

باسمه تعالی

اصول و ضوابط و استانداردهای شبکه بهداشت و درمان

دستیابی به اهداف نظام سلامت بدون سرمایه گذاری کافی و موثر در نظام ارایه خدمت غیرممکن است. برای تحقق این موضوع، استفاده صحیح از منابع، به کارگیری راهبردهای خلاقانه و مبتنی بر شواهد علمی و در نظر گرفتن نیاز جامعه، مطابق با ساختار و سطح بندی مراقبت های بهداشتی درمانی اولیه و توجه ویژه به عدالت در سلامت برای همه مردم به ویژه افراد محروم و آسیب پذیر از اهمیت افزونتری برخوردار است

مفهوم PHC از نگاه سازمان جهانی بهداشت، دارای سه جزء مرتبط و هم افزایی است :

۱. رفع نیازهای سلامت مردم از طریق ارائه مراقبت های اولیه (پایه) سلامت
 ۲. پرداختن نظاممند به عوامل تعیین کننده سلامت
 ۳. توانمندسازی افراد (خود مراقبتی)
- بر اساس سیاست های کلی جمعیت و قوانین بالادستی اصول مدیریت ساختار نظام شبکه بهداشت و درمان در حوزه بهداشت

۱. اصل اول (انتخاب شهرستان): بر اساس اعلام تقسیمات کشوری
۲. اصل دوم (سطح بندی): عبارتست از چیدمان خاص واحدهای ارایه دهنده خدمات و مراقبتهای سلامت برای تسهیل دسترسی مردم به مجموعه خدمات مورد نیاز
۳. اصل سوم: (نظام ارجاع): فرآیندهای نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده از سطوح خدمات از طریق ارجاع افقی و عمودی

۴. اصل چهارم (ادغام خدمات): از طریق طراحی شبکه ی مراقبت های اولیه بهداشتی
۵. اصل پنجم (سهولت دسترسی جغرافیایی و زمانی): بهره مندی جمعیت ساکن در دورترین نقطه از خدمات بهداشتی درمانی توسط محیطی ترین واحد
۶. اصل ششم (دسترسی فرهنگی): مبتنی بر الگوی اسلامی ایرانی با در نظر گرفتن موضوع، محتوا و روش ارایه خدمت با آداب . سنن ، توجه به زیست بوم، انطباق محتوا و روش خدماتی با اصل جوانی جمعیت
۷. اصل هفتم: (تناسب کمی نیروی انسانی با حجم خدمات)
۸. اصل هشتم (تناسب آموزش ها با نیازهای اجرایی)
۹. اصل نهم (عدم تمرکز در مدیریت)
۱۰. اصل دهم (جلب مشارکت مردم)
۱۱. اصل یازدهم: (هماهنگی درون بخشی)
۱۲. اصل دوازدهم (همکاری با سایر بخش های توسعه)

گام های اجرای بازنگری در طرح های گسترش شبکه:

گام اول: تهیه نقشه معتبر منطقه، کسب اطلاعات از موقعیت جغرافیایی و جمعیتی و ... بر اساس آخرین تقسیمات کشوری و جمعیتی، کسب اطلاعات موقعیت و تعداد واحدهای ارائه خدمت بخش غیردولتی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، امکان عمومی، کسب اطلاعات به روز از وضعیت کارکنان واحدها، استخراج تعداد پیشه وران، کارگزان منطقه، استخراج اطلاعات بیماری های واگیر و غیرواگیر و عوامل خطر منطقه و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

گام دوم: بلوک بندی جمعیت و محدوده مناطق روستایی، عشایری و مناطق شهری

گام سوم: تعیین مناسبترین منطقه جغرافیایی برای استقرار واحد

گام چهارم: تعیین نیروی انسانی مورد نیاز به تناسب هر واحد

روش کار بررسی طرح های گسترش :

ایجاد دو نوع کمیته بازنگری:

کمیته بازنگری دانشگاهی:

به عضویت: معاون بهداشت (رئیس کمیته)، معاون توسعه مدیریت و منابع، معاون فنی و معاون اجرایی معاونت بهداشت، مدیر توسعه / رئیس گروه گسترش (دبیر کمیته) و رئیس مرکز بهداشت /مسئول گسترش شهرستان مورد بررسی

کمیته بازنگری کشوری:

به عضویت: رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت (رئیس کمیته)، رئیس گروه تدوین ضوابط ، رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری وزارت، رئیس گروه مهندسی سازمان و طراحی ساختار، معاون بهداشت دانشگاه مورد بررسی

ساختار اصلی موجود ارایه خدمات سطح اول: خانه بهداشت، پایگاه سلامت، مرکز خدمات جامع سلامت

خانه بهداشت: با رعایت شرایط دسترسی جغرافیای و فرهنگی (برای حدود ۱۰۰۰ نفر (۸۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) محیطی ترین واحد ارایه خدمات در نظام سلامت در مناطق روستایی هیچ روستایی نباید از پوشش مراقبت های اولیه بهداشتی محروم گردد . روستای اصلی محل استقرار خانه بهداشت است.

روستای قمر : روستاهایی که با فاصله کمتر از ۶ کیلومتر، با خانه بهداشت تحت پوشش می باشد.

روستای سیاری: روستاهایی که با فاصله بیش از ۶ کیلومتر با خانه بهداشت فاصله دارد.

پایگاه سلامت روستایی: همان خانه بهداشت با جمعیت ۳۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر

نیروی انسانی: جمعیت بین ۸۰۰ تا ۱۲۰۰ نفر یک بهورز زن و یک بهورز مرد مشترک با خانه بهداشت مجاور، برای جمعیت بیش از ۱۲۰۰ یک بهورز به ازای هر ۸۰۰ نفر جمعیت مازاد اضافه خواهد شد.

پایگاه سلامت شهری: محیطی ترین واحد ارایه خدمت در نظام سلامت در مناطق شهری به ازای حداقل ۳۰۰۰ نفر جمعیت

نیروی انسانی:

پزشک: به ازای ۳۰۰۰ نفر جمعیت یک نفر، مراقب سلامت/ماما به ازای هر ۱۵۰۰ نفر یک نفر

مرکز خدمات جامع سلامت: دو نوع

مرکز خدمات جامع سلامت روستایی: در مناطق روستایی برای ۸۰۰۰ نفر جمعیت (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر)

نیروی انسانی:

هر ۴۰۰۰ نفر یک پزشک، تا ۲۰ هزار نفر یک نفر کارشناس تغذیه و سلامت روان و دندانپزشک و مراقب سلامت دهان، ماما تا ۴۰۰۰ نفر، یک نفر بهیار/پرستار و نیروی آزمایشگاه تا ۸۰۰۰ نفر و به ازای هر ۳ تا ۴ خانه بهداشت یک نفر کارشناس ناظر، هر ۳۰۰ واحد تهیه و توزیع مواد غذایی یک نفر بهداشت محیط و به ازای ۲۵۰ تا ۳۰۰ واحد کارگاهی یک نفر بهداشت حرفه ای، یک نفر کارشناس فناوری اطلاعات سلامت.

مرکز خدمات جامع سلامت شهری/شهری روستایی: برای ۴۰ هزار نفر جمعیت (۲۰ تا ۶۰ هزار نفر) با استقرار در منطقه شهری یا حاشیه شهر

نیروی انسانی:

یک نفر پزشک به عنوان مسئول فنی، هر ۲۰ هزار نفر یک نفر کارشناس تغذیه و سلامت روان و هر ۴۰ هزار نفر یک دندانپزشک و مراقب سلامت دهان، یک نفر کارشناس آزمایشگاه، هر ۳۰۰ واحد تهیه و توزیع مواد غذایی یک نفر بهداشت محیط و به ازای ۲۵۰ تا ۳۰۰ واحد کارگاهی یک نفر بهداشت حرفه ای، یک نفر کارشناس فناوری اطلاعات سلامت

واحدهای تابعه مراکز خدمات جامع سلامت:

۱. **تسهیلات زایمانی:** تامین دسترسی زنان باردار در مدت یک ساعت با وسیله نقلیه در جوار مرکز شبانه

روزی با استقرار ۴ نفر ماما، سه نفر راننده آمبولانس (تکنسین فوریت) و ۲ نفر خدمتگذار

۲. **واحد ازدواج بارورزی سالم و فرزندآوری:** در شهرستان های بین ۱۰۰ تا ۳۰۰ هزار نفر جمعیت

در یکی از مراکز و در شهرستان های ۳۰۰ تا ۵۰۰ هزار نفر در دو مرکز و در شهرستان های بیش از ۵۰۰

هزار نفر در سه مرکز با یک نفر آموزش ازدواج زن و یک نفر آموزش ازدواج مرد اضافه می شود. در

شهرستان های کمتر از ۱۰۰ هزار نفر از یکی از پرسنل موجود به عنوان آموزش دهنده استفاده شود.

۳. **واحد مراقبت و پیشگیری از هاری:** تا ۵۰۰ هزار نفر جمعیت یک واحد و به شرط افزایش ۵۰٪

جمعیت واحد بعدی با ۳ نفر کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماری ها

۴. **واحد سلامت روانی/اجتماعی:** در هر شهرستان در یکی از مراکز خدمات جامع سلامت یک واحد

در شهرستان های بالای ۳۰۰ هزار نفر یک واحد دیگر اضافه شود با یک نفر پزشک، در شهرستان کمتر

از ۱۲۰ هزار نفر دو نفر، ۱۸۰-۱۲۰ هزار نفر سه نفر ۲۴۰-۱۸۰ نفر و بیش از ۲۴۰ هزار نفر ۵ کارشناس

سلامت روان، یک نفر مددکار اجتماعی و درمانگر، مراقب سلامت ۲ نفر و یک نفر خدمتگزار

در مناطقی که جمعیت تحت پوشش بیش از ۱۲۰ هزار نفر است در گلوگاه جمعیتی با فاصله استقرار بیش از نیم

ساعت با اولین مرکز ارائه دهنده خدمات بستری یا مرکز شبانه روزی دیگر، مرکز به عنوان **مرکز خدمات**

جامع سلامت شبانه روزی شناخته خواهد شد.

نیروی انسانی :

۴ نفر پزشک عمومی و پرستار/بھیار، کارشناس رادیولوژی، کارشناس فناوری اطلاعات سلامت و کارشناس

آزمایشگاه سه نفر، سایر نیروها بر اساس ضوابط جمعیتی مراکز

مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی: به منظور آموزش دستیاران تخصص پزشکی خانواده، پزشکی

اجتماعی، دانشجویان پزشکی عمومی و ...

مرکز خدمات جامع سلامت بحران: در مناطق روستایی مراکز شبانه روزی به عنوان مرکز خدمات سلامت

بحران و در مناطق شهری در شهرستان های با جمعیت کمتر از ۱۰۰ هزار نفر یک مرکز به عنوان مرکز خدمات

جامع سلامت بحران و در شهرستان های بیش از ۱۰۰ هزار نفر به ازای هر سه مرکز خدمات جامع سلامت شهری

یک مرکز به عنوان مرکز خدمات جامع سلامت بحران انتخاب می شود.

مرکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی منتخب: همان مرکز شبانه روزی در شهرستان های ۲۰ تا ۵۰

هزار نفر جمعیت فاقد بیمارستان با ارایه خدمات تخصصی با تامین متخصصین داخلی، زنان و زایمان، اطفال

مرکز مشاوره و مراقبت بیماری های رفتاری:

با هدف اصلی تشخیص، مراقبت و درمان بیماری های رفتاری، هپاتیت و خدمات تشخیص و کاهش آسیب های

افراد در معرض خطر ابتلا به HIV، در شهرستان های کمتر از ۲۰۰ هزار نفر حداقل یک مرکز با حضور یک نفر

پزشک، ماما، پرستار/بھیار، کاردان /کارشناس آزمایشگاه، کارشناس فناوری اطلاعات سلامت، مراقب سلامت،

نگهبان /سرایدار و خدمتگزار و سه نفر کارشناس سلامت روان /مددکار

پایگاه مراقبت بهداشتی مرزی: در پایانه های رسمی زمینی، دریایی و هوایی با حضور پزشک، کارشناس

بهداشت محیط و کارشناس پیشگیری و مبارزه با بیماری ها