند های خدمت و مراقبت­ها با مشارکت همه کارکنان و مردم
  + نیازسنجی سلامت منطقه و حل مشکلات سلامت منطقه با مشارکت مردم و بخش­های مرتبط با سلامت از طریق تشکیل هیات امنا مرکز
  + جلب مشارکت مردمی و همکاری­های بین بخشی برای ارتقای سلامت منطقه و مبارزه با اپیدمی­ها
  + جذب سفیران سلامت خانوار و رابطین سلامت محله و برنامه ریزی برای آموزش و توانمندسازی و مشارکت در برنامه های سلامت

**تبصره 1 :** در مراکزی که به صورت دولتی اداره می­شود رییس مرکز خدمات جامع سلامت با تایید مرکز بهداشت شهرستان انتخاب می­گردد.

**تبصره 2 :** بابت مسوولیتی که تیم مدیریت مرکز به عهده دارند، می­توان مبلغی **تا 10%** حقوق به دریافتی آنان اضافه کرد.

**ماده 5:** درتمامی مراکز خدمات جامع سلامت شهری یا شهری روستایی مستقر در مناطق حاشیه و شهرهای بالای 20000 نفر، هیات امنای مرکز با ساختار، وظایف و گردش کار مشخص تشکیل می­گردد.

**تبصره 1 :** ساختار (اعضای) هیات امنای هر مرکز عبارتنداز:

* اعضای مرتبط با حوزه شهری و شهرداری بترتیب اولویت (در صورت وجود در منطقه تحت پوشش مرکز) شامل:

**الف**: یکی از اعضای شورای اسلامی شهر یا نماینده شورای مذکور

**ب**: شهردار ناحیه

**پ**: رییس شورایاری محل

**ت**: نماینده شهرداری محل

* نماینده/ نمایندگان مدارس/ مراکز آموزشی و دانشگاهی تحت پوشش مرکز
* یکی از مسوولین پایگاه­های سلامت تحت پوشش مرکز به انتخاب رییس مرکز
* نماینده ارائه دهندگان خدمات سلامت در بخش خصوصی در منطقه تحت پوشش مرکز
* نماینده سازمان های مردم نهاد (که در حوزه سلامت فعالیت دارند)
* رییس مرکز (پزشک) که سرپرستی این هیات را به عهده دارد
* نماینده سفیران سلامت خانوار و نماینده رابطین سلامت محله

**تبصره 2 :** وظایف هیات امنای مرکز خدمات جامع سلامت شهری عبارتست از:

* آموزش سلامت در قالب برگزاری نشست­ها و گردهمایی­های برنامه های آموزشی به مردم و مسوولین منطقه (حضوری/مجازی)
* هماهنگی با مسوولین منطقه تحت پوشش به منظور ایجاد محیط حامی سلامت. رفع عوامل خطرزای محیطی و مبارزه با اپیدمی­ها
* طرح مسایل و مشکلات سلامتی منطقه و یافتن راه حل­های علمی و اجرایی برای آنها
* جلب مشارکت عموم مردم در خودمراقبتی و حمایت از برنامه های سلامت عمومی
* آموزش و اطلاع رسانی درمورد وظایف، برنامه های سلامت و خدمات قابل ارائه در پایگاه­های سلامت و مرکز

**تبصره 3 :** گردش کار هیات امنای مرکز: هرساله طی مکاتبه رسمی و مراجعه حضوری به ارگان­های دولتی و مردمی منطقه، سعی در جلب مشارکت دستگاه­های مذکور می­شود و از آنها درخواست معرفی نماینده می­گردد. پس از معرفی نمایندگان و اعضای هیات امنای مرکز، ابلاغ آنها توسط رییس مرکز صادر می­شود و هیات مزبور هر سه ماه یکبار تشکیل می­گردد و صورتجلسات به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می­شود. بدیهی است کلیه مصوبات هیات امنای مرکز پس از تایید مرکز بهداشت شهرستان قابل اجرا خواهد بود. مدیر مرکز می­تواند با سازمان­ها و ادارات منطقه و شهرداری­ها برای حل مسایل و مشکلات بهداشتی منطقه ارتباط برقرار کند.

**تبصره 4 :** رییس مرکز بهداشت شهرستان/ مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان با طرح موضوع هیات امنای مراکز خدمات جامع سلامت شهری و شهری روستایی تحت پوشش در جلسات شورای اداری شهرستان به معرفی اهداف، اعضا و وظایف هیات امنای مرکز می­پردازد و از واحدهای مرتبط، تقاضای همکاری مراکز مذکور را می نماید.

**ماده 6:** علاوه بر مراکز خدمات جامع سلامت، مدیریت کلی برنامه همانند الگوی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. وظایف مرکز بهداشت شهرستان با همکاری مراکز خدمات جامع سلامت عبارتست از:

* تهیه و ارایه طرح گسترش شبکه ارائه خدمت در منطقه و ارائه به ستاد شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/دانشکده
* مدیریت و پشتیبانی از ارائه دهندگان خدمات سلامت:
  + آموزش و توانمندسازی ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت
  + کمک به راه اندازی نظام مدیریت اطلاعات سلامت و پشتیبانی آن در واحدها
  + نظارت، پایش و ارزیابی بر عملکرد واحدها در شبکه ارائه دهندگان خدمات (اعم از دولتی و برونسپاری)
  + ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت­ها
* نظارت بر اجرای سرشماری یا به روز رسانی دوره ای از جمعیت تحت پوشش
* نیازسنجی سلامت مردم منطقه
* تضمین دسترسی به حداکثر خدمات پایه سلامت و تخصصی موردنیاز منطقه
* شناسایی واحدهای ارائه دهنده خدمات اجتماعي و مراقبت‌هاي سلامت و تامین کنندگان فرآورده‌های سلامت (دارو، تجهیزات و لوازم پزشکی و ...) در منطقه
* تهیه نقشه مسیر ارجاع افقی و عمودی و هدایت خدمت گیرندگان
* هماهنگی ارائه خدمات و مراقبت­ها در شرایط فوریت‌های پزشکی، حوادث و سوانح طبیعت و انسان‌ساز و اپیدمی­ها
* تسهیل ارائه خدمات و مراقبت­ها بصورت مجازی و غیرحضوری
* تامین مستقیم خدمات سلامت به صورت سرپایی و مراقبت روزانه در شرایط ویژه (در صورت حضور نداشتن واحدهای تشخیصی درمانی مورد تایید شبکه بهداشت شهرستان)
* مدیریت امور مالی
* تامین واکسن، مکمل­ها و داروها (بر اساس برنامه های هدف)

**ماده 7:** مدیریت تمام واحدهای برونسپاری شده با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان، به عهده طرف قرارداد است.

* 1. **استانداردهای موردنیاز فضای فیزیکی و نیروی انسانی**

**ماده 8:** واحدهایی که قبلاً برابر استانداردهای اعلامی دستورعمل های قبلی راه اندازی یا برونسپاری شده اند، می­توانند با همان شرایط و با قرارداد جدید ادامه خدمت دهند لیکن برای راه اندازی واحدهای جدید، و در قراردادهای جدید رعایت استانداردهای زیر الزامی است،طرف قرارداد باید فضاي فيزيكي مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت و نيروي انساني، به شرح زیر آماده نمايد:

1. استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای **پایگاه سلامت** با متوسط جمعیت تحت پوشش 12500 نفر بطور میانگین 130 متر مربع می باشد به نحوی که فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد:

* فضای کار مراقب سلامت و ماما مراقب (5 نفر). به منظور رعایت حریم شخصی مراجعین، بین مراقبین سلامت، حداقل پاراوان قرار داده شود (2 تا 3 اتاق با حداقل 12 مترمربع و جمعاً 36 متر مربع). البته 5 نفر به شرط تحت پوشش قرار دادن کل 12500 نفر جمعیت در پوشش پایگاه براساس سامانه
* فضای کار واکسیناسیون و نمونه گیری برای آزمایشگاه (یک اتاق 12 تا 16 متر مربع)
* فضای برگزاری جلسات آموزش و توانمندسازی جامعه درموضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی، کلاس­های آمادگی برای ازدواج و زایمان و.. با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه (20 تا 24 مترمربع که می­تواند خارج از محل پایگاه باشد).
* اتاق ارائه خدمات مامایی (به گونه ای که حریم شخصی مراجعه کننده با اطمینان رعایت گردد، دارای تخت ژنیکولوژی و فضایی برای معاینه مادر باردار مانند شنیدن صدای قلب جنین، اندازه گیری ارتفاع رحم، معاینه ژنیکولوژی، معاینه پستان، و مشاوره و اخذ شرح حال درمورد HIV ، رفتارهای پر خطر، بیماری ها و ... به منظور رعایت حریم خصوصی 12 تا 16 مترمربع). این اتاق حتما درب داشته باشد.
* سالن انتظار و فضا برای پذیرش (25 مترمربع)
* فضای آبدارخانه (6 مترمربع)
* فضای سرويس­های بهداشتي (12 مترمربع)
* **پیش بینی** امکان جداسازی مسیر ورودی و خروجی واحدهای ارائه دهنده خدمت منتخب
* **پیش بینی رمپ** برای معلولین در ساختمان­هایی که در ورودی پله وجود دارد و آسانسور برای ساختمان­های دوطبقه و بالاتر .

**توجه: در ساختمان هایی که مرکز و پایگاه در دوطبقه قراردارند باید محل استقرار پایگاه سلامت به گونه ای انتخاب شود که دسترسی به آن نسبت به مرکز راحت‌تر و در اولویت باشد.**

**توجه: در مراکز خدمات جامع سلامت منتخب باید دسترسی مردم به پایگاه سلامت ضمیمه کاملاً مجزا از ساختمان مرکز باشد تا ارتباطی بین مردم عادی مراجعه کننده به پایگاه سلامت و بیماران مراجعه کننده به مرکز منتخب ایجاد نشود.**

* برای جمعیت­های کمتر از 6000 نفر، فضای فیزیکی مورد نیاز پایگاه به حدود 100 متر کاهش می یابد.
* حداکثر پله برای پایگاه سلامت از 7 پله با ارتفاع مناسب نباید بیشتر باشد
* استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای **مرکز خدمات جامع سلامت** با جمعیت تحت پوشش 25 تا 100 هزار نفر (متوسط 60 هزار نفر برای کلانشهرها) حدود 300 تا 400 متر مربع می باشد (درصورت ضرورت می­تواند در 2 ساختمان همجوار یا در دو طبقه باشد که پایگاه سلامت ضمیمه باید در طبقه اول مستقر شود). به نحوی که علاوه بر موارد مندرج در بند 1، فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد. در صورتیکه مرکز و پایگاه در یک طبقه و در یک ساختمان قرار داشته باشند ترجیحاً ورودی مرکز از پایگاه جدا گردد (بویژه درمورد مراکز خدمات جامع سلامت منتخب).
* فضا برای رییس مرکز (12 مترمربع)
* فضا برای پزشکان (24 متر، 2 اتاق 12 متری)
* فضا برای خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای (24 مترمربع)
* فضا برای تغذیه (12 مترمربع)
* فضا برای خدمات سلامت روان (12 مترمربع)
* فضا برای سالن انتظار (حدود 50 مترمربع)
* فضا برای مراقب ناظر (حدود 12 مترمربع)
* فضا برای ارائه خدمات پرستاری (12 مترمربع)
* فضا برای پذیرش و آمار (12 مترمربع)
* فضا برای ارائه خدمات مشاوره شیردهی (12 مترمربع) در صورت وجود
* فضای برگزاری جلسات مشاوره ازدواج، آموزش و توانمندسازی جامعه، سفیران خانوار و رابطین سلامت محله درموضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی و.. با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه به مقدار 3 برابر فضای برگزاری جلسات آموزش پایگاه سلامت (فضای آموزش پایگاه سلامت در این فضا ادغام می­شود = حدود 50 مترمربع)
* فضا برای خدمات دهان و دندان (حدود 30 مترمربع) حداقل 20 مترمربع بازای هر یونیت
* فضا برای سرویس­های بهداشتی و آبدارخانه (حدود 12 مترمربع ، مشترک با پایگاه سلامت ضمیمه)
* فضای اورژانس و بستری موقت خانم­ها و آقایان (حدود 60 مترمربع)
* پیش بینی رمپ برای معلولین یا آسانسور برای ساختمان­های دوطبقه و بالاتر

**تبصره :** در مناطقی که دسترسی به سطح دوم فراهم نیست واگذاری محل مرکز در ساعات خارج اداری با یکی از روش های قانونی به متخصصین کودکان، داخلی، زنان و زایمان و روانپزشکی با هماهنگی و موافقت مرکز مدیریت شبکه بلامانع است. در مناطقی که دسترسی به داروخانه و تصویر برداری وجود ندارد با تصویب معاون بهداشت می­توان نسبت به راه اندازی آنها (با تعرفه دولتی) اقدام نمود. در این صورت باید فضای مورد نیاز داروخانه و تصویر برداری تامین گردد.

* برای جمعیت های 25 هزار نفر و کمتر، فضای فیزیکی موردنیاز به میانگین 250 تا 300 متر کاهش می­یابد. مشروط به اینکه از فضاهای ضروری که مانع ارائه خدمات می گردد کاسته نشود.
* فضای استاندارد لازم برای خدمات تشخیصی آزمایشگاهی در صورت لزوم تعیین می­گردد.

**ماده 9:** طرف قرارداد باید نیروی انسانی مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت براساس استاندارد نیروی انسانی به شرح زیر آماده نمايد:

1. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با جمعیت فعال تحت پوشش 12500 نفر به شرط پوشش 100درصد جمعیت، به قرار زیر می باشد:

* ماما مراقب (مسوول پایگاه): 1 نفر
* مراقب سلامت یا ماما مراقب 4 نفر (هر 2500 نفر یک مراقب). حداقل 40% نیروها باید ماما باشند.

**تبصره:** ارائه خدمات و نظافت بصورت خریدخدمت تامین و در سرانه لحاظ می­شود.

**یادآوری:**

* بطور متوسط برای هر 2500 نفر جمعیت فعال، یک کارشناس مراقب سلامت/ ماما مراقب درنظر گرفته می­شود.
* دانش آموختگان رشته های مامایی، بهداشت عمومی، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها و پرستاری می­توانند به عنوان مراقب سلامت یا مامامراقب (برای ماماها) فعالیت نمایند. در صورتیکه مراقب سلامت فارغ التحصیل رشته مامایی و دارای نظام مامایی یا کاردان آموزش دیده مامایی باشد باید خدمات مامایی پایگاه را نیز انجام دهد (مامامراقب). اگر همه مراقبین سلامت شاغل در یک پایگاه، دانش آموخته مامایی دارای نظام مامایی نباشند، جمعیت تحت پوشش مراقبین سلامت با مدرک تحصیلی مامایی برحسب تعداد آنها باید کمتراز سایر مراقبین سلامت با سایر مدارک تحصیلی باشد ( میانگین حدود 2000 نفر). بازای هر مراقب سلامت غیرماما که خدمات مامایی جمعیت تحت پوشش وی به عهده مامامراقب قرار می­گیرد متناسب با تعداد زنان باردار تحت پوشش از جمعیت مامامراقب، کم شده و به جمعیت مراقب/مراقبین سلامت غیرماما اضافه شود، تعداد جمعیت برآورد شده برای این جابجایی حدود 400 نفر می­باشد.
* حداقل باید مدرک تحصیلی یکی از مراقبین سلامت (یا 40% آنها)، کارشناس مامایی همراه با نظام مامایی باشد. در شرایطی که هیچیک از ماما مراقبین ، نظام مامایی ندارند باید زیر نظر پزشک مرکز، خدمات درمانی و پاراکلینیکی را انجام دهند.

1. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای مرکز خدمات جامع سلامت با جمعیت تحت پوشش 25 تا 100 هزار نفر (متوسط 60 هزار نفر) علاوه بر موارد مندرج در بند 1 این ماده، به قرار زیر می باشد:

* پزشک (بازای هر 10 هزار نفر): 1 نفر
* دندانپزشک (بازای 30 تا 40 هزار نفر): 1 نفر
* کاردان/کارشناس بهداشت حرفه ای و محیط (بازای هر 300 تا 500 واحد یا پرونده) 2 تا 4 نفر
* مراقب سلامت دهان (حداقل بازای هر دندانپزشک براساس عملکرد و بصورت حجمی) 1 نفر
* کارشناس/کارشناس ارشد تغذیه (بازای هر 40 هزار نفر): 1 نفر
* کارشناس/ کارشناس ارشد سلامت روان (بازای هر 40 هزار نفر): 1 نفر
* پذیرش و آمار 1 نفر
* پرستار/ بهیار 1 نفر
* مشاوره ازدواج / شیردهی/ ژنتیک (براساس ضوابط و در مراکز خاص) 2 نفر
* خرید خدمت حجمی برای نظافت
* خرید خدمت حجمی برای نقلیه
* کاردان/ کارشناس آزمایشگاه برحسب ضرورت
* مراقب ناظر (بازای هر 3 پایگاه سلامت تحت پوشش، 1 نفر) 1نفر

**(\*) مراقب ناظر ترجیحاً مرد باشد.**

**یادآوری :**

کارشناس تغذیه صرفاً باید مدرک کارشناسی در رشته علوم تغذیه داشته باشد و کارشناس ارشد تغذیه باید دارای مدرک تحصیلی با پایه علوم تغذیه باشد. در صورت نبود کارشناس تغذیه داوطلب در هر یک از مناطق با جمعیت تحت پوشش مورد نظر، تا زمان تأمین کارشناس تغذیه، آموزش­های عمومی تغذیه توسط مراقب سلامت برابر برنامه های سلامت کشوری ارائه و در صورت امکان مردم می­توانند از خدمات بخش غیردولتی استفاده نمایند.

تمامی کارشناسان (تغذیه، روانشناس بالینی، بهداشت محیط و حرفه ای) باید دانش آموخته کارشناسی باشند.

در مراکز ارائه دهنده خدمات مشاوره ای، مامای مرکز باید دانش آموخته کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های مامایی و با اولویت مشاوره در مامایی باشد (برای مشاوره ازدواج به زنان یا حداقل 10 سال سابقه کار مفید در این حوزه به تشخیص رییس مرکز بهداشت شهرستان داشته باشد ). این فرد یکی از اعضای تیم پایشگر محسوب می­شود.

مراقب سلامت دهان حداکثر باید کاردان باشند که می­توان بصورت حجمی و بر اساس عملکرد واحد دندانپزشکی بکارگرفته شود.

برای انجام خدمات آزمایشگاهی حداکثر باید کارشناس باشند

برای پذیرش باید کاردان یا کارشناس باشند.

**تبصره 1:** چنانچه جمعیت فعال تحت پوشش **هر نیرو** از عدد تعیین شده بیش از ۵۰% افزایش یافت، باید نفر دوم اضافه شود. به عنوان مثال در ضوابط بازای هر 40000 نفر، یک کارشناس تغذیه یا کارشناس سلامت روان درنظر گرفته شده است. اگر جمعیت مرکز به بیش از 60000 نفر رسید، کارشناس دوم اضافه می­شود. درمورد دندانپزشک درصورتیکه جمعیت واحد ارائه دهنده خدمت بیش از 50% استاندارد تعیین شده باشد، یک نیرو بصورت مشترک بین دو واحد در نظر گرفته می­شود در چنین شرایطی، نیرو بین دو مرکز جابجا می­گردد.

**تبصره 2: برای مشاوره ازدواج و شیردهی** در صورت نبود کارشناس ارشد مامایی با تایید کمیته استانی می­توان از کارشناس مامایی با سابقه کاری بیش از ۱۰ سال و اخذ گواهی دوره آموزش تخصصی استفاده کرد.

**تبصره 3:** برای فعالیت **مشاوره ژنتیک**، بازای هر دو تا پنج مرکز خدمات جامع سلامت، یکی از پزشکان موجود، آموزش لازم را دیده و خدمت را به کل جمعیت 2 تا 5 مرکز مزبور ارائه می­دهد. مرکزی که دارای مشاوره ازدواج می­باشد باید حتما مشاوره ژنتیک را هم انجام دهد.

**تبصره 4:** در صورت عدم بکارگیری نیروی مورد نیاز براساس قرارداد، ضمن اخطار به طرف قرارداد، مبلغی معادل هزینه محاسبه شده پرسنل مربوطه در سرانه، بازای هر نفر روز کسر می گردد.

**تبصره 5:** بازای هر 300 تا 500 واحد کار و 300 تا 500 پرونده اماکن تعریف شده برای نظارت بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط، یک کارشناس بهداشت حرفه ای و یک کارشناس بهداشت محیط درنظر گرفته می­شود. این افراد باید کل منطقه تحت پوشش مرکز شامل پایگاه­های تابعه مرکز را نیز پوشش دهند. چنانچه تعداد پرونده اماکن و واحد کار در منطقه تحت پوشش مرکز از استاندارد تعیین شده کمتر باشد، فقط یک نیرو بکارگیری می­شود که با آموزش، باید هر دو وظیفه را انجام دهد و براساس اکثریت نوع واحد مورد بررسی، نوع نیرو تعیین می­گردد. به عنوان مثال اگر کل پرونده اماکن 150 و تعداد واحد کار 100 باب باشد، فقط یک کارشناس بهداشت محیط بکارگیری می­شود که باید خدمات بهداشت حرفه ای را هم پوشش دهد. در مناطقی که دفاتر خدمات سلامت راه اندازی شده است به نسبت فعالیت این دفاتر به تعداد واحدها بازای هر نیرو اضافه می­شود. در مناطقی که طبق برنامه مرکز سلامت محیط و کار باید دفاتر خدمات سلامت راه اندازی شود میزان اعتبار تخصیصی به این منظور تا 10 درصد خواهد بود. چنانچه امکان استفاده از یک نیرو برای هر دو وظیفه میسر نباشد، باید از هر کدام، یک نیرو بکارگیری شود ولی با مرکز مجاور، مشترک گردد.

[**فصل 3: روش اجرای کار**](#_فصل_6:_گردش)

**ماده 10:** مرکز بهداشت شهرستان باید نقشه جغرافيايي استاندارد مناطق حاشيه، شهرهای بالای 20 هزار نفر را تهیه و جمعيت بلوك‌ها را برروی آن مشخص کند.

**تبصره1:** منطقه مورد بررسي بايد براساس منطقه بندی یا نواحی شهرداری، بلوك‌بندي گردد. مي‌توان از روش بلوك‌بندي قابل استفاده در نظام شبكه بهداشت و درمان شهرستان يا شهرداري‌ها استفاده كرد.

**ماده 11:** جمع‌آوري اطلاعات جمعيتي و اماكن عمومی با انجام سرشماري یا به روز رسانی جمعیت از مناطق حاشیه شهری، شهرهای بالای 20 هزار نفر (شامل مسکن مهر و ...) و ثبت آن در سامانه الكترونيك معرفی شده از سوی ستاد کشوری ضرورت دارد.

**ماده 12: لازم است برای تکمیل نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت با جمعیت فعال تحت پوشش 25 تا 100 هزار نفر، از کارکنان موجود در سایر مراکز خدمات جامع سلامت منطقه و انتقال آنان به این مراکز استفاده شود. بطوریکه ترجیحاً یک مرکز خدمات جامع سلامت با پایگاه­های ضمیمه و غیرضمیمه کلا ً بصورت دولتی یا خصوصی مدیریت گردد. در تکمیل نیروهای پزشک، تغذیه، سلامت روان، بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، دندانپزشک، پرستار، و پاراکلینیک (درصورت لزوم و براساس دفاتر طرح گسترش) برای مراکز خدمات جامع سلامت دولتی که با کسری نیروی انسانی مواجه هستند، از طریق شیوه خریدخدمت به شکل حجمی ازطریق قرارداد با شرکت­های مجاز ، استفاده خواهد شد.**

**نظام پرداخت به پرسنل خرید خدمت در حوزه بهداشت به روش ترکیبی (mixed payment ) است و دارای اجزای زیر می باشد:**

**۱- حقوق ثابت ماهانه مبتنی بر طبقه بندی مشاغل وزارت تعاون، کار و امور اجتماعی**

**۲- کارانه مبتنی بر عملکرد/ کیفیت ( ارایه خدمت) بر مبنای سامانه**

**۳- ارزشیابی مبتنی بر چک لیستهای پایش و ارزشیابی دوره ای و روشهای مختلف ( خودارزیابی، ارزیابی از طرف کارشناسان، استخراج از سامانه)**

**۴-مواردی که به آنها پاداش تعلق میگیرد**

**۵- کسورات و جرایم مبتنی بر راست آزمایی ، عدم تحقق موارد مورد تفاهم**

**در صورتیکه مجموع دریافتی هر فرد مبتنی بر عملکرد و ارایه خدمت از حداقل حقوق وزارت تعاون ، کار و امور اجتماعی کمتر باشد ، حداقل حقوق پرداخت و ادامه همکاری وی منوط به شرایطی است که در قرارداد ذکر شده است.**

**متذکر می­گردد مدیریت ارائه خدمات بر عهده رییس مرکز خدمات جامع سلامت و نظارت بر آنها توسط مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.**

**تبصره 1:** راه­اندازی مراکز خدمات جامع سلامت که در بازنگری سال 1396، ایجاد آن­ها در این مناطق تصویب شده است، به عهده دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی بوده (توسط بخش دولتی یا خصوصی) و در اولویت قرار دارد.

**ماده 13:** چنانچه در منطقه، امکان خرید خدمات سلامت دهان و دندان و آزمایشگاه از بخش خصوصی وجود نداشت، باید این خدمات توسط مرکز خدمات جامع سلامت ارائه شود. توصیه می­گردد این دسته از خدمات، بصورت تجمیعی و بازای هر دو تا سه مرکز در یک مرکز معین ارائه شده و اطلاع رسانی مناسبی به جمعیت تحت پوشش منطقه به عمل آید. واحدهایی مانند **دندانپزشکی سیار یا تجمعی، واحد مستقل محسوب نمی­شوند** و به عنوان بخشی از مرکز خدمات جامع سلامت لحاظ می­گردند.

**ماده 14: ارائه خدمات فعال در پایگاه­های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت می­تواند با همکاری داوطلبان سلامت (سفیران سلامت خانوار و رابطین سلامت محله) و با تاکید بر روش خود مراقبتی و براساس برنامه "هرخانه، یک پایگاه سلامت" انجام گیرد.**

**[3-1. نحوه خرید خدمات سلامت](#_فصل_8:_نحوه)[[11]](#footnote-11)**

در راستای سیاست­های کلی اصل 44 قانون اساسی و سند توسعه بخش تعاون و به منظور حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه و با هدف گسترش همکاری، تقویت مشارکت و استفاده بهینه از ظرفیت­ها و توانایی­های اجرایی طرفین، گسترش فرهنگ کارآفرینی و ایجاد اشتغال پایدار و مولد در حوزه سلامت، توصیه می­شود پیمانکاران اقدام به ایجاد شرکت­های تعاونی مراقبت­های اولیه سلامت **PHCC (Primary Health Care Cooperative)** نمایند**.** این شرکت­ها باید براساس قوانین و مقررات ناظر بر بخش تعاون و مبتنی بر اساسنامه ارائه مراقبت های اولیه سلامت تشکیل ­گردند.

**مشارکت بخش دولتی و بخش خصوصی (Public Private Partnership):**

ارائه خدمات از طريق توسعه بخش خصوصي، تعاوني ها، نهادها و موسسات عمومي غيردولتي واجد شرایط فعالیت در حوزه سلامت با نظارت و حمايت دولت و با استفاده از شيوه‌هاي زیر انجام می‌شود:

* اعمال حمايت‌هاي لازم از بخش خصوصي (تعاوني، خیریه و نهادها و موسسات عمومي غيردولتي، NGO) مجري اين وظايف.
* خريد خدمات از بخش خصوصي (تعاوني، خیریه و نهادها و موسسات عمومي غيردولتی، NGO) مجری این وظایف
* اشخاص حقیقی طرف قرارداد (شامل: پزشک، ماما، کارشناس بهداشت عمومی، روانشناس بالینی، کارشناس تغذیه، کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی ، کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای).

**ماده 15:** واگذاری خدمات به بخش غیردولتی با استفاده از روش های قانونی موجود بویژه مقررات و مجوز های آئین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه­ها انجام می­شود. اولویت در واگذاری­ها/ برونسپاری با شرکت­های **PHCC** است یعنی **شرکت­های تعاونی­ که 100 درصد سهام آنها متعلق به افرادی باشد که ارائه دهنده خدمت در همان واحد هستند**. (در صورت تغییر سهامدار باید سهام وی به نیروی دیگری با همان شرایط واگذار شود بطوریکه هیچیک از سهامداران، سهمی بیش از 5/1 برابر تک تک افراد دیگر نداشته باشد). تفاهم نامه ای به منظور تسهیل ایجاد شرکت­های تعاونی مراقبت­های اولیه سلامت، پیوست است و مستندات لازم برای تسریع تشکیل این نوع شرکت­ها متعاقباً تهیه و ارسال می­گردد.

* **شرط انعقاد قرارداد و شروع بکار برنده مناقصه، موفقیت نیروی انسانی معرفی شده در گذراندن مرحله اول دوره آموزشی است.**

1. **انعقاد قرارداد با برنده مناقصه پس از تایید صلاحیت­های مندرج در این دستورعمل، توسط رییس شبکه بهداشت شهرستان دانشگاه/دانشکده / رییس مرکز بهداشت شهرستان**
2. **پایش، بررسی و تحلیل عملکرد هر یک از مراکز ارائه خدمات و تعیین شرایط پرداخت به آن‌ها براساس شاخص‌های ارزیابی عملکرد و در چارچوب این دستور عمل توسط مرکز بهداشت شهرستان**

**تبصره 1:** به منظور ماندگاری پیمانکاران،تمامي قراردادها در صورت توافق و رضايت از عملکرد، برای 3 تا 10 سال منعقد می­گردد که البته برمبنای عملکرد پیمانکار و نتایج پایش و ارزشیابی (بیش از 80%) و با در نظر گرفتن نرخ تورم اعلامی بانک مرکزی ، میزان افزایش حقوق و محاسبات کارشناسی بدون برگزاری مناقصه قابل تمدید در هر سال می باشد.

**تبصره2 :** تفویض اختیار مدیریتی به مدیران اجرایی و راه اندازی واحدهای دولتی براساس ماده 40 دستورعمل واگذاری خدمات سلامت موضوع نامه شماره 685/105/د – 04/02/1392 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

**تبصره3:** نمونه قرارداد واگذاری به بخش غیردولتی و تفاهم نامه واگذاری به مدیران اجرایی در ضمیمه می­باشد.

**تبصره4:** میانگین سرانه عقد قرارداد با پیمانکاران نباید از عدد سرانه اعلامی توسط مرکز مدیریت شبکه بیشتر باشد بدیهی است مبلغ قرارداد باید به گونه ای باشد که با محاسبات کارشناسی، امکان ارائه خدمت با آن مبلغ مقدور باشد.

**تبصره 5** : در کلان شهر ها و شهرهای با جمعیت بالای 500 هزارنفر در صورت وجود اعتبار، امکان افزایش سرانه تا سقف 20 درصد میانگین سرانه اعلامی وجود دارد.

## ماده 16: دستور پرداخت با امضای رییس شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می­باشد.

**تبصره 1:** به علتعقدقرارداد بیش از یک سال، برای تمدید قرارداد در سال های آتی باید تورم ساليانه اعلام شده توسط بانک مرکزی، و نیز تغییر در میزان حقوق ،دستورعمل و برنامه های سلامت در قرارداد مدنظر قرارگیرد.

**تبصره** **2:** در صورت توقف ارائه خدمات مورد تعهد براساس قرارداد، باید بلافاصله به طرف قرارداد اخطار داده شود و در صورت توجه نکردن به اخطار داده شده، خسارتی به میزان 6 % مبلغ قرارداد ماهانه بازای هر روز توقف ارائه خدمات از طرف قرارداد اخذ ­شود.

**تبصره 3:** در صورت افزایش بسته خدمت با احتساب بار مالی در طول مدت قرارداد، طرف پیمانکار موظف به اجرای آن می­باشد.

**تبصره 4:** نسخه دوم قرارداد و دستورعمل اجرایی باید دراختیار پیمانکار قرار داده شود. پیمانکار نیز در بکارگیری نیرو، باید قرارداد مشخص داشته باشد و نسخه ای از قرارداد به همراه دستورعمل دراختیار افراد قرار گیرد تا هیچگونه خطایی از موضوع قرارداد صورت نگیرد.

**تبصره 5:** دانشگاه/ دانشکده موظف به پایش رعایت مفاد قراردادهاست و باید در چهارچوب قانون، پاسخگویی به پیمانکاران و نیروها را داشته باشد.

**تبصره 6:** مواد و ملزومات مصرفی به شرح زیر توسط مرکز بهداشت شهرستان و بصورت رایگان در اختیار طرف قرارداد گذاشته می­شود. لذا، در محاسبه سرانه خدمت منظور نخواهند شد.

* واکسن و ملزومات واکسیناسیون، ملزومات سلامت باروری، داروهای مراقبت بیماری­های هدف و مکمل­های دارویی مورد نیاز برحسب گروه­های سنی و جنسی تحت پوشش هر پایگاه/مرکز خدمات جامع سلامت
* مطالب آموزشی مورد نیاز برای اجرای برنامه خودمراقبتی و بسته خدمت مربوط به آن
* مجوز ورود به سامانه پرونده الکترونیکی سلامت

**ماده 17:** براساس قانون، مراقبت­های بهداشتی برمبنای بسته خدمت باید بطور رايگان به مردم ارائه شود. بهای این خدمات و مراقبت­ها به صورت سرانه و از محل منابع عمومی دولتی به طرف قرارداد و براساس نتايج ارزيابي عملکرد پرداخت مي‌گردد.

تخطی از این موارد موجب جریمه برابر قرار داد خواهد شد

**ماده 18:** **حقوق ثابت هر نیرو** از روز 28 هر ماه تا حداکثر روز دهم ماه بعد به طرف قرارداد (پیمانکار) پرداخت می­شود. مبلغ کارانه پس از پایش و ارزیابی کمی و کیفی عملکرد (براساس سامانه های پرونده الکترونیک سلامت) به پیمانکار طرف قرارداد و ارائه دهنده خدمت به ترتیبی که در ذیل این ماده آمده است، هر 3 ماه یکبار پرداخت خواهد شد.

**تبصره 1: نتیجه نمره کسب شده از نتیجه پایش فصلی**:

* ارزشیابی بین 90 تا 100 کل 100% باقیمانده پرداخت می­شود
* امتیاز کمتراز 90 متناسب با کسری امتیاز نسبت به عدد 100، از کل مبلغ کسر می­گردد

درصورتیکه نتيجه ارزیابی زير 70 باشد، علاوه بر کسر پول باقیمانده براساس موارد فوق، همزمان به طرف قرارداد تذکر کتبي داده مي‌شود و در صورت تکرار امتیاز کمتر از 70 در فصل بعد (سه ماهه)، قرارداد لغو می‌گردد.

**تبصره2:** درصورت پایین بودن عملکرد فرد در سه ماه برای یک سال قرارداد کمتراز حقوق ثابت قانون کار وی باشد، باید لغو قرارداد شود (غیراز شرایط مرخصی، شرایط خاص مثل بروز اپیدمی). البته در هر ماه باید تذکر کتبی برای عملکرد ضعیف به فرد داده شود.

**تبصره3:** در صورت لغو قرارداد به دلیل عملکرد ضعیف، طرف قرارداد موظف به پرداخت خسارت براساس قانون کار و مفاد قرارداد است.

**تبصره4:** شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است به هنگام بستن قرارداد، تضمین‌های لازم برای قرارداد را مطابق چارچوب تعیین شده در قرارداد اخذ نماید.

**تبصره 5 :** پرداخت کارانه به پرسنل خرید خدمت باید بنحوی مدیریت شود که میزان کارانه پرداختی پرسنل از 10% مجموع حقوق کلی برآورد شده در سرانه بیشتر نگردد**.**

نظام پرداخت به پیمانکار و ارائه­دهندگان خدمات**:**

الف - پرداخت به پیمانکار در اين برنامه، به صورت **سرانه جمعیت فعال و عملکرد/ کیفیت براساس شاخصهای تعیین شده** مي­باشد. چنانچه پاداش یا جریمه ای بر عملکرد نیروها تعیین شود، محاسبه خواهد شد.

ب - پرداخت به نیروی ارائه دهنده خدمت به روش ترکیبی (Mixed Payment) است برمبنای آنچه در ماده 12 این دستورعمل آمده است و بر حسب فرمول زیر محاسبه می­شود:

**فرمول کلی پرداخت :**

**حقوق ماهیانه = ]حقوق ثابت +( کارانه عملکردی\* درصد ارزشیابی) +( مجموع پاداش ها - کسورات و جرایم) [**

**یادآوری مهم:** درصورتیکه عملکرد مبتنی بر محاسبات سامانه مربوط به هر فرد کمتراز حقوق ثابت وی باشد، پایه حقوق ثابت پرداخت می­شود و به میزان اختلاف آن از عملکرد وی، مقروض می­گردد و بعد از دو بار تذکر کتبی با پرداخت خسارت لغو قرارداد می­شود.

**شیوه پرداخت پاداش (Bonus):**

روش پرداخت مستقلی نبوده و مبلغ متغیری است که بازای اقدامات، مراقبت­ها و خدمات خاصی که مرکز مدیریت شبکه اعلام می­کند برابر روش اعلامی، مبالغی علاوه بر حق الزحمه مبتنی بر خدمت/ کیفیت در دوره های زمانی ابلاغ شده، در صورت وجود اعتبار پرداخت می شود.

این پرداخت با هدف بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت در خدمات و مراقبت­های سلامتی، براساس ارزشیابی و میزان دستیابی به عملکردها و شاخص­های از پیش تعیین شده پرداخت می­گردد.

**ماده 19:** پرداخت بازای خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژیفعلاً بصورت معمول (پرداخت بازای خدمت "FFS ") و به شرط تجویز پزشک یا مامای دارای نظام مامایی، توسط سازمان­های بیمه گر و گیرندگان خدمات با دریافت فرانشیز براساس تعرفه دولتی انجام می­شود (به جز موارد رایگان تعیین شده در بسته خدمات).

**ماده 20:** پرداخت به ارائه دهندگان خدمت: حقوق ثابت قانون کار بصورت ماهانه و کارانه به صورت سه ماهه براساس عملکرد وزن دهی شده، درصد ثبت تلفن همراه، درصد رضایت دریافت کنندگان خدمت ،درصد عدم دریافت خدمت و نتیجه ارزشیابی است. درمورد نیروهای دولتی (کارکنان رسمی، پیمانی، طرحی، پیام آور و قرارداد با دانشگاه/ دانشکده) چنانچه عملکرد از دریافتی وی (حقوق) بیشتر بود، مابه التفاوت بصورت کارانه پرداخت می­شود.

**3-2. اعتبار موردنیاز**

**الف: برآورد سرانه واحدهای ارائه دهنده خدمت در مناطق شهری و حاشیه شهرها:**

**ماده 21:** به منظور برآورد سرانه خدمات و مراقبت­های سلامت، هزینه های مربوط به نیروی انسانی، مکمل­های دارویی، مواد مصرفی، ثبت داده ها و پرونده الکترونیک سلامت و ... محاسبه می­شود. درمورد دارو و پاراکلینیک براساس وضعیت معمول یعنی استفاده از دفترچه بیمه یا نسخه آزاد عمل می شود (آزمایشات مربوط به غربالگری پیش بینی شده در بسته خدمت، رایگان می­باشند):

* **برآورد سرانه خدمات و مراقبت­های پایگاه سلامت:**

در تعیین سرانه بازای هر پایگاه سلامت با 12500 نفر جمعیت تحت پوشش، موارد زیر در نظر گرفته شده اند:

* هزینه حقوق 5 مراقب سلامت و ماما مراقب (با حداکثر مدرک تحصیلی موردنیاز کارشناسی) که شامل: مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و با احتساب بیمه و مالیات است. سقف حقوق هر مراقب سلامت یا ماما مراقب با 10% کارانه، ماهانه 47309400 ریال در نظر گرفته می­شود.
* اجاره بهای فضای فیزیکی: بازای هر متر بطور متوسط 400000 ریال ماهانه برآورد می­گردد؛
* هزینه لوازم مصرفی و هزینه آب، برق، تلفن و ...: ماهانه مبلغ 5000000 ریال تعیین می­شود.
* هزینه نظافت پایگاه: ماهانه 10000000 ریال درنظر گرفته می­شود
* خودرو موردنیاز برای خدمات خارج از پایگاه بصورت کرایه موردی: تا سقف 3500000 ریال ماهانه
* درنظر گرفتن حق بیمه، مالیات و سرباری پیمانکار معادل 30 درصد کل مبلغ قرارداد

سرانه بدست آمده برای یک پایگاه سلامت بطور میانگین عدد **341900 ریال** بازای هر فرد تحت پوشش که تمامی خدمات سلامت را براساس برنامه های سلامت کشوری دریافت کند، بدست آمد.

**توجه:**

* روش فوق برای محاسبه سرانه است، نه پرداخت.
* **پرداخت به پیمانکار صرفاً براساس سرانه جمعیت فعال و عملکرد براساس شاخص­های تعیین شده** مي­باشد. چنانچه پاداش یا جریمه ای بر عملکرد نیروها تعیین شود، محاسبه خواهد شد.
* **در صورت واگذاری/ برونسپاری خدمات واحدهای ارائه دهنده خدمت به بخش خصوصی با همان نسبت، عملکرد شرکت محاسبه و هزینه های مصرفی، اجاره و .. از شرکت کسر خواهد شد.**
* **پرداخت به ارائه دهنده خدمت براساس قانون کار** مطابق طرح هماهنگ طبقه بندی مشاغل **و عملکرد افراد خواهد بود.**

**یادآوری می­شود:**

* در صورتیکه شرکت صرفاً خدمات بهداشتی درمانی ارائه دهد، از 9% ارزش افزوده معاف است.
* قیمت آزمایشات دوران بارداری و آزمایشات غیرواگیر (FBS-CHOL، FIT و تشخیص سرطان سرویکس) توسط ستاد شبکه به محل ارائه خدمت پرداخت می­گردد. این اعتبار جزو سرانه محسوب نشده است.

1. واکسن، مکمل­های دارویی موردنیاز برحسب گروه­های سنی و جنسی تحت پوشش هر پایگاه توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می­شود
2. مطالب آموزشی موردنیاز برای اجرای برنامه هرخانه یک پایگاه سلامت، شیوه زندگی سالم، سواد سلامت، خودمراقبتی و جلب مشارکت جامعه تحت پوشش و نمایندگان آنها از جمله داوطلبان سلامت (سفیران سلامت خانوار و رابطین سلامت محله) و بسته خدمت مربوط به آن توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می­شود
3. ساعت کاری 44 ساعت در هفته ترجیحاْ در دو شیفت می­باشد که در صورت لزوم به صورت اقتضایی بر حسب شرایط منطقه تصمیم گیری درباره ترکیب و تنظیم آن توسط ستاد اجرایی دانشگاه/ دانشکده صورت می­گیرد.
4. ازآنجاکه پرداخت، عملکردی است؛ درصورتیکه پایگاه­های سلامت طرف قرارداد با بخش خصوصی یا پایگاه­های سلامت با مدیریت دولتی با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان، ساعات کاری خود را افزایش دهند و به جمعیت بیشتر و بطور کامل تری ارائه خدمت نمایند، دریافتی بیشتری خواهند داشت. لذا، انتظار می­رود پایگاه­های سلامت در ساعات غیراداری و روزهای تعطیل برای افزایش پوشش خدمات خود به جمعیت تحت پوشش، فعال باشند.
5. درصورت فعالیت واحد ارائه دهنده خدمت روزانه تا 4 ساعت بیش از ساعت معمول، باید تا سقف 50% متناسب با عملکرد ماهانه افراد در سامانه، اضافه پرداختی صورت گیرد.
6. اکیداً توصیه می­شود پیمانکاران با نیروهایی که بکارگیری می­کنند، قرارداد منطبق با قانون کار مطابق طرح هماهنگ طبقه بندی مشاغل و براساس عملکرد افراد انعقاد نمایند تا آنان از مزایای ناشی از ارائه خدمت بهتر و بیشتر به جمعیت خود بهره­مند گردند.
7. اکیداً توصیه می­شود دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی به بهانه کمبود منابع، بخشی از خدمات و بویژه توزیع مکمل دارویی را حذف یا کم نکنند. در سال جاری یکی از موارد راستی آزمایی که در توزیع منابع هم اثرگذار است، تحویل مکمل به دریافت کنندگان خدمت/ مراقبت براساس دستورعمل خواهد بود. راستی آزمایی در این مورد هم از طریق پیامک و هم بازدیدهای محسوس و نامحسوس صورت می­گیرد. چنانچه ارائه دهنده خدمت در این مورد درست عمل نکند، تا ده برابر جریمه خواهد شد.

* **برآورد سرانه خدمات یک مرکز خدمات جامع سلامت (غیراز پایگاه سلامت ضمیمه):**

در تعیین سرانه بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت با میانگین 40000 نفر جمعیت تحت پوشش، موارد زیر در نظر گرفته شده اند:

* کل هزینه حقوق و کارانه کامل 4 پزشک (هر پزشک تا سقف 90000000 ریال با کارانه در ماه)؛ یک کارشناس تغذیه و یک کارشناس سلامت روان با 10% کارانه (47309400 ریال ماهانه برای هر فرد)؛ 3 کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای با 10% کارانه (47309400 ریال ماهانه برای هر فرد)؛ یک پذیرش؛ یک بهیار یا پرستار؛ یک مراقب ناظر با 10% کارانه (47309400 ریال ماهانه برای هر فرد) و 1 دندانپزشک همراه با مراقب سلامت دهان که شامل: مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و با احتساب بیمه و مالیات است. سقف حقوق هر پزشک و دندانپزشک ماهانه 9000000 تومان. البته حقوق مراقب سلامت دهان همراه با دندانپزشک و بر اساس خدمات محاسبه می­گردد.
* اجاره بهای فضای فیزیکی: بازای هر متر بطور متوسط 400000 ریال ماهانه برآورد می­گردد؛
* هزینه لوازم مصرفی و هزینه آب، برق، تلفن و ... ماهانه مبلغ 18000000 ریال تعیین می­شود؛
* هزینه نظافت مرکز: ماهانه 10000000 ریال درنظر گرفته می­شود
* خودرو موردنیاز برای خدمات خارج از مرکز: ماهانه تا 23000000 ریال تعیین می­شود؛ و
* درنظر گرفتن حق بیمه، مالیات و سرباری پیمانکار معادل 30 درصد کل مبلغ قرارداد

سرانه بدست آمده برای یک مرکز خدمات جامع سلامت بدون درنظر گرفتن پایگاه­های سلامت تحت پوشش آن حدود **374140 ریال** و با درنظر گرفتن پایگاه­های سلامت اعم از ضمیمه و غیرضمیمه حدود **694670 ریال** بازای هر فرد تحت پوشش که تمامی خدمات سلامت را براساس برنامه های سلامت کشوری از مرکز و پایگاه­های تحت پوشش آن دریافت کند، بدست آمد.

**ب: هزینه های ستادی**

**ماده 22:** سرانه مواردی که مرکز بهداشت شهرستان باید تامین کند:

|  |  |
| --- | --- |
| **آزمایش مادران باردار** | **2,000** |
| **آزمایشات غیرواگیر (FBS-CHOL)** | **2,300** |
| **مکمل دارویی** | **17,000** |
| **بهبود استاندارد** | **4,000** |
| **آموزش** | **400** |
| **پرداخت مبتنی بر عملکرد کارکنان دولتی (کارانه)** | **4,900** |
| **جمع** | **30,600** |

**سرانه کلی توزیع شده به دانشگاه/ دانشکده برای جمعیت تحت پوشش با احتساب سرانه مرکز و 3 پایگاه تحت پوشش آن (بدون سرانه کارانه و بهبود استاندارد) 933040 ریال و برای جمعیت تحت پوشش (با سرانه کارانه و بهبود استاندارد) حدود 1022040 ریال می­شود.**

**توجه:**

* **غیراز پزشک، دندانپزشک، برای سایر نیروهای فنی شامل کارشناس مشاوره ازدواج و شیردهی زن (ماما)، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، کارشناس بهداشت محیط، کارشناس بهداشت حرفه ای و پرستار و ... حداکثر مدرک موردنیاز، کارشناسی باشد و سقف حقوق آنها 47309400 ریال است. درصورت مدرک کاردانی، سقف حقوق آنها 45396000 ریال می­شود.**
* **علی­رغم افزایش حقوق کارکنان و افزایش هزینه های مربوط به مکمل دارویی و آزمایشات و ... ولی افزایشی در اعتبارات برنامه شهری و حاشیه متناسب با افزایش قیمت­ها حاصل نشد. به همین دلیل رعایت بکارگیری تعداد نیرو براساس جمعیت خدمت گیرنده و پرداخت مبتنی بر عملکرد/ کیفیت با تاکید بیشتر باید مورد توجه قرار گیرد. درمورد دانشگاهها/ دانشکده هایی که پرداخت مبتنی بر عملکرد/ کیفیت را جدی نگیرند، امکان ترمیم در منابع مالی آنها از طرف ستاد ملی به هیچوجه وجود نخواهد داشت.**

**ماده 23: تعیین ضریب K یا خدمات/ مراقبت­ها برای هر نیرو بازای تعداد و نوع خدمت/ مراقبت و سقف حق الزحمه درنظر گرفته شده:**

1. **مراقب سلامت:**

مبلغ قرارداد با پیمانکار براساس کاردانی یا کارشناسی وی براساس **قانون کار** مطابق طرح هماهنگ طبقه بندی مشاغل **و عملکرد** بازای ارائه خدمات کامل به هر فرد براساس بسته خدمت برای هر نفر در سال 1399 است برای نیروهایی که خدمات/ مراقبت­های بهتر و با پوشش بالاتر ارائه می­دهند، باید پاداش در نظر گرفته شود.

**تبصره1:** مواردیکه شامل پاداش می­شوند:

* افزایش پوشش خدمات/ مراقبت­ها به میزان بیش از حد قابل قبول که در شیوه محاسبه سامانه لحاظ شده است: بازای هر 1% افزایش پوشش، 1% به مبلغ قرارداد اضافه می­گردد. پوشش قابل قبول برای مناطق شهری با جمعیت 20000 تا یک میلیون نفر معادل 90% و برای شهرهای با جمعیت یک میلیون نفر به بالا معادل 80% است.
* ارائه خدمت به گروه­های خاص براساس سامانه های پرونده الکترونیک سلامت شامل:
* شناسایی و مراقبت از گروه سنی بالای 60 سال
* شناسایی و ثبت بیمار سل ریوی اسمیر مثبت در سامانه
* شناسایی و ثبت بیمار مبتلا به مالاریا و نظارت مستقیم بر مصرف داروی تعریف شده برای تکمیل دوره درمان
* ارائه خدمات خاص شامل:
  + غربالگری و کشف بیماران مبتلا به سرطان کولون با تست FIT
  + درمان کامل بیمار مبتلا به سل از طریق DOTS
  + درصد مراقبت مطلوب بیماران دیابتی
  + شناسایی و پیگیری فلج شل حاد و معرفی به پزشک و نمونه گیری
  + شناسایی موارد Reactive HIV در مادران باردار و پیگیری تا مراجعه مادر به مرکز مشاوره و مراقبت از بیماریهای رفتاری
  + ارجاع و پیگیری مادران باردار پرخطر
* رضایت بیش از میانگین دریافت کننده خدمت

**میزان پاداش برای موارد فوق، به شرح جداول زیر است:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **عنوان پاداش** | **مبلغ پاداش براساس ضریب k یکصد هزار ریال (k=100.000)** | **تواتر جمع آوری**  **( ماهانه – فصلی- سالانه )** | **روش و مسوول احصاء** |
| شناسایی و ثبت بیمار سل ریوی اسمیر مثبت در سامانه | 10k | ماهانه | کارشناس ستادی معاونت و شهرستان / گروه بیماری­های واگیردار  ( پس از راستی آزمایی و مشاهده آزمایش) |
| انجام روند پیگیری کامل بیمار مسلول ( تکمیل دوره درمان ) اجرای طرح DOTS | 25k | ماهانه |
| شناسایی و ثبت بیمار مبتلا به مالاریا و ثبت در سامانه و نظارت مستقیم بر مصرف دوره درمان | 10K | ماهانه |
| شناسایی و پیگیری فلج شل حاد و پیگیری و معرفی به پزشک و نمونه گیری | 10k | ماهانه |
| شناسایی موارد Reactive HIV در مادران باردار و پیگیری تا مراجعه مادر به مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری | 10K | ماهانه | مراکز مشاوره بیماری­های رفتاری و کارشناس معاونت ( پس از راستی آزمایی و مشاهده آزمایش) |
| شناسایی، کنترل، ارجاع و پیگیری مادرباردار پرخطر ( آنمیک – دیابتیک – پرفشاری خون – بیماری قلبی عروقی ) تا تولد نوزاد ( مادر و نوزاد هردو سالم ) | علاوه بر حق­الزحمه ناشی از مراقبت های جاری و ویژه  10k | فصلی | 1. خود اظهاری مراقب سلامت 2. تایید گزارش توسط مسوول پایگاه 3. اعلام به واحد بهداشت خانواده شبکه/مرکز 4. تایید مدیر شبکه/ مرکز |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نوع خدمت** | **میزان سنجش** | **نحوه احصاء** | **تواتر احصاء** | **میزان پرداخت براساس ضریب k** | **گیرنده پاداش** | **مسوول احصا** |
| درصد مراقبت مطلوب بیماران دیابتی | \* | سامانه | هر شش ماه یکبار | بازای هر بیمار دیابتی K2 | پزشک و مراقب سلامت | کارشناس ستادی گروه بیماری­های غیرواگیر |
| میزان غربالگری سرطان روده با انجام آزمایش FIT | \*\* | سامانه | هر سه ماه یکبار | 30 K | پزشک و مراقب سلامت |

**\*درصد مراقبت مطلوب بیماران دیابتی بر اساس شرایط زیر(هرسه شرط باید وجود داشته باشد ) :**

1- تعداد بیماران دیابتی تحت پوشش که میزان HBA1C آنها کمتر از 7 درصد و براساس شرایط فردی بیمار در دوره زمانی مشخص

2- تعداد بیماران دیابتی تحت پوشش که فشار خون کمتر از 80/130 دارند در دوره زمانی مشخص

3- تعداد بیماران دیابتی که در طول شش ماه حداقل 2بار در سطح یک ویزیت شده اند

پزشک70 درصد و مراقب سلامت 30 درصد

\*\* بازای هر موردی که پس از غربالگری FIT مثبت، ارجاع و پیگیری و درنهایت به تشخیص سرطان کولون منتج با جواب پاتولوژی مثبت تشخیص قطعی داشته باشد.

از 30K متعلقه : 20K به مراقب سلامت مربوط است و 10K به پزشک مربوطه تعلق می­گیرد.

**توجه:** دانشگاه ها/ دانشکده ها **گزارش و مستندات پرداخت پاداش فوق** را در پایان هر فصل برای مرکز مدیریت شبکه ارسال و این مرکز مبالغ تایید شده را در تخصیص های بعدی لحاظ می نماید.

**تبصره5:** تامین منابع برای پرداخت پاداش­ها، از محل جرایم یا اعتبار ویژه ای است که برای پاداش ارسال می­گردد.

**تبصره6:** موارد مشمول جریمه پیمانکار شامل:

* ثبت غیرواقعی خدمت بازای هر پایگاه سلامت:
  + ثبت غیرواقعی خدمت در هر پایگاه سلامت توسط هر ارائه دهنده خدمت در اولین بار سبب کسر 15% مبلغ کل قرارداد آن پایگاه می­شود
  + ثبت غیرواقعی خدمت در همان پایگاه سلامت در دومین بار ماه/ ماه­های بعد سبب کسر 30% مبلغ کل قرارداد مربوط با آن پایگاه است
  + ثبت غیرواقعی خدمت برای بار سوم در همان پایگاه سلامت سبب لغو قرارداد همراه اخذ خسارت براساس قرارداد مربوط با همان پایگاه می­شود.
* ثبت غیرواقعی خدمت بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت:
  + ثبت غیرواقعی خدمت در هر مرکز خدمات جامع سلامت توسط هر ارائه دهنده خدمت در اولین بار سبب کسر 15% مبلغ کل قرارداد آن مرکز می­شود
  + ثبت غیرواقعی خدمت در همان مرکز خدمات جامع سلامت در دومین بار ماه/ ماه­های بعد سبب کسر 30% مبلغ کل قرارداد مربوط با آن مرکز است
  + ثبت غیرواقعی خدمت برای بار سوم در همان مرکز خدمات جامع سلامت سبب لغو قرارداد همراه اخذ خسارت براساس قرارداد مربوط با همان مرکز می­شود.
* بی دقتی در سنجش و ثبت داده ها
* نارضایتی خدمت گیرنده
* انجام نشدن خدمات اساسی (Critical) شامل:
  + ارجاع ندادن مادر پرخطر
  + پوشش کمتر از 90% در واکسیناسیون
  + پاسخگویی به ارجاعات کمتر از 60% (فقط مختص پزشک)
  + تحویل نشدن مکمل دارویی براساس بسته خدمت

میزان جریمه درموارد فوق، 10 برابر معادل ریالی خدمت مربوطه خواهد بود.

رییس مرکز موظف است ماهانه، 2 بار در پایگاه­های سلامت تحت پوشش حضور یابد و بر فعالیت مراقبین سلامت نظارت کند. مراقب ناظر باید علاوه بر فعالیت­های مربوط به کنترل و پیگیری بیماری­ها در خارج از واحد ارائه دهنده خدمت، حداقل یکبار در هفته پایگاه­های سلامت تحت پوشش مرکز را نظارت کند.

1. **پزشک عمومی:**

خدمات پزشک در 3 گروه تقسیم بندی می­شود و هر گروه دارای سقف پرداختی مختص خود است. به عبارت دیگر نمی­توان یکی از این گروه­های سه گانه را انجام نداد و از محل انجام بیش از حد انتظار در گروه دیگر، دستمزد کامل را دریافت کرد:

2-1 خدمات و مراقبت­های مستقیم که عموماً شامل مراقبت مستقیم خود پزشک (بدون واسطه مراقب سلامت) از بیماران دیابتی و پرفشاری خون است.

2-2 پذیرش ارجاعات از مراقب سلامت یا سایر اعضای تیم سلامت و انجام خدمات و مراقبت­های مربوطه.

2-3 ویزیت سرپایی بیماران.

1. **دندانپزشک:**

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه های پرونده الکترونیک سلامت برای دندانپزشک و مراقب سلامت دهان حدود 7500 خدمت وزن دهی شده در ماه برآورد می­شود (با احتساب روزانه 240 خدمت دندانپزشک و 25% ارزش خدمات تولیدی وی برای مراقب سلامت دهان) و با درنظر گرفتن سقف هزینه حقوق (به شرط دارا بودن مدرک دکترای دندانپزشکی عمومی و شامل مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و ...)، ارزش K هر خدمت حدود 1200 تومان است. درمورد بهداشتکار دهان و دندان ارزش K حدود 50 درصد دندانپزشک است. **پرداخت بصورت** 80% ماهانه و 20% براساس نتیجه پایش فصلی خواهد بود.

**توجه:**

* **چنانچه دانشگاه/ شهرستان امکان پایش ماهانه را داشته باشد می­تواند بصورت ماهانه نتیجه پایش را محاسبه و پرداخت کامل را براساس نتیجه پایش، در پایان هر ماه انجام دهد. در غیر اینصورت، تسویه حساب باید در پایان هر فصل انجام شود.**
* **در صورتیکه نتیجه عملکرد هرکدام از ارائه دهندگان خدمت (کارشناس تغذیه، کارشناس روان و ...) در سامانه پایین باشد، نسبت جمعیت به فرد افزایش یافته یا درمورد حضور نیروی مورد نظر در تیم سلامت، تصمیم گیری بعمل می­آید.**
* **توزیع اعتبارات بین دانشگاهها/ دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و مابه ازای آن، در شبکه های بهداشت و درمان شهرستان­ها، واحدها و افراد ارائه دهنده خدمت باید برمبنای سرانه جمعیت فعال و عملکرد/ کیفیت می باشد.**
* کلیه خدمات ازنظر صحت داده های ارائه خدمت باید راستی آزمایی شود و دلیل نارضایتی مردم از خدمات بدست آید
* هرگونه پرداختی اضافی شامل اضافه کار، کارانه و ... به نیروهای دولتی محیطی (رسمی، پیمانی، قراردادی با دانشگاه یا شبکه، و ...) صرفاً باید در قالب دستورعمل ابلاغی از سوی معاونت بهداشت وزارت متبوع باشد.
* **فراهم شدن امکان انجام تمام این کنترل­ها و محاسبات در سامانه های پرونده الکترونیک سلامت سطح یک به منظور جلوگیری از بکارگیری نیروی انسانی اضافی است.**

[**فصل 4: روش ارائه خدمات:**](#_فصل_4:_بسته)

**شامل بسته خدمات سلامت، نظام ارجاع، و نظام اطلاعات سلامت همانند دستورعمل قبلی است.**

[**فصل 5: پایش و ارزشیابی**](#_فصل_14:_مدیریت)

**همانند دستورعمل قبلی است.**

**[پیوست­ها](#_فصل_15:_پایش):**

**همه پیوستهای مورد اشاره در متن، در دستورعمل قبلی آمده است.**

**پیوست لینک فایل** [**تفاهم نامه**](file:///C:\Users\Jamshidbeygi\Desktop\تفاهم%20نامه%20وزارت%20تعاون.pdf) **همکاری وزارت بهداشت و وزارت تعاون**

1. تصویب نامه هیات وزیران به شماره 74900/48601هـ تاریخ 2/7/1393 راجع به سند بافتهای فرسوده و ناکارآمد شهری اداره کل امور اجتماعی وزارت راه و شهرسازی عمران و بهسازی شهری [↑](#footnote-ref-1)
2. http://www.who.int/healthsystems/hss\_glossary/en/index2.html [↑](#footnote-ref-2)
3. 3 شادپور کامل، پیله رودی سیروس. بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قرن های 20 و 21. انتشارات تندیس. چاپ اول، 1381. صفحه 9. [↑](#footnote-ref-3)
4. 4 http://www.who.int/healthsystems/hss\_glossary/en/index8.html [↑](#footnote-ref-4)
5. 5وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهري، نسخه 02. 1390 [↑](#footnote-ref-5)
6. Public Private Partnership (PPP)

   در تعریف سازمان جهانی بهداشت، تمام سازمانها و نهادهای غیردولتی زیر مجموعه بخش خصوصی Private Sector قرار دارند. [↑](#footnote-ref-6)
7. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهري، نسخه 02. 1390و اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره 102828 /ت 47644 هـ مورخ 22/5/1391 [↑](#footnote-ref-7)
8. 8 اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره 102828 /ت 47644 هـ مورخ 22/5/1391 [↑](#footnote-ref-8)
9. 9- آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (32) قانون برنامه پنجم توسعه ، تصویبنامه شماره 6291/ت 48941 هـ مورخ 28/1/1392 [↑](#footnote-ref-9)
10. Externality [↑](#footnote-ref-10)
11. براساس مصوبه هیات وزيران در جلسه۲۰/۱/۱۳۹۳ به پيشنهاد مشترك وزارتخانه‌هاي تعاون، كار و رفاه اجتماعي و بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و معاونت برنامه‌ريزي و نظارت راهبردي رئيس جمهور و به استناد بند (ث) ماده (84) قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه جمهوري اسلامي ايران

    خريد راهبردي خدمات: جستجوي مستمر روش‌هايي براي ارتقاي عملكرد نظام سلامت از طريق تصميم گيري در خصوص تركيب بسته مزايا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگي خريد و قيمت گذاري خدمات و تعيين افراد تحت پوشش و يا انتخاب نوع خدمت، خريد از چه كسي، چگونگي خريد و خريد براي چه كسي براي رساندن عملكرد نظام سلامت به حداكثر مطلوبيت. [↑](#footnote-ref-11)