



استانداردهای شبکه بهداشت و درمان



گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبکه

دکتر ناصر کلانتری
عصمت جمشید بیگی
نیلوفر مردفرد
دکتر نگین طاهری
فاطمه مالکی

بهمن ۹۴

مکارندگان این اثروطنیه خودمی دانند از عزیزانی که ماراد تکمیل این مجموعه یاری دادند، تشکر و قدردانی کنند. این بهکاران

عبارتنداز:

- عباس نوروزی نژاد معاون اجرایی مرکز مدیریت بیماریهای واگیردار
- پرپوش نزی میسایدیر گروه توسعه شبکه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جندی شاپور
- زهرا منصورمی مدیر گروه توسعه شبکه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان
- دکتر مریم حسین پور مدیر گروه توسعه شبکه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
- طاهره عزیزمی مطلق مدیر گروه توسعه شبکه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان
- هاشم علیجانی مدیر گروه توسعه شبکه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین
- دکتر علیرضا فتحعلیانی مدیر گروه توسعه شبکه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

اصول و ضوابط کلی ساختار طرح‌های گسترش شبکه

اصول کلی ساختار طرح‌های گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور

۱- انتخاب "شهرستان" به عنوان مقیاس اداری و جغرافیایی گسترش شبکه های بهداشتی درمانی، مدیریت، برنامه ریزی، آموزش، پشتیبانی و پایش واحدهای مستقر در نظام شبکه.

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

۱-۲- هیچیک از واحدهای یک سطح ارائه دهنده خدمت، به خدماتی که به عهده واحدهای سطح پایین تر قرار داده شده است، نپردازد، مگر آنکه خدمت موردنظر را در سطح تخصصی تر ارائه دهد. به همین دلیل، بایستی در کنار هر یک از واحدها، یک واحد سطح پایین تر منظور گردد که البته، دارای مدیریتی مستقل می باشد. بدین ترتیب، وجود خانه بهداشت در کنار مرکز سلامت جامعه روستایی^۱، وجود پایگاه سلامت^۲ در کنار مرکز سلامت جامعه شهری و وجود مرکز سلامت جامعه شهری در کنار بیمارستان با رعایت این اصل، در نظر گرفته شده اند. بدیهی است برای تحقق این شرط، 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 خطراتی مانند گرایش کارکنان غیرپزشک به درمان‌های غیرمجاز و تنزل کیفیت خدمات جلوگیری شود. در صورت اجرایی شدن برنامه پزشک خانواده در سایر مناطق کشور نیز، همین اصل پابرجاست. به این ترتیب در روستا، اولین سطح مراجعه فرد، به بهروز و در شهر به مراقب سلامت خواهد بود و سپس، ارجاع به پزشک خانواده/ پزشک عمومی مستقر در مرکز سلامت جامعه روستایی/ مرکز سلامت جامعه شهری و از آنجا به پزشک متخصص مستقر در کلینیک تخصصی/ بیمارستان شهرستان صورت می گیرد.

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

۱. سطح اول شامل مراکز سلامت جامعه روستایی و مرکز سلامت جامعه شهری که زیر مجموعه هر یک از آنها به شرح زیر می باشد:

🔹 زیر مجموعه مرکز سلامت جامعه روستایی شامل: خانه های بهداشت، پایگاه‌های سلامت روستایی، تسهیلات زایمانی و پایگاه‌های مراقبت‌های بهداشتی مرزی (با درجات مختلف)

🔹 زیرمجموعه مراکز سلامت جامعه شهری شامل: خانه های بهداشت و پایگاه‌های سلامت روستایی و شهری، تسهیلات زایمانی و پایگاه‌های مراقبت‌های بهداشتی مرزی (با درجات مختلف)

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

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

۲. سطح دوم شامل مرکز بهداشت/سلامت شهرستان از نظر مدیریتی و فنی و کلینیک های تخصصی/بیمارستان های شهرستان
۳. سطح سوم شامل مرکز بهداشت/سلامت استان/حوزه یا منطقه از نظر مدیریتی و فنی و کلینیک های فوق تخصصی / بیمارستان های فوق تخصصی مرکز استان
۴. پایگاه های اورژانس پیش بیمارستانی نیز بدون رعایت سطوح ذکر شده در هماهنگی با مراکز سلامت، وظیفه مدیریت و اعزام بیماران ساکن در روستاها و شهرهای کشور به نزدیکترین مرکز ارائه خدمات تخصصی و بستری کشور را برعهده خواهند داشت.

۳- ارائه خدمات از طریق سیستم ارجاع:

- همان طور که در بخش سطح بندی ارائه خدمات مطرح شد، زمانی که یکی از مراجعہ کنندگان به سطح اول، به خدمات تخصصی تری - که از عهده سطح اول بر نمی آید- نیاز داشته باشد واحد مذکور مراجعہ کننده را به سطح دوم ارائه خدمات ارجاع می دهد. سطح دوم نیز در صورت لزوم، فرد را جهت ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی به سطح سوم و یا چهارم ارجاع می دهد. این زنجیره ارائه خدمات از سطح اول به سطوح بالاتر را نظام ارجاع می نامند. استفاده از نظام ارجاع می تواند مزیت های ذیل را ایجاد نماید:
- امکان استفاده از کارکنان غیرپزشک را برای ارائه خدمات ساده بهداشتی و کمک های اولیه درمانی فراهم سازد و سطوح تخصصی را از پرداختن به خدمات ساده غیرتخصصی باز می دارد و برای پرداختن به خدمات تخصصی وقت بیشتری را فراهم می آورد.
 - از ارائه خدمات به شکل تکراری (دارو، آزمایش و سایر ارزیابی های تشخیصی مکرر) جلوگیری می کند.
 - خدمات را به نحو چشمگیری ارزان می کند.
 - با توزیع وسیع و گسترده واحدهای محیطی امکان تداوم و استمرار خدمات بهداشتی را فراهم آورد.
- با استفاده از ساز و کار سطح بندی خدمات، بردن خدمات تشخیصی (آزمایشگاه و رادیولوژی) نیز به سطوح محیطی میسر و از گسیل بی مورد و هزینه آفرین بیماران و همراهان شان به شهرها - که موجب افزایش هزینه های اجتماعی تامین سلامت جامعه می گردد- جلوگیری خواهد شد. یکی از شرایط اصلی توفیق نظام ارجاع این است که هیچ یک از واحدهای یک سطح به خدماتی که به عهده واحدهای سطح پایین تر قرار داده شده است نپردازد؛ مگر آن که خدمت مورد نظر را در سطح تخصصی تری ارائه شود. به این دلیل، در کنار هر واحد سطح بالاتر باید یک واحد سطح پایین تر منظور گردد تا وظایف مقرر برای واحد مذکور را برای جمعیت محل استقرار واحد بالاتر ارائه کند. این واحدها را «ضمیمه» می نامند.
- ارتباط فنی و اداری واحدهای هر سطح با واحدهای سطوح پایین تر باید به گونه ای باشد که نظارت، پایش، آموزش حین خدمت کارکنان واحد محیطی و تدارک این واحدها به نحو فعال و مستمری از نزدیکترین واحد سطح بلافصل میسر شود.

۴- ادغام خدمات:

در طراحی شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی، برنامه ها به شکلی ادغام یافته ارائه میشوند. این بدان مفهوم است که گیرنده خدمت در زمان واحد میتواند چندین خدمت را در رابطه با مشکلات سلامت متنوع دریافت کند. به عنوان مثال یک کودک در هنگام مراجعہ نزد بهورز هم خدمت مرتبط با تغذیه و رشد را دریافت میکند و هم خدمت مربوط به ایمن سازی، علاوه بر این کودک در وقت مراجعہ از نظر سایر موارد سلامت نظیر وضعیت رشد روانی حرکتی و سایر بیماری ها که در آن سن احتمال وقوع آنها موجود است بررسی میشود و در صورت لزوم خدمات مربوطه را دریافت میکند. این نوع ادغام را ادغام خدمات برای گیرنده خدمت میگویند. از سوی دیگر در

خانه بهداشت منابع مختلفی مشتمل بر تجهیزات، فضای فیزیکی و نیروی انسانی مستقر است. این منابع در جهت تحقق فرایندهای ارائه خدمت در کنار یکدیگر خدمات را ارائه میدهند. به عبارت دیگر گیرنده خدمت با بهره گیری از ترکیبی از این منابع خدمات مورد نیاز را دریافت میکند. این نوع سازماندهی منابع برای دریافت خدمت را ادغام در سطح منابع میگویند.

۵- سهولت دسترسی جغرافیایی: یعنی برآورده شدن امکان بهره مندی جمعیت ساکن در دورترین نقطه تحت پوشش از خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده توسط محیطی ترین واحد، برای تامین این ضابطه، بایستی معیارها و شرایطی برقرار گردد:

۵-۱- در هیچ وضعیت اقلیمی و جغرافیایی، فاصله دورترین مکان زندگی و کار مردم از اولین واحد ارائه خدمت (خانه بهداشت و پایگاه سلامت) نباید حداکثر از یک ساعت پیاده روی بیشتر باشد.

۵-۲- استقرار واحدها باید در مسیر طبیعی حرکت جمعیت تحت پوشش 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 مورد نظر انتخاب گردد که لزوماً "پرجمعیت ترین آنها نیست. وجود چند عامل از عوامل زیر ملاک تلقی شدن یک روستا به عنوان روستای اصلی (محل استقرار واحد) خواهد شد:

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

توجه کنید که محل استقرار واحد ممکن است براساس تغییرات راههای روستایی و سازندگی های جدید مانند احداث سد و ... تغییر کند.

۵-۳- تعداد و پراکندگی جمعیت و تعداد روستاهای تحت پوشش. در واقع جمعیت تحت پوشش هر واحد و نیروی انسانی موجود در آن با استفاده از محاسبات مربوط به فعالیت و وظایف هر واحد ارائه خدمت در نظر گرفته خواهد شد.

- حدود ۱۲۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) برای هر خانه بهداشت
- حدود ۸۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر) برای هر مرکز سلامت جامعه روستایی
- حدود ۱۲۵۰۰ نفر (۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر) برای هر پایگاه سلامت
- حدود ۳۷۵۰۰ نفر (۲۵۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ نفر) برای هر مرکز سلامت جامعه شهری
- حدود ۳۷۵۰۰ نفر (۲۵۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ نفر) برای هر پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی

خاطر نشان می سازد در پاره ای از موارد و بدلیل شرایط ویژه یک منطقه، ناگزیر از تعدیل جمعیت تحت پوشش و نیروی انسانی واحد ارائه خدمت خواهیم شد. در چنین مواردی، برحسب شرایط برای جمعیت های کمتر و بیشتر هم می توان واحد در نظر گرفت که در آن صورت نیروی انسانی آن نیز متناسب، خواهد شد.

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

- ۴-۱- نبود برخورد و اختلاف های قومی، فرهنگی، مذهبی و ...

۴-۲- شهرت نداشتن روستای محل استقرار واحد بهداشتی به شیوع بیماریهای واگیر مانند سل، جذام و

....

۴-۳- مغایر نبودن موضوع، محتوا و روش خدماتی که ارائه می‌شود با آداب و سنت‌های قومی، ملی و مذهبی جامعه.

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

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

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

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

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

۶-۱- دانش و مهارت موردنیاز هر رده به دقت تعریف و تعیین گردد.

۶-۲- آموزش دهندگان با نیازهای واقعی جامعه، اولویت‌ها، ضوابط، روابط و فرایندهای مورد عمل در

نظام رسمی ارائه کننده خدمات، آشنا باشند و محتوای دروس خود را با این نیازها منطبق سازند. یعنی

درگیر شدن مراکز آموزشی در ارائه خدمات و ارتباط مستقیم آنها با جامعه (آموزش مبتنی بر وظایف)

۶-۳- بومی بودن بهورزان شاغل در خانه های بهداشت و در اولویت بودن نیروهای متقاضی بومی (متولد

و ساکن استان محل خدمت) برای استقرار در سایر واحدهای محیطی ارائه دهنده خدمات.

۹- عدم تمرکز در مدیریت. به نحوی که امکان خودگردانی واحدها بتدریج به خوداتکایی آنان در زمینه های

مختلف مدیریتی مثل: برنامه ریزی، تنظیم بودجه، سازماندهی و ... منجر گردد.

۱۰- جلب مشارکت مردم. که در واقع خط مشی اساسی شبکه محسوب می‌شود و ارتقای دانش و عملکرد

بهداشتی مردم (Health Promotion)، حرکت جامعه به سمت خوداتکایی و مراقبت از خویش (Self

Care)

۱۱- هماهنگی درون بخشی. مبنای ارائه خدمات سلامت، تاکید بر هماهنگی‌ها در درون بخش سلامت و ارائه

خدمات جامع سلامتی به صورت تیمی است.

۱۲- همکاری با سایر بخش‌های توسعه. ایجاد هماهنگی و همکاری با سایر بخش‌های توسعه هم در ساختار نظام

شبکه و راه اندازی واحدها و هم در ارائه برنامه های سلامت ضرورت دارد. در این میان، علاوه بر بخش‌های

دولتی، همکاری با بخش‌های خصوصی و تعاونی نیز مورد تاکید است.

۱۳- تدارک و ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر کوچ رو به تناسب جمعیت و نیازهای آنان از

طریق آموزش و ترویج، توسعه خدمات بهداشتی درمانی، بیمه و خدمات اجتماعی در مناطق ییلاق، قشلاق و

مسیر کوچ (با توجه به وظیفه وزارت متبوع براساس اسناد بالادستی، مبنی بر ارائه خدمت به جمعیت عشایر یا

کوچنده).

روش کار:

مسئولیت فعالیت‌های این بخش به عهده واحد گسترش شبکه‌ها در هر شهرستان است. مسوول واحد گسترش شبکه موظف است با توجه به ضوابط و اصول ابلاغ شده و کسب اطلاع 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 مدیریت توسعه شبکه استان ارائه کند تا برای بررسی، اصلاحات لازم و تصویب، به کمیته طرح‌های گسترش استان (دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی) ارائه گردد. این کمیته متشکل است از:

- رییس مرکز بهداشت و معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی به عنوان رییس کمیته
- مدیر گروه توسعه شبکه استان/دانشگاه/دانشکده به عنوان دبیر کمیته
- معاون فنی مرکز بهداشت استان
- رییس مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان
- کارشناس ناظر شهرستان مورد بررسی در مرکز بهداشت استان/دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
- معاون درمان یا مدیر درمان یا کارشناس نظارت بر درمان استان/دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی
- مدیر تحول اداری استان/دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی

توصیه می‌شود چنانچه مسوولین استانی یا شهرستانی مثل فرماندار، نماینده خیرین و نماینده مجلس آن منطقه اصرار بر پیشنهاد خاصی داشتند، به کمیته دعوت شوند تا بدون حق رای، در جریان کامل ضوابط و اصول قرار گیرند. طرح‌های مصوب کمیته استانی توسط دبیر کمیته استانی به مرکز مدیریت شبکه وزارت متبوع ارسال می‌گردند. طرح/ طرح‌های پیشنهادی، پس از انطباق با ضوابط طرح‌های گسترش و در صورت نیاز بازدید از محل، توسط مرکز مدیریت شبکه رد یا به تصویب نهایی خواهد رسید. در زمان تصویب یا رد پیشنهادات، اعضای زیر در جلسه حضور خواهند داشت:

- رییس مرکز مدیریت شبکه
- رییس گروه تدوین ضوابط و استانداردهای نظام شبکه در مرکز مدیریت شبکه
- رییس کمیته منطقه ای بازنگری ضوابط و استانداردهای شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور
- ۱ نفر نماینده مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۱ نفر نماینده مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پس از تصویب طرح‌های گسترش شبکه هر شهرستان، نتیجه کار به مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و از آنجا به هیات امناء رسال می‌گردد و آنگاه قابلیت اجرایی پیدا می‌کند. شایان ذکر است، پس از کسب مصوبه از سوی مرکز مدیریت شبکه، اعمال تغییرات مصوب در طرح گسترش شهرستان و جایابی واحدهای مصوب جدید بر عهده دبیر کمیته استانی و مسوول واحد گسترش شبکه شهرستان خواهد بود.

به هر حال، آنچه اهمیت دارد اینست که بررسی کنندگان در شهرستان، استان، کمیته منطقه ای و ستاد وزارتخانه بایستی افرادی کاملاً مطلع نسبت به نظام شبکه سلامت، ضوابط و اصول جاری براین نظام و سیاست‌های کلی باشند.

گام‌های اجرایی تجدیدنظر در طرح‌های گسترش

گام اول: برای اجرایی شدن فرآیند تجدیدنظر در طرح‌های گسترش اقدامات زیر ضرورت دارد:

الف_ تهیه نقشه‌های معتبر و دقیق از شهرستان‌های تحت پوشش (تهیه شده از استانداری با مقیاس یک درصد) ب_ کسب اطلاع درست از موقعیت جغرافیایی، جمعیتی، وضعیت اجتماعی و فرهنگی هر یک از روستاها، ایلات عشایری و شهرها شامل: جمعیت و پراکندگی آن، تعداد واحدهای ارائه دهنده خدمت در تمام بخش‌ها (دولتی و غیر دولتی)، تعداد پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی، تعداد مراکز آموزشی موجود در منطقه تا سطح آموزش عالی و وجود اختلافات احتمالی قومیتی، محل بیلاق، محل قشلاق، طول مسیر کوچ، مدت زمان کوچ و ...

پ_ بدست آوردن اطلاعات درست از موقعیت بخش خصوصی و تعاونی فعال ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی بویژه در مناطق روستایی، شهری و حاشیه شهر

ت_ کسب اطلاعات درست از وضعیت واحدهای ارائه دهنده خدمت نظام شبکه بهداشت و درمان برحسب شرایط فعالیت واحد و جمعیت تحت پوشش آنها بر روی نقشه‌های استاندارد

ث_ کسب اطلاعات درست از وضعیت کارکنان شاغل در واحدهای موجود و جمعیت تحت پوشش هر واحد تا در صورت ضرورت نسبت به کاهش یا افزایش نیرو اقدام گردد

ج_ تهیه ابزار کار شامل: مقداری پونز معمولی، تعدادی مداد رنگی، مدادتراش، پاک‌کن، مقداری سنجاق ته گرد و کاغذ یا برچسب رنگی.

چ_ جانمایی پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی و مراکز سلامت جامعه شهری و روستایی بر روی سامانه GIS پدافند غیرعامل با همکاری مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی استان/ دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی

ح_ بدست آوردن آخرین اطلاعات درباره تغییرات رسمی در تقسیمات کشوری شهرها (به تفکیک مناطق حاشیه نشین)، بخش‌ها و دهستان‌ها از فرمانداری‌ها، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان و استانداری‌ها

خ_ داشتن اطلاعاتی درباره طرح آمایش سرزمین (طرح‌های ملی و منطقه‌ای مربوط به هر شهرستان در مورد توسعه راه‌های روستایی، مدارس، ایجاد قطب‌های کشاورزی و دامپروری، وضعیت ایلات عشایری که از حالت کوچ رو به حالت ساکن تغییر وضعیت داده اند، سایر واحدهای کشاورزی و سرمایه‌گذاری در بخش‌های توسعه در طول سال‌های آتی از دفتر سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و سازمان امور عشایری)

د_ داشتن اطلاع درباره تعداد مراکز تهیه، توزیع مواد غذایی و اماکن عمومی و محلهایی که از نظر بهداشت محیط و مواد غذایی بایستی کنترل بهداشتی شوند به تفکیک هر بلوک یا منطقه تحت پوشش هر مرکز سلامت جامعه شهری و روستایی

ذ_ کسب اطلاع راجع به تعداد پیشه‌وران، کارگران، کارخانجات و کارگاه‌های تولیدی در منطقه

ر- کسب آخرین و جدیدترین اطلاعات جمعیتی روستاها، شهرها و ایلات عشایر استان از طریق اطلاعات بدست آمده از انجام سرشماری سالانه دانشگاه‌ها/دانشکده‌های علوم پزشکی، مرکز آمار ایران، سازمان امور عشایر و سازمان بیمه سلامت ایران

گام دوم: بر روی نقشه، جمعیت و محدوده هر روستا، محل اسکان عشایر و بلوک بندی‌های انجام شده در مناطق شهری ثبت گردد و محدوده آبادیهایی که به فاصله حداکثر یک ساعت پیاده روی از هم قرار دارند با کشیدن خط رنگی در اطراف آنها، مشخص شود. چنانچه تعداد روستاها و محل اسکان عشایری که در این محدوده قرار می‌گیرند بیش از یک روستا یا یک ایل باشد، باید مشخص گردند. همچنین، می‌بایست بر روی نقشه مکان واحدهای

موجود فعال، واحدهای موجود غیر فعال و واحدهای مصوب غیر موجود به تفکیک کلیه واحدها و جمعیت تحت پوشش آنها 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، غیر فعال و غیرموجود آن و علائم مربوط به نوع راههای ارتباطی باید مشخص شود.

نمونه ای از نقشه با تعیین بلوکها و مناطق بر روی آن به صورت رنگی



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

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

گام پنجم: تعیین نیروی انسانی مورد نیاز هر واحد که معیار در نظر گرفتن نیروی انسانی به تناسب هر واحد در زیر مجموعه هر یک از واحدها توضیح داده خواهد شد.

واحد های موجود در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور

مرکز سلامت جامعه روستایی:

تعریف مرکز سلامت جامعه روستایی:

مراکز سلامت جامعه روستایی در واقع مراکز بهداشتی درمانی روستایی تغییر یافته می باشند که بدلیل تغییر خدمات و ساختار ارائه خدمت در آنان به این عنوان تغییر نام یافته است.

جمعیت تحت پوشش مراکز سلامت جامعه روستایی:

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

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

تبصره ۲: گاهی شرایط اقلیمی کشور در نقاط کویری، کوهستانی و جنگلی به گونه ایست که رسیدن به حد نصاب ۴۰۰۰ نفر برای یک مرکز سلامت جامعه روستایی را غیرممکن می سازد. از طرف دیگر، رها کردن جمعیت های کمتر از ۴۰۰۰ نفر - تنها به دلیل نبود توجیه اقتصادی - راهبرد درستی نیست. در چنین شرایطی از استراتژی محدود کردن پرسنل براساس جدول برآورد نیروی انسانی موردنیاز مراکز سلامت جامعه روستایی برای تعیین نیروی انسانی این مراکز استفاده خواهد شد. در این حالت، خانه بهداشت مستقر در روستای محل استقرار مرکز، نقش موثرتری در ارائه خدمت به مراجعه کنندگان خواهد داشت.

نیروی انسانی مراکز سلامت جامعه روستایی:

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

(۱) یک نفر پزشک بازای جمعیتی حدود ۴۰۰۰ نفر. با اضافه شدن هر ۴۰۰۰ نفر به جمعیت تحت پوشش مرکز،

یک نفر به تعداد پزشکان مرکز اضافه خواهد شد.

(۲) بازای هر ۱۲ تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز سلامت جامعه روستایی به شرط

رعایت دسترسی جغرافیایی، یک کارشناس سلامت روان (با اولویت روانشناسی بالینی) و یک کارشناس تغذیه حضور خواهند داشت.

(۳) بازای هر ۱۰ تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز سلامت جامعه روستایی به شرط

رعایت دسترسی جغرافیایی یک کارشناس یا کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (پس از

گذراندن دوره آموزشی)، کارشناس بهداشت عمومی یا مدیریت دولتی (پس از گذراندن دوره آموزشی) و

یا یک پزشک عمومی با مدرک MPH بعنوان مدیر اجرایی خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده به

جمعیت تحت پوشش مرکز یا مراکز سلامت جامعه روستایی حضور خواهد داشت.

- ۴) بازای هر ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز سلامت جامعه روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی و دسترسی زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو یک نفر دندانپزشک در نظر گرفته می شود.
- تبصره ۳:** اگر در منطقه، بخش غیردولتی فعال وجود داشته باشد می بایست برای ارائه بسته خدمات دندانپزشکی از بخش غیردولتی خرید خدمت کرد.
- ۵) بازای هر ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز سلامت جامعه روستایی یک کاردان یا کارشناس علوم آزمایشگاهی حضور خواهد داشت.
- تبصره ۴:** در صورت فعال بودن آزمایشگاه در بخش دولتی/غیردولتی در منطقه، بایستی برای ارائه بسته خدمات آزمایشگاهی از آن بخش، خرید خدمت کرد. در مورد خدمات رادیولوژی نیز چنانچه مرکز مجهز به تجهیزات رادیولوژی نباشد، می بایست خدمات رادیولوژی از طریق خرید خدمت از بخش دولتی/ غیردولتی موجود به جمعیت تحت پوشش ارائه شود. بدین ترتیب، حتی الامکان باید از راه اندازی واحد رادیولوژی خودداری بعمل آید.
- ۶) برای مراکز سلامت جامعه روستایی غیر شبانه روزی با جمعیت تحت پوشش ۱۲ تا ۲۰ هزار نفر یک نیروی پرستار یا بهیار در نظر گرفته خواهد شد. در مورد جمعیت های کمتر، این خدمات توسط ماما ارائه می گردد.
- تبصره ۵:** برای مراکز سلامت جامعه روستایی غیر شبانه روزی با جمعیت تحت پوشش بیش از ۲۰ هزار نفر دو پرستار/بهبیار در نظر گرفته خواهد شد. در چنین مواردی، حتی الامکان یکی از پرستاران مرد و دیگری زن باشد.
- ۷) در مراکز سلامت جامعه روستایی غیر شبانه روزی که جمعیت تحت پوشش آنان ۴۰۰۰ نفر و بالاتر باشد یک نفر برای کارهای پذیرش، آمار و مدارک پزشکی در نظر گرفته می شود.
- ۸) در تمام مراکز سلامت جامعه روستایی یک کاردان/ کارشناس مراقب سلامت^۱ (بدون تاکید بر زن یا مرد بودن آنان) حضور خواهد داشت. همچنین با توجه به شرح وظایف مراقبین سلامت مبنی بر نظارت بر خدمات بهداشتی خانه های بهداشت، اضافه شدن تعداد کارشناسان مراقب سلامت تابع جمعیت و تعداد خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز است. بدین ترتیب بازای اضافه شدن هر ۴۰۰۰ نفر یا ۴ تا ۶ خانه بهداشت یک مراقب سلامت به نیروهای مرکز اضافه خواهد شد.
- ۹) بازای هر ۳۰۰ امکنه عمومی و واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی تحت پوشش یک تا سه مرکز سلامت جامعه روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی برحسب نیاز، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و بازای هر کارگاه خانگی و غیر خانگی، کارخانه و در پوشش، یک نفر کاردان/ کارشناس بهداشت حرفه ای حضور خواهد داشت. چنانچه تعداد واحدهای تحت پوشش به حدنصاب تعیین شده نرسد، یک نیرو برای ارائه خدمات مشترک بهداشت محیط و حرفه ای کفایت.
- ۱۰) یک نفر ماما بازای هر دو پزشک خانواده یا بازای هر ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز تعیین می شود.
- ۱۱) بازای هر مرکز سلامت جامعه روستایی یک نفر راننده وجود خواهد داشت. تاکید می گردد در مراکز جدید یا مرکزی که پیش از این راننده نداشته اند، این خدمت باید از طریق عقد قرارداد با بخش خصوصی تامین گردد.
- ۱۲) بازای هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی، یک نفر سرایدار/خدمتگذار وجود خواهد داشت.

^۱ Care Giver

جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت جامعه روستایی	پزشک	دندانپزشک	کارشناس / کارشناس آزمایشگاهی	کارشناس تغذیه	کارشناس روانشناسی بالینی	کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای	ماما	بیمار / پرستار	کارشناس / مراقب سلامت	متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی	مدیر اجرایی	راننده	سرایدار / خدمتگذار
کمتر از ۴۰۰۰ نفر	۱	-	-	-	-	-	۱	-	۱	۱	-	۱	۱
۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر	۲	-	-	-	-	-	۱	-	۱ تا ۲	۱	-	۱	۱
۸۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر	۳	-	-	-	-	۱ (برحسب تعداد واحد)	۲	-	۲ تا ۳	۱	۱	۱	۱
بیشتر از ۱۲۰۰۰ نفر	بیش از ۳	۱	۱	۱	۱	۲ (برحسب تعداد واحد)	۲	۱	۳ (برحسب تعداد واحد)	۱	۱	۱	۱

تعیین تکلیف مرکز سلامت جامعه که بر اساس مصوبه تقسیمات کشوری به نقطه شهری تبدیل شده اند:

تعیین تکلیف مرکز سلامت جامعه روستایی:

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

تعیین تکلیف خانه های بهداشت مرکز سلامت جامعه روستایی:

- خانه بهداشت ضمیمه مرکز به پایگاه سلامت ضمیمه تبدیل خواهد شد و اگر هنوز بهورز بومی در این پایگاه شاغل باشد، پایگاه ضمیمه عنوان پایگاه سلامت شهری ستاره دار خواهد داشت. در صورت بومی نبودن بهورز، باید تغییر وضعیت داده شود یا به خانه بهداشت دیگری انتقال یابد.
- سایر خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز تابع یکی از شرایط زیر خواهند بود:

- خانه های بهداشتی که روستای محل استقرار آنان هنوز منطقه روستایی می باشد و با این تغییر در پوشش مرکز سلامت جامعه روستایی دیگری قرار می گیرند، در دفتر طرح گسترش شهرستان در زیر مجموعه مرکز سلامت جامعه روستایی دیگری قرار داده می شوند.
- خانه های بهداشتی که روستای محل استقرار آنان هنوز منطقه روستایی می باشد و با این تغییر نیز هنوز تحت پوشش این مرکز باقی می ماند. در این حالت، مرکز عنوان مرکز سلامت جامعه شهری روستایی خواهد داشت و پزشک خانواده و نیروهای بهداشتی مرکز موظف به بازدید از خانه های بهداشت تحت پوشش خود هستند.
- روستای محل استقرار خانه های بهداشت تحت پوشش مرکز مذکور نیز به نقطه شهری تبدیل شده اند، که شرایط خاص این خانه ها در بخش مربوط به خانه های بهداشت توضیح داده شده است.

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

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

۱) چنانچه جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت جامعه روستایی طی ۵ سال اخیر دارای روند روبه کاهش باشد، در حال حاضر بین ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش داشته باشد، و امکان دسترسی جغرافیایی جمعیت تحت پوشش آن به مرکز دیگری موجود باشد، پس از هماهنگی با اداره کل بیمه شهرستان، ترتیبی اتخاذ گردد تا بصورت تدریجی حتی الامکان پزشک خانواده ۳ روز در مرکز حضور داشته باشد و سایر کارکنان مرکز تا حد امکان تعدیل گردند و از آنان در سایر مراکز همان شهرستان استفاده شود.

۲) از این پزشک می توان در سه روز دیگر در مراکز دیگری در همان شهرستان به عنوان پزشک جانشین یا در مرکز دیگری که جمعیت تحت پوشش آن کمتر از ۲۵۰۰ نفر است، به عنوان پزشک خانواده استفاده کرد.

۳) چنانچه مرکز سلامت جامعه روستایی کمتر از ۱۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش داشته باشد، این مرکز باید تعطیل و خانه بهداشت ضمیمه مرکز حفظ شود و از کارکنان این مرکز می توان در سایر مراکز همان شهرستان استفاده کرد.

دقت شود چنانچه در شهرستان کمبود پزشک وجود ندارد، می توان از تعطیلی مراکز اجتناب کرد

سایر ضوابط مراکز سلامت جامعه روستایی:

۱) ردیف های بهداشتکار دهان و دندان، دارویار و متصدی امور عمومی فقط در صورت داشتن فرد شاغل بصورت ردیف نشاندار باقی خواهند ماند و در غیراینصورت، به پست سازمانی دیگری که مورد نیاز آن مرکز یا سایر مراکز باشد، تبدیل خواهند شد.

۲) توصیه می شود در مراکز سلامت جامعه روستایی با جمعیت ۴۰۰۰ نفر و بیشتر، اگر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت، زن است بهیار یا پرستار مرکز، مرد انتخاب شود و بالعکس

۳) خودرو مراکز سلامت جامعه روستایی باید شرایط لازم برای انتقال اعضای تیم سلامت در زمان انجام دهگردشی در فصول مختلف سال را داشته باشد.

۴) با توجه به امکان مراجعه بیماران نیازمند اعزام به بیمارستان به مراکز سلامت جامعه روستایی، شبکه شهرستان موظف است هماهنگی لازم را بین پایگاه‌های اورژانس بین جاده ای و مراکز سلامت جامعه روستایی برای اعزام بیماران نیازمند، برقرار نماید. بدین ترتیب، وجود آمبولانس در مراکز سلامت جامعه روستایی شبانه روزی و غیرشبانه روزی با هر فاصله از اولین مرکز ارائه خدمات بستری موضوعیت نخواهد داشت.

خانه بهداشت:

در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور دو نوع خانه بهداشت خواهیم داشت:

۱. خانه بهداشت معمولی: محل ارائه خدمت به جمعیت روستایی و عشایری ساکن
۲. خانه بهداشت عشایری: محل ارائه خدمت به جمعیت عشایر (کوچ رو)

خانه بهداشت:

جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت:

خانه های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۱۲۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) راه اندازی خواهند شد.

نیروی انسانی خانه بهداشت:

محاسبه حجم خدمات رایج خانه های بهداشت در سال‌های قبل و برآورد آن براساس نظرات کارشناسی در شرایط کنونی و براساس بسته های خدمت موجود، نشان می‌دهد که به طور متوسط یک بهورز می‌تواند خدمات مورد نیاز ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر جمعیت را در طول یک سال بطور فعال ارائه دهد. ولی براساس شرایط فرهنگی و نوع وظایف در نظر گرفته شده برای بهورزان، معمولاً "۲ بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت کار می‌کنند و باید بتوانند مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی مورد نیاز این جمعیت را ارائه دهند.

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

۱) تا ۱۲۰۰ نفر جمعیت: یک بهورز زن و یک بهورز مرد و برای جمعیت کمتر از ۱۲۰۰ نفر، می‌توان بازای دو خانه بهداشت مجاور، یک بهورز مرد مشترک در نظر گرفت. همچنین، برای جمعیت‌های زیر ۵۰۰ نفر، خانه بهداشت در نظر گرفته نمی‌شود. درمورد ایجاد خانه بهداشت برای جمعیت ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر، فقط تحت شرایط خاص و با نظر مرکز مدیریت شبکه امکان پذیر است. همچنین چنانچه درخانه بهداشت با کمتر از ۱۰۰۰ نفر دو بهورز مرد و زن داشته باشد، اگر یکی از بهورزان خانه بازنشسته شود، مجدداً نباید برای آن خانه بهورز استخدام نشود و پست بهورز دوم به پست مورد نیاز دیگری تغییر یابد.

۲) برای جمعیت از ۱۲۰۱ تا ۲۲۰۰ نفر: دو بهورز زن و یک بهورز مرد

۳) برای جمعیت بیشتر از ۲۲۰۰ نفر شرایط زیر ممکن خواهد بود:

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

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

۴) اگر تعداد روستاهای دارای سکنه تحت پوشش خانه بهداشت از 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.

شرایط پیش بینی شده برای خانه های بهداشت با جمعیت تحت پوشش کمتر از ۵۰۰ نفر:

برای خانه های بهداشتی که به دلیل روند کاهش جمعیت در ۵ سال اخیر، کمتر از ۵۰۰ نفر جمعیت در پوشش دارند و امکان دسترسی جمعیت تحت پوشش آن خانه دیگری وجود داشته باشد، یکی از شرایط زیر قابل اجراست:

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

۲) خانه های بهداشت با جمعیت تحت پوشش کمتر از ۳۰۰ نفر بصورت تدریجی تعطیل خواهند شد. در چنین شرایطی بهورز آن خانه به خانه دیگری در همان شهرستان به شرط اقامت (بومی بودن)، منتقل شده و روستای مزبور به روستای قمر یا سیاری تبدیل خواهد شد. چنانچه مدرک تحصیلی بهورز، کاردانی باشد می تواند پس از طی آموزش های لازم و کسب گواهینامه، به پست مراقب سلامت تغییر عنوان دهد.

دقت شود چنانچه در شهرستان کمبود بهورز وجود ندارد، می توان از تعطیلی خانه ها اجتناب کرد

تبصره ۶: اگر تعداد روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت بیش از یک روستا باشد، برای انجام دهگردشی به یک دستگاه موتورسیکلت نیاز است.

تبصره ۷: هیچ روستایی نباید به دلیل نداشتن خانه بهداشت از پوشش مراقبت های اولیه بهداشتی 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 خانه های بهداشت، خدمت سیاری برای بهورز مرد پیش بینی می شود که مکلف به ارائه تمامی وظایف خانه های بهداشت است.

تبصره ۸: چنانچه چادرهای عشایر یا روستاهایی با جمعیت کم (کمتر از ۵۰۰ نفر) و در فاصله بیش از یک ساعت پیاده روی (حدود ۶ کیلومتر) از خانه بهداشت وجود داشته باشد، می توان آن را به عنوان روستای سیاری خانه بهداشت قلمداد کرد، تا بهورز مرد حداقل هر ماه یکبار برای ارائه خدمات بهداشت محیط، مبارزه با بیماری ها، بهداشت مادر و کودک، و ایمنسازی به روستا/چادر عشایری سرکشی کند. بازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت روستاهای سیاری تحت پوشش خانه بهداشت، می توان یک بهورز مرد به کارکنان آن خانه اضافه کرد.

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

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

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

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

۱) در صورت علاقه مندی بهورز (ان) این خانه بهداشت برای انتقال به خانه بهداشت دیگری که به بهورز نیاز دارد و به شرط سکونت در آن روستا و حفظ تعریف بومی بودن، انتقال بلامانع است. در این صورت خانه بهداشت مستقر در شهر را می توان تعطیل کرد.

۲) 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 نشاندار تبدیل می شود، در یکی از واحدهای ارائه خدمت همان شهرستان به کار خود ادامه می دهد و خانه بهداشت مزبور تعطیل می شود

ب) خانه بهداشت موجود به پایگاه سلامت ستاره دار تبدیل می گردد. در این صورت کارکنان آن نیز موظف هستند وظایف مراقب سلامت را حتی الامکان بصورت فعال انجام دهند. در صورتی که جمعیت تحت پوشش، کمتر از حداقل تعیین شده برای پایگاه سلامت تیپ باشد، تعداد کارکنان نیز باید متناسب با جمعیت تحت پوشش تغییر یابد. همچنین آمار پایگاههای سلامت جدید از فهرست خانه های بهداشت فعال در کامپیوتر حذف می شود و اطلاعات جمعیت آنان نیز در زیج حیاتی شهری ثبت می گردد.

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

۱) خانه بهداشت جدیدی در یکی از آن روستاهای قمر ایجاد و راه اندازی شود تا روستاهای مورد نظر را در پوشش دهد.

۲) اگر شرایط ایجاد خانه بهداشت جدید وجود نداشت، روستاهای مزبور را باید تحت پوشش نزدیکترین خانه بهداشت موجود قرار داد.

۳) اگر هیچکدام از دو مورد فوق میسر نبود، جمعیت روستاهای مورد نظر به صورت جمعیت روستایی مستقیم، تحت پوشش نزدیکترین مرکز سلامت جامعه شهری (پایگاه سلامت ضمیمه) قرار خواهند گرفت.

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

خانه بهداشت عشایری:

تعریف خانه بهداشت عشایری:

خانه بهداشتی است که صرفاً جمعیت عشایری (کوچنده) را تحت پوشش دارد و در محل اطراق چادرهای عشایری در کانکس های مخصوص راه اندازی می شود. معمولاً بهورز (ان) این خانه ها از همان عشایر برگزیده شده و همراه با کوچ ایل، جابجا می شوند.

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

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

شرایط مربوط به فاصله بین محل استقرار ایلات عشایر تا نزدیکترین محل ارائه خدمت:

- ۱) محل چادرها و سرپناه های موقت عشایر در فاصله یک ساعت پیاده روی از خانه بهداشت قرار دارند.
- ۲) محل چادرها و سرپناه های موقت عشایر در فاصله بیش از یک ساعت پیاده روی از خانه بهداشت قرار دارند.

شرایط مربوط به تعداد جمعیت مستقر در محل چادرهای ایلات عشایر:

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

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

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

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

- ۱) مدت زمان طی کردن مسیر کوچ خانوارهای عشایر کمتر از ۲۰ روز باشد.
- ۲) مدت زمان طی کردن مسیر کوچ خانوارهای عشایر بیش از ۲۰ روز باشد.

ساختار در نظر گرفته شده برای ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر

- (۱) چنانچه چادرهای عشایری در فاصله یک ساعت پیاده‌روی (حدود ۶ کیلومتر) از خانه بهداشت مستقر باشند و جمعیت ساکن در آن چادرها کمتر از ۵۰۰ نفر باشد، می‌توان آن را به عنوان روستای سیاری خانه بهداشت قلمداد کرد تا بهورز مرد حداقل هر ماه یکبار برای ارائه خدمات تعریف شده به آن چادرها سرکشی کند. در این حالت، بازی هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت عشایری تحت پوشش خدمات سیاری خانه بهداشت می‌تواند یک بهورز مرد به کارکنان آن خانه اضافه کرد.
- (۲) راه اندازی خانه بهداشت عشایری (موقت) با استفاده از کانکس برای عشایری که در فاصله بیش از یک ساعت پیاده روی از محل خانه بهداشت مستقر شده‌اند و تعداد خانوارهای آنان بیش از ۵۰۰ نفر (۸۰ خانوار) می‌باشد.
- (۳) خانه بهداشت عشایری تحت پوشش نزدیکترین مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری قرار خواهد گرفت و این خانه نیز جزو خانه‌های بهداشت محل انجام دهگردشی پزشک/پزشکان خانواده مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری خواهد بود.
- (۴) تامین ملزومات، داروها، واکسن و سایر امکانات موردنیاز در خانه بهداشت عشایری توسط مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری مورد نظر در زمان استقرار در نزدیکی آن مرکز باید انجام شود
- (۵) در نظر گرفتن ایل قمر برای خانه‌های بهداشت عشایری که در فاصله یک ساعت پیاده روی از محل خانه بهداشت عشایری مستقر شده‌اند و جمعیت آنان بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ نفر (۴۰ تا ۷۹ خانوار) است.
- (۶) استخدام بهورز سیاری از بین عشایر توسط دانشگاه/دانشکده‌های که ایل مربوطه در مناطق تحت پوشش آن دانشگاه/دانشکده در زمان طولانی‌تری مستقر می‌شوند.

ساماندهی مسیر کوچ عشایر

ارائه خدمت حین کوچ و ایجاد زیر ساخت‌ها و تاسیسات لازم و مناسب در مسیر کوچ و اطرافگاه‌ها به منظور تامین نیازهای عشایر و تسهیلات در امر کوچ از ضوابط ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر است. بدین منظور چنانچه شرایط زیر برقرار باشد خانه بهداشت عشایری (کانکس) در مسیر کوچ با ایل مربوطه منتقل خواهد شد:

- (۱) مدت زمان طی شدن مسیر کوچ بیش از ۲۰ روز باشد
- (۲) نحوه کوچ آنها با خودرو باشد
- (۳) تعداد خانوارهای آنان بیش از ۳۵۰۰ نفر (۶۰۰ خانوار) باشد
- (۴) نوع جاده مسیر کوچ خاکی یا آسفالت باشد (مال رو نباشد)

در صورت حرکت خانه بهداشت موقت در مسیر کوچ، موارد زیر باید رعایت گردد:

- (۱) قرار گرفتن خانه بهداشت عشایری تحت پوشش نزدیکترین مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری موجود در زمان ییلاق یا قشلاق
- (۲) برگشت کانکس (محل استقرار خانه بهداشت عشایری) به نزدیکی مرکز سلامت جامعه روستایی یا شهری پس از کوچ ایل مورد نظر

جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت عشایری:

خانه‌های بهداشت عشایری برای حداقل ۵۰۰ نفر جمعیت عشایر راه اندازی می‌شوند و حداقل دارای یک بهورز زن عشایری خواهند بود. با اضافه شدن ۳۵۰ تا ۵۰۰ نفر بعدی (تا ۱۲۰۰ نفر) یک بهورز (ترجیحاً مرد) به بهورزان خانه اضافه خواهد شد. اضافه شدن تعداد بهورزان به بیش از دو بهورز تابع ضوابط خانه‌های بهداشت خواهد بود. بدیهی

است بهورزان عشایری در مسیر کوچ، همراه ایل خواهند بود. به همین علت بهورزان عشایری حتما باید از میان افراد تحصیلکرده هر ایل انتخاب و آموزش‌های لازم و متناسب با نیازهای ایل به آنان داده شود (براساس ضوابط بهورزی).

تبصره ۱۰: جمعیت عشایری ساکن در هر استان در زمان اقامت در آن استان تحت پوشش برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی خواهند بود. سرانه این جمعیت در هر استان، از طریق اداره کل بیمه سلامت استان بازای ماه‌های اقامت در آن استان به دانشگاه/ دانشکده مربوطه پرداخت خواهد شد.

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

تبصره ۱۲: در شرایطی که بازدید از بیش از ۲ ایل قمر در یک روز میسر نباشد، می‌بایست یک بهورز مرد برای خانه بهداشت عشایری در نظر گرفته شود.

تبصره ۱۳: برای ایلهایی که تعداد خانوار آنها بیش از ۶۰۰ خانوار (۳۵۰۰ نفر) است، یک ماما در نظر گرفته خواهد شد. این ماما نیز در مسیر کوچ با ایل حرکت خواهد کرد.

پایگاه سلامت روستایی:

تعریف پایگاه سلامت روستایی:

پایگاه سلامت روستایی در واقع پایگاه بهداشت روستایی تبدیل شده می‌باشد که دلیل تغییر خدمات و ساختار ارائه خدمت در آنان به این عنوان تغییر نام یافته است.

چنانچه، جمعیت یک روستا ۴۰۰۰ نفر یا بیشتر (۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر) باشد، می‌بایست خانه یا خانه‌های بهداشت موجود به پایگاه سلامت روستایی تبدیل شوند و اگر تاکنون به هر دلیلی این روستا فاقد خانه بهداشت بوده است، برای این روستا، پایگاه سلامت روستایی ایجاد گردد. پایگاه‌های سلامت روستایی می‌توانند تحت پوشش یک مرکز سلامت جامعه روستایی یا یک مرکز سلامت جامعه شهری (اصطلاحاً شهری روستایی) باشند. خدمات ارائه شده در پایگاه‌های سلامت روستایی مانند بسته خدمت پایگاه‌های سلامت شهری خواهد بود و به شکل فعال ارائه خواهند شد.

نیروی انسانی پایگاه سلامت روستایی:

۱) نیروی انسانی پایگاه‌های سلامت روستایی با جمعیت ۴۰۰۰ نفر (۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر) شامل دو مراقب سلامت خانواده (هر ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر، یک مراقب) و یک خدمتگزار خواهد بود که یک نفر از مراقبین سلامت حتما باید دانش آموخته رشته مامایی باشد. در صورت تبدیل خانه بهداشت به پایگاه، پست بهورزان آن خانه نشاندار شده و در پایگاه به خدمات فعال خود به عنوان مراقب سلامت خانواده ادامه خواهند داد. ضرورت دارد در هر پایگاه سلامت یکی از مراقبین سلامت مرد باشد.

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

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

مرکز سلامت جامعه شهری

تعریف مرکز سلامت جامعه شهری:

مراکز سلامت جامعه شهری در واقع مراکز بهداشتی درمانی شهری تبدیل یافته می‌باشند که به دلیل تغییر خدمات و ساختار ارائه خدمت در آنان به این عنوان شناخته می‌شوند.

تعریف مرکز سلامت جامعه شهری روستایی:

مراکز سلامت جامعه شهری روستایی (مراکز بهداشتی درمانی شهری روستایی)، مراکز مستقر در منطقه شهری هستند که تعدادی از جمعیت روستایی را با واسطه خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی یا به صورت مستقیم در پوشش خود دارند. در واقع جزو مراکز سلامت شهری ثبت می‌شوند و اصطلاح شهری روستایی به آنان تعلق دارد. همچنین مراکز سلامت جامعه شهری که به جمعیت روستایی خدمات مشاوره تغذیه و مشاوره روانشناس بالینی ارائه می‌دهند، نیز مرکز سلامت جامعه شهری روستایی تلقی می‌شوند.

جمعیت تحت پوشش مراکز سلامت جامعه شهری:

مراکز سلامت جامعه شهری با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۳۷۵۰۰ نفر (۲۵ تا ۵۰ هزار نفر) راه اندازی خواهند شد.

نیروی انسانی مراکز سلامت جامعه شهری:

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

- ۱) بخش ارائه خدمات مدیریتی، نظارتی و درمانی بر پایگاه‌های سلامت شهری یا روستایی تحت پوشش
- ۲) بخش ارائه خدمات بهداشتی یا همان پایگاه سلامت شهری ضمیمه

نیروی انسانی بخش ارائه خدمات مدیریتی، نظارتی و درمانی بر پایگاه‌های سلامت شهری به شرح زیر خواهد بود:

- ۱) بازای تا ۳۷۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت جامعه شهری، ۲ نفر پزشک عمومی بکارگیری خواهد شد. بازای اضافه شدن هر ۱۵۰۰۰ نفر، یک پزشک به پزشکان شاغل در مرکز اضافه خواهد شد.
- ۲) چنانچه بخش خصوصی فعال در منطقه حضور نداشته باشد، در هر مرکز سلامت جامعه شهری بازای هر ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک دندانپزشک حضور خواهد داشت.
- ۳) در هر مرکز سلامت جامعه شهری یک پرستار یا بهیار برای انجام خدمات پرستاری (تزریقات و پانسمان و ...)، و ارائه خدمات دارویی در صورت نبود داروخانه فعال بخش خصوصی حضور خواهد داشت.
- ۴) در هر مرکز سلامت جامعه شهری یک کارشناس یا کارشناس ارشد سلامت روان (با مدرک روانشناسی بالینی) و یک کارشناس یا کارشناس ارشد تغذیه برای ارائه خدمات مشاوره روانشناسی و تغذیه، قبول ارجاعات و خدمات مربوط به جامعه تحت پوشش حضور خواهند داشت.

- ۵) در مراکز سلامت جامعه شهری یک کارشناس یا کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی (پس از گذراندن دوره آموزشی) ، کارشناس بهداشت عمومی یا مدیریت دولتی (پس از گذراندن دوره آموزشی) یا یکی از پزشکان عمومی شاغل در مرکز با مدرک MPH به عنوان مدیر اجرایی، فعالیت خواهد داشت. تعیین مدیر اجرایی مرکز بر عهده مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.
- ۶) به دلیل وجود داروخانه کافی در بخش خصوصی مناطق شهری، نیازی به ایجاد آن در مرکز سلامت جامعه شهری نیست.
- ۷) در صورت نبود واحد ارائه خدمات آزمایشگاهی فعال وابسته به بخش خصوصی یا دولتی (مثل بیمارستان و ...) در منطقه، مرکز سلامت جامعه شهری باید به آزمایشگاه مجهز شود. در این شرایط، باید بر حسب جمعیت تحت پوشش مرکز، یک تا دو کارشناس یا کاردان علوم آزمایشگاهی در مرکز حضور داشته باشند.
- ۸) راه اندازی واحد رادیولوژی جدید در مراکز سلامت جامعه شهری خلاف ضوابط و مقررات نظام شبکه می باشد. اما در صورت وجود دلایل کافی، از جمله نبود بخش خصوصی فعال در منطقه، واحدهای فعال رادیولوژی به فعالیت خود ادامه خواهند داد. در این شرایط، باید بر حسب جمعیت تحت پوشش مرکز، یک تا دو کارشناس یا کاردان رادیولوژی در مرکز حضور داشته باشند.
- ۹) در هر مرکز سلامت جامعه شهری حضور یک کاردان پذیرش، آمار و مدارک پزشکی الزامی است.
- ۱۰) چنانچه مرکز سلامت جامعه شهری یک یا چند خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی را تحت پوشش داشته باشد، برای انجام دهگردشی، باید خودرو مناسب و راننده داشته باشد.
- ۱۱) بازای هر مرکز سلامت جامعه شهری یک نفر سرایدار/خدمتگزار در نظر گرفته می شود. در واقع این فرد علاوه بر نگهداری در ورودی، برقراری نظم در اتاق انتظار و محوطه مرکز و نظافت و در صورت نیاز همکاری با قسمت پذیرش را نیز برعهده خواهد داشت.
- ۱۲) بازای هر ۳۰۰ واحد تحت پوشش تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت محیطی، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز باشد. در مورد خدمات بهداشت حرفه ای نیز بر حسب یا حرفه ای حضور خواهد داشت. همچنین رباط منطقه (قطب کارگری و صنعتی) و بازای کارگاه و کارخانه باید یک کاردان/ کارشناس بهداشت حرفه ای وجود داشته باشد. در صورت مشخص نبودن تعداد واحدها، بازای هر ۱۰ تا ۱۵ هزار نفر، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط یا حرفه ای (انجام هر دو وظیفه توسط یک نفر) در نظر گرفته می شود. چنانچه منطقه تحت پوشش مرکز به هر دو خدمات بهداشت محیط و حرفه ای نیاز داشته باشد و جمعیت تحت پوشش مرکز بیش از ۳۵۰۰۰ نفر باشد، از دانش آموختگان هر دو رشته بهداشت محیط و حرفه ای استفاده شود.

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

- ۲) بازای هر ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر می بایست یک نفر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت خانواده بکارگیری شود. بدین ترتیب برای پایگاهی با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت، ۵ نفر مراقب سلامت بکارگرفته خواهد شد. ضرورت دارد در هر پایگاه سلامت ضمیمه یکی از مراقبین سلامت مرد باشد.
- ۳) بازای هر پایگاه سلامت شهری یک نفر سرایدار/خدمتگزار وجود خواهد داشت.

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

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

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

پایگاه سلامت غیرضمیمه شهری:

پایگاه سلامت غیرضمیمه شهری همان پایگاه بهداشت غیرضمیمه شهری می باشد که ارتقاء یافته است و خدمات و ساختار ارائه خدمت در آن بهبود یافته است.

جمعیت تحت پوشش پایگاه سلامت غیرضمیمه شهری:

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

نیروی انسانی پایگاه سلامت غیرضمیمه شهری:

۱) بازای هر ۲۵۰۰ نفر می بایست یک نفر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت بکارگیری شود. بدین ترتیب برای پایگاهی با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت، ۵ نفر مراقب سلامت بکارگرفته خواهد شد. ضرورت دارد در هر پایگاه سلامت غیر ضمیمه یکی از مراقبین سلامت مرد باشد.

۲) بازای هر پایگاه سلامت شهری، یک نفر سرایدار/خدمتگزار در نظر گرفته می شود. موضوعات اشاره شده در تبصره های ۱۶ تا ۱۸ و بند مربوط به مدیریت پایگاه های سلامت ضمیمه درمورد پایگاه های سلامت غیرضمیمه شهری نیز، صدق می کنند.

ارائه خدمات در پایگاه های سلامت و مراکز سلامت جامعه باید با همکاری داوطلبان سلامت و با استفاده از روش خود مراقبتی به صورت فعال انجام گیرد و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات با کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواد خواهد بود.

مراقب سلامت مرد	سرایدار/ خدمت گزا	کاردان پذیرش، آمار و مدارک پزشکی	بهبود یا پرستار	مدیر مرکز	کارشناس تغذیه	کارشناس سلامت روان	کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای	کاردان یا کارشناس آزمایشگاهی	دندان پزشک یا کاردان بهداشت دهان	پزشک	تعداد جمعیت تحت پوشش مرکز سلامت جامعه شهری
۱	۱	۱	-	۱	۱	۱	۱	۱ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۱ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۱	کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر
۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۲ تا ۳	۱ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲	۲۰۰۰۱ تا ۳۰۰۰۰
۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۳ تا ۴	۲ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۳	۳۰۰۰۱ تا ۵۰۰۰۰
۱	۱	۱	۲	۱	۲	۲	بیش از ۴	۳ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۴ تا ۳	۵۰۰۰۱ و بالاتر

								خصوصی)	خصوصی)		
--	--	--	--	--	--	--	--	--------	--------	--	--

مراکز شبانه روزی شهری یا روستایی

تعریف مراکز شبانه روزی شهری یا روستایی:

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

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

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

نیروی انسانی مراکز شبانه روزی:

پزشک عمومی	۴ نفر
پرستار یا بهیار	۶ نفر (برای خدمات پرستاری و دارویی)
کارشناس یا کاردان علوم آزمایشگاهی	۳ نفر
کارشناس یا کاردان رادیولوژی	۲ نفر
متصدی پذیرش	۳ نفر
نگهبان و خدمتگزار	۳ نفر (اگر سرایدار بود ۱ نفر کفایت)

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

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

پایگاه های اورژانس و فوریت های پزشکی

معاونت بهداشتی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور موظف هستند از طریق همکاری با مرکز مدیریت اورژانس و فوریت‌های پزشکی اقدام به استقرار پایگاه‌های اورژانس در نزدیکترین مکان فیزیکی ممکن به مرکز شبانه‌روزی نمایند. در راستای این همکاری وظایف معاونت‌های بهداشتی و مرکز مدیریت اورژانس و فوریت‌های پزشکی دانشگاه/دانشکده به شرح زیر می‌باشد:

معاونت بهداشتی:

- ✓ گردآوری و نهایی سازی اطلاعات مربوط به تعداد مراکز سلامت جامعه موجود در سطح مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت زیر ۵۰ هزار نفر کشور و فاصله آنها تا اولین پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی فعال به تفکیک شهرستان‌های کشور
- ✓ گردآوری و اعلام اطلاعات مربوط به تعداد مراکز سلامت جامعه ای که امکان تأمین مکان فیزیکی مناسب برای استقرار اورژانس پیش بیمارستانی در درون مرکز را دارند.
- ✓ تأمین فضای فیزیکی مناسب برای استقرار اورژانس پیش بیمارستانی در جنب یا درون مرکز سلامت جامعه با وسعت ۶۰ متر مربع. این فضا شامل اتاق عملیات، اتاق استراحت و انباردارویی است.
- تبصره ۲۳:** مراکز موردنظر می‌بایست امکان تأمین فضای مسقف برای استقرار یک دستگاه آمبولانس در مجاورت اتاق عملیات را داشته باشند.
- ✓ گردآوری و ارائه اطلاعات مربوط به کلیه آمبولانس‌هایی که در اختیار مراکز سلامت جامعه شهری و روستایی هستند.
- تبصره ۲۴:** مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی دانشگاه این آمبولانس‌ها را از نظر فنی بررسی خواهد کرد و در صورت تأیید فنی از آنها برای خدمات موضوع تفاهم نامه مشترک (پیوست) استفاده خواهد کرد.
- ✓ بکارگیری و عقد قرارداد با نیروهای فوریت‌های پزشکی موردنیاز برای راه اندازی پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی با نیروی انسانی حداقل ۶ تکنیسین بازای هر پایگاه اورژانس براساس استانداردهای مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی
- ✓ تأمین خدمات پایگاه‌های ایجاد شده از نظر رسیدگی‌های فنی، تأسیساتی، ابنیه، تجهیزات اداری، مبلمان، خدمات زیر ساختی و هزینه‌های آب، برق، تلفن، گاز و همچنین، تأمین امکانات زیستی و اداری آن پایگاه

مرکز مدیریت اورژانس و فوریت‌های پزشکی

- ✓ جانمایی پایگاه‌های اورژانس پیش بیمارستانی و مراکز سلامت جامعه روستایی و شهری بر روی سامانه GIS
- پدافند غیرعامل و برقراری امکان دسترسی به اطلاعات مذکور توسط معاونت بهداشت و درمان دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور

- ✓ راه اندازی پایگاه‌های اورژانس مصوب در نظر گرفته شده برای روستاها و شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر در مجاورت مراکز سلامت جامعه شبانه روزی یا با فاصله بیش از نیم ساعت تا نزدیکترین بیمارستان
- ✓ تامین امکانات دارویی و تجهیزات درمانی و ارتباطی پایگاه‌های اورژانس جدید یا پایگاه‌های موجود در مجاورت مراکز سلامت جامعه در سطح روستاها و شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر کشور
- ✓ تامین امکانات ارتباطی شامل بی سیم‌های ثابت و سیار و اتصال پایگاه‌های جدید به شبکه سراسری اورژانس‌های پیش بیمارستانی دانشگاه و راهبری و نظارت آمبولانس‌های اعزامی
- ✓ تامین آمبولانس‌های استاندارد (تیپ B) موردنیاز پایگاه‌های جدید
- ✓ تامین خدمات پشتیبانی آمبولانس‌های بکارگیری شده در پایگاه‌های اورژانس مستقر در روستاها و شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر
- ✓ ارائه آموزش‌های بدو و حین خدمت به تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی بکارگیری شده
- ✓ ارائه آموزش‌های لازم بدو و حین خدمت به پزشکان و پرستاران مستقر در مراکز سلامت جامعه در سطح روستاها و شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر کشور با اولویت مراکز شبانه روزی
- ✓ تعیین شیفت‌های ارائه خدمت و مدیریت حسن انجام کار تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی بکارگیری شده و برقراری هماهنگی کامل با کارکنان درمانی مراکز سلامت جامعه در سطح روستاها و شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر کشور
- ✓ در نظر گرفتن اولویت اعزام مادران باردار مراجعه کننده به مراکز تسهیلات زایمانی برای استفاده از خدمات اورژانس هوایی براساس اندیکاسیون‌های اعزام اورژانس هوایی

استاندارد جمعیت تحت پوشش هر پایگاه اورژانس:

با توجه به برنامه ریزی‌های بعمل آمده بازای جمعیت متوسط حدود ۳۰۰۰۰ نفر (۱۲۰۰۰ تا ۵۰۰۰۰ نفر) برای هر پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی یا بازای حداکثر تا ۴ مرکز سلامت جامعه شبانه روزی یا غیرشبانه روزی، یک پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی در نظر گرفته خواهد شد. با توجه به امکانات موجود مراکز، این پایگاه در مجاورت یکی از مراکز سلامت جامعه راه اندازی شده و مسوولیت انتقال بیماران و مصدومین جمعیت تحت پوشش مراکز در نظر گرفته شده را بر عهده خواهد داشت.

شرح وظایف نیروهای شاغل در پایگاه‌های فوریت‌های پزشکی مجاور مراکز سلامت جامعه:

نیروهای این طرح از نظر مقررات اداری و مالی، نیروهای اورژانس پیش بیمارستانی محسوب می‌گردند و ملزم به رعایت شرح وظایف تعریف و ابلاغ شده مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی خواهند بود. بعلاوه، وظایف زیر به شرح وظایف آنها اضافه می‌گردد.

۱. همکاری با کارکنان مراکز سلامت جامعه در فرآیند درمان بیماران فوریتی
۲. رعایت اخلاق فردی، اداری و حرفه‌ای در تعامل با کارکنان مراکز سلامت جامعه
۳. همکاری در درمان بیماران فوریتی مراجعه کننده به مراکز سلامت جامعه شامل همکاری در احیا، انتوباسیون و سایر خدمات مندرج در شرح وظایف کارکنان فوریت‌های پزشکی
۴. اعزام بیماران به بیمارستان براساس تشخیص پزشک مرکز یا درمورد اعزام از خارج از محل مرکز برای جمعیت تحت پوشش بنابه مقررات موجود

شرح وظایف نیروهای شاغل در مراکز سلامت جامعه:

الف-وظایف پزشک:

پزشکان عمومی و پزشکان خانواده شاغل در مراکز روستایی و شهرهای تا ۵۰ هزار نفر علاوه بر شرح وظایف منطبق بر بسته خدمات ابلاغ شده، موظف به اجرای وظایف زیر هستند:

۱. ویزیت فوری بیماران اورژانس و ارائه خدمات درمانی به بیماران فوریتی مراجعه کننده به مرکز، و تثبیت وضعیت بالینی بیماران نیازمند اعزام پیش از انتقال به آمبولانس
۲. تلاش برای جلوگیری از انتقال غیرضروری بیماران و مصدومین
۳. هماهنگی با پزشک مرکز ارتباطات اورژانس در صورت نیاز به اعزام بیمار یا مصدوم

ب- وظایف سایر نیروهای درمانی شاغل در مراکز سلامت جامعه:

پرستاران، بهیاران و سایر نیروهای درمانی شاغل در مراکز سلامت جامعه و ماماها شاغل در تسهیلات زایمانی علاوه بر تمامی شرح وظایف ابلاغ شده از طرف معاونت بهداشت، موظف به اجرای وظایف زیر نیز هستند:

۱. پذیرش تمامی بیماران فوریتی مراجعه کننده به مرکز سلامت جامعه

۲. اطلاع رسانی موارد بیماران فوریتی پس از تأیید پزشک به کارکنان فوریت‌ها
۳. انجام تمامی خدمات درمانی اولیه بیماران اورژانسی تا رسیدن تکنسین فوریت‌های پزشکی
۴. رعایت اخلاق فردی، اداری و حرفه‌ای در تعامل با کارکنان فوریت‌های پزشکی
۵. همکاری با کارکنان فوریت‌ها در فرآیند درمان بیماران فوریتی تحت نظارت پزشک مرکز سلامت جامعه
۶. همراهی کردن مامای تسهیلات زایمانی با کارکنان فوریت‌ها در زمان اعزام مادر باردار

سایر واحدهایی که زیر مجموعه مرکز سلامت جامعه شهری یا مرکز بهداشتی درمانی روستایی خواهند بود:

در نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور واحدهایی وجود دارند که همواره در زیر مجموعه سایر واحدها شامل مراکز بهداشتی درمانی روستایی و مراکز سلامت جامعه شهری به ارائه خدمات تعریف شده، می‌پردازند. این واحدها عبارتند از:

۱. تسهیلات زایمانی
۲. پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی

تسهیلات زایمانی

واحدهای تسهیلات زایمانی در مناطقی که امکان دسترسی به بیمارستان و زایشگاه وجود ندارد، صرفاً به منظور انجام زایمان طبیعی بدون عارضه و غیراورژانسی برای جمعیت تحت پوشش مرکز، در نظر گرفته شده‌اند. این واحدها حتماً باید در جوار یک مرکز شبانه روزی قرار داشته باشند. این واحدها مجهز به یک دستگاه آمبولانس با شرایط اعزام خواهند بود و در زمان اعزام، یکی از ماماها شاغل در واحد، با مادر باردار همراه خواهد شد. همچنین، مامای تسهیلات زایمانی در شیفت مربوط به خود چنانچه مورد اعزام مادر باردار توسط آمبولانس فوریت‌های ۱۱۵ پیش بیاید، موظف به همراهی کردن با مادر باردار است.

تبصره ۲۴: اگر در شهری بیمارستان یا زایشگاه راه اندازی شود یا تعداد زایمانها به حدی کاهش یابد که فعال نگه داشتن تسهیلات زایمانی، توجیه اقتصادی نداشته باشد، دانشگاه/ دانشکده موظف به تعطیل یا تغییر کاربری تسهیلات زایمانی است.

تبصره ۲۵: راه اندازی تسهیلات زایمانی جدید جز در موارد خاص و پس از ارائه دلائل متقن و قابل قبول برای مرکز مدیریت شبکه و پس از ارائه آمار زایمان‌های منطقه و مشکلات خاص ناشی از دسترسی نداشتن به تسهیلات زایمانی توسط مرکز سلامت خانواده مانند آمار زایمان و مرگ مادر، میسر خواهد بود. در غیر این شرایط، امکان راه اندازی تسهیلات زایمانی جدید وجود ندارد.

نیروی انسانی تسهیلات زایمانی

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

پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی

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

- (۱) ممتاز
- (۲) درجه یک
- (۳) درجه دو
- (۴) درجه سه

پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی ممتاز:

پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که حجم تردد مسافر روزانه آن بطور متوسط بیشتر از ۱۵ هزار نفر می باشد و حجم کالای تردد شده در این مرزها حداقل ۳ برابر مرزهای درجه یک می باشد. این پایگاه‌ها بصورت ۲۴ ساعته فعال است. درحال حاضر، تنها فرودگاه بین المللی امام خمینی (ره) در این سطح قرار دارد. این فرودگاه تحت نظر مرکز بهداشت شهرستان ری اداره می‌شود. نیروی انسانی پایگاه‌های ممتاز به شرح زیر است:

۳ نفر	(۱) پزشک عمومی آشنا به نظام مراقبت سندرمیک و IHR (مقررات بهداشتی بین المللی)
۶ نفر	(۲) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری‌ها)
۴ نفر	(۳) کارشناس بهداشت محیط

پایگاه مراقبت بهداشتی درجه یک:

پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که دارای تردد مسافر روزانه متوسط بین ۸۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰ نفر و حجم کالای مبادله شده در آن ، متوسط ۲۰۰ کامیون است. این پایگاه‌ها در دو شیفت صبح و عصر فعالیت دارند و با توجه به تغییر شرایط و حجم کار می توانند شبانه روزی هم فعال باشند و در یک پایانه مرزی زمینی یا در فرودگاه بین المللی یا در بندری بزرگ استقرار دارند. این پایگاه‌ها، وابسته به نزدیک‌ترین مرکز سلامت جامعه روستایی، حاشیه شهری یا شهری بوده که براساس نظام شبکه بهداشت و درمان، زیر نظر مرکز بهداشت شهرستان اداره می‌شوند. نیروی انسانی این پایگاه‌ها به شرح زیر است:

۱ نفر	(۱) پزشک عمومی آشنا به نظام مراقبت سندرمیک و IHR
۴ نفر	(۲) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحاً دانش آموخته رشته مبارزه با بیماری‌ها)
۲ نفر	(۳) کارشناس بهداشت محیط

پایگاه مراقبت بهداشتی درجه دو:

پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که تردد مسافر روزانه متوسط بین ۵۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر و حجم کالای مبادله شده در آن، متوسط بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ کامیون است. این پایگاه همزمان با شیفت کاری مرکز تابع آن فعالیت دارد و مانند پایگاه درجه یک، وابسته به نزدیکترین مرکز سلامت جامعه روستایی، حاشیه شهری یا شهری می‌باشد. نیروی انسانی این پایگاه‌ها به شرح زیر است:

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

پایگاه مراقبت بهداشتی درجه سه:

پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی مستقر در مرزهایی که از نظر تردد با اولویت ترانزیت بار بوده و تردد مسافر در آن به صورت موقتی یا مقطعی صورت می‌پذیرد و روزانه کمتر از ۵۰۰۰ نفر تردد مسافر دارند. همچنین تردد کالا در آن کمتر از ۱۰۰ کامیونیا لنج/کشتی در روز می‌باشد این پایگاه همزمان با شیفت کاری مرکز تابع آن فعالیت دارد. این پایگاه نیز مانند پایگاه درجه دو وابسته به مرکز سلامت جامعه روستایی، حاشیه شهری یا شهری می‌باشد. نیروی انسانی این پایگاه شامل موارد زیر است:

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

برخی از پایانه‌های مرزی منجمله فرودگاه بین‌المللی امام خمینی (ره) و پایانه مرزی مهران در کل ۲۴ ساعت شبانه روز فعال بوده و برخی دیگر از پایانه‌های مرزی بصورت ۱۲ ساعته فعالیت دارند. در تعدادی از پایگاه‌ها ساعات‌های فعالیت بیشتر یا کمتر از این ساعات می‌باشد. لذا، پایگاه‌های مراقبت بهداشتی مرزی نیز کاملاً منطبق با ساعت فعالیت پایانه مرزی دارای شیفت‌های کاری ۲۴ ساعته، ۱۶ ساعته، ۱۲ ساعته و ... هستند.

مرکز رفرانس مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری:

مراکز رفرانس مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری مراکزی هستند که در زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان با بسته خدمت مشخص به درمان مراجعین و بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی خاص و بیماری‌های ناشی از مشکلات رفتاری مانند ایدز، هیپاتیت ب و معتادان می‌پردازد. این واحد بازای ۵۰ هزار نفر جمعیت از ۱ تا چند شهرستان مجاور هم با رعایت دسترسی ایجاد می‌شود. در صورتیکه یکی از این شهرستان‌ها، مرکز استان باشد، بایستی در مرکز استان راه اندازی شود.

تبصره ۲۶: در برخی از مراکز استان مانند تهران که تعداد جمعیت بیشتر می‌باشد، امکان راه اندازی مرکز رفرانس مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری به تعداد بیش از یک مرکز وجود خواهد داشت.

نیروی انسانی مرکز رفرائس مشاوره و مراقبت بیماری‌های رفتاری :

۱ نفر (مسوول مرکز)	۱) متخصص بیماری‌های عفونی
۱ نفر	۲) پزشک عمومی
۱ نفر	۳) کارشناس مراقب سلامت (ترجیحا دانش آموخته مبارزه با بیماری‌ها)
۱ نفر	۴) کارشناس سلامت روان (با اولویت روانشناس بالینی)
۱ نفر	۵) مددکار اجتماعی
۱ نفر	۶) متصدی پذیرش، آمار و مدارک پزشکی
۱ نفر	۷) دندانپزشک عمومی
۱ نفر	۸) ماما
۱ نفر	۹) پرستار
۱ نفر	۱۰) کارشناس آزمایشگاه
۱ نفر	۱۱) راننده
۱ نفر	۱۲) خدمتگذار