



اصول، ضوابط و استانداردهای شبکه بهداشت و درمان



ویرایش سال ۱۴۰۴

تدوین:

- معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه، گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبکه
- معاونت توسعه مدیریت و منابع، مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری

	فهرست
۳	مقدمه
	بخش ۱
۴	اصول کلی ساختار شبکه بهداشت و درمان
	بخش ۲
۸	گام‌های اجرایی بازنگری طرح‌های گسترش شبکه
	بخش ۳
۱۰	فرایند بررسی پیشنهادات طرح‌های گسترش شبکه
	بخش ۴
۱۱	ضوابط و استانداردهای واحدهای محیطی ارایه دهنده خدمت
۱۱	خانه بهداشت
۱۶	پایگاه سلامت
۱۶	پایگاه سلامت روستایی
۱۶	پایگاه سلامت شهری / پزشکی خانواده
۱۷	مرکز خدمات جامع سلامت
۱۷	مرکز خدمات جامع سلامت روستایی
۲۱	مرکز خدمات جامع سلامت شهری / شهری روستایی
	بخش ۵
۲۳	واحدهای تابعه مراکز خدمات جامع سلامت
۲۳	واحد تسهیلات زایمانی
۲۳	واحد ازدواج، باروری سالم و فرزند آوری
۲۴	واحد مراقبت و پیشگیری از هاری
۲۴	واحد سلامت روانی - اجتماعی

بخش ۶

۲۵	عناوین مراکز خدمات جامع سلامت بر اساس ویژگی
۲۵	مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی
۲۷	مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی
۲۷	مرکز خدمات جامع سلامت بحران
۲۸	مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی منتخب

بخش ۷

۲۹	سایر واحدهای ارایه خدمت
۲۹	مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری
۳۱	پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی
۳۱	پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز
۳۱	پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه یک
۳۱	پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه دو
۳۲	پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه سه

مقدمه

دستیابی به اهداف نظام سلامت بدون سرمایه گذاری کافی و موثر در نظام ارایه خدمت غیرممکن است. برای تحقق این موضوع، استفاده صحیح از منابع، به کارگیری راهبردهای خلاقانه و مبتنی بر شواهد علمی و در نظر گرفتن نیاز جامعه، مطابق با ساختار و سطح بندی مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه و توجه ویژه به عدالت در سلامت برای همه مردم به ویژه افراد محروم و آسیب پذیر از اهمیت افزونتری برخوردار است. برای تحقق این امر در سلامت تضمینی وجود ندارد، مگر آنکه نظام ارایه خدمت با ساختار و سازماندهی تنظیم شده، خدمات پایه و اساسی را بصورت ادغام یافته، یکپارچه، فعال، با کمترین هزینه، با اولویت ارایه خدمات پزشکی عمومی به تخصصی و خدمات سرپایی به بستری کماکان با اولویت روستا و مناطق محروم، ارایه نماید. علاوه بر این برای دستیابی به شاخص های سلامت، مشارکت مردمی و همکاری بین بخشی و سرمایه گذاری بخش های مختلف (دولتی، خصوصی، خیرین و تعاونی) مبتنی بر فناوری های روز به خصوص فناوری های دیجیتال الزامی است.

مفهوم PHC از نگاه سازمان جهانی بهداشت، یک رویکرد جامع با هدف تضمین بالاترین سطح ممکن از سلامت، رفاه و توزیع عادلانه امکانات، با تمرکز بر تامین نیازهای بهداشتی مردم، در سریع ترین زمان و نزدیکترین مکان به محیط زندگی روزمره، با ارایه خدمات مستمر جهت ارتقای سلامت از پیشگیری تا درمان و توانبخشی و مراقبت تسکینی بیماری می باشد. PHC دارای سه جزء مرتبط و هم افزایی است:

۱- رفع نیازهای سلامت مردم از طریق ارایه مراقبت های پیشگیرانه، درمانی، توانبخشی و تسکینی در طول زندگی با اولویت مراقبت های اولیه (پایه) سلامت

۲- پرداختن نظام مند به عوامل تعیین کننده سلامت (اجتماعی، اقتصادی، محیطی و خصوصیات فردی - رفتاری) از طریق سیاست ها و اقدامات مبتنی بر شواهد در همه بخش ها

۳- توانمندسازی افراد (خود مراقبتی)، خانواده ها و جامعه برای حفظ، بهبود و ارتقای سلامت خود، به عنوان توسعه دهندگان خدمات بهداشتی و اجتماعی

بر اساس بند الف ماده ۷۰ و بند پ ماده ۷۰ قانون برنامه هفتم پیشرفت؛ تقویت و کارآمد سازی نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت از طریق استقرار و اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع برای تمامی جمعیت کشور با استفاده از تمام ظرفیت های موجود از تکالیف مهم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد. بر اساس سیاست های کلی جمعیت و قوانین بالادستی از جمله سند نقشه مهندسی فرهنگی کشور، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، قانون برنامه پنج ساله هفتم توسعه، باید نرخ باروری کلی تا ۵ سال آینده به عدد ۲٫۵ برسد. لذا الزامی است تمامی برنامه ها و ضوابط شبکه مبتنی بر هدف یاد شده باشد.

همچنین ادغام آموزه های طب ایرانی در نظام شبکه بهداشت (سطح یک) نیز بر اساس بند ۱۲ سیاست های کلی سلامت ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری دامت برکاته و ماده ۶۹ بند چ لایحه برنامه هفتم پیشرفت، باید به نحوی انجام پذیرد که گیرندگان خدمت نظام بهداشتی از آن بهره مند شوند.

در راستای سیاست های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، خرید خدمات سلامت و استفاده بهینه از ظرفیت بخش خصوصی بویژه در اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و بر اساس دستور عمل و شیوه نامه های مربوطه، مورد تاکید می باشد.

بخش ۱: اصول کلی ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور

یکی از مهمترین رسالت‌های مدیریت ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان در حوزه بهداشت، به روز رسانی تغییرات واحدهای بهداشتی ارایه دهنده خدمت در سطوح محیطی (خانه بهداشت، پایگاه سلامت، مرکز خدمات جامع سلامت و ...) می‌باشد.

این مهم که در راستای گذار اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، تغییرات جغرافیایی، فرهنگی و جمعیتی، برقراری عدالت در سلامت، تسهیل دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت، تامین و توزیع مناسب نیروی انسانی متناسب با تغییرات جمعیتی و مدیریت بهینه منابع است، متکی بر اصول زیر می‌باشد:

۱- **اصل اول (انتخاب شهرستان):** انتخاب "شهرستان" به عنوان مقیاس اداری و جغرافیایی گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی، مدیریت، برنامه ریزی، آموزش، پشتیبانی و پایش واحدهای مستقر در نظام شبکه می‌باشد. ملاک شهرستان و مناطق شهری و روستایی، بر اساس اعلام تقسیمات کشوری وزارت کشور یا مصوبه هیات دولت است.

۲- **اصل دوم (سطح بندی):** عبارتست از چیدمان خاص واحدهای ارایه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه‌ی خدمات مورد نیاز تا جایی که ممکن است سهل، سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. سطح بندی قراردادی پویا است که به اقتضای شرایط، توسط سیاستگذاران انجام می‌گیرد. در نظام شبکه تمامی خدمات به صورت ادغام یافته و به شکل زنجیره ای در هر سطح به گروه‌های هدف، ارایه می‌گردد. برای تحقق این اصل رعایت موارد زیر الزامی است:

أ. عدم ارایه خدمات مشابه در سطوح مختلف: هیچ یک از واحدهای یک سطح ارایه دهنده خدمت، به خدماتی که به عهده واحدهای سطح پایین‌تر قرار داده شده، نپردازد. مگر آنکه خدمت مورد نظر را در سطح تخصصی‌تر ارایه دهد. به همین دلیل، می‌بایست در کنار هریک از واحدها، یک واحد سطح پایین‌تر با مدیریت مستقل منظور گردد. بدین ترتیب، وجود خانه بهداشت/ پایگاه سلامت روستایی در کنار مرکز خدمات جامع سلامت روستایی (خانه بهداشت / پایگاه سلامت روستایی ضمیمه)، وجود پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده در کنار مرکز خدمات جامع سلامت شهری (پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده ضمیمه) و وجود مرکز خدمات جامع سلامت شهری در کنار بیمارستان در نظر گرفته شده که برای تحقق این شرط شرح وظیفه هر واحد به دقت تعیین و مشخص می‌گردد.

ب. اولین نقطه تماس مراجعه کننده: اولین سطح مراجعه فرد در روستا و شهر، به بهورز و مراقب سلامت/ ماما در خانه بهداشت/ پایگاه سلامت روستایی/ پایگاه سلامت شهری/ پایگاه پزشکی خانواده است که با نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات استاندارد، مراقبت‌ها را در مناطق روستایی، عشایری، حاشیه و شهر، مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور به گروه‌های هدف ارایه می‌دهد. پس از آن ارجاع به سطح بالاتر خواهد بود.

ت. برقراری ارتباط فعال و مستمر واحدهای هر سطح با واحدهای سطوح بالاتر و پایین‌تر: نظارت، پایش، ارزشیابی و آموزش حین خدمت کارکنان و نیز تدارک و حمایت اداری مالی واحدهای هر سطح به عهده واحدی است که در اولین سطح بالاتر از آن قرار دارد تا تدارک فنی و اداری این واحدها به صورت فعال و مستمر از نزدیکترین واحد سطح بالاتر میسر گردد و از بروز خطراتی مانند گرایش کارکنان غیرپزشک به درمان‌های غیرمجاز و تنزل کیفیت خدمات جلوگیری شود.

ث. سطوح مختلف ارایه خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه بهداشت و درمان شامل موارد زیر می‌باشد:

سطح پایه: سطح فردی، خانواده و جامعه که خدمات خودمراقبتی فرد و خانواده و خدمات مشارکت اجتماعی در این سطح قرار دارد.

سطح اول (خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد، خانواده و جامعه): شامل پیشگیری، آموزش و افزایش سواد سلامت فرد و خانواده، غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری‌ها براساس بسته خدمت (مراقبت‌های گروه‌های سنی از جنینی تا کهنسالی نظیر خدمات و مراقبت‌های مادران باردار و شیرده، نوزادان و کودکان، پیشگیری و تشخیص بهنگام ناباروری، ارایه مشاوره فرزندآوری، مشاوره انصراف از سقط عمدی جنین و ...)، کاهش بار روانی و هزینه‌های اقتصادی دوران بارداری، حفظ و مراقبت از جنین و کاهش میزان سقط عمدی و خود به خودی، برگزاری کلاس آمادگی برای زایمان، ترویج و تسهیل زایمان طبیعی، ترویج و ترغیب ازدواج بهنگام، آسان، موفق و پایدار، ارجاع و پیگیری نتیجه ارزیابی، غربالگری بیماری، تدبیر مدیریت فوریت‌ها، خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای، بهداشت محیط مدارس، پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، ارایه آموزه‌های طب ایرانی برای ترویج شیوه زندگی سالم، مدیریت خطر در حوادث و بلایا، خدمات مشارکت اجتماعی (سازمان‌های مردم نهاد، گروه‌های جهادی، بسیج جامعه پزشکی و بسیج محله، داوطلبان سلامت)، نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت، توانمندسازی گیرندگان و ارایه دهندگان خدمت، خدمات آموزش همگانی و ترویجی و افزایش سواد سلامت، می‌باشد.

سطح دوم: واحدی تخصصی در نظام سلامت که خدمات درمانی و توانبخشی تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع شدگان از سطح یک قرار می دهد.

سطح سوم: شامل خدمات درمانی و توانبخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری، تامین دارو و دیگر خدمات پاراکلینیک است.

۳- **اصل سوم (نظام ارجاع):** فرآیندهایی است که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این

نظام را تعیین می کند. ارجاع درون سطح به عنوان ارجاع افقی و ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می شود. بدین ترتیب گیرندگان خدمت برای دریافت خدمات سلامت به اولین واحد ارایه دهنده خدمت در هر منطقه (خانه بهداشت/ پایگاه سلامت/ پایگاه پزشکی خانواده) مراجعه کرده و تشکیل پرونده می دهند. مراجعه کننده در نقطه اول تماس، توسط تیم سلامت (بهورز/ مراقب سلامت/ ماما و در شرایط خاص توسط پزشک)، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می گیرد. در صورت نیاز به خدمات تخصصی تر (در همان سطح یا سطح بالاتر)، وی به صورت هدایت شده با رعایت سلسله مراتب پس از تکمیل فرم ارجاع (مطابق با فرمت موجود در بسته خدمت) برای دریافت آن خدمات در همان سطح (مانند خدمات تغذیه و سلامت روان و مامایی) یا به سطوح بالاتر سرپایی و بستری (پزشک متخصص و فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع داده می شود. 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 پسخوراند) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین تر) منعکس می کند. مسوولیت ارجاع به سطوح بالاتر با پیگیری و تداوم ارایه خدمات به مراجعین، توسط ارایه دهنده خدمت سطح اول انجام می گیرد.

مزایای استفاده از نظام ارجاع به شرح زیر می باشد:

- امکان استفاده از کارکنان پیراپزشکی را برای ارایه خدمات ساده بهداشتی و کمک‌های اولیه درمانی فراهم می سازد.
- سطوح تخصصی را از پرداختن به خدمات غیر تخصصی باز می دارد و برای پرداختن به خدمات تخصصی وقت بیشتری را فراهم می آورد.
- از ارایه خدمات به شکل تکراری (تجویز دارو، آزمایش و سایر ارزیابی‌های تشخیصی مکرر) جلوگیری می کند.

- هزینه های خدمات بهداشتی، درمانی را به نحو چشمگیری کاهش می دهد.
- با توزیع گسترده تعداد واحدهای محیطی، امکان تداوم و استمرار خدمات بهداشتی را فراهم می کند.
- تشخیص و پیگیری درمان را تا انتهای کار توسط تیم سطح اول فراهم می سازد.

۴- **اصل چهارم (ادغام خدمات):** در طراحی شبکه‌ی مراقبت‌های اولیه بهداشتی، برنامه‌ها به شکلی ادغام یافته ارائه می‌شوند. این بدان مفهوم است که گیرنده خدمت در زمان واحد می‌تواند چندین خدمت مربوط به سلامت را براساس گروه سنی (از جنینی تا کهنسالی) دریافت کند. به عنوان مثال یک کودک در هنگام مراجعه به بهورز می‌تواند خدمات ایمنسازی، ارزیابی رشد و ... را دریافت نماید. به این نوع ادغام "ادغام خدمات در سطح گیرنده خدمت" گفته می‌شود. از سوی دیگر، در واحد ارائه دهنده خدمت (مانند خانه بهداشت) منابع مختلفی شامل تجهیزات، فضای فیزیکی و نیروی انسانی موجود است. این منابع به منظور تحقق فرآیندهای ارائه خدمت در کنار یکدیگر، تامین می‌شود. به عبارت دیگر، گیرنده خدمت با بهره گیری از ترکیبی از این منابع، خدمات مورد نیاز را دریافت می‌کند. به این نوع سازماندهی منابع برای دریافت خدمت "ادغام خدمات در سطح منابع" گفته می‌شود.

۵- **اصل پنجم (سهولت دسترسی جغرافیایی و زمانی):** امکان بهره‌مندی جمعیت ساکن در دورترین نقطه تحت پوشش از خدمات بهداشتی درمانی توسط محیطی‌ترین واحد می باشد. برای تامین این اصل، معیارها و شرایط زیر لازم است:

الف) در هیچ وضعیت اقلیمی و جغرافیایی، فاصله دورترین مکان زندگی و کار مردم از اولین واحد ارائه خدمت (خانه بهداشت/ پایگاه سلامت) نباید حداکثر از ۲۰ دقیقه با خودروی معمول منطقه یا یک ساعت پیاده‌روی بیشتر باشد. در صورت عدم وجود ضوابط مربوطه، خدمات به صورت سیاری ارائه خواهد شد. همچنین استقرار واحدهای تسهیلات زایمانی در مناطقی که با خدمات زایشگاهی ایمن (تسهیلات زایمانی، پایگاه اورژانس ۱۱۵ و بیمارستان) بیش از یک ساعت با وسیله نقلیه معمول فاصله دارند الزامی می باشد.

ب) استقرار واحدها باید در مسیر طبیعی حرکت جمعیت تحت پوشش قرار گیرد. تاکید بر این شرط گاه ممکن است موجب شود که از دو یا چند روستا که تحت پوشش یک واحد قرار می‌گیرند، روستایی برای استقرار واحد مورد نظر انتخاب گردد که لزوماً پرجمعیت‌ترین آنها نیست. ملاک انتخاب یک روستا به عنوان روستای اصلی (محل استقرار واحد روستایی) یک یا چند عامل از عوامل زیر می باشد:

- ✓ قرار داشتن در مسیر راه یا گلوگاه جاده اصلی روستاهای مجاور
 - ✓ روند افزایشی جمعیت ساکن یا داشتن بیشترین جمعیت
 - ✓ وجود واحدهای اداری مانند بخشداری، دهداری، پاسگاه انتظامی، دادگاه، بانک و سایر واحدهای دولتی که محل مراجعه مردم ساکن در روستاهای مجاور می باشد
 - ✓ رواج داد و ستد مانند وجود بازارهای دایمی یا هفتگی
 - ✓ وجود مدرسه، دبیرستان، حمام و ... مورد استفاده روستاهای مجاور
 - ✓ داشتن آب، برق، تلفن، گاز، زیرساخت‌های مخابراتی، اینترنت و ...
- توجه شود که محل استقرار واحد ممکن است براساس تغییرات راه‌های روستایی و سازندگی‌های جدید مانند احداث جاده، سد و ... تغییر کند.

ج) تعداد و پراکندگی جمعیت و تعداد روستاهای تحت پوشش (تراکم جمعیت) براساس جمعیت متناسب به هر واحد و نیروی انسانی موجود در آن، با استفاده از محاسبات مربوط به فعالیت و وظایف هر واحد ارایه خدمت در نظر گرفته خواهد شد.

تبصره: در نقاط مرز مشترک بین دو شهرستان/بخش/... اولویت استقرار واحدها بر اساس دسترسی و مسیر حرکت مردم با پیشنهاد دانشگاه/ دانشکده و تایید مرکز مدیریت شبکه امکانپذیر است.

۶- اصل ششم (دسترسی فرهنگی): این اصل با شرایط زیر محقق می شود:

مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت و زیست بوم با سه شرط زیر حاصل می گردد:

✓ مغایر نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتی که ارایه می شود با آداب و سنت های قومی، ملی و مذهبی جامعه

✓ توجه به زیست بوم در طراحی و اجرا برنامه ها (توجه به اقتضائات فرهنگی- اجتماعی محله های شهر و روستا)

✓ انطباق محتوا و روش خدماتی که ارایه می شود با اصل جوانی جمعیت (برای مثال حفظ کرامت مراجعین به ویژه مادران و زنان باردار، شیرده و کودکان و سالمندان)

۷- اصل هفتم (تناسب کمی نیروی انسانی ارایه کننده خدمات با حجم خدمات مورد انتظار): در راستای به حداقل رسیدن زمان انتظار مراجعه کننده برای دریافت خدمت، تناسب دو عامل اصلی زیر ضروری است:

الف) حجم خدمات مورد انتظار

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

۸- اصل هشتم (تناسب آموزش ها با نیازهای اجرایی): تحقق این اصل، در گرو شروط زیر است:

الف) تناسب دانش و مهارت مورد نیاز هر رده با بسته خدمت ابلاغی وزارت متبوع

ب) آشنایی آموزش دهندگان با نیازهای واقعی جامعه، اولویت ها، ضوابط، روابط و فرآیندهای مورد عمل در نظام شبکه

د) استفاده از ظرفیت فناوری های نوین و نوپدید همچون هوش مصنوعی و...

۹- اصل نهم (عدم تمرکز در مدیریت): به نحوی که امکان خودگردانی واحدها بتدریج به خوداتکایی آنان در زمینه های مختلف مدیریتی از جمله برنامه ریزی، تنظیم بودجه، سازماندهی و ... منجر گردد.

۱۰- اصل دهم (جلب مشارکت مردم): جلب مشارک مردم، خط مشی اساسی نظام شبکه محسوب می شود و به عنوان

یک مسوولیت اجتماعی منجر به توانمندسازی، خود مراقبتی، ارتقای سواد سلامت و عملکرد بهداشتی مردم، ارتقای سلامت خود، خانواده و جامعه می گردد. ارایه خدمات در نظام سلامت باید مردم محور باشد.

در این راستا لازم است ظرفیت نیروهای مردمی و جهادی و بسیجی مورد احصاء قرار گرفته و مردم در تصمیم سازی، تصمیم گیری و اجرا، مشارکت داشته باشند.

۱۱- اصل یازدهم (هماهنگی درون بخشی): ارایه خدمات سلامت با تاکید بر هماهنگی های درون بخشی بوده و ارایه خدمات جامع سلامت به صورت تیمی است.

۱۲- اصل دوازدهم (همکاری با سایر بخش های توسعه): ایجاد هماهنگی و همکاری با سایر بخش های توسعه هم در ساختار نظام شبکه و راه اندازی واحدها و هم در ارایه برنامه های سلامت ضرورت دارد. در این میان، علاوه بر بخش های دولتی، همکاری با بخش های خصوصی و تعاونی، سازمان های مردم نهاد، گروه های خیریه، جهادی، بسیج و شهرداری ها نیز مورد تاکید است.

بخش ۲: گام های اجرایی بازنگری طرح های گسترش شبکه

گام اول: برای اجرایی شدن فرآیند تجدید نظر در طرح های گسترش شبکه بهداشت و درمان اقدامات زیر ضرورت دارد:

الف) تهیه نقشه های معتبر، بهنگام و دقیق از شهرستان های تحت پوشش (تهیه شده از استانداری یا فرمانداری با مقیاس استاندارد) بصورت کاغذی و الکترونیکی

ب) کسب اطلاعات دقیق از موقعیت جغرافیایی، جمعیتی هریک از روستاها، ایلات، عشایر و شهرها شامل جمعیت و پراکندگی آن، تعداد واحدهای ارایه دهنده خدمت در تمام بخش ها (دولتی و غیر دولتی)، فاصله پایگاه، تسهیلات زایمانی، پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی تا واحد مورد نظر و تعداد پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی، تعداد مراکز آموزشی موجود در منطقه تا سطح آموزش عالی و وجود اختلافات احتمالی قومیتی، محل بیلاق، محل قشلاق، طول مسیر کوچ، مدت زمان کوچ، فاصله زمانی هر واحد تا نزدیکترین واحد هم سطح برحسب دقیقه، فاصله زمانی هر واحد تا واحد سطح بالاتر برحسب دقیقه، وضعیت نیروی انسانی واحدهای موجود و ...

ج) کسب اطلاعات دقیق از موقعیت و تعداد واحدهای ارایه خدمت بخش خصوصی (شامل مطب پزشک، مطب دندانپزشک، دفاتر کار رشته های پروانه دار، واحدهای پاراکلینیک شامل آزمایشگاه تشخیص پزشکی و رادیولوژی، داروخانه و ...)، سمن ها و خیریه ها و تعاونی های فعال ارایه دهنده خدمات بهداشتی درمانی بویژه در مناطق روستایی، شهری و حاشیه شهرها

د) کسب اطلاعات به روز از وضعیت واحدهای ارایه دهنده خدمت نظام شبکه بهداشت و درمان برحسب شرایط فعالیت واحد و جمعیت تحت پوشش و میزان سهولت دسترسی در فصول مختلف سال و شرایط جوی و اجتماعی مختلف آنها بر روی نقشه های استاندارد

ه) کسب اطلاعات به روز از وضعیت هریک از کارکنان شاغل در واحدهای موجود (دولتی و خرید خدمت)، شامل سابقه خدمت، آخرین مدرک تحصیلی، تعداد روز فعالیت در هفته و جمعیت تحت پوشش؛ تا در صورت ضرورت، نسبت به کاهش یا افزایش نیرو اقدام گردد.

و) کسب آخرین اطلاعات درباره تغییرات رسمی در تقسیمات کشوری شهرها (به تفکیک مناطق حاشیه نشین)، بخش ها و دهستان ها از فرمانداری ها، سازمان برنامه و بودجه استان و استانداری ها

ز) کسب آخرین اطلاعات درباره طرح آمایش سرزمین منطقه تحت پوشش دانشگاه / دانشکده از سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

ح) استخراج تعداد مراکز تهیه، توزیع مواد غذایی و اماکن عمومی و محل‌هایی که از نظر بهداشت محیط و مواد غذایی بایستی کنترل بهداشتی شوند به تفکیک هر بلوک یا منطقه تحت پوشش هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی

ط) استخراج تعداد پیشه‌وران (کسبه)، کارگران، کارخانجات و کارگاه‌های تولیدی و شهرک‌های صنعتی در منطقه
ی) استخراج آخرین و جدیدترین اطلاعات جمعیتی شهرها، روستاها، ایلات و عشایر منطقه تحت پوشش به صورت سالانه و آرایه به روسای دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی، معاونت بهداشت و روسای مرکز بهداشت شهرستان‌های تحت پوشش

منبع اطلاعات: سرشماری/ بازشماری سالانه دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی، سامانه‌های سطح یک، مرکز آمار ایران، سازمان امور عشایر و سازمان بیمه سلامت ایران

ک) استخراج اطلاعات مربوط به وضعیت بیماری‌های واگیر و غیرواگیر و همچنین نقاط حادثه‌خیز و عوامل خطر حوادث منطقه

ل) استخراج اطلاعات جمعیتی اتباع از مبادی ذیربط، سامانه‌های سطح یک

م) استخراج اطلاعات در خصوص عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و ظرفیت‌های مشارکت‌های اجتماعی از مبادی ذیربط

گام دوم: جمعیت و محدوده هر روستا، محل اسکان عشایر و بلوک‌بندی‌های انجام شده در مناطق شهری بر روی نقشه ثبت گردد و محدوده آبادی‌هایی که به فاصله حداکثر ۲۰ دقیقه با وسیله نقلیه معمول از هم قرار دارند با کشیدن خط رنگی در اطراف آنها، مشخص شود. چنانچه تعداد روستاها و محل اسکان عشایری که در این محدوده قرار می‌گیرند بیش از یک روستا یا یک ایل باشد، باید در نقشه مشخص گردند. همچنین، می‌بایست بر روی نقشه مکان واحدهای مصوب فعال، مصوب غیرفعال و مصوب غیر موجود به تفکیک کلیه واحدها و جمعیت تحت پوشش آنها (جمعیت در سامانه سطح یک) نیز مشخص گردد. بدیهی است در کنار هر نقشه، راهنمای آن نیز شامل علامت و رنگ در نظر گرفته شده برای هر نوع واحد با در نظر گرفتن فعال و غیرفعال آن و علائم مربوط به نوع راه‌های ارتباطی باید مشخص شود.

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

گام چهارم: ضرورت توجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت: چنانچه تراکم جمعیت زیاد باشد، ایجاد پایگاه‌های سلامت متعدد ضرورت خواهد یافت. در چنین شرایطی می‌توان فضای فیزیکی و کارکنان پایگاه را به‌ازای جمعیت تحت پوشش متناسب کرد.

گام پنجم: تعیین نیروی انسانی مورد نیاز به تناسب هر واحد برحسب محل جغرافیایی استقرار و جمعیت تحت پوشش.

بخش ۳: فرایند بررسی پیشنهادات طرح‌های گسترش شبکه

مسئولیت فعالیت‌های این بخش به عهده واحد توسعه/ گسترش شبکه در هر شهرستان است. واحد مزبور موظف است با توجه به اصول، ضوابط و استانداردهای ابلاغ شده و کسب اطلاعات و نظر سایر بخش‌های دولتی، تعاونی و خصوصی موجود در شهرستان و نیز همکاران شاغل در سایر واحدهای بخش‌های بهداشت و درمان، پیشنهاد راه اندازی واحد جدید یا اعمال تغییر در ساختار واحدهای موجود را تهیه و آن را به مدیر/ رئیس گروه توسعه شبکه معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده ارائه دهد تا برای بررسی، اصلاحات لازم و تصویب، به کمیته طرح‌های گسترش دانشگاه/ دانشکده ارائه گردد.

دو نوع کمیته بازنگری برای بررسی طرح‌های گسترش وجود دارد:

الف) کمیته بازنگری دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شامل:

- معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده (رئیس کمیته)
 - معاون توسعه مدیریت و منابع/ مدیر/ رئیس گروه توسعه سازمان و تحول اداری دانشگاه/ دانشکده
 - معاون فنی معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده
 - معاون اجرایی معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده
 - مدیر توسعه/ رئیس گسترش شبکه معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده (دبیر کمیته)
 - رئیس مرکز بهداشت/ کارشناس مسوول توسعه شبکه شهرستان مورد بررسی
- طرح‌های پیشنهادی پس از بررسی و تایید اولیه توسط کمیته‌های دانشگاهی، به منظور بررسی مستندات و تصویب نهایی به کمیته کشوری ارائه می‌گردد. این طرح/ طرح‌های پیشنهادی، پس از انطباق با ضوابط طرح‌های گسترش مرکز مدیریت شبکه رد یا به تصویب نهایی خواهد رسید. در مواردی که پذیرش طرح‌های پیشنهادی نیاز به بازدید میدانی داشته باشند، این امر توسط کارشناسان ساختار مرکز مدیریت شبکه انجام خواهد شد.

کمیته بازنگری کشوری شامل:

- رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت متبوع (رئیس کمیته)
- رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- رئیس گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبکه/ کارشناس مسوول ضوابط و استانداردهای نظام شبکه مرکز مدیریت شبکه
- رئیس گروه مهندسی سازمان و طراحی ساختار/ کارشناس مسوول مهندسی سازمان مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت متبوع
- معاون بهداشت دانشگاه/ دانشکده
- مدیر/ رئیس گروه توسعه شبکه دانشگاه/ دانشکده
- مدیر/ رئیس گروه توسعه سازمان و تحول اداری دانشگاه/ دانشکده

پس از تایید طرح‌های گسترش شبکه توسط مرکز مدیریت شبکه و مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت متبوع، مراتب از طریق مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری به دانشگاه/ دانشکده به منظور طرح در هیأت امنای هر دانشگاه/ دانشکده ارسال و پس از تصویب، معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه/ دانشکده با هماهنگی معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده ملزم به اخذ مجوز جذب نیرو و راه اندازی واحدهای مصوب از طریق مکاتبه با معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت متبوع می‌باشد.

توجه: راه اندازی و فعالیت واحدهای ارایه خدمت بدون اخذ مجوز و طی مراحل مزبور ممنوع و به منزله تصرف غیر قانونی در اموال عمومی می‌باشد.

بخش ۴: ضوابط و استانداردهای واحدهای محیطی ارایه دهنده خدمت

ساختار اصلی موجود ارایه خدمات سطح اول شامل موارد زیر می‌باشد:

- خانه بهداشت
- پایگاه سلامت
- مرکز خدمات جامع سلامت

۱- خانه بهداشت

۱-۱- خانه‌های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۲۰۰۰ نفر (۸۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) راه اندازی خواهند شد. در مورد روستاهای با جمعیت کمتر از ۸۰۰ نفر و فواصل جغرافیایی آنها (تعریف شده در دستورعمل) تا نزدیکترین خانه بهداشت، دانشگاه/ دانشکده می‌تواند با ذکر دلایل توجیهی، پیشنهاد خود را به منظور بررسی و تصویب به مرکز مدیریت شبکه وزارت متبوع ارسال نمایند.

۲-۱- محاسبه حجم خدمات رایج خانه های بهداشت در سال‌های قبل و برآورد آن براساس نظرات کارشناسی در شرایط کنونی و براساس بسته‌های خدمت موجود، نشان می‌دهد که به طور متوسط یک بهورز می‌تواند خدمات مورد نیاز ۸۰۰ تا ۱۲۰۰ نفر جمعیت را در طول یک سال بطور فعال ارایه دهد.

۳-۱- بهورز مورد نیاز برای جمعیت بین ۸۰۰ تا ۱۲۰۰ نفر یک بهورز زن و یک بهورز مرد مشترک با خانه بهداشت مجاور در نظر گرفته می‌شود. چنانچه فاصله این خانه بهداشت با نزدیکترین خانه بهداشت مجاور بیشتر از نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد، یک بهورز مرد مستقل بکارگیری می‌شود.

۴-۱- برای جمعیت بیشتر از ۱۲۰۰ نفر تا سقف ۳۵۰۰ نفر بازای هر ۸۰۰ نفر جمعیت مازاد، یک بهورز زن/ مرد اضافه خواهد شد و چنانچه وسعت روستا به گونه‌ای باشد که دسترسی مردم به خانه بهداشت تا بیش از یک ساعت پیاده‌روی و یا بیشتر از ۲۰ دقیقه با وسیله نقلیه معمول منطقه باشد، بهتر است دو خانه بهداشت در نظر گرفته شود و بهورز مرد را مشترک بین دو خانه بهداشت قرار داد.

الف) اگر تعداد روستاهای دارای سکنه تحت پوشش هر خانه بهداشت از ۸ روستا بیشتر و مسیر و فاصله روستاها به گونه ای باشد که بازدید از ۳ روستا یا بیشتر در یک روز میسر نگردد، می بایست یک بهورز مرد به خانه بهداشت اضافه گردد.

ب) در خانه بهداشت‌های با جمعیت تحت پوشش بین ۵۰۰ تا ۸۰۰ نفر، یک پست بهورز باقی می ماند و مابقی پستها نشاندار^۱ می شود.

ج) خانه بهداشت‌های با جمعیت تحت پوشش بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ نفر، سه روز در هفته فعال خواهند بود و از بهورز برای سه روز باقیمانده در خانه بهداشت‌های مجاور آن (در صورت نیاز به بهورز) استفاده خواهد شد (پست بهورز نشاندار می شود).

د) در خانه بهداشت با جمعیت کمتر از ۸۰۰ نفر و دارای یک بهورز زن و یک بهورز مرد، اگر یکی از بهورزان بازنشسته شد، برای آن خانه، بهورز جایگزین استخدام نخواهد شد و پست بهورز دوم نشاندار و به واحد دیگری انتقال و یا به پست مورد نیاز دیگری در حوزه بهداشت تبدیل می شود.

ه) چنانچه تعداد جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت به کمتر از ۳۰۰ نفر برسد و فاصله روستاهای تحت پوشش کمتر از ۲۰ دقیقه با وسیله نقلیه جاری منطقه باشد، می بایست مدت فعالیت خانه بهداشت با جمعیت تحت پوشش متناسب شود. بدین صورت که به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، یک روز کار در هفته و متناسب با دهگردشی تیم سلامت، برای بهورز تعیین شود و بقیه روزهای هفته وی در خانه بهداشت دیگر یا واحد دیگری با نظر مرکز بهداشت شهرستان فعالیت نماید. با کمتر شدن جمعیت، خانه بهداشت بتدریج (حداکثر به مدت یک سال) تعطیل گردد و روستا یا روستاهای تحت پوشش آن به عنوان روستای قمر یا سیاری تحت پوشش نزدیکترین خانه بهداشت قرار گیرند و یکی از اقدامات زیر برای بهورز صورت گیرد:

❖ در صورت داشتن شرایط احراز سایر پست‌های سازمانی حوزه بهداشت، می تواند در همان شهرستان (در اولویت اول) یا شهرستان‌های مجاور همان دانشگاه/ دانشکده (در صورت بلاتصدی بودن پست و یا رضایت شاغل) تحت پوشش برای سایر شغل‌ها بکارگیری شود.

❖ بهورز به خانه بهداشت دیگری در همان شهرستان منتقل شود.

۱-۵- هیچ روستایی نباید به دلیل نداشتن خانه بهداشت از پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی محروم بماند. این محرومیت عمدتاً به ۲ علت ممکن است پیش آید: یکی کمبود جمعیت و دیگری نداشتن راه ارتباطی. به جبران این کمبود، در تعدادی از خانه‌های بهداشت، خدمت سیاری برای بهورز پیش بینی می شود که طی ابلاغ شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان، بهورز مکلف به انجام تمامی وظایف خانه‌های بهداشت در محل تعیین شده است. بهورز می بایست برای ارائه خدمات بهداشت محیط، مبارزه با بیماری‌ها، ایمنسازی، بهداشت مادر و کودک، مشاوره فرزندآوری، مشاوره انصراف از سقط عمدی جنین، ارائه خدمت به گروه‌های سنی و ... به روستا سرکشی کند.

^۱ پست نشاندار به پستی گویند که دیگر در واحد مربوطه به آن نیازی نیست و با توجه به نیاز سایر واحدها، می توان آن را صرفاً در حوزه بهداشت به واحد دیگر منتقل یا به پست مورد نیاز تبدیل کرد.

جمعیت هر خانه بهداشت شامل جمعیت روستای اصلی و روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش با تعاریف زیر می‌باشد:

- روستای اصلی: روستای محل استقرار خانه/خانه‌های بهداشت/ پایگاه سلامت روستایی است.
- روستای قمر: به برخی از روستاها گفته می‌شود که محل استقرار خانه بهداشت نبوده ولی با فاصله کمتر از ۶ کیلومتر، تحت پوشش خانه بهداشت می‌باشد.
- روستای سیاری: به برخی از روستاها گفته می‌شود که محل استقرار خانه بهداشت نبوده ولی بیشتر از ۶ کیلومتر با خانه بهداشت فاصله دارد. لیکن برای جمعیت این روستاها، خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری واحدهای ارایه دهنده خدمت) ارایه می‌گردد.
- روستای مستقیم به شهر: روستاهایی هستند که مستقیماً و بدون واسطه خانه بهداشت تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ شهری روستایی قرار دارند. معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده‌اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است، مستقیماً در پوشش نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت مستقر در منطقه شهری قرار می‌گیرند.

توصیه می‌شود با مشارکت مردم در روستاهای قمر و روستاهای سیاری، حداقل فضای فیزیکی و تجهیزات فراهم گردد، تا هنگام مراجعه بهورز خانه بهداشت و اعضای تیم سلامت مرکز به روستا، محل مشخصی برای ارایه خدمت به مردم وجود داشته باشد. در غیراینصورت، می‌توان از محل‌هایی مثل مسجد یا مدرسه و ... استفاده کرد. همچنین ارایه خدمات به جمعیت تحت پوشش روستاهای قمر و سیاری با لحاظ مسیر دسترسی و جمعیت گروه‌های هدف تعیین می‌گردد.

به منظور حفظ جایگاه بهورز و روند ارایه خدمت در خانه‌های بهداشت، خانه بهداشت ضمیمه نباید درون ساختمان مرکز خدمات جامع سلامت روستایی باشد. بر این اساس محل استقرار خانه بهداشت ضمیمه در فضای محوطه مرکز خدمات جامع سلامت و یا در روستای محل استقرار مرکز تعیین می‌گردد.

۱-۶- شرایط پیش بینی شده برای روستاهایی که دارای خانه بهداشت بوده و براساس مصوبه تقسیمات کشوری روستای اصلی، قمر و سیاری آن به نقطه شهری تبدیل شده اند:

- در صورت وجود فضای فیزیکی دولتی، نیازی به حذف یا ادغام نیست، در این حالت این خانه بهداشت به انضمام روستاهای قمر و سیاری خود به پایگاه سلامت ستاره‌دار (به دلیل استقرار بهورز) تبدیل می‌شود و پست سازمانی بهورز نشاندار می‌گردد. در این صورت بهورز/ بهورزان نیز موظف هستند غیر از وظایف محوله، وظایف مراقب سلامت را بصورت فعال انجام دهند و نیاز به اضافه کردن پست مراقب سلامت نیست مگر اینکه در خانه بهداشت مورد نظر تعداد پست‌های بهورزی کمتر از حد استاندارد باشد که در این صورت پست مراقب سلامت ایجاد و یا پست‌های بلاتصدی بهورزی موجود تبدیل به پست مراقب سلامت می‌گردد.
- در صورت عدم وجود فضای فیزیکی دولتی، خانه بهداشت حذف و یا ادغام می‌گردد و جمعیت روستای اصلی به همراه روستاهای قمر و سیاری آن تحت پوشش نزدیکترین پایگاه سلامت تابعه مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ شهری روستایی قرار می‌گیرد. در این صورت باید یکی از تصمیمات زیر در مورد بهورزان شاغل خانه بهداشت اتخاذ شود:

○ اگر در فاصله نزدیک این منطقه (تا ۲۰ دقیقه با وسیله نقلیه معمول) پایگاه سلامت فعال وجود داشته باشد نیروهای این خانه بهداشت در آن پایگاه، ادغام می‌شود و کارکنان آن همچنان بصورت فعال در پایگاه سلامت مربوطه به خدمات خود ادامه می‌دهند.

○ در صورت عدم نیاز شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان و علاقه‌مندی بهورز/ بهورزان این خانه بهداشت برای انتقال به خانه بهداشت دیگری که به بهورز نیاز دارد، بر اساس ضوابط مربوطه انتقال بلامانع است.

۷-۱- شرایط پیش بینی شده برای روستاهایی که دارای خانه بهداشت بوده و براساس مصوبه تقسیمات کشوری روستای اصلی در شهر واقع شده ولی برخی از روستاهای قمر و سیاری آن همچنان در منطقه روستایی قرار دارند:

- در صورت وجود شرایط ایجاد خانه بهداشت، خانه بهداشت جدیدی در یکی از روستاهای قمر ایجاد و راه اندازی شود تا روستاهای مورد نظر را تحت پوشش قرار دهد.
- در صورت عدم وجود شرایط ایجاد خانه بهداشت جدید، می‌بایست روستاهای مزبور را تحت عنوان روستای قمر یا سیاری، در پوشش نزدیکترین خانه بهداشت قرار داد.
- اگر هیچکدام از دو مورد فوق میسر نبود، جمعیت روستاهای مورد نظر به عنوان روستای مستقیم شهر، تحت پوشش نزدیکترین پایگاه سلامت تابعه مرکز خدمات جامع سلامت شهری/ شهری روستایی قرار خواهند گرفت.

۸-۱- چنانچه در نقطه شهری که خانه بهداشت در آن واقع شده است (به دلیل تغییر تقسیمات کشوری)، مرکز خدمات جامع سلامت شهری با فاصله دسترسی نیم ساعت با خودرو موجود نباشد و بخش خصوصی فعال نیز نداشته باشد، در آن محل بایستی اقدام به ایجاد و راه اندازی مرکز خدمات جامع سلامت شهری کرد.

۹-۱- خانه بهداشت در مناطق عشایری: خانه بهداشتی است که جمعیت عشایری (کوچنده) را تحت پوشش دارد و در محل اطراق چادرهای عشایری با چادرها/ کانکس‌های مخصوص یا بصورت ساختمان (عمدتاً در قشلاق) راه اندازی می‌شود. معمولاً بهورز/ بهورزان این خانه‌ها از همان عشایر برگزیده شده و همراه با کوچ ایل، جابجا می‌شوند. بدیهی است جمعیت عشایری می‌توانند خدمات خود را از نزدیکترین خانه بهداشت دریافت نمایند و این خانه‌های بهداشت جمعیت روستایی و عشایری را تحت پوشش دارند.

۹-۱-۱ عوامل تاثیرگذار بر ساختار واحدهای ارایه مراقبت‌های بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر:

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

۹-۱-۲ شرایط ارایه خدمت در ایجاد خانه‌های بهداشت مناطق عشایری:

- محل استقرار این خانه‌های بهداشت می‌بایست حداکثر در فاصله یک ساعت پیاده روی از چادرها و سرپناه‌های موقت عشایر قرار داشته باشد.
- تعداد خانوار عشایر مستقر در محل ۸۰ خانوار یا ۵۰۰ نفر باشد.
- تعداد روزهای استقرار خانوارهای عشایر در سرپناه، حداقل ۳ ماه (۸۹ روز) باشد.
- مدت زمان طی کردن مسیر کوچ خانوارهای عشایر ۲۰ روز باشد.

۱-۹-۳- ساز و کار در نظر گرفته شده برای ارایه مراقبت‌های بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر:

- چنانچه چادرهای عشایری در فاصله تا یک ساعت پیاده‌روی از خانه بهداشت مستقر باشند و جمعیت ساکن در آن چادرها کمتر از ۵۰۰ نفر باشد، می‌توان آن را به عنوان روستای سیاری خانه بهداشت قلمداد کرد. در این حالت، بازای هر ۸۰۰ نفر جمعیت عشایری تحت پوشش خدمات سیاری خانه بهداشت می‌توان یک بهورز (ترجیحاً مرد) به کارکنان خانه بهداشت اضافه کرد.
- خانه بهداشت مناطق عشایری تحت پوشش نزدیکترین مرکز روستایی یا شهری قرار خواهد گرفت و این خانه بهداشت نیز جزء خانه‌های بهداشت محل انجام دهگردشی تیم سلامت مرکز روستایی یا شهری خواهد بود.
- تامین ملزومات، داروها، واکسن و سایر امکانات مورد نیاز در خانه بهداشت مناطق عشایری توسط مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری مورد نظر در زمان استقرار در نزدیکی آن مرکز باید انجام شود.
- ایل قمر برای خانه بهداشت مناطق عشایری که در فاصله یک ساعت پیاده‌روی از محل خانه بهداشت مستقر شده اند و جمعیت آنها بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ نفر (۴۰ تا ۷۹ خانوار) می‌باشد، در نظر گرفته می‌شود.
- جذب بهورز خانه بهداشت مناطق عشایری از بین عشایری که ایل مربوط به آنها زمان طولانی‌تری در مناطق تحت پوشش آن دانشگاه/ دانشکده مستقر می‌باشد انجام می‌شود.

۱-۹-۴- ساماندهی مسیر کوچ عشایر: ارایه خدمت حین کوچ و ایجاد زیر ساخت‌ها و تاسیسات لازم و مناسب در مسیر کوچ و اطراق‌گاه‌ها به منظور تامین نیازهای عشایر و تسهیلات در امر کوچ از ضوابط ارایه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر است. بدین منظور چنانچه شرایط زیر برقرار باشد خانه بهداشت مناطق عشایری (کانکس یا چادر) در مسیر کوچ با ایل مربوطه منتقل خواهد شد:

- مدت زمان طی شدن مسیر کوچ بیش از ۲۰ روز باشد
 - جمعیت خانوارهای آنان بیش از ۳۵۰۰ نفر (۶۰۰ خانوار) باشد
 - نوع جاده مسیر کوچ، خاکی یا آسفالت باشد (مال رو نباشد)
- ۱-۹-۵- در صورت حرکت خانه بهداشت مناطق عشایری در مسیر کوچ، موارد زیر باید رعایت گردد:
- قرار گرفتن کانکس خانه بهداشت مناطق عشایری در نزدیکترین مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری موجود در زمان ییلاق یا قشلاق
 - پس از کوچ ایل مورد نظر، چنانچه مرکز خدمات جامع سلامت در نزدیکی محل استقرار کانکس (محل استقرار خانه بهداشت مناطق عشایری) وجود نداشت، می‌بایست کانکس به نزدیک‌ترین مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری انتقال یابد.

۱-۹-۶- جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت مناطق عشایری: خانه بهداشت مناطق عشایری برای حداقل ۵۰۰ نفر جمعیت عشایر کوچ‌رو، راه اندازی می‌شوند و حداقل دارای یک بهورز زن خواهند بود. با اضافه شدن ۲۵۰ تا ۵۰۰ نفر بعدی (تا ۱۰۰۰ نفر) یک بهورز (ترجیحاً مرد) به بهورزان خانه بهداشت مناطق عشایری اضافه خواهد شد. اضافه شدن تعداد بهورزان به بیش از دو بهورز تابع ضوابط خانه‌های بهداشت در مناطق غیر عشایری خواهد بود. بدیهی است بهورزان خانه بهداشت مناطق عشایری در مسیر کوچ، همراه ایل خواهند بود. به همین علت این بهورزان حتماً باید از میان افراد تحصیل‌کرده هر ایل انتخاب و آموزش‌های لازم و متناسب با نیازهای ایل به آنان داده شود (براساس ضوابط آموزش بهورزی).

تبصره ۱: در شرایطی که بازدید از بیش از ۳ ایل قمر در یک روز میسر نباشد، می‌بایست یک بهورز مرد برای خانه بهداشت مناطق عشایری در نظر گرفته شود.

تبصره ۲: جمعیت عشایری ساکن در هر استان در زمان اقامت در آن استان تحت پوشش برنامه پزشکی خانواده روستایی و پزشکی خانواده خواهند بود. سرانه این جمعیت در هر استان، از طریق اداره کل بیمه سلامت استان به‌ازای کل سال به دانشگاه/ دانشکده مربوطه پرداخت خواهد شد.

تبصره ۳: متون آموزشی بهورزان خانه بهداشت مناطق عشایری، براساس نیازهای آنان طراحی می‌شود که این موضوع در زمان آموزش در مراکز آموزش بهورزی باید مورد توجه قرار گیرد.

۲- پایگاه سلامت: دو نوع پایگاه سلامت در نظام شبکه وجود دارد:

الف) پایگاه سلامت روستایی

ب) پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده

۲-۱- پایگاه سلامت روستایی: پایگاه سلامت روستایی همان خانه بهداشت روستایی است که جمعیت آن به ۳۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر افزایش یافته است. در این شرایط می‌توان برای روستای مزبور پایگاه سلامت ایجاد نمود یا در صورت وجود خانه بهداشت در آن روستا، خانه/ خانه‌های بهداشت موجود را به پایگاه سلامت روستایی تبدیل کرد. در این حالت به‌ازای هر ۱۵۰۰ نفر جمعیت پایه، یک مراقب سلامت اختصاص داده می‌شود که حداقل یک نفر از مراقبین سلامت باید دانش آموخته رشته مامایی باشد و به‌ازای اضافه شدن حداقل ۵۰ درصد جمعیت پایه، یک مراقب سلامت دیگر، به تشکیلات پایگاه سلامت روستایی اضافه خواهد شد.

در صورت کمبود پست بهورز در خانه بهداشت تبدیل شده به پایگاه سلامت ستاره دار یا پایگاه سلامت روستایی ایجاد می‌شود، در مورد تصویب پست مراقب سلامت (از طریق تبدیل پست بلاتصدی بهورزی و یا ایجاد پست جدید) تصمیم‌گیری خواهد شد. در غیر اینصورت پست‌های بهورزان موجود نشاندار شده و بعد از خروج شاغل از تصدی، به پست مراقب سلامت تبدیل می‌گردند.

توجه: انتقال پست‌های نشاندار به سایر بخش‌های دانشگاه/ دانشکده ممنوع بوده و هرگونه تبدیل یا انتقال پست‌های نشاندار منوط به اخذ مجوز از مرکز مدیریت شبکه خواهد بود.

۲-۲- پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده: متناظر با خانه بهداشت در مناطق روستایی، محیطی ترین واحد ارایه خدمات در نظام سلامت در مناطق شهری می‌باشد که به‌ازای حداقل ۳۰۰۰ نفر جمعیت تشکیل شده و واجد استانداردهای لازم برای ارایه خدمات سطح یک بوده و اولین محل تماس ساکنین مناطق شهری با نظام شبکه بهداشت و درمان می‌باشد و نیروهای پزشک و مراقب سلامت/ ماما در این پایگاهها به ارایه خدمات تعریف شده در بسته خدمت مشغول می‌باشند. پایگاه برحسب محل استقرار نسبت به مرکز خدمات جامع سلامت، ضمیمه (داخل یا جنب مرکز) و غیرضمیمه (در فاصله قابل دسترس به مرکز) نامیده می‌شود. هر پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده شامل یک تیم متشکل از یک پزشک و دو مراقب سلامت/ ماما به شرح زیر می‌باشد:

- پزشک: یک نفر به‌ازای ۳۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش هر پایگاه

- مراقبین سلامت: یک نفر به‌ازای هر ۱۵۰۰ نفر تحت پوشش هر پایگاه

تبصره ۱: بکارگیری حداقل یک نفر دانش آموخته رشته مامایی در هر تیم الزامی می‌باشد.

تبصره ۲: در پایگاه سلامت شهری یک اتاق مجزا برای ارایه خدمات مادر و کودک در نظر گرفته شود.

تبصره ۳: امکان استقرار پایگاه های سلامت/ پزشک خانواده متعدد، در یک ساختمان با عنوان مجتمع پایگاهی، میسر است.

۳- مرکز خدمات جامع سلامت: دو نوع مرکز خدمات جامع سلامت در نظام شبکه وجود دارد:

الف) مرکز خدمات جامع سلامت روستایی

ب) مرکز خدمات جامع سلامت شهری

در مواردی که مراکز خدمات جامع سلامت شهری، علاوه بر جمعیت شهری، تعدادی از جمعیت روستایی را با واسطه خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی تحت پوشش خود دارند، عنوان مرکز خدمات سلامت جامع شهری روستایی به آنان تعلق می گیرد.

۳-۱- مرکز خدمات جامع سلامت روستایی: مراکزی مستقر در مناطق روستایی هستند که با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی برای ۸۰۰۰ نفر جمعیت (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر) راه اندازی می شوند و یک تا چند خانه بهداشت و پایگاه سلامت روستایی را تحت پوشش دارند. این مراکز با مسوولیت پزشک به همراه سایر اعضای تیم سلامت، خدمات سطح اول را به جمعیت تعریف شده روستایی و عشایری ارایه می دهند.

۳-۱-۱- در راه اندازی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی، می بایست به تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش هر مرکز نیز توجه کرد. تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش مراکز روستایی باید در حدی باشد که تیم سلامت، قادر به انجام دهگردشی در زمان در نظر گرفته شده در دستورعمل برنامه پزشکی خانواده روستایی باشند.

۳-۱-۲- گاهی شرایط اقلیمی کشور در نقاط کویری، کوهستانی و جنگلی به گونه ایست که رسیدن به حد نصاب ۴۰۰۰ نفر برای یک مرکز روستایی را غیرممکن می سازد. از طرف دیگر، رها کردن این دسته از جمعیت ها "تنها به دلیل نبود توجیه اقتصادی" راهبرد درستی نیست. در چنین شرایطی یا از استراتژی محدود کردن کارکنان براساس جدول برآورد نیروی انسانی موردنیاز مراکز روستایی برای تامین نیروی انسانی این مراکز استفاده خواهد شد یا نیروی انسانی طی روزهای خاصی در این مراکز به ارایه خدمت مشغول می شوند. در صورت کم بودن قابل توجه جمعیت و نبود امکان تهیه فضای فیزیکی مرکز، خانه بهداشت مستقر در روستای محل استقرار مرکز (خانه بهداشت ضمیمه)، نقش موثرتری در ارایه خدمت به مراجعه کنندگان خواهد داشت و باید در آن فضا (با لحاظ حفظ حریم خصوصی مراجعه کننده) تجهیزات مناسب برای ارایه خدمت پزشک و تیم همراه وی در روزهایی از هفته، فراهم شود. در صورت وجود منابع مالی، در همه خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت روستایی لازم است محلی برای ویزیت پزشک و تیم همراه وی در دهگردشی ها تامین گردد.

۳-۱-۳- نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت روستایی

- **پزشک:** به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت یک پزشک اختصاص می یابد. چنانچه تا ۵۰٪ جمعیت تعیین شده برای یک پزشک به جمعیت کل مرکز اضافه شد، پزشک دوم تعیین می گردد.
 - **کارشناس سلامت روان:** تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کارشناس سلامت روان، حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارایه خدمت می نماید.
 - **کارشناس تغذیه:** تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کارشناس تغذیه (دارای نظام تغذیه)، حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارایه خدمت می نماید.
 - **دندانپزشک:** تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک دندانپزشک حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارایه خدمت می نماید.
 - **کاردان بهداشت دهان (مراقب سلامت دهان):** تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کاردان بهداشت دهان (مراقب سلامت دهان) حضور خواهد داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارایه خدمت می نماید.
 - **تبصره:** اگر در منطقه، بخش غیردولتی فعال وجود داشته باشد می توان برای ارایه بسته خدمات، از بخش غیردولتی خرید خدمت کرد.
 - **ماما:** تا ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز یک نفر ماما تعیین می شود. حداقل جمعیت مورد نظر برای بکارگیری مامای دوم معادل ۵۰٪ جمعیت پایه تعیین می گردد.
 - **بهبیار / پرستار:** تا ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز یک نفر بهیار / پرستار تعیین می شود. بکارگیری نفر دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است. در چنین مواردی، حتی الامکان یکی از پرستاران مرد و دیگری زن باشد.
 - **کاردان / کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی:** راه اندازی واحد جدید آزمایشگاهی در مراکز روستایی مطابق با شیوه نامه ابلاغی "استقرار شبکه آزمایشگاهی" آزمایشگاه مرجع سلامت امکان پذیر نمی باشد. اما در صورت وجود دلایل کافی، از جمله نبود بخش دولتی / خصوصی فعال در منطقه، راه اندازی واحد و یا استمرار ارایه خدمات واحدهای فعال آزمایشگاهی بلامانع است.
- در این شرایط یک کاردان با کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی لحاظ می گردد. همچنین با توجه به استقرار شبکه آزمایشگاهی وجود واحد نمونه گیری در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی فاقد آزمایشگاه الزامی است. بدیهی است صرفاً واحدهای نمونه گیری که در مراکز خدمات جامع سلامت محل استقرار کاردان کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی بوده باید علاوه بر تجهیزات استاندارد نمونه گیری مجهز به میکروسکوب، سانتریفیوژ، انکوباتور، یخچال و کلدکس باشند و در دیگر مراکز غیر محل استقرار نیروی مذکور، واحد نمونه گیری تنها به تجهیزات استاندارد مجهز می گردد.

- برای ارایه خدمات نمونه گیری تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز روستایی (حداکثر برای سه مرکز)، یک کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی تعیین می گردد. این فرد وظیفه نمونه گیری و انتقال آن را به آزمایشگاه مربوطه بعهده دارد.

- در مناطق با شیوع بالای بیماری های منتقله توسط ناقلین، با تایید کمیته کشوری نسبت به افزایش پست نیروی کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تصمیم گیری خواهد شد.

تبصره: سطوح ارایه خدمات آزمایشگاهی شامل واحد نمونه گیری، آزمایشگاه میانی و آزمایشگاه/ آزمایشگاه های مرکزی طبق "شیوه نامه ابلاغی استقرار شبکه آزمایشگاهی" آزمایشگاه مرجع سلامت می باشد.

- **کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی):** راه اندازی واحد رادیولوژی جدید در مراکز روستایی خلاف ضوابط و مقررات نظام شبکه می باشد. اما در صورت وجود دلایل کافی، از جمله نبود بخش خصوصی فعال در منطقه یا شبانه روزی بودن مرکز، راه اندازی واحد و یا استمرار ارایه خدمت واحدهای فعال رادیولوژی بلامانع است. دراین شرایط، یک یا چند کاردان یا کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی) تعیین می گردد.

- **کارشناس ناظر بیماری ها:** تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کارشناس ناظر بیماری ها تعیین می گردد که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارایه خدمت می نماید. این کارشناس وظیفه طراحی و اجرای مداخلات مورد نیاز در برنامه های بیماری های واگیر، غیرواگیر، مدیریت خطر بلایا و حوادث را بر عهده خواهد داشت.

- **کارشناس بهداشت محیط:** به ازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک کارشناس بهداشت محیط در نظر گرفته می شود.

- **کارشناس بهداشت حرفه ای:** به ازای هر ۲۵۰ تا ۳۰۰ واحد کارگاهی یک کارشناس بهداشت حرفه ای در نظر گرفته می شود.

- **کارشناس فناوری اطلاعات سلامت/ کارشناس فناوری اطلاعات:** در مراکز روستایی، یک نفر برای تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش در نظر گرفته می شود. اولویت با کارشناس فناوری اطلاعات سلامت می باشد.

تبصره ۱: به ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی حداقل یک نفر راننده وجود خواهد داشت. تاکید می گردد در مراکز جدید یا مراکزی که پیش از این راننده نداشته اند، این خدمت باید از طریق عقد قرارداد با بخش خصوصی تامین گردد. چنانچه تعداد پزشک و نیروهای سلامت روان، تغذیه، بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای بصورت مشترک بین دو یا چند مرکز وجود داشته باشند، باید تعداد راننده متناسب با فعالیت آنها اضافه گردد. همچنین به ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک نفر نگهبان/ سرایدار تعیین می شود.

تبصره ۲: برای مراکز مستقر در مناطق شهری مجری برنامه پزشکی خانواده (زیر ۲۰ هزار نفر) باید تمام ضوابط نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی لحاظ گردد.

۳-۱-۴- تعیین تکلیف مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و خانه های بهداشت تابعه آن که براساس مصوبه تقسیمات کشوری محل استقرار آن به نقطه شهری تبدیل شده به شرح زیر می باشد:

الف) مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

۱) مراکز خدمات جامع سلامت روستایی به مرکز شهری/ شهری روستایی تبدیل خواهد شد.

۲) کارکنان بهداشتی موجود در مرکز در حکم کارکنان یک مرکز شهری تلقی می‌شوند و همانند قبل وظیفه ارایه خدمت، کنترل و نظارت واحدهای تحت پوشش خود را بر عهده خواهند داشت.

تبصره: چنانچه مرکز روستایی به مرکز شهری تبدیل گردید ملزم به رعایت دستورعمل اجرایی برنامه پزشکی خانواده روستایی می‌باشد.

ب) خانه‌های بهداشت تابعه مراکز خدمات جامع سلامت روستایی:

۱) خانه بهداشت ضمیمه مرکز به پایگاه سلامت ضمیمه تبدیل خواهد شد و اگر هنوز بهورز بومی در این پایگاه شاغل باشد ضمن ارایه خدمات فعال، عنوان خانه بهداشت مزبور به پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده ستاره دار (به دلیل حضور بهورز) تغییر خواهد کرد.

تبصره: در موارد تبدیل خانه بهداشت به پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده، در صورت عدم دسترسی به خانه بهداشت یا مرکز روستایی، جمعیت روستاهای اقماری/ سیاری، تحت پوشش پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده مزبور قرار خواهند گرفت. بدیهی است با تبدیل خانه بهداشت به پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده و بکارگیری مراقب سلامت در پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده، جهت پیشگیری از اختلال در روند ارایه خدمت به جمعیت تحت پوشش روستاهای اقماری و سیاری، لازم است در شرح وظایف مراقب سلامت کلیه وظایف بهورز نیز تعریف گردد.

۲) سایر خانه‌های بهداشت (غیرضمیمه) تحت پوشش مرکز، تابع یکی از شرایط زیر خواهند بود:

➤ خانه‌های بهداشتی که روستای محل استقرار آنان هنوز منطقه روستایی است در صورت عدم وجود شرط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی نسبت به مرکز مزبور، می‌تواند در دفتر طرح گسترش شبکه شهرستان در زیر مجموعه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی دیگری قرار داده شوند.

➤ خانه‌های بهداشتی که روستای محل استقرار آنان هنوز منطقه روستایی است و با این تغییر نیز هنوز تحت پوشش این مرکز باقی می‌مانند. در این حالت، مرکز عنوان مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی خواهد داشت و پزشک و نیروهای بهداشتی مرکز موظف به بازدید از خانه‌های بهداشت تحت پوشش خود هستند.

➤ روستای محل استقرار خانه‌های بهداشت غیرضمیمه تحت پوشش مرکز مذکور نیز به نقطه شهری تبدیل شده اند، که شرایط خاص این خانه‌ها در بخش مربوط به خانه‌های بهداشت توضیح داده شده است.

۳-۱-۵- شرایط پیش بینی شده برای مراکز خدمات جامع سلامت فعال روستایی با جمعیت تحت پوشش کمتر از ۴۰۰۰ نفر:

در مراکز روستایی فعالی که به دلیل روند کاهش جمعیت، جمعیت تحت پوشش آن کمتر از ۴۰۰۰ نفر می‌گردد، مطابق شرایط زیر تصمیم‌گیری می‌شود:

۱) در مراکز با جمعیت ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر، با در نظر گرفتن اصول و استانداردهای نظام شبکه، نسبت به نحوه‌ی ادامه فعالیت مرکز، در کمیته بازنگری دانشگاهی تصمیم‌گیری شود.

۲) در مراکز با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰ نفر، در صورت دسترسی به مراکز مجاور، نسبت به ادغام تدریجی مرکز مورد نظر اقدام گردد، در غیر این صورت مطابق دستور عمل اجرایی برنامه پزشکی خانواده روستایی، پزشک

۳ روز در هفته در مرکز حضور داشته باشد و سایر کارکنان مرکز تا حد امکان تعدیل گردند و از آنان در سایر مراکز همان شهرستان استفاده شود.

تبصره: شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است با توجه به مسئولیت سازمان اورژانس کشوری، بین پایگاه‌های اورژانس بین جاده‌ای و مراکز خدمات جامع سلامت روستایی هماهنگی لازم را برای اعزام بیماران نیازمند، برقرار کند. در مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی منتخب و مراکز دارای تسهیلات زایمانی، استقرار پایگاه اورژانس الزامی است. در صورت وجود فضای فیزیکی مازاد در مرکز، پایگاه اورژانس بین جاده‌ای می‌تواند در فضای فیزیکی مرکز استقرار یابد.

۲-۳- مرکز خدمات جامع سلامت شهری / شهری روستایی: مراکز خدمات جامع سلامت شهری با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۴۰ هزار نفر جمعیت (۲۰ تا ۶۰ هزار نفر) و در کلانشهرها بطور متوسط برای ۶۰ هزار نفر (۲۰ تا ۱۰۰ هزار نفر) راه اندازی می‌شوند. مراکز خدمات جامع سلامت شهری، مراکزی مستقر در منطقه شهری یا حاشیه شهرها هستند. در هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری خدمات مدیریتی، نظارتی و بهداشتی درمانی و مشاوره و آموزش سلامت ارائه می‌گردد. نکته: بعضی از مراکز خدمات جامع سلامت شهری به واسطه پوشش جمعیت‌های روستایی (جمعیت خانه بهداشت یا پایگاه روستایی یا روستای پوشش مستقیم) تحت عنوان مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی نامگذاری می‌شوند.

۳-۲-۱- نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت شهری / شهری روستایی:

- **پزشک:** یک نفر پزشک به عنوان مسوول فنی (ترجیحاً متخصص پزشکی خانواده، پزشک عمومی با سابقه ماندگاری بیشتر و دارای مدرک MPH) بکارگیری می‌شود.
- **دندانپزشک:** در مرکز خدمات جامع سلامت شهری به‌ازای هر ۴۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش، یک دندانپزشک حضور خواهد داشت.
- **کاردان بهداشت دهان (مراقب سلامت دهان):** به‌ازای هر ۴۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک کاردان بهداشت دهان (مراقب سلامت دهان) حضور خواهد داشت.
- **کارشناس سلامت روان:** به‌ازای هر ۲۰ هزار نفر جمعیت یک کارشناس یا کارشناس ارشد سلامت روان، برای ارائه خدمات مشاوره روانشناسی، قبول ارجاعات و خدمات مربوط به جامعه تحت پوشش حضور خواهند داشت که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترسی (نیم ساعت با خودرو) ارائه خدمت می نماید. بکارگیری کارشناس دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.
- **کارشناس تغذیه:** به‌ازای هر ۲۰ هزار نفر جمعیت یک کارشناس یا کارشناس ارشد تغذیه (دارای نظام تغذیه)، خدمات تغذیه ای و رژیم درمانی، قبول ارجاعات و خدمات مربوط به جامعه تحت پوشش حضور خواهند داشت. که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترسی (نیم ساعت با خودرو) ارائه خدمت می نماید. بکارگیری کارشناس دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.
- **ماما:** به ازای ۴۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش شهری، یک نفر ماما تعیین می‌شود. بکارگیری کارشناس دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.

- **کاردان / کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی:** در صورت نبود واحد ارایه خدمات آزمایشگاهی دولتی در منطقه، در صورتی که فاصله مرکز خدمات جامع سلامت شهری تا نزدیک ترین آزمایشگاه میانی بیشتر از نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد، لازم است آن مرکز مجهز به واحد نمونه‌گیری گردد. در این شرایط، به‌ازای جمعیت تحت پوشش تا ۴۰ هزار نفر، یک کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی برای یک یا چند مرکز تعیین می‌گردد. نمونه‌گیری و مسوولیت انتقال نمونه‌های آزمایشگاهی به عهده نیروی مذکور می‌باشد.
- **کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی):** راه اندازی واحد رادیولوژی جدید در مراکز شهری خلاف ضوابط و مقررات نظام شبکه می‌باشد. اما در صورت وجود دلایل کافی، از جمله نبود بخش خصوصی فعال در منطقه یا شبانه‌روزی بودن مرکز، راه اندازی واحد و یا استمرار ارایه خدمت واحدهای فعال رادیولوژی بلامانع است. در این شرایط، یک یا چند (در مراکز شبانه‌روزی) کاردان یا کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی) تعیین می‌گردد.
- **کارشناس بهداشت محیط:** به‌ازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک نیروی کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز وجود داشته باشد.
- **کارشناس بهداشت حرفه‌ای:** به‌ازای هر ۲۵۰ تا ۳۰۰ واحد کارگاهی باید یک نیروی کارشناس بهداشت حرفه‌ای وجود داشته باشد.
- **کارشناس ناظر بیماری‌ها:** تا ۴۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت شهری، یک کارشناس ناظر بیماری‌ها تعیین می‌گردد که بصورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارایه خدمت می‌نماید. این کارشناس وظیفه طراحی و اجرای مداخلات مورد نیاز در برنامه‌های بیماری‌های واگیر، غیرواگیر، مدیریت خطر بلایا و حوادث را بر عهده خواهد داشت.
- **کارشناس فناوری اطلاعات سلامت / کارشناس فناوری اطلاعات:** در مراکز شهری، یک نفر برای تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش در نظر گرفته می‌شود. اولویت جذب با کارشناس فناوری اطلاعات سلامت می‌باشد.
- **تبصره ۱:** در مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی که دارای یک یا چند خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی می‌باشند، به‌ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت روستایی، یک نفر پزشک و یک نفر ماما اضافه می‌گردد.
- **تبصره ۲:** چنانچه مرکز شهری یک یا چند خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی/ پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده در پوشش دارد، برای انجام دهگردشی، باید خودرو مناسب و راننده داشته باشد. درضمن، به‌ازای هر دو تا سه تیم بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای و کارشناس تغذیه و سلامت روان که باید به منطقه و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش نظارت داشته باشند، یک راننده با خودرو در نظر گرفته می‌شود. همچنین جهت نظافت و نگهداری فضای فیزیکی و تجهیزات از طریق شرکت‌های خصوصی، خرید خدمت می‌شود.
- **تبصره ۳:** در صورت وجود پست پرستار/ بهیار بدون تصدی، در مراکز خدمات جامع سلامت شهری، این پست‌ها می‌بایست به پایگاه‌های تحت پوشش انتقال داده شوند. در خصوص تعیین جایگاه پست‌های پرستار/ بهیار با تصدی، در کمیته بازنگری تصمیم‌گیری خواهد شد.

بخش ۵- واحدهای تابعه مراکز خدمات جامع سلامت:

۱- واحد تسهیلات زایمانی

در راستای تامین دسترسی زنان باردار به خدمات زایشگاهی ایمن و استاندارد، با لحاظ استانداردهای سطح بندی ارایه خدمات، واحدهای تسهیلات زایمانی تعیین می گردد. براین اساس فاصله واحدهای ارایه خدمت از خدمات زایشگاهی ایمن (تسهیلات زایمانی، پایگاه اورژانس ۱۱۵ و بیمارستان) حداکثر تا یک ساعت با وسیله نقلیه معمول خواهد بود.

۱-۱- واحد تسهیلات زایمانی حتما باید در جوار یک مرکز شبانه روزی قرار داشته باشد و چنانچه در آن منطقه مرکز شبانه روزی وجود نداشته باشد، می بایست واحد تسهیلات زایمانی برای مراکز عادی نیز، مشروط به داشتن پزشک بیتوته و تکمیل تجهیزات و فضای فیزیکی مورد نیاز ایجاد گردد.

۲-۱- این واحدها مجهز به یک دستگاه آمبولانس با شرایط اعزام خواهند بود. چنانچه مورد اعزام مادر باردار توسط آمبولانس فوریت های ۱۱۵ پیش بیاید، مامای تسهیلات زایمانی در شیفت مربوطه در موارد لزوم مطابق با بسته خدمتی مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران موظف به همراهی کردن مادر باردار است. نیروی انسانی واحد تسهیلات زایمانی عبارتند از:

- ماما ۴ نفر
- راننده آمبولانس (تکنسین فوریت ها) ۳ نفر
- خدمتگزار ۲ نفر

۲- واحد ازدواج، باروری سالم و فرزندآوری

۱-۲- در مراکز خدمات جامع سلامت بر اساس قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت دارای واحد ازدواج، باروری سالم و فرزندآوری جهت آموزش زمان ازدواج و آموزش در مباحث سلامت جنسی و باروری و عوارض پیشگیری از بارداری؛ مهارت های زندگی و خانوادگی؛ اخلاق، احکام و حقوق، حرمت و قبح سقط جنین؛ فرزند آوری و فوائد بارداری و همچنین ارایه خدمات حفظ و ارتقای سلامت مادر و کودک از جمله مشاوره و آموزش کلاس های آمادگی برای زایمان، شیردهی و تکامل کودک، پست های زیر می بایست به سایر پست های مرکز مربوطه اضافه شود:

- در شهرستان های بین ۳۰ هزار تا ۱۰۰ هزار نفر جمعیت در یکی از مراکز خدمات جامع سلامت شهری، به تشکیلات مصوب مرکز، یک ردیف پست سازمانی آموزش ازدواج زن (بهداشت عمومی/ ماما) و یک ردیف پست سازمانی آموزش ازدواج مرد (بهداشت عمومی) اضافه گردد.

- در شهرستان‌های بین ۱۰۰ هزار تا ۵۰۰ هزار نفر جمعیت در دو مرکز خدمات جامع سلامت شهری با فاصله جغرافیایی منطقی، به تشکیلات مصوب مرکز، یک ردیف پست سازمانی آموزش ازدواج زن (بهداشت عمومی/ ماما) و یک ردیف پست سازمانی آموزش ازدواج مرد (بهداشت عمومی) اضافه گردد.
 - در شهرستان‌های با جمعیت بیشتر از ۵۰۰ هزار نفر، به‌ازای هر ۲۵۰ هزار نفر اضافی علاوه بر دو مرکز قبلی، در یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری دیگر با فاصله جغرافیایی منطقی، به تشکیلات مصوب مرکز، یک ردیف پست سازمانی آموزش ازدواج زن (بهداشت عمومی/ ماما) و یک ردیف پست سازمانی آموزش ازدواج مرد (بهداشت عمومی) اضافه گردد.
 - برای شهرستان‌های با جمعیت کمتر از ۳۰ هزار نفر، پرسنل موجود، آموزش‌های لازم را دریافت کنند.
- ۲-۲- جهت ارائه خدمات مشاوره ژنتیک و غربالگری ژنتیکی هنگام ازدواج با حفظ ضوابط جمعیتی فوق‌الذکر، یک ردیف پست پزشک و یک ردیف پست سازمانی کارشناس خدمات مشاوره و غربالگری ژنتیک (بهداشت عمومی/ ماما) اضافه می‌گردد.
- ۲-۳- جهت ارائه خدمات غربالگری شنوایی، بینایی و غربالگری نوزادان، به‌ازای هر ۳۰۰ هزار نفر جمعیت، در یکی از مراکز خدمات جامع سلامت، یک پست کارشناس شنوایی شناس و یک پست کارشناس بینایی سنج و یک پست کارشناس غربالگری نوزادان (جهت غربالگری هیپوتیروئیدی، متابولیک ارثی و PKU) در نظر گرفته می‌شود. با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت پایه، این پست‌ها برای مرکز خدمات جامع سلامت بعدی لحاظ می‌گردد.

۳- واحد مراقبت و پیشگیری از هاری

به‌ازای هر مرکز بهداشت شهرستان تا ۵۰۰ هزار نفر جمعیت یک واحد مراقبت و پیشگیری از هاری در یکی از مراکز خدمات جامع سلامت تعیین می‌گردد. به شرط افزایش ۵۰٪ جمعیت پایه، واحد بعدی راه اندازی می‌گردد. علاوه بر پست‌های موجود مرکز مربوطه، پست‌های زیر اضافه می‌شود:

- پزشک (آنکال)
 - کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها
- ۳ نفر

نکته: تامین پزشک مورد نیاز واحد مراقبت و پیشگیری از هاری بجز واحد‌های مستقر در بیمارستان، بصورت آنکال از مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه تعیین گشته و در بکارگیری نیروی کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، حداقل یک زن و یک مرد انتخاب می‌گردد.

۴- واحد سلامت روانی- اجتماعی

۴-۱- در هر شهرستان در یکی از مراکز خدمات جامع سلامت، یک واحد سلامت روانی اجتماعی تعیین می‌گردد و برای شهرستان‌های بالاتر از ۳۰۰ هزار نفر جمعیت به‌ازای هر ۳۰۰ هزار نفر، یک واحد دیگر اضافه می‌گردد. محل انتخابی ترجیحاً باید دسترسی عادلانه و سریع را برای کل شهرستان فراهم آورد. ارجاعات از مراکز خدمات جامع سلامت شهری/ روستایی، بیمارستان روانپزشکی و بخش روانپزشکی بیمارستان‌های شهرستان به صورت مستقیم و نیز از مراکز بهزیستی، اداره کل آموزش و پرورش شهرستان و سایر دستگاه‌ها در چارچوب عقد تفاهم نامه به صورت غیرمستقیم انجام می‌شود. ارجاع به سطوح تخصصی و سایر دستگاه‌های خدماتی و حمایت اجتماعی مانند بهزیستی و کمیته امداد نیز با محوریت مددکار اجتماعی

فرمانداری تعریف شده است. علاوه بر نیروهای مرکز خدمات جامع سلامت، نیروی انسانی واحد سلامت روانی اجتماعی شامل موارد زیر می‌باشد:

- پزشک (دوره دیده) ۱ نفر
- کارشناس سلامت روان ۲-۵ نفر
- مددکار اجتماعی ۱ نفر
- کار درمانگر ۱ نفر
- ۲-۴- تعداد کارشناس سلامت روان در جمعیت کمتر از ۱۲۰ هزار نفر، ۲ نفر، در جمعیت ۱۲۰ تا ۱۸۰ هزار نفر سه نفر، در جمعیت ۱۸۰ تا ۲۴۰ هزار نفر چهار نفر و در جمعیت بیشتر از ۲۴۰ هزار نفر ۵ نفر تعیین می‌گردد.
- ۳-۴- به نیروهای واحد فوق، یک متخصص اعصاب و روان با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده اضافه می‌گردد. لازم به ذکر است، تامین نیروی متخصص اعصاب و روان از طریق معاونت درمان می‌باشد.
- ۴-۴- به‌ازای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت شهری نیروهای زیر جهت ارائه خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اختلال مصرف مواد به واحد فوق اضافه می‌گردد:
- پزشک ۱ نفر
- مراقب سلامت (بهداشت عمومی با گرایش خانواده/ بیماری‌ها) / پرستار/ هوشبری/ اتاق عمل ۲ نفر
- تیم سیاری (شامل نیروی بهداشتی یا افراد همسان از طریق خرید خدمت) ۲ نفر
- خدمتگذار (از طریق خرید خدمت) ۱ نفر
- ۵-۴- به‌ازای هر واحد سلامت روانی اجتماعی، به جهت ارائه خدمات مشاوره و درمان مصرف دخانیات، یک کارشناس سلامت روان به نیروهای واحد مزبور اضافه می‌گردد.

بخش ۶- عناوین مراکز خدمات جامع سلامت بر اساس ویژگی

برخی از مراکز خدمات جامع سلامت بر اساس ویژگی‌های منطقه ای، جمعیتی، نیازهای آموزشی و دارای عناوینی به شرح زیر می‌باشند:

- ۱- **مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی:** مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی مراکزی هستند که در مناطقی که جمعیت تحت پوشش آنان بیش از ۱۲ هزار نفر است و در گلوگاه جمعیتی واقع شده اند و فاصله محل استقرار آنها با خودرو بیش از نیم ساعت با اولین مرکز ارائه دهنده خدمات بستری یا بستری موقت شامل بیمارستان یا مرکز شبانه‌روزی دیگر می‌باشد، قرار دارند. این مراکز مجهز به دو اتاق بستری موقت (کمتر از شش ساعت و به‌ازای هر ۱۰ هزار نفر، دو تخت بستری موقت زن و مرد)، امکانات احیاء قلبی ریوی و انجام جراحی‌های کوچک خواهند بود. جمعیت در نظر گرفته شده برای مراکز شبانه‌روزی بر خلاف سایر مراکز که صرفاً شامل جمعیت تحت پوشش خود مرکز می‌باشد، شامل کل جمعیتی است که امکان استفاده از این مرکز را خواهند داشت.
- ۱-۱- ایجاد مراکز شبانه‌روزی، وجود همزمان دو شرط (جمعیت بیش از ۱۲ هزار نفر و فاصله محل استقرار آنان تا اولین مرکز خدمات بستری با خودرو بیش از نیم ساعت) الزامی است. همچنین، مراکز شبانه‌روزی روستایی ترجیحاً در روستاهایی که مرکز بخش می‌باشند و در گلوگاه جمعیتی و در مسیر حرکت طبیعی مردم قرار دارد، راه‌اندازی

می‌شود. چنانچه در بخش یا شهرستانی که مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی در نظر گرفته شده است، بیمارستان راه‌اندازی و فعال گردد، مرکز مزبور به مرکز تک نوبته تبدیل می‌شود و نیروهای مازاد آن باید به مراکز دیگر مورد نیاز شهرستان منتقل شده یا ردیف آنها نشاندار گردد.

۱-۲- در صورت نبودن همزمان دو شرط جمعیت بیش از ۱۲ هزار نفر و فاصله محل استقرار آنان تا اولین مرکز خدمات بستری با خودرو بیش از نیم ساعت و در صورت بیتوته نبودن مرکز، ایجاد مرکز شبانه‌روزی میسر نبوده و در این صورت در مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی و روستایی تک نوبته، در صورت نیاز، می‌توان اقدام به افزایش ساعت فعالیت مرکز از تک نوبت تا ۱۶ ساعته و یا امکان سنجی به منظور استقرار پزشک بیتوته (بر اساس دستورعمل برنامه پزشکی خانواده روستایی) نمود. لازم به ذکر است که ساعات فعالیت مراکز ۱۶ ساعته با توجه به تعداد مراجعین بابت دریافت خدمات درمانی توسط کمیته بازنگری دانشگاهی تعیین می‌گردد.

۱-۳- در صورت نبود وجود همزمان دو شرط جمعیت بیش از ۱۲ هزار نفر و فاصله محل استقرار آنان تا اولین مرکز خدمات بستری با خودرو بیش از نیم ساعت و در صورت بیتوته بودن مرکز برای تبدیل مراکز بیتوته به مراکز شبانه‌روزی، لازم است در طی یک سال متوسط روزانه مراجعه بیماران در خارج از ساعات اداری (عصر و شب) ۱۰ نفر باشد. چنانچه متوسط روزانه مراجعه بیماران در خارج از ساعات اداری (عصر و شب) به مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی مصوب فعال به کمتر از ۱۰ نفر برسد، مرکز مزبور می‌تواند با پیشنهاد کمیته بازنگری دانشگاه مربوطه به مرکز بیتوته/ ۱۶ ساعته/ عادی تبدیل شده و نیروهای مازاد آن به مراکز دیگر مورد نیاز در همان شهرستان منتقل شده یا ردیف آنها نشاندار گردد. در تمامی موارد فوق اخذ تاییدیه از مرکز مدیریت شبکه الزامی است.

۱-۴- نیروی انسانی مراکز شبانه‌روزی:

- پزشک عمومی ۴ پزشک و بالای ۱۴ هزار نفر ۵ پزشک
- پرستار یا بهیار ۶ نفر
- کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی ۳ نفر
- کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی) ۳ نفر
- کارشناس فناوری اطلاعات سلامت/ کارشناس فناوری اطلاعات ۳ نفر
- نگهبان/ سرایدار ۲ نفر
- ماما مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- دندانپزشک مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کاردان بهداشت دهان (مراقب سلامت دهان) مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کارشناس بهداشت محیط مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کارشناس بهداشت حرفه‌ای مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کارشناس سلامت روان مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کارشناس تغذیه مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده
- کارشناس ناظر بیماری‌ها مطابق ضوابط جمعیتی تعریف شده

۲- **مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی:** به منظور آموزش دستیاران تخصصی پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی، دانشجویان پزشکی عمومی و سایر رشته‌های حیطه سلامت و نیز کارکنان نظام سلامت برخی از مراکز خدمات جامع سلامت، به عنوان مرکز آموزشی تعیین می‌گردند.

به این منظور به‌ازای هر شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان، یک مرکز خدمات جامع سلامت (با اولویت شهری روستایی) با پایگاه سلامت شهری/ پزشکی خانواده و خانه بهداشت ضمیمه آن تعیین می‌گردد. اضافه شدن مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی به‌ازای ورودی دانشجو، مطابق با شیوه نامه مربوطه و با تایید کمیته بازنگری خواهد بود.

تامین نیروی انسانی متخصص، فضای فیزیکی و تجهیزات آموزشی مورد نیاز نیز مطابق با شیوه نامه مربوطه می‌باشد.

۳- **مرکز خدمات جامع سلامت بحران:** از آنجا که کشور در مواجهه دایمی با بحران‌ها و بیماری‌های مختلف است و امکان شیوع بیماری‌های نوپدید و بازپدید وجود دارد، ضروری است برخی از واحدهای ارایه دهنده خدمت، آمادگی مستمر از نظر سازماندهی نیروی انسانی، برنامه کاری، تجهیزات، مواد و وسایل مصرفی را داشته باشند. به همین دلیل برخی از مراکز خدمات جامع سلامت با عنوان مراکز خدمات جامع سلامت بحران تعیین می‌گردند. این مراکز در شرایط عادی همانند سایر مراکز فعالیت می‌کنند ولی در زمان بحران براساس نوع بحران باید خدمات تعریف شده‌ای متناسب با شرایط پیش آمده را نیز ارایه دهند. لازم است برای فعالیت این مراکز شرایط زیر در نظر گرفته شود.

- مراکز خدمات جامع سلامت بحران باید از قبل پیش بینی شده باشند و پس از تایید مرکز مدیریت شبکه و ورود به دفاتر طرح گسترش، اقدامات لازم برای استانداردسازی آنها انجام شود.
- ساعت کاری متناسب با شرایط پیش آمده، تعیین می‌گردد.
- مسیر ورودی و خروجی آن برای ارایه خدمات جاری و ارایه خدمات در زمان بحران جدا در نظر گرفته شود.
- قرار گرفتن در موقعیت جغرافیایی که تضمین کننده بالاترین سطح دسترسی مردم منطقه باشد.
- بیمارستان مرجع هریک از مراکز خدمات جامع سلامت بحران با هماهنگی معاونت درمان تعیین گردد.
- مسیر ارجاع سریع افراد واجد شرایط از مراکز خدمات جامع سلامت بحران به بیمارستان مرجع تعریف گردد.
- مراکزی که بهترین وضعیت ممکن از نظر دسترسی، فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی را دارند، در اولویت راه اندازی مراکز خدمات جامع سلامت بحران قرار گیرد.

۳-۱- **در مناطق روستایی:** مراکز خدمات جامع سلامت که در دفاتر طرح گسترش شبکه به عنوان مرکز شبانه‌روزی تعریف شده‌اند، به عنوان و مراکز خدمات جامع سلامت بحران تعیین خواهند شد. در این وضعیت، نیازی به افزایش نیرو در شرایط بحران وجود ندارد و فقط برحسب نوع خدمت تعریف شده در زمان بحران ممکن است تجهیزات خاصی به آن اضافه گردد. به عنوان مثال در بحران کووید ۱۹ تجهیزاتی مثل پالس اکسیمتر با مانیتور، تب سنج لیزری، و به فهرست تجهیزات استاندارد این واحدها اضافه شد. چنانچه فاصله زمانی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی عادی با مراکز خدمات جامع سلامت بحران (در روستا و یا شهر)، بیش از یک ساعت با خودرو باشد، یکی از مراکز روستایی با مجوز مرکز مدیریت شبکه می‌تواند به مراکز خدمات جامع سلامت بحران تبدیل گردد.

۳-۲- در مناطق شهری:

- در شهرستان‌های با جمعیت شهری کمتر از ۱۰۰ هزار نفر:
حتی به شرط داشتن چند نقطه شهری، صرفاً باید یک مرکز خدمات جامع سلامت، بعنوان مراکز خدمات جامع سلامت بحران تعیین شود. در صورت وجود مرکز شبانه‌روزی واجد شرایط (از نظر دسترسی جغرافیایی و شرایط فیزیکی و نیروی انسانی)، می‌بایست این مرکز به عنوان مراکز خدمات جامع سلامت بحران در نظر گرفته شود.
- در مناطقی که فقط یک مرکز خدمات جامع سلامت وجود دارد، همان مرکز با تغییراتی در فضای فیزیکی و جداسازی یک بخش خاص از سایر قسمت‌های مرکز، به ترتیبی که ورودی و خروجی متفاوت داشته باشد، در نظر گرفته می‌شود.

- در شهرستان‌های با جمعیت شهری ۱۰۰ هزار نفر و بالاتر:
یکی از هر سه مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا به‌ازای هر ۱۵۰ هزار نفر جمعیت شهری و حاشیه، یک مرکز که از نظر دسترسی جغرافیایی (یک و نیم ساعت با خودرو)، فضای فیزیکی مناسب، تکمیل بودن نیروی انسانی (براساس طرح گسترش)، تجهیزات مناسب، و عمدتاً با مدیریت دولتی است به عنوان مراکز خدمات جامع سلامت شهری بحران تعیین می‌گردد تا در شرایط خاص و براساس ابلاغ وزارت متبوع، به ارایه خدمات مربوطه بپردازد. نیروی انسانی موردنیاز در شرایط خاص و برحسب نوع بحران تعیین و از طریق جابجایی موقت نیرو از سایر واحدهای ارایه خدمت یا از طریق خرید خدمت تامین خواهد شد. در صورت وجود مرکز شبانه‌روزی با شرایط دسترسی مناسب، می‌بایست همین مرکز به عنوان مراکز خدمات جامع سلامت بحران تعیین گردد.

تبصره: در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت بحران، در صورت لزوم می‌بایست نیروهای مورد نیاز مراکز خدمات جامع سلامت بحران (پزشک، پرستار یا مراقب، نمونه‌گیر، کارشناس فناوری اطلاعات سلامت و نگهبان)، به مرکز اضافه گردد و سایر قسمت‌های مرکز باید فعالیت‌های عادی خود را براساس بسته خدمت ارایه نمایند.

۴- مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی منتخب: همان مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی هستند که مطابق با آیین نامه مربوطه مجوز آن اخذ می‌شود. این مراکز در شهرستان‌های با جمعیت ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر فاقد بیمارستان واقع شده و تا اولین و نزدیکترین بیمارستان بیش از نیم ساعت با خودرو فاصله دارند و علاوه بر خدمات جاری مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی، خدمات ویزیت تخصصی سرپایی، فوریت‌های پزشکی (اورژانس) و انتقال و اعزام بیماران اورژانسی بصورت ۲۴ ساعته را ارایه می‌دهند. همچنین خدمات دوراپزشکی در صورت ابلاغ ضوابط و تامین تجهیزات مورد نیاز، در این مراکز ارایه خواهد شد. مطابق با آخرین اصول، ضوابط و استانداردهای شبکه بهداشت و درمان، مدیریت این مراکز به عنوان جزئی از ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، با معاونت بهداشت بوده و مسوولیت فنی آن با پزشک مرکز می‌باشد. بیمارستان معین معمولاً نزدیک ترین بیمارستان به این مراکز بوده و توسط هیات رئیسه دانشگاه و مطابق نقشه ارجاع براساس سطح بندی خدمات تعیین می‌شود، این بیمارستان مسوول پوشش شبانه‌روزی خدمات تشخیصی، درمانی بیماران ارجاعی و یا اعزامی از مرکز است. تامین پزشکان متخصص درمانگاه تخصصی مراکز مزبور، برنامه ریزی جهت حضور گردشی پزشکان، پرداخت به پزشکان، نظارت بر عملکرد درمانگاه تخصصی، ثبت اطلاعات بیماران و اقدامات انجام شده برای آنها در درمانگاه تخصصی و نیز تبادل اسناد هزینه ای با سازمان‌های بیمه‌گر بر عهده

بیمارستان معین با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه می باشد. همچنین واحد دیسپچ (EOC) واحدی مستقر در اورژانس پیش بیمارستانی می باشد که وظیفه راهنمایی جهت انتقال بیماران به مراکز درمانی و مشاوره برخط پزشکی به پرسنل پیش بیمارستانی حاضر در صحنه را برعهده دارد.

۴-۱- نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی منتخب: علاوه بر نیروهای مصوب مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی، نیروهای زیر به مرکز مذکور افزوده می‌شود:

- متخصصین رشته‌های داخلی، زنان و زایمان و اطفال، بر حسب نیاز و مطابق برنامه زمان بندی تنظیم شده (تامین نیرو توسط معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده).
- دو نفر تکنسین فوریت‌های پزشکی در هر شیفت، بر حسب نیاز و استاندارد فعالیت (تامین نیرو توسط مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی).

بخش ۷- سایر واحدهای ارایه خدمت

۱- مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری:

مراکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری مراکزی با هدف اصلی تشخیص، مراقبت و درمان تخصصی عفونت HIV هستند که خدمات مراقبت و درمان بیماری‌های مقاربتی، هپاتیت و خدمات تشخیص و کاهش آسیب به افراد در معرض خطر ابتلا به HIV نیز در این مراکز ارایه می‌شود.

ضوابط جمعیتی راه اندازی این مراکز، به شرح زیر و در زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان می باشد:

✓ در هر شهرستان بالای ۲۰۰ هزار نفر جمعیت، حداقل یک مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری راه‌اندازی می شود.

✓ در شهرستان‌های کمتر از ۲۰۰ هزار نفر جمعیت، در صورت شناسایی بیش از ۵۰ مورد زنده مبتلا به عفونت HIV، یک مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری راه‌اندازی می شود.

تبصره: در شهر/ شهرستان‌های با مشکل دسترسی از جمله فاصله بیش از یک ساعت با خودرو ضابطه مذکور (تعداد موارد زنده مبتلا به عفونت HIV)، با نظر مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر و هماهنگی با مرکز مدیریت شبکه قابل تقلیل است.

۴-۱- نیروی انسانی مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری با تعداد کمتر از ۱۵۰ مورد زنده مبتلا به عفونت HIV:

- پزشک (دوره دیده) ۱ نفر
- کارشناس سلامت روان/ مددکار ۲ نفر
- ماما ۱ نفر
- کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی (به منظور نمونه‌گیری) ۱ نفر
- کارشناس فناوری اطلاعات سلامت/ کارشناس فناوری اطلاعات ۱ نفر

- بهیار/ پرستار ۱ نفر
- مراقب سلامت ۱ نفر
- نگهبان / سرایدار ۱ نفر
- خدمتگذار ۱ نفر

تبصره ۱: تغییرات مازاد نیروی انسانی مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شامل موارد زیر می‌باشد:

- ✓ تعداد بیماران ۱۵۰ تا ۳۰۰ نفر باشد یک پست پزشک به چارت تشکیلاتی مرکز اضافه می‌شود.
- ✓ تعداد بیماران ۳۰۰ تا ۶۰۰ نفر باشد یک پست پزشک و یک پست روانشناس/ مددکار به چارت تشکیلاتی مرکز اضافه می‌شود.
- ✓ تعداد بیماران ۶۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر باشد دو پست پزشک و دو روانشناس/ مددکار به چارت تشکیلاتی مرکز اضافه می‌شود.
- ✓ چنانچه تعداد بیماران بیش از ۱۰۰۰ نفر باشد در آن شهرستان باید مرکز مشاوره دوم راه اندازی شود.
- ✓ در صورتیکه مرکز مشاوره همزمان مبادرت به ارائه داروهای آگونیست نماید، لازم است استانداردهای مصوب مربوطه رعایت گردد.

تبصره ۲: به نیروهای مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری در شهرستان استقرار معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده، یک متخصص بیماری‌های عفونی با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده اضافه می‌گردد.

تبصره ۳: به‌ازای هر مرکز مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری برای ارائه خدمات تشخیص، مراقبت و درمان هپاتیت، یک نفر پزشک (دوره دیده)، و یک نفر مراقب سلامت اضافه می‌گردد.

۱-۲- به‌ازای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت شهری نیروهای زیر جهت ارائه خدمات ویژه به زنان آسیب پذیر اضافه می‌گردد:

- کارشناس سلامت روان (زن) ۱ نفر
- ماما ۱ نفر
- تیم سیاری (شامل نیروی‌های بهداشتی یا افراد همسان از طریق خرید خدمت) ۲ نفر
- خدمتگذار (زن، از طریق خرید خدمت) ۱ نفر

۲- پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی

این پایگاه‌ها در پایانه‌های رسمی کشور (زمینی جاده ای، زمینی ریلی، دریایی و هوایی) ایجاد می‌شوند. این واحدها با هدف جلوگیری از صدور و ورود بیماری‌های مشمول مراقبت و مقابله با گسترش طغیان‌های ناشی از هر نوع رویداد بهداشتی در داخل کشور طراحی و راه اندازی گردیده اند. تقسیم بندی پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی براساس اهمیت پایانه مرزی، حجم جمعیت در حال تردد و زمان فعالیت پایگاه، در درجات ممتاز، درجه یک، دو و سه به شرح زیر صورت می‌گیرد:

۲-۱- پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز: پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز مستقر در مرزهایی که حجم

تردد مسافر روزانه آن بطور متوسط بیشتر از ۸ هزار نفر می‌باشد (مسافر ورودی و خروجی و رانندگان و افراد درحال تردد، کارگران و کارکنان پایانه) و حجم کالای مبادله شده در این مرزها حداقل ۳ برابر پایگاه درجه یک است. درحال حاضر، فقط فرودگاه بین المللی امام خمینی (ره) در این سطح قرار دارد.

نیروی انسانی پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز به شرح زیر است:

- پزشک ۳ نفر
- کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها ۶ نفر
- کارشناس بهداشت محیط ۶ نفر
- راننده ۱ نفر

۲-۲- پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه یک: پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که دارای

تردد مرزی (اعم از مسافر، راننده، پرسنل و کارگران) روزانه متوسط بین ۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر و حجم کالای مبادله شده در آن، متوسط ۲۰۰ کامیون یا لنج / کشتی است.

نیروی انسانی این مراکز به شرح زیر است:

- پزشک (آنکال)
- کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها ۴ نفر
- کارشناس بهداشت محیط ۴ نفر

۲-۳- پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه دو: پایگاه مراقبت بهداشت مرزی مستقر در مرزهایی که تردد

مرزی (اعم از مسافر، راننده، پرسنل و کارگران) روزانه و به طور متوسط بین ۲۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر یا تردد باری با حجم کالای مبادله شده به طور متوسط بیش از ۱۰۰ کامیون یا لنج/ کشتی در روز باشد. این پایگاه وابسته به نزدیک ترین مرکز خدمات جامع سلامت روستایی یا شهری می باشد.

نیروی انسانی این پایگاه‌ها به شرح زیر است:

- پزشک (آنکال)
- کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها ۴ نفر
- کارشناس بهداشت محیط ۲ نفر

۴-۲- پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی درجه سه: پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که از نظر تردد با اولویت ترانزیت بار هستند و تردد مسافر در آن به صورت موقتی یا مقطعی صورت می پذیرد. روزانه کمتر از ۲۰۰۰ نفر تردد مسافر دارند. همچنین، تردد کالا در آن کمتر از ۱۰۰ کامیون یا لنج/ کشتی در روز می باشد. نیروی انسانی این پایگاه به شرح زیر است:

- پزشک (آنکال)
 - کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماری ها
 - کارشناس بهداشت محیط
- ۲ نفر
۱ نفر

نکته ۱: در پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی با مبادی ورود متعدد و غیر مشترک (هوایی، زمینی، ریلی، دریایی و نیز بازارچه های مرزی) به ازای هر مبدا ورودی مازاد، یک نیروی کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماری ها و کارشناس بهداشت محیط با پیشنهاد مرکز مدیریت بیماری ها و تایید مرکز مدیریت شبکه قابل افزایش خواهد بود.

نکته ۲: مدیریت پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز زیر نظر مستقیم شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان مربوطه و مدیریت و تامین پزشک آنکال پایگاه های درجه ۱، ۲ و ۳ به عهده مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه با هماهنگی شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود. ساعات فعالیت پایگاه های مراقبت بهداشتی مرزی کاملاً منطبق با ساعت فعالیت پایانه مرزی دارای شیفت های کاری ۲۴ ساعته، ۱۶ ساعته، ۱۲ ساعته و ... می باشد.