

"باسمه تعالی"

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

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

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 ۶۰۰۰۰ روستای پراکنده که تعداد قابل ملاحظه‌ای از آنها جمعیت کمتر از ۲۰۰ 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 ... مسؤولان 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 ۲۰۰۰ 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 پيله 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 ۱۳۶۱ تا ۱۳۶۳ انجام گرفت، را می توان

*Primary Health Care

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 شبکه‌های بهداشت و درمان دربرداشته و دارد. به این ترتیب، مأموریت تحقق شبکه بهداشت و درمان کشور بر مبنای دفترچه‌های طرح‌های استقرار صورت می‌گیرد.

براساس تغییرات شرایط اجتماعی، سیاسی، جغرافیایی و جمعیتی کشور و به منظور پویایی شبکه بهداشت و درمان، ضرورت داشت تغییراتی متناسب با شرایط در دفترچه‌های طرح‌های شهرستانها اعمال گردد و به همین دلیل، در فاصله سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۸۰ چندین بار دفترچه‌های طرح‌های شهرستانها بازنگری شد. در سال ۱۳۷۹ براساس تغییرات قابل توجه در شرایط آن زمان مانند: اجرای قانون بیمه درمان همگانی، تغییر در شرایط اپیدمیولوژیک و الگوی بیماریها، سیاست خصوصی سازی، اجرای برنامه‌های 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 ۱۳۸۰ 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 می‌کنند.

اصول کلی نظام سلامتی کشور

۱- انتخاب "شهرستان" به عنوان مقیاس اداری و جغرافیایی گسترش شبکه های بهداشتی درمانی و انجام برنامه ریزیهای مختلف سلامتی

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

۱-۲- هیچیک از واحدهای یک سطح ارائه دهنده خدمت به خدماتی که به عهده واحدهای سطح پایین تر قرار داده شده است نپردازد، مگر آنکه خدمت مورد نظر را در سطح تخصصی تر ارائه دهد. به همین دلیل، بایستی در کنار هریک از واحدها، یک واحد سطح پایین تر منظور گردد که البته دارای مدیریتی مستقل می باشد. مثل وجود یک خانه بهداشت در کنار مرکز بهداشتی درمانی روستایی یا وجود یک مرکز بهداشتی درمانی شهری در کنار مرکز سلامت شهرستان یا بیمارستان شهرستان. برای اینکه این شرط تحقق یابد بایستی شرح وظیفه هر واحد به دقت تعیین و مشخص گردد.

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

۲-۳- توجه به سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه سلامت. در حال حاضر، سه سطح تعریف شده وجود دارد:

- سطح اول شامل مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری. خانه های بهداشت و پایگاههای بهداشت روستایی زیرمجموعه مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه های بهداشت، و پایگاههای بهداشت شهری زیرمجموعه مراکز بهداشتی درمانی شهری را تشکیل می دهند که البته در نظام ارجاع برای مواردی که

برنامه مشخصی وجود دارد، اولین واحد ارائه دهنده خدمت به مردم، مراکز بهداشتی درمانی محسوب می شوند.

- سطح دوم شامل مرکز سلامت شهرستان و بیمارستان شهرستان
- سطح سوم شامل مرکز سلامت استان و بیمارستان تخصصی

۳- سهولت دسترسی جغرافیایی . یعنی فاصله محیطی ترین واحد ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی از دورترین نقطه تحت پوشش آن که مردم زندگی و کار می کنند. برای تامین این ضابطه، بایستی معیارها و شرایطی برقرار گردد:

۳-۱- در هیچ وضعیت اقلیمی و جوی، فاصله دورترین مکان زندگی و کار مردم که در پوشش واحد ارائه خدمت قرار دارد از واحد مزبور نباید حداکثر از یک ساعت پیاده روی بیشتر باشد.

۳-۲- استقرار واحدها در مسیر طبیعی حرکت مردم محل باشد. تاکید بر این شرط گاه ممکن است موجب شود که از دو یا چند روستا که تحت پوشش یک واحد قرار می گیرند، روستایی برای استقرار واحد موردنظر انتخاب گردد که لزوماً "پرجمعیت ترین آنها نیست. وجود یک یا چند عامل از عوامل زیر به عنوان ملاک واقع شدن یک روستا در مسیر طبیعی حرکت مردم تلقی می گردد:

- قرار داشتن در مسیر راه یا گلوگاه جاده اصلی روستاهای مجاور
 - جمعیت زیاد
 - وجود واحدهای اداری مثل بخشداری، دهداری، پاسگاه انتظامی، دادگاه، بانک و سایر واحدهای دولتی
 - رواج داد و ستد مثل وجود بازارهای دائمی یا هفتگی
 - وجود مدرسه، دبیرستان، حمام و ... که مورد استفاده روستاهای 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.
- ۳-۳- 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 ۱۵۰۰ نفر برای هر خانه بهداشت _ البته گاه برحسب شرایط برای جمعیت‌های کمتر و بیشتر هم می توان **خانه بهداشت** در نظر گرفت که در آن صورت نیروی انسانی آن تغییراتی می کند

- تاحدود ۹۰۰۰ نفر برای هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی
- تا حدود ۱۲۵۰۰ نفر برای هر پایگاه بهداشت
- تا حدود ۵۰۰۰۰ نفر برای هر مرکز بهداشتی درمانی شهری

۴- دسترسی فرهنگی که با دو شرط زیر حاصل می گردد:

- ۴-۱- نبود برخورد و اختلافهای قومی، فرهنگی، مذهبی و ...
- ۴-۲- مغایر نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتی که ارائه می شود با آداب و سنتهای قومی، ملی و مذهبی جامعه.

۵- 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.

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

- ۶-۱- دانش و مهارت مورد نیاز هر رده به دقت تعریف و تعیین گردد.
- ۶-۲- آموزش دهندگان با نیازهای واقعی جامعه، اولویتهای، 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.
- ۶-۳- بومی بودن نیروهای مستقر در واحدهای محیطی ارائه دهنده خدمات.

۷- 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.

۸- 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.

۹- هماهنگی درون بخشی. مبنای ارائه خدمات سلامتی تاکیدبر هماهنگیها در درون بخش سلامت و ارائه خدمات جامع سلامتی به صورت تیمی است.

۱۰- 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 **واحد 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 می گردد. 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 تام الاختیار وی.
- توصیه می شود 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 می گردند. قاعدتاً همکار یا همکاران ناظر استان از طرف مرکز توسعه شبکه در جریان اقدامات قراردارند 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**
- ۱ 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 براین نظام و سیاستهای کلی باشند.

۸ 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 ...) هریک 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، پاک کن، مقداری سنجاق ته گرد و پونز رنگی.

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

ز _ داشتن اطلاعاتی درباره طرح‌های ملی و منطقه‌ای مربوط به هر شهرستان در مورد توسعه راه‌های روستایی، مدارس، ایجاد قطب‌های کشاورزی و دامپروری، و سایر واحدهای کشاورزی از دفتر سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی

ح _ داشتن اطلاع درباره تعداد اماکن عمومی و محله‌ای که از نظر بهداشت محیط و مواد غذایی بایستی کنترل بهداشتی شوند

ط _ کسب اطلاع راجع به تعداد پیشه‌وران، کارگران، کارخانجات و کارگاه‌های تولیدی در منطقه
ی _ کسب اطلاع درباره سایر طرح‌های ملی، منطقه‌ای و خاص در مناطق شهری و روستایی مربوط به سرمایه‌گذاری در بخش‌های توسعه در طول سال‌های بعدی

گام دوم: بر روی نقشه، جمعیت هر روستا ثبت گردد و محدوده آبادیهایی 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 می‌گیرند بیش از یک روستا باشد، قدم بعدی انتخاب مناسب‌ترین 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 خانه‌های 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 ۲۰ هزار نفر تلقی گردد، مشروط بر اینکه فاصله این محل تانزدیکترین شهر دارای بیمارستان یا زایشگاه (با استفاده از اتومبیل) از نیم ساعت بیشتر باشد، می‌توان در چنین شرایطی مرکز را به مرکز شبانه‌روزی تبدیل کرد تا امکان دسترسی به پزشک و سایر پرسنل درمانی در طول مدت ۲۴ ساعت شبانه‌روز میسر باشد. شرح وظیفه مرکز بهداشتی درمانی شبانه‌روزی در بخش دیگری از این مجموعه آمده است.

گام پنجم: با توجه به تراکم جمعیت در مناطق شهری، محدوده‌ای به وسعت یک تا چهار کیلومترمربع که به طور متوسط حدود ۱۲۰۰۰ نفر را در خود جای داده است، بر روی نقشه با مداد رنگی مشخص می‌گردد که محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی شهری است. چنانچه تراکم جمعیت زیاد باشد، ایجاد مراکز سلامت شهری متعدد ضرورت خواهد یافت. در چنین شرایطی می‌توان 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 ۱۰۰۰ نفر جمعیت را در طول یک سال ارائه دهد. ولی براساس شرایط فرهنگی و نیز نوع وظایف در نظر گرفته شده برای بهورزان، معمولاً ۲ بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت کار می کنند و باید بتوانند مراقبتهای اولیه بهداشتی و درمانی مورد نیاز حدود ۲۰۰۰ 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 خانه‌های بهداشت تعیین شده است:

- تا ۱۵۰۰ نفر جمعیت ← یک بهورز زن + یک بهورز مرد
برای جمعیت کمتر از ۱۵۰۰ نفر، می توان بازی دو خانه بهداشت مجاور، یک بهورز مرد مشترک در نظر گرفت.
- برای جمعیت از ۱۵۰۱ تا ۲۵۰۰ نفر ← دو بهورز زن + یک بهورز مرد
برای جمعیت‌های بیشتر از ۲۵۰۰ نفر (در صورتیکه وسعت روستا طولی یا طوری باشد که دسترسی مردم با یک ساعت پیاده روی برای مردم مشکل ایجاد کند) بهتر است دو خانه بهداشت در نظر گرفته شود و بهورز مرد را مشترک بین دو خانه بهداشت قرار داد. چنانچه خانه بهداشت دوم در نظر گرفته نشد، بازی افزایش هر بهورز اضافی به ۷۰۰ نفر جمعیت بیشتر نیاز است. به عبارت دیگر، تا جمعیت ۳۲۰۰ نفر، یک بهورز اضافه می شود. خاطرنشان می سازد در هیچ شرایطی برای جمعیت‌های زیر ۵۰۰ نفر، خانه بهداشت در نظر گرفته نمی شود.
- اگر تعداد روستاهای دارای سکنه تحت پوشش خانه بهداشت از ۶ قریه بیشتر و مسیر و فاصله روستاها به گونه ای باشد که بازدید از ۲ روستا یا بیشتر در یک روز میسر نگردد، می توان یک بهورز مرد به کارکنان خانه مزبور اضافه کرد.

تبصره ۱: اگر تعداد روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت بیش از یک روستا باشد، برای انجام دهگردشی به یک موتورسیکلت نیاز است.

تبصره ۲: هیچ روستایی نباید به دلیل نداشتن خانه بهداشت از پوشش خدمات اولیه بهداشتی و درمانی محروم بماند. این محرومیت عمدتاً به ۲ علت ممکن است پیش آید: یکی کمبود شدید جمعیت و دیگری نداشتن راه ارتباطی. به جبران این کمبود، در تعدادی از 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 کاردانه‌ها و کارشناسان بهداشت عمومی مرد و در صورت لزوم کاردانه‌ها و کارشناسان بهداشت محیط تشکیل

می‌دهند. هر مرکز بهداشتی درمانی به تعداد تیمهای سیار خود، احتیاج به وسیله نقلیه اضافی خواهد داشت.

تبصره ۳:

چنانچه چادرهای عشایر یا روستاهایی با جمعیت کم و در فاصله بیش از یک ساعت پیاده‌روی (حدود ۶ کیلومتر) از خانه بهداشت وجود داشته باشد می‌توان 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 ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستاهای سیاری تحت پوشش خانه بهداشت می‌توان یک بهورز مرد به کارکنان آن خانه اضافه کرد.

تبصره ۴:

توصیه می‌شود 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 غیراینصورت، می‌توان از محل‌هایی مثل مسجد یا مدرسه و ... استفاده کرد.

تبصره ۵:

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 می‌شود و خانه نیز به خانه بهداشت ستاره دار اصطلاح می‌شود 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 پزشک خانواده و مراجعات درمانی ارجاعی از خانه‌های بهداشت تابعه، نظارتها و ... عبارتست از:

- یک نفر پزشک بازای جمعیتی حدود ۴۰۰۰ نفر. این پزشک وظیفه سرپرستی کلیه خدمات بهداشتی درمانی موردنیاز جمعیت تحت پوشش خود را به عهده دارد و علاوه بر ویزیت بیماران باید به خانه‌های بهداشت تحت پوشش خود نیز حداقل دو بار در هفته و به روستاهای قمر حداقل ماهانه یکبار و به روستاهای سیاری هر سه ماه یکبار سرکشی نماید. در صورت درخواست مامور تیم سیار مبنی بر نیاز مردم به خدمات پزشکی، ضرورت دارد پزشک هر زمان که لازم است و در فواصل زمانی کوتاهتر به روستای مربوط مراجعه کند.
- در مواقعی که مرکز بهداشتی درمانی روستایی بیش از یک پزشک خانواده دارد، یکی از آنها باید مسوولیت سرپرستی مرکز را به عهده داشته باشد و در عنوان ردیف سازمانی هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی عبارت پزشک مسوول مرکز قید شود.

- یک نفر دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان
- یک نفر کاردان یا کارشناس علوم آزمایشگاهی (در صورت وجود آزمایشگاه در مرکز بهداشتی درمانی)

- یک نفر دارویار یا نسخه پیچ _ علاوه بر نسخه پیچی و تفهیم دستور دارویی بیماران، وظیفه دارد درخواست نیازهای دارویی و تجهیزات پزشکی مورد لزوم مرکز بهداشتی درمانی را بموقع تنظیم و پس از تایید سرپرست مرکز، برای تامین آنها اقدام کند. همچنین، باید نیازهای دارویی خانه‌های بهداشت تا بهه را کنترل، برآورد و تدارک نماید. در صورت وجود پرستار یا بهیار می‌توان این وظیفه را به پرستار واگذار کرد و در این صورت نیازی به وجود دارویار نیست.
- دو نفر پرستار یا بهیار (یکی زن و یکی مرد). این افراد علاوه بر تزریقات و پانسمان، دستیاری پزشک و خدمات پرستاری باید سایر خدمات مرکز بهداشتی درمانی روستایی را نیز انجام دهند از قبیل: همکاری در داروخانه، همکاری در جمع‌آوری اطلاعات و آمار و تهیه گزارش، همکاری در پذیرش بیماران و انجام امور عمومی، همکاری در تسهیلات زایمانی (در صورت وجود)، و همکاری در فعالیتهای جراحی‌های کوچک (در مراکز شبانه روزی).
- یک نفر متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی _ در صورت کم بودن جمعیت مرکز بهداشتی درمانی روستایی (زیر ۵۰۰ نفر) می‌توان وظایف متصدی پذیرش را به عهده یکی از پرستاران (با اولویت پرستار مرد) واگذار کرد.
- دو نفر کاردان یا کارشناس بهداشت عمومی (زن با گرایش بهداشت خانواده و مرد با گرایش مبارزه با بیماریها) تا ۱۲ خانه بهداشت تحت پوشش _ بازای هر ۶ تا ۱۲ خانه بهداشتی که اضافه شود دو کاردان یا کارشناس دیگر با همان گرایشها اضافه خواهند شد.
- در صورت وجود اماکن عمومی و واحدهای صنعتی قابل قبول (بازای تا ۳۰۰ واحد صنفی یک نیروی کاردان یا کارشناس بهداشت حرفه‌ای یا محیط در نظر گرفته می‌شود. برای نفر دوم حتماً "بایستی ۳۰۰ واحد دیگر در پوشش باشد. چنانچه کمتر از ۳۰۰ واحد بود فرد باید با مرکز مجاور مشترک باشد) برای خدمت یک نیروی انسانی می‌توان یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه‌ای برحسب شرایط در نظر گرفت. برحسب حجم کار فرد می‌توان این نیرو را بین دو مرکز بهداشتی درمانی مجاور مشترک گذاشت. البته، اداره کل سلامت محیط و کار اعلام کرده است که طی محاسباتی دقیقاً "تعیین کرده است که در کدام مراکز بهداشتی درمانی روستایی به چه تعداد نیرو نیاز است. می‌توان این اطلاع را از اداره مزبور کسب کرده و در طرح‌های گسترش پیشنهاد داد.
- یک نفر ماما بازای هر دو پزشک خانواده موجود در این مرکز. چنانچه دو پرستار موجود باشند می‌توان فقط یک ماما برای مراکز تا ۳ پزشک در نظر گرفت.
- یک نفر راننده
- یک نفر نگهبان _ علاوه بر نگهبانی در ورودی، برقراری نظم در اتاق انتظار و محوطه مرکز بهداشتی درمانی، در صورت نیاز همکاری با قسمت پذیرش را نیز بعهده دارد. در مراکز کم جمعیت، راننده می‌تواند عهده دار این وظیفه باشد.

تبصره ۶:

گاه شرایط اقلیمی کشور در نقاط کویری، کوهستانی و جنگلی به گونه ایست که رسیدن به حد نصاب ۶ تا ۹ هزار نفر برای یک مرکز بهداشتی درمانی روستایی را غیرممکن می سازد. از طرف دیگر، رها کردن جمعیت‌های کمتر از ۶۰۰ نفر - تنها به دلیل نبود توجیه اقتصادی - راهبرد درستی نیست. در چنین شرایطی از استراتژی محدود کردن پرسنل براساس جدول زیر (برآورد نیروی انسانی موردنیاز مراکز بهداشتی درمانی روستایی برحسب جمعیت تحت پوشش) استفاده می شود. و در این حالت، خانه بهداشت مستقر در روستای محل استقرار مرکز، نقش موثرتری در ارائه خدمت به مراجعه کنندگان خواهد داشت.

ردیف	تعداد جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی	پزشک	بهداشتکار دهان و دندان	آزمایشگاهی	کاردان، یا کارشناس حرفه‌ای	کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و بهداشت خانوار	ماما	بیمار یا پرستار مرد	بیمار یا پرستار زن	کاردان یا کارشناس بهداشت	کاردان یا کارشناس بهداشت	معماری یا مهندس	متصدی پذیرش، آمار	راننده	خدمتگذار / نگهبان
۱	۲ تا ۴ هزار نفر	۱	-	-	-	-	۱	-	۱	-	۱	-	-	۱	۱
۲	۴ تا ۶ هزار نفر	۲	۱	-	-	-	۱	-	۱	۱	۱	-	-	۱	۱
۳	۶ تا ۹ هزار نفر	۳	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱

ملاحظات:

- ردیف بهداشتکار فقط در صورت داشتن فرد شاغل برقرار می شود و در غیراینصورت حذف می گردد.
- در مراکز بهداشتی درمانی روستایی با جمعیت ۲ تا ۴ 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، داروبار و کاردان مدارک پزشکی، شاغل داشته باشد. در پست خود باقی می ماند و غیراینصورت یک نفر بهیار یا پرستار از جنس مخالف بهیار قبلی انتخاب می شود.
- اگر جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی روستایی بین ۴ تا ۶ 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 نیروی بهداشت حرفه ای یا محیط می توان از اطلاعات اداره کل سلامت محیط و حرفه ای استفاده کرد.
- برای جمعیت بالاتر از ۶ هزار نفر، براساس 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 ۴۰۰۰ نفر یک پزشک تعیین می گردد.

تبصره ۷:

استقرار واحد رادیولوژی در مراکز بهداشتی درمانی روستایی زمانی قابل توجیه است که جمعیت تحت پوشش آن مرکز بالغ بر ۲۰۰۰۰ نفر باشد و مرکز شبانه روزی قلمداد گردد.

تبصره ۸:

در شرایط کنونی برای هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی یک اتومبیل چند منظوره (مثل: لندروور، پائرو، موسو یا 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 ۱۰۰۰۰ 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 ۹: در مراکز بهداشتی درمانی روستایی کم جمعیت (زیر ۵۰۰۰ نفر)، 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 غیرشبانه 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 ← ۴ نفر

- راننده آمبولانس ← ۲ نفر

- خدمتگزار ← ۲ 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 ۱۲۵۰۰ 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 هرچند 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 (تا ۳۰۰ واحد یک نفر و بالای ۳۰۰ واحد بعدی، نفر دوم تعیین می شود یا براساس داده های اداره کل سلامت محیط و کار) می توان یک نفر کاردان یا کارشناس با گرایش بهداشت محیط و حرفه ای به مجموعه پرسنل پایگاه اضافه کرد.
- یک نفر خدمتگذار

تبصره ۱۰: در کلانشهرها یا محله هایی از شهرها که دارای تراکم جمعیت بیش از ۱۲۵۰۰ نفر در کیلومتر مربع هستند و گاه تراکم آن به ۶۰۰۰۰ نفر در کیلومتر مربع می رسد (مثل برخی از محله های 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 ۱۱: چنانچه کاهش تراکم جمعیت در شهرکها یا حاشیه شهرها به ۲۰۰۰ نفر در کیلومتر مربع برسد، ایجاد پایگاه برای جمعیتی معادل ۸۰۰۰ نفر (در محدوده جغرافیایی ۴ 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 جمعیت های کمتر از ۱۲۵۰۰ نفر از نظر اقتصادی و اجرایی قابل توجیه نخواهد بود. در شهرهای با تراکم بالای جمعیت (مثل تهران و سایر شهرهای بزرگ و پرجمعیت)، یک پایگاه در نظر گرفته می شود و نیروی انسانی آن متناسب با جمعیت تعیین می گردد.

تبصره ۱۲: بالای هر ۳۰۰۰ 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. در صورت کاهش ۳۰۰۰ نفر جمعیت، یک نیروی کارشناس بهداشتی کم می شود.

تبصره ۱۳: برای روستاهایی با جمعیت ۵۰۰۰ نفر و بیشتر به جای خانه بهداشت (به عنوان اولین واحد ارائه دهنده خدمت)، پایگاه بهداشت روستایی در نظر گرفته می شود و بر حسب جمعیت آن روستا، تعداد و ترکیب پرسنل پایگاه تعیین می شود. در روستاهایی با جمعیت حدود ۱۲۵۰۰ 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 ۱۴:

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 یک 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 درمانی 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 ۲ 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 بلامانع 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 کاردان 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 غیرفعال). 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 هریک 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 ۱۵:

چنانچه مرکز بهداشتی درمانی روستایی، که به علت تبدیل محل استقرار آن به شهر، به مرکز بهداشتی درمانی 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 درمانی 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 ۱۶:

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 درمانی شهری قرار خواهند گرفت.

تبصره ۱۷:

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

تبصره ۱۸:

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 سریعاً" نسبت به جذب رابطین بهداشت اقدام کنند تا بتوانند پوشش کامل داشته باشند.

تبصره ۱۹:

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 :

براساس فعالیت روزافزون 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. براین مبنا، محاسبه تعداد مراکز بهداشتی درمانی شهری به قرار زیر است:

براساس هر ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت شهری منطقه، یک پایگاه بهداشت شهری پیش بینی می شود و بازای هر ۵ 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 ۵ در دفاتر طرح‌های گسترش درنظر گرفته شده است. کارکنان درمانی هر مرکز عبارتست از:

پزشک:

در هر مرکز بهداشتی درمانی شهری که دارای ۵ واحد تحت پوشش برای خدمات نظارتی و ارجاع است (پایگاه بهداشت و خانه بهداشت)، به طور معمول ۲ پزشک 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.

دندانپزشک:

یک دندانپزشک لازم است. چنانچه برای هر ۱۰ تا ۱۲ 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 دندانپزشک در مرکز برای ارائه خدمات مربوط به مردم ضرورت دارد.

چنانچه از بخش خصوصی برای ارائه خدمات دندانپزشکی در منطقه استفاده می شود باید خدمات بهداشت دهان و دندان از واحد خصوصی خریداری شده و مورد نظارت قرار گیرد تا مردم از این خدمات محروم نمانند. در غیراینصورت این خدمات باید توسط پایگاه ارائه گردد.

پرستار یا بهیار:

برای خدمات تزریقی و پانسمان در مراکز بهداشتی درمانی شهری نیازی به پرسنل نیست مگرآنکه 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 کافیست.

داروساز یا داروپار:

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 داروپار 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 پزشک مسوول مرکز می باشد).

کارشناس یا کاردان علوم 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 دو 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 یک نفر کارشناس یا کاردان رادیولوژی در مرکز بهداشتی درمانی شهری نیاز است. متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی: باید یک متصدی پذیرش، آمار و مدارک 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 خدمتگذار: به یک نفر نیاز است.

تبصره ۲۰: در بسیاری از شهرها، خانه های بهداشت مجاور شهر یا روستاهای نزدیک به شهر، ناگزیر در پوشش یک یا چند مرکز بهداشتی درمانی شهری قرار می گیرند. این گونه مراکز، در واقع هر دو نقش را بعهدہ دارند و در گذشته به آنها مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی اصطلاح می کرده اند.

تبصره ۲۱: 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 ۲۲: 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 نفرا ت زیر به کارکنان مرکز اضافه می گردند به طوریکه تعداد کل پرسنل درمانی (پستهای زیر) به ۴ نفر برسد:

پزشک عمومی ۲ نفر

پرستار یا بهیار	۶ نفر (برای خدمات پرستاری و دارویی)
کارشناس یا کاردان علوم آزمایشگاهی	۲ نفر
کارشناس یا کاردان رادیولوژی	۲ نفر
متصدی پذیرش	۳ نفر
نگهبان و خدمتگذار	۳ نفر (اگر سرایدار بود ۱ نفر کفایت)
راننده	۳ نفر

و _ مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی

همانطور که در تبصره ۲۲ آمده است، در مناطق شهری یا روستایی که در گلوگاه جمعیتی حدود ۲۰۰۰۰ 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 ۱). 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 ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت به یک تخت بستری موقت (کمتر از ۶ ساعت) نیاز است. این گونه مراکز به یک دستگاه آمبولانس برای انتقال بیماران به نزدیکترین بیمارستان نیاز دارند.

چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی بین ۱۲۵۰۰ تا ۲۰۰۰۰ 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 ۲ تبدیل می شود. در این نوع مراکز برای شیفت‌های عصر و شب خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی ضرورت ندارند و بنابر این پرسنل این واحدها به ۱ نفر کاهش می یابد و سایر پرسنل با پرسنل معمول مرکز بهداشتی درمانی باید به ۴ نفر برسند.

نیروی انسانی استاندارد مرکز بهداشتی درمانی شبانه روزی درجه ۱:

در مرکز بهداشتی درمانی روستایی (با در نظر گرفتن برنامه پزشک خانواده):

در مرکز بهداشتی درمانی روستایی شبانه روزی		نوع نیروی انسانی
بدون تسهیلات زایمانی	با تسهیلات زایمانی	

ضوابط و اصول کلی در ساختار طرح‌های گسترش شبکه

۴	۴	پزشک عمومی
۱	۱	دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان
۴	۴	کاردان یا کارشناس آزمایشگاه
۳	۳	کاردان یا کارشناس رادیولوژی
۶	۶	بهبود یا پرستار (مرد و زن)
۴	۲	ماما
۳	۳	کاردان یا کارشناس بهداشتی
۴	۳	متصدی پذیرش
۴	۳	راننده
۴	۳	نگهبان/خدمتگذار

در مرکز بهداشتی درمانی شهری:

در مرکز بهداشتی درمانی شهری شبانه روزی		نوع نیروی انسانی
با تسهیلات زایمانی	بدون تسهیلات زایمانی	
۴	۴	پزشک عمومی
۱	۱	دندانپزشک یا بهداشتکار دهان و دندان
۴	۴	کاردان یا کارشناس آزمایشگاه
۳	۳	کاردان یا کارشناس رادیولوژی
۶	۶	بهبود یا پرستار (مرد و زن)
۴	۱	ماما
۴	۴	کاردان یا کارشناس بهداشتی
۴	۳	متصدی پذیرش
۴	۲	راننده
۴	۳	نگهبان/خدمتگذار

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:
 - ✎ بریدگیها،
 - ✎ سوختگیهای درجه ۱ بدون عارضه (به غیر از صورت و دست)،
 - ✎ سوختگیهای کودکان زیر ۶ سال، توده های جلدی و زیرجلدی،
 - ✎ درناژ آبسه،
 - ✎ گذاشتن لوله نای،
 - ✎ خارج کردن جسم خارجی از بینی؛
 - ✎ تامپون کردن بینی،
 - ✎ بند آوردن خونریزی بینی قدامی،
 - ✎ تخلیه سینوزیت های مزمن،
 - ✎ خارج کردن اجسام خارجی سطحی از چشم،
 - ✎ خارج کردن اجسام خارجی از گوش خارجی در بالغین،
 - ✎ شستشوی گوش،
 - ✎ خارج کردن اجسام خارجی از حلق،

- ✎ گذاشتن لوله برای بیماران پنوموتراکس و هماتوتراکس،
- ✎ تخلیه آبسه پستان،
- ✎ فتق ساده،
- ✎ وازکتومی،
- ✎ اپیزیوتومی،
- ✎ گذاشتن سوند فولی،
- ✎ آتل بندی شکستگی‌ها،
- ✎ شکستگی ترقوه،
- ✎ شکستگی بدون عارضه استخوان بازو،
- ✎ شکستگی بدون عارضه لگن و
- ✎ جانداختن دررفتگی‌های شانه و چانه
- ✓ فوریت‌های پزشکی شامل:
 - ✎ خونریزی‌ها،
 - ✎ شکستگی‌ها،
 - ✎ 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 قرارگیرد:

۱. بیمارانی که با انجام اقداماتی در کمتر از ۶ ساعت به وضعیت stable می‌رسند و قابل ترخیص شدن هستند. مثل انجام سرم تراپی برای بیمار اسهال حاد
۲. 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 یک مرکز بهداشتی درمانی یک شیفته عبارتند از:

۱. جمع‌آوری، کنترل و دسته‌بندی اطلاعات و آمار مربوط به خود مرکز و واحدهای تابعه
۲. کنترل و پیگیری اجرای برنامه‌های 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
- ⇐ بررسیهای اپیدمیولوژیک
- ⇐ خدمات سیاری
- ⇐ بیماریابی
- ⇐ مشاوره ها
- ۳. کمک در اجرای پژوهشها
- ۴. معاینه بیماران ارجاع شده و پذیرش شده
- ۵. کنترل کمی و کیفی کمکهای درمانی اولیه
- ۶. دریافت درخواستها و فهرست نیازمندیهای تدارکاتی واحدهای تابعه
- ۷. نظارت بر واحدهای تابعه و دهگردشی
- ۸. ایجاد همکاریهای بین بخشی و شرکت در جلسات با حضور سایر ارگانها
- ۹. خدمات دارویی
- ۱۰. خدمات آزمایشگاهی
- ۱۱. 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 براساس حجم و نوع فعالیت و محل استقرار به ۳ درجه تقسیم می شوند. این واحدها نقش سد دفاعی جلوگیری کننده از نفوذ بیماریها به داخل کشور را براساس ضوابط و معیارهای بین المللی به عهده دارند

پست های مراقبت مرزی و قرنطینه درجه ۱ و ۲ می توانند شبانه روزی یا تا پاسی از شب فعال باشند. درنوع درجه ۳ که در بازارچه های مرزی مستقر می گردند، می توانند تا ساعت کار مرز (بازارچه) فعالیت نمایند.

نیروی انسانی موردنیاز:

- برای پست درجه ۱ پایانه زمینی، دریایی و هوایی:

۱ نفر	پزشک مقیم یا آنکال
۳ نفر	کارشناس یا کاردان مبارزه با بیماریها
۲ نفر (برای هوایی ضرورت ندارد)	کارشناس یا کاردان بهداشت محیط
۱ نفر	کارشناس یا کاردان آزمایشگاه

- برای پست درجه ۲ پایانه زمینی، دریایی و هوایی:

۱ نفر	پزشک آنکال
۲ نفر	کارشناس یا کاردان مبارزه با بیماریها
۱ نفر (برای هوایی ضرورت ندارد)	کارشناس یا کاردان بهداشت محیط
۱ نفر	کارشناس یا کاردان آزمایشگاه

- برای پست درجه ۳ بازارچه زمینی و دریایی:

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

ح _ مرکز رفانس 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 ۲۰۰۰۰۰ نفر:

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

دوم: شهرستانهای با جمعیت ۲۰۰۰۰۰ نفر و کمتر:

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

آزمایشگاه