

ضوابط و اصول کلی در ساختار طرح‌های گسترش شبکه های سلامت شهرستان

تهیه و تنظیم از:

گروه ساختار سلامت مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

با همکاری:

کمیته کشوری بررسی و بازنگری ساختار و فرآیندهای نظام شبکه

دی ماه 1385

ضوابط و اصول کلی در ساختار طرحهای گسترش شبکه های سلامت شهرستان

مقدمه:

از سالها قبل ضرورت تامین دسترسی سهل و سریع مردم به نیازهای اولیه بهداشتی درمانی احساس شده بود. با توجه به مشکلات آن زمان کشور از جمله وجود بیش از 60000 روستای پراکنده که تعداد قابل ملاحظه ای از آنها جمعیت کمتر از 200 نفر داشتند و در مناطق دور افتاده جا گرفته بودند؛ کمبود امکانات و منابع مالی و انسانی؛ مشکل ترابری و انتقال خدمات به مناطق دور افتاده؛ و ... مسوولان حفظ سلامتی و بهداشتی کشور را واداشت تا دست به اجرای طرحهای مختلفی بزنند از قبیل طرح تربیت بهدار، طرح سپاه بهداشت، طرح بهدار روستا، طرح سلسله و طرح رضاییه (ارومیه)، تا هدف دسترسی مردم به نیازهای اولیه بهداشتی تامین شود.

تجارب حاصل از این طرحها در داخل کشور، همزمان با اجلاس جهانی آلماتا و تعیین هدف بهداشت برای همه تا سال 2000 میلادی و تفکر مراقبتهای اولیه بهداشتی* (PHC) تعدادی از دلسوزان و متفکران کشور را بر آن داشت تا نظامی گسترده و پویا را برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سراسر کشور طراحی کنند و به این ترتیب نظام شبکه های بهداشتی درمانی در ایران شکل گرفت.

نظام شبکه بهداشت و درمان اصول و ضوابطی بنیانی برای گسترش واحدهای بهداشتی درمانی و ارائه خدمات در مدنظر قرار داد که از همان آغاز تاکنون هنوز هم مورد عمل است. چگونگی دست یافتن به این ضوابط به طور مفصل در کتاب نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی آمده است.

به دنبال تعیین و تصویب ضوابط، کار تدوین دفترچه های طرح گسترش برای هریک از شهرستانهای کشور با همکاری کارکنان مبارزه با بیماریها شاغل در آن شهرستان و به سرپرستی ستاد گسترش شبکه (آقایان دکتر سیروس پیله رودی و دکتر کامل شادپور) انجام گرفت و پس از آن، گسترش کمی نظام شبکه بهداشت و درمان آغاز شد. تهیه طرحهای گسترش یا استقرار شبکه های بهداشتی درمانی شهرستانهای کشور، که اول بار در فاصله سالهای 1361 تا 1363 انجام گرفت، را می توان مهمترین گام در راه ایجاد و ارتقا نظام سلامتی کشور ایران برشمرد. شفافیت ضوابط و معیارهای موجود در این طرحها، نقش بسزایی در جلب حمایت سیاستگذاران و قانونگذاران کشور برای تخصیص اعتبار مورد نیاز گسترش شبکه های بهداشت و درمان در برداشته و دارد. به این ترتیب، ماموریت تحقق شبکه بهداشت و درمان کشور بر مبنای دفترچه های طرحهای استقرار صورت می گیرد.

بر اساس تغییرات شرایط اجتماعی، سیاسی، جغرافیایی و جمعیتی کشور و به منظور پویایی شبکه بهداشت و درمان، ضرورت داشت تغییراتی متناسب با شرایط در دفترچه های طرحهای شهرستانها اعمال گردد و به همین دلیل، در فاصله سالهای 1364 تا 1380 چندین بار دفترچه های طرحهای شهرستانها بازنگری شد. در سال 1379 بر اساس تغییرات قابل توجه در شرایط آن زمان مانند: اجرای قانون بیمه درمان همگانی، تغییر در شرایط اپیدمیولوژیک و الگوی بیماریها، سیاست خصوصی سازی، اجرای برنامه های استقرار پایگاههای بهداشت و بکارگیری رابطان بهداشت و ... همه و همه ضرورت بازنگری اساسی در طرحها را ایجاد کرد. به دنبال این احساس نیاز، ضوابط جدید متناسب با تغییر شرایط شامل: کاهش تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری و ایجاد پایگاههای بهداشت و تغییر در تشکیلات مربوط، تهیه و تدوین گردید و پس از یک وقفه زمانی ناشی از تغییر مدیریت مرکز و سایر مشکلات اداری، کار بازنگری در سه ماهه اول سال 1380 به پایان رسید و برای تصویب تشکیلات به اداره تشکیلات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سپس، به سازمان مدیریت و برنامه ریزی ارسال شد.

امروزه تغییرات دیگری در شرایط اجتماعی و سلامتی کشور پدید آمده است از جمله: تغییر وضعیت اپیدمیولوژیک بیماریها، تغییر در سیمای مرگ، تغییر در ساختار جمعیتی و گسترش شهرنشینی، تغییر در شیوه زندگی مردم، اجرای برنامه پزشک خانواده و ... که همگی ضرورت تغییر در ساختار نظام سلامت کشور را با توجه و پایبندی به اصول آن ایجاب می کنند.

1- انتخاب "شهرستان" به عنوان مقياس اداري و جغرافيايي گسترش شبکه هاي بهداشتي درماني و انجام برنامه ريزيهاي مختلف سلامتي

2- سطح بندي و ادغام خدمات و ارائه خدمت از طريق نظام ارجاع . يعني ارائه خدمات به صورت زنجيره اي مرتبط و تکامل يابنده باشد تا چنانچه مراجعه کننده اي از واحد محيطي به خدمات تخصصي تر نياز داشت، واحد محيطي بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع دهد. براي تحقق اين اصل، شرايطي ضرورت دارد:

1-2- هيچيك از واحدهاي يك سطح ارائه دهنده خدمت به خدماتي كه به عهده واحدهاي سطح پايين تر قرار داده شده است نپردازد، مگر آنكه خدمت مورد نظر را در سطح تخصصي تر ارائه دهد. به همين دليل، بايستي در کنار هريك از واحدها، يك واحد سطح پايين تر منظور گردد كه البته داراي مديريتي مستقل مي باشد. مثل وجود يك خانه بهداشت در کنار مركز بهداشتي درماني روستايي يا وجود يك مركز بهداشتي درماني شهري در کنار مركز سلامت شهرستان يا بيمارستان شهرستان. براي اينكه اين شرط تحقق يابد بايستي شرح وظيفه هر واحد به دقت تعيين و مشخص گردد.

2-2- برقراري ارتباط فعال و مستمر واحدهاي هر سطح با واحدهاي سطوح بالاتر و پايين تر. نظارت، پايش، آموزش حين خدمت كاركنان و نيز تدارك و حمايت اداري مالي واحدهاي هر سطح به عهده واحدي است كه در اولين سطح بالاتر آن قرار دارد تا تدارك فني و اداري اين واحدها به صورت فعال و مستمر از نزديكترين واحد سطح بالاتر ميسر گردد و از بروز خطرهائي مانند گرايش كاركنان غيرپزشك به درمانهاي غيرمجاز و تنزل كيفيت خدمات جلوگیری شود. در صورت اجراي برنامه پزشك خانواده نيز همين اصل پابرجاست. به اين ترتيب كه اولين سطح مراجعه فرد به بهورز (در روستا) يا نيروي بهداشتي (در شهر) است و سپس، ارجاع به پزشك خانواده مستقر در مركز بهداشتي درماني روستايي يا شهري و از آنجا به پزشك متخصص در بيمارستان شهرستان صورت مي گيرد.

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

- سطح اول شامل مراکز بهداشتي درماني روستايي و شهري. خانه هاي بهداشت و پايگاههاي بهداشت روستايي زير مجموعه مراکز بهداشتي درماني روستايي و خانه هاي بهداشت، و پايگاههاي بهداشت شهري زير مجموعه مراکز بهداشتي درماني شهري را تشكيل مي دهند كه البته در نظام ارجاع براي مواردی كه برنامه مشخصي وجود دارد، اولين واحد ارائه دهنده خدمت به مردم، مراکز بهداشتي درماني محسوب مي شوند.

- سطح دوم شامل مركز سلامت شهرستان و بيمارستان شهرستان

- سطح سوم شامل مركز سلامت استان و بيمارستان تخصصي

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

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

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

• قرار داشتن در مسير راه يا گلوگاه جاده اصلي روستاهاي مجاور

• جمعيت زياد

• وجود واحدهاي اداري مثل بخشداري، دهداري، پاسگاه انتظامي، دادگاه، بانك و ساير واحدهاي دولتي

• رواج داد و ستد مثل وجود بازارهاي دائمي يا هفتگي

• وجود مدرسه، دبيرانستان، حمام و ... كه مورد استفاده روستاهاي مجاور باشد

• داشتن آب، برق، تلفن و ...

باید باتوجه به تغییرات راههای روستایی و سازندگیهای جدید مثل ساختن سد و ... محل استقرار واحد نیز تغییر کند.

3-3- تعداد و پراکندگی جمعیت و تعداد روستاهای تحت پوشش. با وجود اینکه برحسب ضوابط اعلام شده و شرایط محل نمی توان الگوی ثابتی را برای جمعیت تحت پوشش هر واحد ارائه خدمت تعیین کرد ولی با استفاده از محاسبات مربوط به فعالیت و وظایف هر واحد ارائه خدمت و نیروی انسانی موجود در آن واحد می توان به طور متوسط جمعیت تحت پوشش هر واحد را مشخص کرد:

- حدود 1500 نفر برای هر خانه بهداشت_ البته گاه برحسب شرایط برای جمعیتها کمتر و بیشتر هم می توان **خانه بهداشت** در نظر گرفت که در آنصورت نیروی انسانی آن تغییراتی می کند
 - تا حدود 9000 نفر برای هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی
 - تا حدود 12500 نفر برای هر پایگاه بهداشت
 - تا حدود 50000 نفر برای هر مرکز بهداشتی درمانی شهری

4- **دسترسى فرهنگى** که با دو شرط زیر حاصل می گردد:

- 4-1- نبود برخورد و اختلافهای قومی، فرهنگی، مذهبی و ...
- 4-2- مغایر نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتی که ارائه می شود با آداب و سنتهای قومی، ملی و مذهبی جامعه.

5- **تناسب کمی نیروی انسانی ارائه کننده خدمات با حجم کار 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 کار مورد انتظار (وظایف باید در سطح بندی خدمات تعریف شود)
ب _ متوسط بازده کار کارکنانی که برای انجام آن کار منظور شده اند.

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

- 6-1- دانش و مهارت مورد نیاز هر رده به دقت تعریف و تعیین گردد.
- 6-2- آموزش دهندگان با نیازهای واقعی جامعه، اولویتها، ضوابط، روابط و فرایندهای مورد عمل در نظام رسمی ارائه کننده خدمات آشنا باشند و محتوای دروس خود را با این نیازها منطبق سازند. یعنی درگیر شدن مراکز آموزشی در ارائه خدمات و ارتباط مستقیم آنها با جامعه.
- 6-3- بومی بودن نیروهای مستقر در واحدهای محیطی ارائه دهنده خدمات.

7- **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.

8- **جلب مشارکت مردم.** که در واقع خط مشی اساسی شبکه محسوب می شود. بتدریج با ارتقای دانش و عملکرد بهداشتی مردم (Health Promotion)، جامعه به سمت خوداتکایی و مراقبت از خویش (Self Care) پیش می رود.

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

10- **همکاری با سایر بخشهای توسعه.** هم در ساختار نظام و راه اندازی واحدها و هم در برنامه های سلامتی همکاری سایر بخشهای توسعه ضرورت دارد. علاوه بر بخشهای دولتی، همکاری با بخشهای خصوصی و تعاونی نیز مورد تاکید است.

روش کار

مسئولیت فعالیتهای این بخش به عهده **اداره توسعه شبکه ها و ارتقاء سلامت** در هر شهرستان است که با کسب اطلاع و نظر سایر بخشهای دولتی، تعاونی و خصوصی موجود در شهرستان و نیز همکاران واحدهای دیگر مشغول در بخش بهداشت و درمان با توجه به ضوابط و اصول مطرح شده، جایابی واحدها را انجام می دهند و نتیجه را به **مدیریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت مرکز سلامت استان** ارائه می کنند. در واقع، در استان فقط کنترل رعایت ضوابط انجام می شود و به کمیته

طرح‌های گسترش استان (دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی) برای بررسی، اصلاحات لازم، و تصویب ارائه می‌گردد. این کمیته متشکل است از:

- معاون بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی به عنوان رییس کمیته
- مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت استان به عنوان دبیر کمیته
- کارشناس مسوول گسترش شبکه استان
- معاون فنی حوزه معاونت بهداشتی
- کارشناس ناظر شهرستان مورد بررسی در مرکز سلامت استان
- معاون درمان یا مدیر درمان یا کارشناس نظارت بر درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
- مدیر تشکیلات دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
- نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان
- مدیر شبکه سلامت شهرستان مورد بررسی یا نماینده تام‌الاختیار وی.

توصیه می‌شود چنانچه مسوولین استانی یا شهرستانی مثل فرماندار یا نماینده مجلس آن منطقه اصرار بر پیشنهاد خاصی داشتند، به کمیته دعوت شوند تا در جریان کامل ضوابط و اصول قرار گیرند. طرح‌های مصوب کمیته استانی به مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت ارسال می‌گردند. قاعدتاً همکاری یا همکاری ناظر استان از طرف مرکز توسعه شبکه در جریان اقدامات قرار دارند و در صورت نیاز، باید برای رفع مشکل کمک و پیگیری لازم را بعمل آورند. طرح پیشنهادی پس از بررسی توسط کارشناس ناظر(ین) در مرکز توسعه شبکه و در صورت تأیید او، به کمیته کشوری طرح‌های گسترش شبکه موجود در مرکز توسعه شبکه ارجاع می‌شود. وظیفه عمده این کمیته توجه به رعایت ضوابط طرح‌های گسترش شبکه و تصویب نهایی طرح‌هاست و این کمیته متشکل از افراد زیر می‌باشد:

- رییس مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت (مسوول کمیته)
- رییس گروه ساختار سلامت مرکز توسعه شبکه (دبیر کمیته)
- مسوول برنامه تدوین ضوابط و ساختار شبکه سلامت کشور در گروه ساختار
- اعضای گروه ساختار که ناظر هر دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی مورد بررسی برحسب مورد در کمیته حضور خواهند یافت

➤ اعضای کمیته در صورت ضرورت

- 1 نفر کارشناس دفتر تشکیلات و بهبود روش‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی

پس از تصویب طرح‌های گسترش در کمیته کشوری، کار به واحدهای تشکیلات و بهبود روش‌ها و بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی ارسال می‌گردد و آنگاه قابلیت اجرایی دارد.

کار بررسی در کمیته کشوری طرح‌های گسترش به صورت توضیح طرح‌های پیشنهادی توسط دبیر کمیته استانی و بازدید از محل (در صورت ضرورت)، و انطباق با ضوابط طرح‌های گسترش اجرا می‌شود. به هر حال، آنچه اهمیت دارد اینست که بررسی کنندگان در شهرستان، استان و ستاد وزارتخانه بایستی افرادی کاملاً مطلع نسبت به نظام شبکه سلامت، ضوابط و اصول جاری برای این نظام و سیاست‌های کلی باشند.

8 گام اجرایی تجدیدنظر در طرح‌های گسترش عبارتست از:

گام اول: برای اجرای کار، مقدماتی ضرورت دارد شامل:

- الف_ کسب اطلاع درست از موقعیت جغرافیایی، جمعیتی، وضعیت اجتماعی و فرهنگی (شامل: تعداد مراکز آموزشی موجود در منطقه تا سطح آموزش عالی و وجود اختلافات احتمالی قومیتی و ...) هر یک از روستاها و شهرها
- ب_ بدست آوردن اطلاعات درست از موقعیت بخش خصوصی و تعاونی فعال ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی در مناطق شهری و حاشیه شهرها
- ج_ کسب اطلاعات درست از وضعیت پرسنل شاغل در واحدهای موجود و جمعیت تحت پوشش هر واحد تا در صورت ضرورت نسبت به کاهش یا افزایش نیرو اقدام گردد
- د_ تهیه نقشه‌های معتبر و دقیق از شهرستان‌های تحت پوشش
- ه_ تهیه ابزار کار شامل: مقداری پونز معمولی، تعدادی مداد رنگی، مدادتراش، پاک‌کن، مقداری سنجاق ته‌گرد و پونز رنگی.

و_ بدست آوردن آخرین اطلاعات درباره تغییرات رسمی در تقسیمات کشوری شهرها، بخشها و دهستانها از فرمانداریهها، سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان و استانداریها

ز_ داشتن اطلاعاتی درباره طرحهای ملی و منطقه ای مربوط به هر شهرستان در مورد توسعه راههای روستایی، مدارس، ایجاد قطبهای کشاورزی و دامپروری، و سایر واحدهای کشاورزی از دفتر سازمان مدیریت و برنامه ریزی

ح_ داشتن اطلاع درباره تعداد اماکن عمومی و محلهایی که از نظر بهداشت محیط و مواد غذایی بایستی کنترل بهداشتی شوند

ط_ کسب اطلاع راجع به تعداد پیشه وران، کارگران، کارخانجات و کارگاههای تولیدی در منطقه

ی_ کسب اطلاع درباره سایر طرحهای ملی، منطقه ای و خاص در مناطق شهری و روستایی مربوط به سرمایه گذاری در بخشهای توسعه در طول سالهای بعدی

گام دوم: بر روی نقشه، جمعیت هر روستا ثبت گردد و محدوده آبدیهای که به فاصله حداکثر یک ساعت پیاده روی از هم قرار دارند با کشیدن خط رنگی به اطراف آنها، مشخص شود. چنانچه تعداد روستاهایی که در این محدوده قرار می گیرند بیش از یک روستا باشد، قدم بعدی انتخاب مناسب ترین روستا برای **استقرار خانه بهداشت** است که در اینجا مسیر طبیعی حرکت مردم و مسائل فرهنگی و جمعیتی باید مورد توجه قرار گیرند.

گام سوم: برای تعیین محل مناسب **مراکز بهداشتی درمانی روستایی** بایستی روستایی را که در مسیر طبیعی جمعیت روستاهای محل استقرار خانه های بهداشت تابعه آن مرکز قرار دارد، انتخاب شود.

گام چهارم: در برخی از مراکز بهداشتی درمانی روستایی که در مسیر طبیعی حرکت چند مرکز بهداشتی درمانی روستایی دیگر قرار گرفته باشد و گلوگاه عبور جمعیتی حدود 20 هزار نفر تلقی گردد، مشروط بر اینکه فاصله این محل تانژ دیکترین شهر دارای بیمارستان یا زایشگاه (با استفاده از اتومبیل) از نیم ساعت بیشتر باشد، می توان در چنین شرایطی مرکز را به مرکز شبانه روزی تبدیل کرد تا امکان دسترسی به پزشک و سایر پرسنل درمانی در طول مدت 24 ساعت شبانه روز میسر باشد. شرح وظیفه مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی در بخش دیگری از این مجموعه آمده است.

گام پنجم: با توجه به تراکم جمعیت در مناطق شهری، محدوده ای به وسعت یک تا چهار کیلومتر مربع که به طور متوسط حدود 12000 نفر را در خود جای داده است، بر روی نقشه با مداد رنگی مشخص می گردد که محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی شهری است. چنانچه تراکم جمعیت زیاد باشد، ایجاد مراکز سلامت شهری متعدد ضرورت خواهد یافت. در چنین شرایطی می توان فضای فیزیکی و پرسنل مرکز را بازای جمعیت تحت پوشش افزایش داد و از ایجاد مراکز متعدد در یک وسعت محدود و قابل دسترس مردم پیشگیری کرد.

گام ششم: تعیین نیروی انسانی مورد نیاز هر واحد. معیار در نظر گرفتن نیروی انسانی به تناسب هر واحد به قرار زیر است:

الف - خانه بهداشت:

محاسبه حجم خدمات رایج خانه های بهداشت نشان می دهد که به طور متوسط یک بهورز می تواند خدمات مورد نیاز بیش از 1000 نفر جمعیت را در طول یک سال ارائه دهد. ولی براساس شرایط فرهنگی و نیز نوع وظایف در نظر گرفته شده برای بهورزان، معمولاً 2 بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت کار می کنند و باید بتوانند مراقبتهای اولیه بهداشتی و درمانی مورد نیاز حدود 2000 نفر را ارائه دهند.

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

- تا 1500 نفر جمعیت ← یک بهورز زن + یک بهورز مرد
برای جمعیت کمتر از 1500 نفر، می توان بازای دو خانه بهداشت مجاور، یک بهورز مرد مشترک در نظر گرفت.
 - برای جمعیت از 1501 تا 2500 نفر ← دو بهورز زن + یک بهورز مرد
برای جمعیت های بیشتر از 2500 نفر بهتر است دو خانه بهداشت در نظر گرفته شود و بهورز مرد را مشترک بین دو خانه بهداشت قرار داد.
 - اگر تعداد روستاهای دارای سکنه تحت پوشش خانه بهداشت از 6 قریه بیشتر و مسیر و فاصله روستاها به گونه ای باشد که بازدید از 2 روستا یا بیشتر در یک روز میسر نگردد، می توان یک بهورز مرد به کارکنان خانه مزبور اضافه کرد.
- تبصره 1:** اگر تعداد روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت بیش از یک روستا باشد، برای انجام دهگرددشی به یک موتورسیکلت نیاز است.

تبصره 2: هیچ روستایی نباید به دلیل نداشتن خانه بهداشت از پوشش خدمات اولیه بهداشتی و درمانی محروم بماند. این محرومیت عمدتاً به 2 علت ممکن است پیش آید: یکی کمبود شدید جمعیت و دیگری نداشتن راه ارتباطی. به جبران این کمبود، در تعدادی از مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری، تیم سیار پیش بینی می شود که مکلف به ارائه تمامی وظایف خانه های بهداشت با توجه خاص به ایمنسازی، بهداشت محیط، بیماریابی و بهداشت مادر و کودک است. توزیع روستاها بین تیمهای سیار باید بنحوی باشد که هر تیم بتواند حداقل ماهانه یکبار به روستاهای تحت پوشش خود سرکشی کند. اعضای این تیمها را بهورزان مرد یا کارکنانها و کارشناسان بهداشت عمومی مرد و در صورت لزوم کارکنانها و کارشناسان بهداشت محیط تشکیل می دهند. هر مرکز بهداشتی درمانی به تعداد تیمهای سیار خود، احتیاج به وسیله نقلیه اضافی خواهد داشت.

تبصره 3: چنانچه روستاهایی با جمعیت کم و در فاصله بیش از یک ساعت پیاده روی (حدود 6 کیلومتر) از خانه بهداشت وجود داشته باشد می توان آن را به عنوان روستای سیاری خانه بهداشت قلمداد کرد تا بهورز مرد حداقل هر ماه یکبار برای ارائه خدمات بهداشت محیط، مبارزه با بیماریها، بهداشت مادر و کودک، و ایمنسازی به روستا سرکشی کند. بازای هر 1000 نفر جمعیت روستاهای سیاری تحت پوشش خانه بهداشت می توان یک بهورز مرد به کارکنان آن خانه اضافه کرد.

تبصره 4: توصیه می شود با مشارکت مردم روستاهای قمر و روستاهای سیاری حداقل فضای فیزیکی و تجهیزات فراهم گردد تا هنگام مراجعه بهورزان خانه بهداشت یا اعضای تیم سیار به روستا، محل مشخصی برای ارائه خدمت به مردم وجود داشته باشد. در غیر اینصورت، می توان از محل هایی مثل مسجد یا مدرسه و ... استفاده کرد.

تبصره 5: چنانچه در روند مهاجرت روستاییان به شهرها یا روستاهای دیگر، جمعیت روستایی که خانه بهداشت فعال دارد کمتر از استاندارد جمعیت خانه بهداشت شد، پست بهورز یا بهورزان آن خانه ستاره دار می شود و خانه نیز به خانه بهداشت ستاره دار اصطلاح می شود تا با خالی از سکنه شدن روستا، خانه مزبور تعطیل گردد.

ب - مرکز بهداشتی درمانی روستایی:

نیروی انسانی معمول یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی با توجه به اجرای برنامه پزشکی خانواده و مراجعات درمانی ارجاعی از خانه های بهداشت تابعه، نظارتها و ... عبارتست از:

- يك نفر پزشك بازي جمعيتي حدود 4000 نفر. اين پزشك وظيفه سرپرستي كلييه خدمات بهداشتي درماني موردنياز جمعيت تحت پوشش خود را به عهده دارد و علاوه بر ويزيت بيماران بايد به خانه هاي بهداشت تحت پوشش خود نيز حداقل دو بار در هفته و به روستاهاي قمر حداقل ماهانه يكبار و به روستاهاي سياري هر سه ماه يكبار سرکشي نمايد. در صورت درخواست مامور تيم سيار مبني بر نياز مردم به خدمات پزشكي، ضرورت دارد پزشك هر زمان كه لازم است و در فواصل زماني کوتاهتر به روستاي مربوط مراجعه كند.
- در موافقي كه مركز بهداشتي درماني روستايي بيش از يك پزشك خانواده دارد، يكي از آنها بايد مسووليت سرپرستي مركز را به عهده داشته باشد و در عنوان رديف سازماني هر مركز بهداشتي درماني روستايي عبارت پزشك مسوول مركز قيد شود.
- يك نفر دندانپزشك يا بهداشتكار دهان و دندان
- يك نفر كاردان يا كارشناس علوم آزمايشگاهي (در صورت وجود آزمايشگاه در مركز بهداشتي درماني)
- يك نفر دارويار يا نسخه پيچ _ علاوه بر نسخه پيچي و تفهيم دستور دارويي بيماران، وظيفه دارد درخواست نيازهاي دارويي و تجهيزات پزشكي مورد لزوم مركز بهداشتي درماني را بموقع تنظيم و پس از تايد سرپرست مركز، براي تايمين آنها اقدام كند. همچنين، بايد نيازهاي دارويي خانه هاي بهداشت تا بعه را كنترل، برآورد و تدارك نمايد. در صورت وجود پرستار مي توان اين وظيفه را به پرستار واگذار كرد و در اين صورت نيازي به وجود دارويار نيست.
- دو نفر پرستار يا بهيار (يكي زن و يكي مرد). اين افراد علاوه بر تزريقات و پانسمان، دستياري پزشك و خدمات پرستاري بايد ساير خدمات مركز بهداشتي درماني روستايي را نيز انجام دهند از قبيل: همكاري در داروخانه، همكاري در جمع آوري اطلاعات و آمار و تهيه گزارش، همكاري در پذيرش بيماران و انجام امور عمومي، همكاري در تسهيلات زايمني (در صورت وجود)، و همكاري در فعاليتهاي جراحي هاي كوچك (در مراكز شبانه روزي).
- يك نفر متصدي پذيرش، آمار و مدارك پزشكي _ در صورت كم بودن جمعيت مركز بهداشتي درماني روستايي مي توان وظيفات متصدي پذيرش را به عهده يكي از پرستاران (با اولويت پرستار مرد) واگذار كرد.
- دو نفر كاردان يا كارشناس بهداشت عمومي (زن با گرايش بهداشت خانواده و مرد با گرايش مبارزه با بيماريها) تا 12 خانه بهداشت تحت پوشش _ بازي هر 6 تا 12 خانه بهداشتي كه اضافه شود دو كاردان يا كارشناس ديگر با همان گرايشها اضافه خواهند شد.
- در صورت وجود اماكن عمومي و واحدهاي صنعتي قابل قبول براي خدمت يك نيروي انساني مي توان يك كاردان يا كارشناس بهداشت محيط و حرفه اي در نظر گرفت. برحسب حجم كار فرد مي توان اين نيرو را بين دو مركز بهداشتي درماني مجاور مشترك گذاشت.
- يك نفر ماما بازي هر دو پزشك خانواده موجود در اين مركز. چنانچه دو پرستار موجود باشند مي توان فقط يك ماما براي مراكز تا 3 پزشك در نظر گرفت.
- يك نفر راننده
- يك نفر نگهبان _ علاوه بر نگهباني در ورودي، برقراري نظم در اتاق انتظار و محوطه مركز بهداشتي درماني، در صورت نياز همكاري با قسمت پذيرش را نيز بعهده دارد. در مراكز كم جمعيت، راننده مي تواند عهده دار اين وظيفه باشد.

تبصره 6: گاه شرايط اقليمي کشور در نقاط کويري، کوهستاني و جنگلي به گونه ايست که رسيدن به حد نصاب 6 تا 9 هزار نفر براي يك مركز بهداشتي درماني روستايي را غيرممکن مي سازد. از طرف ديگر، رها کردن جمعيتهاي کمتر از 6000 نفر - تنها به دليل نبود توجه اقتصادي - راهبرد درستي نيست. در چنين شرايطي از استراتژي محدود کردن پرسنل بر اساس جدول زير (برآورد نيروي انساني موردنياز مراكز بهداشتي درماني روستايي برحسب جمعيت تحت پوشش) استفاده مي شود. و در اين حالت، خانه بهداشت مستقر در روستاي محل استقرار مركز، نقش موثر تري در ارائه خدمت به مراجعه کنندگان خواهد داشت.

خدمتگزار / نگهبان	راننده	متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی	کاردان یا کارشناس بهداشتی بیماریها	کاردان یا کارشناس بهداشتی خانواده	بهبیار یا پرستار زن	بهبیار یا پرستار مرد	ماما	کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای	کاردان، یا کارشناس آزمایشگاهی	دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان
1	1	-	1	-	1	-	1	-	-	-
1	1	-	1	1	1	-	1	-	-	1
1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	1

ملاحظات:

- ردیف بهداشتکار فقط در صورت داشتن فرد شاغل برقرار می شود و در غیر اینصورت حذف می گردد.
- در مراکز بهداشتی درمانی روستایی با جمعیت 2 تا 4 هزار نفر، اگر کاردان یا کارشناس زن باشد بهتر است بهیار یا پرستار مرد انتخاب شود و بالعکس
- اگر یکی از پستهای متصدی امور عمومی، دارویار و کاردان مدارک پزشکی، شاغل داشته باشد. در پست خود باقی می ماند و غیر اینصورت یک نفر بهیار یا پرستار از جنس مخالف بهیار قبلی انتخاب می شود.
- اگر جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی بین 4 تا 6 هزار نفر باشد یک نفر کاردان یا کارشناس علاوه بر کاردان یا کارشناس قبلی انتخاب می شود که این فرد باید خدمات بهداشت محیط و حرفه ای را انجام دهد.
- برای جمعیت بالاتر از 6 هزار نفر، بر اساس جدول فوق و بازای تعداد جمعیت اضافی همه کارکنان به استثنای ردیفهای مربوط به رادیولوژی (که خاص مراکز شبانه روزی است) در نظر گرفته می شود و بازای هر 4000 نفر یک پزشک تعیین می گردد.

تبصره 7: استقرار واحد رادیولوژی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی زمانی قابل توجه است که جمعیت تحت پوشش آن مرکز بالغ بر 20000 نفر باشد و مرکز شبانه روزی قلمداد گردد.

تبصره 8: در شرایط کنونی برای هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی یک اتومبیل چند منظوره (مثل: لندرو، پازرو، موسویا وانت دوکابینه) پیش بینی شده است. البته در مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی باید یک دستگاه آمبولانس در نظر گرفت و این، غیر از آمبولانس تعیین شده برای واحد تسهیلات زایمانی فعال وابسته به آن مرکز است. برای مراکز بهداشتی درمانی با جمعیت تحت پوشش 10000 نفر و بیشتر که فاصله ای بیش از نیم ساعت تا نزدیکترین بیمارستان یا زایشگاه (با خودرو) دارند نیز باید آمبولانس در نظر گرفت. در هر مرکزی که آمبولانس تعیین می شود باید دو ردیف راننده در مراکز شبانه روزی و یک ردیف راننده برای مراکز یک یا دو شیفته در نظر گرفت.

تبصره 9: در مراکز بهداشتی درمانی روستایی کم جمعیت، بهیار یا پرستار زن علاوه بر وظایف معمول خود، می تواند در قسمت داروخانه، و تنظیم گزارش ماهانه نیز همکاری کند و بهیار یا پرستار مرد هم در انجام امور عمومی و پذیرش درگیر می شود.

ج _ تسهیلات زایمانی: به عنوان ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی روستایی شبانه روزی و گاه ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه روزی که در آن شهر بیمارستان یا زایشگاه موجود نباشد. چنانچه در حال حاضر، تسهیلات زایمانی فعالی به عنوان ضمیمه یک مرکز غیر شبانه روزی وجود داشته باشد، این مرکز می تواند همچنان به فعالیت خود ادامه دهد مگر اینکه عملیات زایمان را پوشش ندهد که باید بتدریج تعطیل شود.

نظر به خصلت خدمات این واحد، کار آن باید شبانه روزی باشد و نفقات زیر را لازم دارد:

- ماما ← 4 نفر

- راننده آمبولانس ← 3 نفر

- خدمتگزار ← 2 نفر

کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده و بهیار یا پرستار زن مرکز روستایی برحسب ضرورت با این واحد همکاری می کنند. مراکز بهداشتی درمانی روستایی دارای تسهیلات زایمانی قاعدتا" باید شبانه روزی باشند تا در هنگام فوریت‌های زایمانی بتوان از همکاری پزشک و سایر پرسنل آن بهره برد. قابل توجه اینکه واحد تسهیلات زایمانی فعال همچنان به فعالیت خود ادامه می دهند ولی واحد جدید تسهیلات زایمانی تعیین و راه اندازی نخواهد شد.

د- پایگاه بهداشت :

با توجه به وظایف پایگاه‌های بهداشت و حجم کار آنها، بازای هر 12500 نفر جمعیت تحت پوشش هر پایگاه، نیروی انسانی زیر لازم است:

- یک نفر ماما برای گذاشتن آی یو دی، انجام پاپ اسمیر، مراقبت‌های ویژه زنان باردار و موارد پیچیده تنظیم خانواده
- سه نفر کاردان یا کارشناس بهداشتی با گرایش بهداشت خانواده - که یکی از آنها همه روزه به مدارس و کارگاه‌های دارای کارگران زن سرکشی می کند، نفر دیگر همه روزه با رابطین بهداشت در تماس است و نفر سوم همیشه در محل پایگاه حاضر است (تقسیم کار بین افراد نبایستی ثابت بماند و باید هر چند وقت یکبار تغییر کند)
- یک نفر کاردان یا کارشناس بهداشتی با گرایش مبارزه با بیماریها - برای انجام خدمات بهداشت محیط و حرفه ای، مدارس پسرانه و بررسی‌های اپیدمیولوژیکی بیماریها
- در صورت بالا بودن تعداد واحدهای صنفی و کارگری در منطقه تحت پوشش می توان بصورت موردی یک نفر کاردان یا کارشناس با گرایش بهداشت محیط و حرفه ای به مجموعه پرسنل پایگاه اضافه کرد.
- یک نفر خدمتگزار

تبصره 10: در کلانشهرها یا محله‌هایی از شهرها که دارای تراکم جمعیت بیش از 12500 نفر در کیلومتر مربع هستند و گاه تراکم آن به 60000 نفر در کیلومتر مربع می رسد (مثل برخی از محله‌های شهر تهران)، چنانچه ایجاد بیش از یک پایگاه بهداشت در هر کیلومتر مربع میسر و قابل توجیه نباشد، می توان با بزرگتر کردن ابعاد پایگاه، پرسنل بیشتری برای آن فراهم کرد تا برای ارائه خدمت به جمعیت تحت پوشش کافی باشد.

تبصره 11: چنانچه کاهش تراکم جمعیت در شهرکها یا حاشیه شهرها به 2000 نفر در کیلومتر مربع برسد، ایجاد پایگاه برای جمعیتی معادل 8000 نفر (در محدوده جغرافیایی 4 کیلومتر مربع) با کاهش تعداد پرسنل پایگاه قابل توجیه خواهد بود. مواردی که تراکم جمعیت از این هم کمتر است جزء موارد استثنایی است و باید حسب مورد جداگانه بررسی و تصمیم گیری شود. به هر حال، غیر از چنین شرایط نادری که دلایل سیاسی، فرهنگی یا اجتماعی دارد، ایجاد پایگاه برای جمعیت‌های کمتر از 12500 نفر از نظر اقتصادی و اجرایی قابل توجیه نخواهد بود.

تبصره 12: بازای هر 3000 نفر جمعیت اضافی تحت پوشش یک پایگاه بهداشت شهری، یک نفر کاردان یا کارشناس بهداشتی با گرایش بهداشت خانواده به مجموعه کارکنان استاندارد پایگاه اضافه می شود.

تبصره 13: برای روستاهایی با جمعیت 5000 نفر و بیشتر به جای خانه بهداشت (به عنوان اولین واحد ارائه دهنده خدمت)، پایگاه بهداشت روستایی در نظر گرفته می شود و برحسب جمعیت آن روستا، تعداد و ترکیب پرسنل پایگاه تعیین می شود. در روستاهایی با جمعیت حدود 12500 نفر، پرسنلی مشابه پرسنل استاندارد پایگاه بهداشت شهری تعیین می شود. این پایگاه می تواند به صورت ضمیمه مرکز بهداشتی درمانی روستایی آن روستا قرارگیرد یا مستقل باشد.

تبصره 14: برای روستاهای محل استقرار خانه بهداشت که به هر دلیل براساس مصوبه تقسیمات کشوری به نقطه شهری تبدیل شوند یا ضمیمه شهرها گردند، حسب مورد و موقعیت یکی از تصمیمات زیر اتخاذ می شود:

اول: روستایی به شهر تبدیل شده است که دارای مرکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه بهداشت می باشد. چنانچه همچنان خانه های بهداشت این مرکز در پوشش آن باقی بمانند در این صورت مرکز بهداشتی درمانی روستایی به کلی از فهرست مراکز بهداشتی درمانی روستایی آن شهرستان حذف و جزو مراکز بهداشتی درمانی شهری قلمداد خواهد

شد. در این حالت، بایستی کارکنان بهداشتی موجود در مرکز در حکم کارکنان يك پایگاه بهداشت ضمیمه تلقی شوند. البته چنانچه از قبل، واحد تسهیلات زایمانی نیز در روستای مورد نظر موجود باشد کارکنان واحد تسهیلات زایمانی نیز به عنوان کارکنان پایگاه بهداشت ضمیمه اضافه خواهند شد. چنانچه خانه های بهداشت در پوشش مرکز روستایی دیگری قرار گیرند و فقط روستای محل استقرار این مرکز بهداشتی درماني روستایی به شهر تبدیل شده باشد بنابه جمعیت منطقه و چگونگی فعالیت بخش خصوصی در مورد تغییر وضعیت آن به طور موردی تصمیم گیری می شود.

دوم اگر خانه بهداشت فعال در روستای تبدیل شده به شهر وجود داشته باشد یکی از 2 اقدام اصلی زیر برای این خانه بهداشت باید انجام گیرد:

الف) تعطیل شود ب) به پایگاه بهداشت تبدیل گردد

- الف) مواقعی که توصیه می شود خانه بهداشت مستقر در شهر تعطیل گردد عبارتند از:
- 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 بلا مانع است (اعم از اینکه بهورزان انتقالی زن و شوهر باشند و با هم به خانه دیگری منتقل شوند یا اینکه زن و شوهر نباشند) و در این صورت خانه بهداشت مستقر در شهر را می توان تعطیل کرد.
 - چنانچه شرایط انتقال بهورز (ان) این خانه بهداشت به محل دیگر وجود نداشته باشد، در این حالت بهورز با همان پست خود که به پست ستاره دار تبدیل می شود در واحد ارائه خدمت همان محل به کار خود ادامه می دهد و خانه بهداشت مزبور تعطیل می شود.

- ب) مواقعی که خانه بهداشت مستقر در شهر به پایگاه بهداشت تبدیل می شود:
- مدرک تحصیلی بهورز (ان) خانه بهداشت مزبور، حداقل پایان دوره راهنمایی (سیکل) باشد. در این صورت خانه بهداشت به پایگاه بهداشت تبدیل می شود و کارکنان آن نیز وظایف تکنیسین یا کار دان بهداشت خانواده یا مبارزه با بیماریها یا بهداشت محیط و حرفه ای را انجام می دهند (حتی الامکان با همان شیوه ارائه خدمات فعال، نه بصورت غیر فعال). در این حالت، به احتمال قوی جمعیت تحت پوشش، کمتر از حداقل تعیین شده برای پایگاه بهداشت تیپ می باشد و تعداد کارکنان نیز باید متناسب با جمعیت تحت پوشش تغییر یابد.
 - در صورت عملی نبودن هر يك از حالات بند الف، خانه بهداشت مستقر در شهر به پایگاه بهداشت تبدیل می شود و بهورزان آن با پست بهورز ستاره دار در پایگاه مزبور به فعالیت خود ادامه می دهند (ترجیحا" با همان شیوه ارائه خدمات به صورت فعال). در چنین وضعیتی پایگاه بهداشت را پایگاه ستاره دار می نامیم .

تبصره 15: چنانچه مرکز بهداشتی درماني روستایی، که به علت تبدیل محل استقرار آن به شهر، به مرکز بهداشتی درماني شهری تبدیل شده است چند خانه بهداشت (که در حال حاضر نیز در مناطق روستایی قرار دارند) را در پوشش خود داشته است بایستی همچنان آن خانه های بهداشت را در پوشش خود نگه دارد یعنی همانند مرکز بهداشتی درماني شهری روستایی عمل کند و کارکنان لازم برای بازدید از خانه های بهداشت مذکور (علاوه بر کارکنان پایگاه بهداشت ضمیمه) در آن مرکز پیش بینی شود.

- تبصره 16:** چنانچه خانه بهداشتی که در حال حاضر در نقطه شهری یا شهر واقع شده است، قبلا" روستا(ها)ی قمری در پوشش خود داشته است که هنوز هم به عنوان نقطه روستایی مطرح هستند. بایستی:
- ❖ کوشش کرد خانه بهداشت جدیدی در یکی از آن مناطق روستایی ایجاد و راه اندازی شود تا روستاهای مورد نظر را در پوشش گیرد.
 - ❖ اگر شرایط ایجاد خانه بهداشت جدید وجود نداشت، روستاهای مزبور را باید تحت پوشش نزدیکترین خانه بهداشت موجود قرار داد
 - ❖ اگر هیچکدام از دو مورد فوق میسر نبود، جمعیت روستاهای مورد نظر به صورت جمعیت روستایی مستقیم، تحت پوشش نزدیکترین مرکز بهداشتی درماني شهری قرار خواهند گرفت.

تبصره 17: چنانچه در نقطه شهری که خانه بهداشت در آن واقع شده است (به دلیل تغییر تقسیمات کشوری)، مرکز بهداشتی درماني شهری موجود نباشد و آن نقطه شهری، بخش خصوصی فعال نیز نداشته باشد، بایستی هر چه سریعتر اقدام به ایجاد و راه اندازی مرکز بهداشتی درماني شهری در آن محل کرد.

تبصره 18: کلیه خانه های بهداشت تبدیل شده به پایگاه بهداشت، حتی الامکان بایستی همچنان خدمات را به صورت فعال به جمعیت تحت پوشش خود ارائه دهند و مراکز بهداشتی درمانی شهری آنها نیز باید سربعا" نسبت به جذب رابطین بهداشت اقدام کنند تا بتوانند پوشش کامل داشته باشند.

تبصره 19: آمار تمام پایگاههای بهداشت جدید از فهرست خانه های بهداشت فعال در کامپیوتر حذف می شود و اطلاعات جمعیت آنان نیز در زیج حیاتی شهری ثبت می گردد.

ه- مرکز بهداشتی درمانی شهری :

بر اساس فعالیت روز افزون بخش خصوصی در تمامی مناطق شهری و سیاست استفاده از بخش خصوصی در ارائه خدمات درمان سرپایی، مراکز بهداشتی درمانی شهری عمدتاً" وظیفه قبول ارجاعات و نظارت بر واحدهای تحت پوشش خود را بهعهده دارند. بر این مبنای محاسبه تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری به قرار زیر است:

بر اساس هر 12500 نفر جمعیت شهری منطقه، یک پایگاه بهداشت شهری پیش بینی می شود و بازای هر 5 واحد بهداشتی درمانی موجود (اعم از پایگاه بهداشت یا خانه بهداشت تحت پوشش) یک مرکز بهداشتی درمانی شهری پیش بینی می گردد. برای این منظور فرم شماره 5 در دفاتر طرحهای گسترش در نظر گرفته شده است. کارکنان درمانی هر مرکز عبارتست از:

پزشك:

در هر مرکز بهداشتی درمانی شهری که دارای 5 واحد تحت پوشش برای خدمات نظارتی و ارجاع است (پایگاه بهداشت و خانه بهداشت)، به طور معمول 2 پزشك پیش بینی می شود تا یکی از آنها در هر روز به فعالیت نظارت بر واحدها مشغول باشد و نفر دوم در محل مرکز بهداشتی درمانی به قبول ارجاعات بپردازد.

دندانپزشك:

یک دندانپزشك لازم است. چنانچه برای هر 10 تا 12 هزار نفر جمعیت شهری یک مطب دندانپزشکی فعال در بخش خصوصی موجود باشد، نیازی به واحد دندانپزشکی در مرکز نخواهد بود. در صورتیکه به تعداد کافی مطب دندانپزشکی در بخش خصوصی نبود، وجود دندانپزشك در مرکز برای ارائه خدمات مربوط به مردم ضرورت دارد.

پرستار یا بهیار:

برای خدمات تزریقی و پانسمان در مراکز بهداشتی درمانی شهری نیازی به پرسنل نیست مگر آنکه واقعا" امکان دریافت این خدمات در بخش خصوصی وجود نداشته باشد.

در هر مرکز، یک پرستار یا بهیار برای مدیریت داخلی مرکز، انجام امور عمومی، نگه داری و توزیع مواد مصرفی روزانه کافیت.

داروساز یا دارویار:

در صورت وجود داروخانه کافی در بخش خصوصی، نیازی به ایجاد آن در مرکز بهداشتی درمانی شهری نیست و در غیر اینصورت، یک نفر داروساز یا یک نفر دارویار برای ارائه خدمات دارویی در مرکز بهداشتی درمانی شهری لازم است (در صورت فقدان این نیرو، می توان از پرستار آموزش دیده برای ارائه این خدمت استفاده کرد. در این حالت، مسوولیت داروخانه با پزشك مسوول مرکز می باشد).

کارشناس یا کاردان آزمایشگاهی:

در غیاب خدمات آزمایشگاهی در بخش خصوصی یا دولتی (مثل بیمارستان و ...)، مرکز مزبور باید به آزمایشگاه مجهز شود و در این شرایط، به سه کارشناس یا کاردان آزمایشگاهی در مرکز نیاز است.

کارشناس یا کاردان رادیولوژی:

در غیاب خدمات رادیولوژی در بخش خصوصی یا دولتی (مثل بیمارستان و ...)، مرکز باید برای ارائه خدمات رادیولوژی تعریف شده در این سطح مجهز شود و به دو نفر کارشناس یا کاردان رادیولوژی در مرکز بهداشتی درمانی شهری نیاز است.

متصدی پذیرش، آمار و مدارك پزشکی:

باید یک متصدی پذیرش، آمار و مدارك پزشکی منظور شود.

راننده:

برای مراکز بهداشتی درمانی شهری که یک یا چند خانه بهداشت یا پایگاه بهداشت در پوشش دارند یک خودرو و یک راننده در نظر گرفته شود.

نگهبان یا خدمتگزار:
به يك نفر نیاز است.

تبصره 20: در بسیاری از شهرها، خانه های بهداشت مجاور شهر یا روستاهای نزدیک به شهر، ناگزیر در پوشش يك یا چند مرکز بهداشتی درمانی شهری قرار می گیرند. این گونه مراکز، در واقع هر دو نقش را بعهده دارند و در گذشته به آنها مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی اصطلاح می کرده اند.

تبصره 21: در مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی علاوه بر ضوابط پرسنلی مراکز بهداشتی درمانی شهری، ضوابط پرسنلی مربوط به خانه های بهداشت (بهورزان) نیز باید جداگانه در طرحهای گسترش منظور گردد.

تبصره 22: در نقاط شهری یا مراکز بخش فاقد بیمارستان (اعم از دولتی، خصوصی و خیریه)، چنانچه فاصله نقاط مذکور از نزدیکترین شهر دارای بیمارستان یا واحد درمانی شبانه روزی دیگری بیش از نیم ساعت (با اتومبیل) باشد، یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهری مورد بحث، باید به صورت شبانه روزی فعالیت کند. در این گونه مراکز باید دو اتاق بستری موقت برای بیماران فوریتهای پزشکی (زن و مرد) منظور شود. همچنین، برای پوشش ساعات عصر و شب نفرات زیر به کارکنان مرکز اضافه می گردند به طوری که تعداد کل پرسنل درمانی (پستهای زیر) به 4 نفر برسد:

پزشک عمومی 2 نفر
پرستار یا بهیار 6 نفر (برای خدمات پرستاری و دارویی)
کارشناس یا کاردان علوم آزمایشگاهی 1 نفر
کارشناس یا کاردان رادیولوژی 2 نفر
متصدی پذیرش 3 نفر
نگهبان و خدمتگزار 3 نفر (اگر سرایدار بود 1 نفر کفایت)
راننده 3 نفر

و_ مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی

همانطور که در تبصره 22 آمده است، در مناطق شهری یا روستایی که در گلوگاه جمعیتی حدود 20000 نفر و با فاصله حداقل نیم ساعت با خودرو تا نزدیکترین بیمارستان یا واحد درمانی شبانه روزی دیگری قرار داشته باشند، مراکز بهداشتی درمانی موجود به شبانه روزی تبدیل می شوند (مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی درجه 1). برای مناطق شهری باید این مراکز در مرکز بخش قرار داشته باشد. این گونه مراکز باید دو اتاق بستری موقت برای بیماران فوریتهای پزشکی (زن و مرد) داشته باشد و بازای هر 10000 نفر جمعیت به يك تخت بستری موقت (کمتر از 6 ساعت) نیاز است. این گونه مراکز به يك دستگاه آمبولانس برای انتقال بیماران به نزدیکترین بیمارستان نیاز دارند.

چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی بین 12500 تا 20000 نفر بوده و در فاصله حداقل نیم ساعت با خودرو تا نزدیکترین بیمارستان یا واحد درمانی شبانه روزی دیگری قرار داشته باشد، به مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی درجه 2 تبدیل می شود. در این نوع مراکز برای شیفتهای عصر و شب خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی ضرورت ندارند و سایر پرسنل با پرسنل معمول مرکز بهداشتی درمانی باید به 4 نفر برسند.

نیروی انسانی استاندارد مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی درجه 1:

در مرکز بهداشتی درمانی روستایی (با در نظر گرفتن برنامه پزشک خانواده و برای جمعیت حدود 9000 نفری روستا):

در مرکز بهداشتی درمانی روستایی شبانه روزی		نوع نیروی انسانی
با تسهیلات زایمانی	بدون تسهیلات زایمانی	
4	4	پزشک عمومی
1	1	دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان
4	4	کاردان یا کارشناس آزمایشگاه
4	4	کاردان یا کارشناس رادیولوژی
6	6	بهیار یا پرستار (مرد و زن)
4	2	ماما

2	2	کاردان یا کارشناس بهداشتی
4	3	متصدی پذیرش
4	3	راننده
4	3	نگهبان/خدمتگزار

در مرکز بهداشتی درمانی شهری:

در مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه روزی		نوع نیروی انسانی
با تسهیلات زایمانی	بدون تسهیلات زایمانی	
4	4	پزشک عمومی
1	1	دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان
4	4	کاردان یا کارشناس آزمایشگاه
4	3	کاردان یا کارشناس رادیولوژی
6	6	بهبان یا پرستار (مرد و زن)
4	1	ماما
3	3	کاردان یا کارشناس بهداشتی
4	3	متصدی پذیرش
4	2	راننده
4	3	نگهبان/خدمتگزار

خدمات قابل ارائه در مراکز بهداشتی درمانی شبانه روزی:

علاوه بر خدمات تعریف شده مراکز بهداشتی درمانی یک شیفته باید خدمات زیر توسط این مراکز شبانه روزی ارائه گردد:

- ✓ خدمات دارویی
- ✓ خدمات آزمایشگاهی
- ✓ خدمات تصویربرداری تشخیصی
- ✓ مشاوره ها
- ✓ انجام جراحیهای کوچک و سرپایی شامل:
 - تلق بریدگیها،
 - تلق سوختگیهای درجه 1 بدون عارضه (به غیر از صورت و دست)،
 - تلق سوختگیهای کودکان زیر 6 سال، توده های جلدی و زیرجلدی،
 - تلق درناژ آبسه،
 - تلق گذاشتن لوله نای،
 - تلق خارج کردن جسم خارجی از بینی؛
 - تلق تامپون کردن بینی،
 - تلق بند آوردن خونریزی بینی قدامی،
 - تلق تخلیه سینوزیت های مزمن،
 - تلق خارج کردن اجسام خارجی سطحی از چشم،
 - تلق خارج کردن اجسام خارجی از گوش خارجی در بالغین،
 - تلق شستشوی گوش،
 - تلق خارج کردن اجسام خارجی از حلق،
 - تلق گذاشتن لوله برای بیماران پنوموتراکس و هماتوتراکس،
 - تلق تخلیه آبسه پستان،
 - تلق فتق ساده،
 - تلق وازکتومی،
 - تلق اپیزیوتومی،
 - تلق گذاشتن سوند فولی،
 - تلق آتل بندی شکستگی ها،
 - تلق شکستگی ترقوه،
 - تلق شکستگی بدون عارضه استخوان بازو،

- ✓ شکستگی بدون عارضه لگن و
- ✓ جانداختن در رفتگی های شانه و چانه
- ✓ فوریت‌های پزشکی شامل:
- ✓ خونریزیها،
- ✓ شکستگی ها،
- ✓ زایمان،
- ✓ ایست قلبی،
- ✓ درد قفسه سینه،
- ✓ استفراغ و تهوع،
- ✓ شکم حاد،
- ✓ سوختگیها،
- ✓ تشنج،
- ✓ هرگونه پارگی پوست و
- ✓ ضربات مختلف (Multiple Trauma)

✓ در صورت نبود واحد تسهیلات زایمانی، تجهیزات اولیه برای انجام زایمان در شرایط اضطرار باید فراهم گردد.

در اتاق بستری موقت باید دو گونه بیمار تحت مراقبت قرار گیرد:

1. بیمارانی که با انجام اقداماتی در کمتر از 6 ساعت به وضعیت stable می‌رسند و قابل ترخیص شدن هستند. مثل انجام سرم تراپی برای بیمار اسهال حاد
2. بیمارانی که باید به وضعیت stable برسند تا قابل انتقال به نزدیکترین بیمارستان باشند. مثل افراد با خونریزی شدید که باید خونریزی متوقف شده و وضعیت بیمار stable گردد و سپس اعزام شود.

خدمات معمول يك مركز بهداشتی درمانی يك شیفته عبارتند از:

1. جمع آوری، کنترل و دسته بندی اطلاعات و آمار مربوط به خود مرکز و واحدهای تابعه
2. کنترل و پیگیری اجرای برنامه های بهداشتی درمانی اولیه شامل:
 - ← آموزش بهداشت عمومی
 - ← بهداشت مدارس
 - ← بهداشت روان
 - ← مادران، کودکان و تنظیم خانواده
 - ← بهداشت دهان و دندان
 - ← بهداشت حرفه ای
 - ← بهداشت محیط
 - ← ایمنسازی
 - ← مراقبت از بیماران سل
 - ← بررسیهای اپیدمیولوژیک
 - ← خدمات سیاری
 - ← بیماریابی
 - ← مشاوره ها
3. کمک در اجرای پژوهشها
4. معاینه بیماران ارجاع شده و پذیرش شده
5. کنترل کمی و کیفی کمکهای درمانی اولیه
6. دریافت درخواستها و فهرست نیازمندیهای تدارکاتی واحدهای تابعه
7. نظارت بر واحدهای تابعه و دهگردشی
8. ایجاد همکاریهای بین بخشی و شرکت در جلسات با حضور سایر ارگانها
9. خدمات دارویی
10. خدمات آزمایشگاهی
11. خدمات رادیولوژی

ز _ پست مراقبت مرزی و قرنطینه:

این واحدها در پایانه های زمینی، دریایی، هوایی و نیز بازارچه های زمینی و دریایی در نظر گرفته می شوند. این پست ها بر اساس حجم و نوع فعالیت و محل استقرار به 3 درجه تقسیم می شوند. این واحدها نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماریها به داخل کشور را بر اساس ضوابط و معیارهای بین المللی به عهده دارند

پست های مراقبت مرزی و قرنطینه درجه 1 و 2 می توانند شبانه روزی یا تا پاسی از شب فعال باشند. در نوع درجه 3 که در بازارچه های مرزی مستقر می گردند، می توانند تا ساعت کار مرز (بازارچه) فعالیت نمایند.

نیروی انسانی موردنیاز:

- برای پست درجه 1 پایانه زمینی، دریایی و هوایی:

1 نفر	پزشک مقیم یا آنکال
3 نفر	کارشناس یا کاردان مبارزه با بیماریها
2 نفر	کارشناس یا کاردان بهداشت محیط
1 نفر	کارشناس یا کاردان آزمایشگاه

- برای پست درجه 2 پایانه زمینی، دریایی و هوایی:

1 نفر	پزشک آنکال
2 نفر	کارشناس یا کاردان مبارزه با بیماریها
1 نفر	کارشناس یا کاردان بهداشت محیط
1 نفر	کارشناس یا کاردان آزمایشگاه

- برای پست درجه 3 بازارچه زمینی و دریایی:

1 نفر	پزشک آنکال
1 نفر	کارشناس یا کاردان مبارزه با بیماریها
1 نفر	کارشناس یا کاردان بهداشت محیط

ح _ مرکز رفرانس مشاوره و مراقبت بیماریهای رفتاری:

این واحد فقط در شهرستان مرکز استان (شهرستان محل استقرار دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی) به تعداد یک مرکز ایجاد می شود.

پرسنل مرکز:

برحسب جمعیت تحت پوشش شهرستان به دو گروه با پرسنل متفاوت تقسیم می شوند:

اول: شهرستانهای با جمعیت بالای 200000 نفر:

2 نفر (یکی مسوول مرکز است)	پزشک (یکی متخصص عفونی)
1 نفر	کارشناس مبارزه با بیماریها
1 نفر	کارشناس بهداشت روانی (با اولویت روانشناس بالینی)
1 نفر	مددکار اجتماعی
1 نفر	متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی
1 نفر	دندانپزشک عمومی یا بهداشتکار دهان و دندان
1 نفر	ماما
1 نفر	راننده
1 نفر	خدمتگذار

دوم: شهرستانهای با جمعیت 200000 نفر و کمتر:

1 نفر	پزشک مشاور
1 نفر	کارشناس مبارزه با بیماریها
1 نفر	کارشناس بهداشت روانی (با اولویت روانشناس بالینی) و مددکار
1 نفر	متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی
1 نفر	ماما
1 نفر	راننده (در صورت امکان)

آزمایشگاه

ط_ مرکز بهداشت شهرستان

این واحد، اولین سطح تخصصی یعنی کارشناسی خدمات مختلف بهداشتی را تشکیل می دهد و علاوه بر پشتیبانیهای فنی در زمینه خدمات بهداشتی، تمامی امور مدیریتی واحدهای بهداشتی شهرستان را نیز به عهده دارد. پرسنل شاغل در این واحد به قرار زیر تعیین می شود:

کارشناسان بهداشتی

بر اساس وظایف این واحد و نیز ضوابطی که بر کارکنان آن حاکم است تعداد کارشناسان هر برنامه بهداشتی در مرکز بهداشت شهرستان با استفاده از فرمول زیر محاسبه می شود:

$$[(U+P)+R] \times 12 \quad \text{یا} \\ 120 \\ 2R + U + P$$

20

U = تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری (شامل مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی نیز هست). موجود در شهر مرکز شهرستان. چنانچه مرکز شهری بیش از 3 پزشک عمومی داشت بازي هر 3 پزشک، يك مرکز بهداشتی درمانی شهری به حساب می آید.

P = تعداد پایگاه بهداشت غیر ضمیمه (شهر و روستا)

R = تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی کل شهرستان بعلاوه مراکز بهداشتی درمانی شهرهای سایر شهرها غیر از شهر مرکز شهرستان

n = تعداد کارشناسان مورد نیاز هر برنامه

تبصره 23: اعشار کمتر از 0/5، حذف و اعشار 0/5 و بالاتر، معادل 1 منظور می شود و تعداد کارشناسان بهداشتی برای هر برنامه برحسب متغیر $2R + U + P$ به قرار زیر است:

مجموعه $2R+U+P$	50 و کمتر	51 تا 70	71 تا 90
تعداد کارشناس	1	2	3

بازای هر 2 کارشناس، يك کاردان در برنامه اضافه می شود.

تبصره 24: در شهرستانهایی که مجموعه $2R+U+P$ از 90 بیشتر گردد، بهتر است يك مرکز بهداشت شهرستان دیگر در نظر گرفته شود:

تعداد مرکز بهداشت	$2R+U+P$
1	تا 90
2	90 تا 225
3	226 تا 315
4	316 تا 400

کارکنان امور اداری و مالی

تقسیم کار مربوط به امور مالی و کارکنان اداری، وجود حداقل پستیهای را ایجاب می کند. چنانچه، این حداقل با دامنه تغییرات مجموعه $2R+U+P$ تطبیق داده شود، با هر 20 تغییر در مجموعه، يك نفر در هر يك از قسمتهای مذکور اضافه می گردد.

کارکنان انبارها

تدارك اصلي مراكز بهداشتي درماني شهري و روستايي، پايگاههاي بهداشت و خانه هاي بهداشت به عهده مركز بهداشت شهرستان است. به علت تنوع وسايل و تجهيزات و شرايط خاص نگهداري آنها وجود انبارهاي زير در هر مركز بهداشت شهرستان ضرورت دارد:

- انبار دارو، واكسن و تجهيزات پزشكي
- انبار سموم و مواد ضد عفوني كننده
- انبار وسايل و تجهيزات اداري

براي هريك از انبارها يك انباردار و گاه يك كمك انباردار لازم خواهد بود.

تبصره 25: در صورت محدود بودن فضاها، بايد توجه داشت كه انبار واكسن حتما" در داخل مركز بهداشت و در دسترس كارشناسان مربوط قرار داشته باشد.

راننده ها

يكي از حساسترين قسمتهاي مركز بهداشت، واحد نقليه آن است. تنوع انواع خودروهاي مورد نياز و استمرار تحرك كارشناسان، وجود نقليه فعالتي را ايجاب مي كند. براي تعيين تعداد رانندگان، با اين فرض كه رانندگان مي توانند 180 روز، از 250 روز كار مفيد سالانه خود را در كار خدمات سياري صرف كنند و با احتساب اتومبيل هايي كه براي مديريت و تداركات منظور مي شود، مي توان از فرمول زير استفاده كرد:

$$\text{تعداد راننده: } 2R+U+P$$

10

تبصره 26: در صورت وجود فضاي سبز، به نسبت محوطه، پست باغيان و نيز در صورت وجود شاغل در رديفهاي نظير تكنيسين تاسيسات، ساختمان و ... اين رديفها به صورت پستهاي ستاره دار در مركز بهداشت منظور مي گردد.

تبصره 27: خدمات مربوط به تعمير و نگهداري وسايل نقليه و كاخداري از بخش خصوصي خريداري خواهد شد.

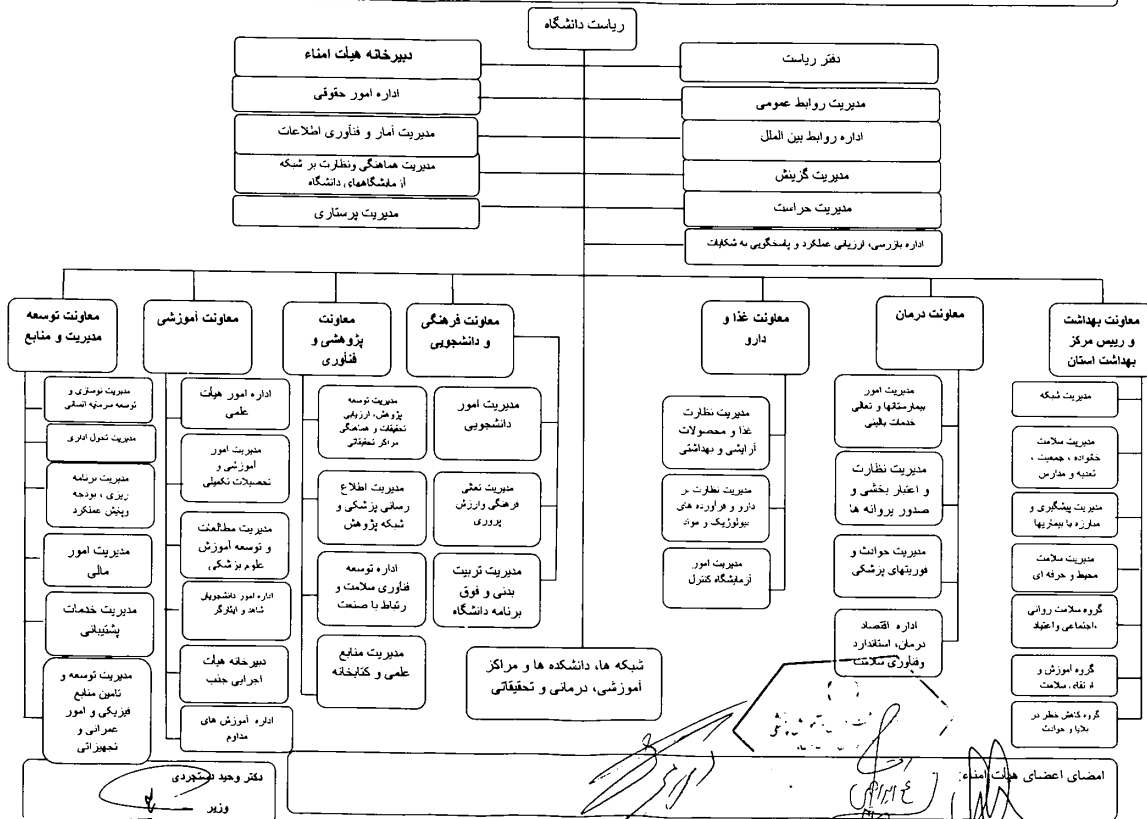
گام هشتم: كنترل مجدد اقدامات، بويژه از نظر تعيين فاصله روستاها، مسير طبيعي حركت مردم و مسائل فرهنگي

گام نهم: نهايي كردن طرحهاي گسترش هر شهرستان و ارائه به كارشناس گسترش شبكه در استان و در نهايت گزارش به مركز توسعه شبكه ها در ستاد مركزي.

ساختار پیشنهادی مرکز بهداشت استان، شهرستان و شبکه سلامت شهرستان:

گروه ساختار سلامت در مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت با حضور نمایندگان ادارات کل حوزه معاونت سلامت و تنی چند از معاونین بهداشتی و روسای گسترش شبکه های استانی به بررسی ساختار تشکیلاتی معاونت بهداشتی استان، شبکه سلامت شهرستان و مرکز بهداشت شهرستان پرداختند که بصورت چارت های تشکیلاتی در زیر آمده است. این ساختار برای معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع ارسال شده است که به محض تعیین تکلیف نهایی، اعلام می شود.

چارت تشکیلاتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود مصوب جلسه ۹۱/۲/۵ هیات امنای دانشگاه



دفتر وحدت شجره ای وزیر

امضای اعضای هیات امناء