



برنامه تامین و گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت از طریق تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری



دستور عمل اجرای

**فاز اول: مناطق حاشیه، سکونتگاه‌های غیررسمی شهری و شهرهای بین
۲۰ تا ۵۰ هزار نفر**

فاز دوم: شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر

(شامل کلانشهرها)

مرکز مدیریت شبکه - دی ۱۳۹۴

نسخه ۳



صفحه	عنوان	فهرست مطالب
۵	<u>مقدمه</u>	
۸	<u>واژه نامه</u>	
۱۴	<u>فصل ۱: جمعیت هدف</u>	
۱۹	<u>فصل ۲: ارکان اجرایی و وظایف</u>	
۲۱	<u>فصل ۳: روش اجرای کار</u>	
۲۴	<u>فصل ۴: بسته خدمات سلامت</u>	
۲۴	<u>فصل ۵: ساختار ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت</u>	
۲۸	<u>فصل ۶: استانداردهای مورد نیاز</u>	
۳۰	<u>فصل ۷: آموزش</u>	
۳۲	<u>فصل ۸: نظام ارجاع</u>	
۳۳	<u>فصل ۹: نظام اطلاعات سلامت</u>	
۳۴	<u>فصل ۱۰: پایش و ارزشیابی</u>	
۳۸	<u>فصل ۱۱: نحوه خرید خدمات سلامت</u>	
۴۰	<u>فصل ۱۲: اعتبار مورد نیاز</u>	
	<u>پیوست‌ها</u>	
۴۶	• پیوست ۱:	
	•	
۴۷	•	
۴۸		
۵۵		
۶۰		

مقدمه

جامعه‌ی آرمانی ترسیم شده در سند چشم انداز سال ۱۴۰۴ کشور، جامعه‌ی ای است که می‌بایست از حداکثر سلامت برخوردار باشد. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در این سند، مسوول و پاسخگوست که ضمن فراهم سازی زمینه دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با کسب حمایت کلیه سازمان‌ها و نهادها، رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها را اجرایی کند. این نظام با اولویت دادن به ارتقای سلامت و پیشگیری به بهره مندی مردم از مراقبت‌های کارایی سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی اهتمام دارد. در این نظام، عدالت همه جانبه (در تامین، توزیع منابع و تحقق سلامت) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه‌ای، اصل نخست است و تمامی افراد بر مبنای نیاز خود از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند خواهند شد و براساس توان پرداخت خود، در تامین مالی خدمات مشارکت خواهند داشت. این نظام، خلاق است و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندی حداکثری از کلیه ظرفیت‌های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه بخش‌های ذینفع)، علم و فناوری به روز، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند، و در تعامل با کشورهای منطقه (بویژه کشورهای اسلامی)، الگویی الهام‌بخش برای سایر کشورها می‌باشد.

از آنجا که، مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، **تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی** با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقاء وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی بویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم انداز ۱۴۰۴، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، جمعیت، اصلاح الگوی مصرف، اصل ۴۴ قانون اساسی، نقشه جامع علمی کشور، برنامه دولت تدبیر و امید و برنامه وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ضرورت دارد.

همچنین، بند (ج) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف نموده است " سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت " را مبتنی بر خدمات اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، بازطراحی و برنامه اجرایی آن را با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه یافته به ویژه روستاها، **حاشیه شهرها** و مناطق عشایری تصویب و عملیاتی کند. به منظور استقرار و پشتیبانی از این سامانه، دولت محترم به استناد بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه، اساسنامه بیمه سلامت ایران را در تاریخ ۱۳۹۱/۵/۲۲، و به استناد بند (د) ماده (۳۲)، آیین نامه اجرایی نظام درمانی کشور در تاریخ ۱۳۹۲/۲/۳ و به استناد بند (ز) ماده ۳۸ آیین نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت را در تاریخ ۱۳۹۳/۱/۲۸ تصویب کرده است.

مروری بر نظام‌های سلامت کشورهای مختلف نشان می‌دهد که نظام سلامت کارآمد، نظامی است که بتواند ساختار و شرایط ارائه خدمت در درون سازمان را با تغییرات موجود در محیط هماهنگ سازد.

افزایش شمار ساکنان شهرها، و رشد شهرنشینی، یکی از جلوه‌های بارز توسعه درجهان است. در سال ۲۰۰۰ میلادی بیش از ۵۱ درصد از جمعیت ۶/۳ میلیارد نفری جهان ساکن شهرها بودند که حدود ۴۶ درصد آنها در شهرهایی با بیش از ۵۰۰۰۰۰ نفر جمعیت، سکونت داشتند و یک پنجم آنها ساکن شهرهای بزرگ چند میلیونی بودند. براساس آمار، میزان جمعیت در شهرهای بزرگ بسیار بیشتر از نرخ رشد کلی جمعیت است و پیش بینی می‌شود که در آینده مسایل شهری بسی وخیم‌تر و حادثه‌زادتر از وضعیت فعلی باشد. در حال حاضر، کشور ایران نیز با تغییرات جمعیتی گسترده‌ای روبروست و شهرهای کشور ما به دلیل افزایش طبیعی جمعیت، مهاجرت به درون شهرها و طبقه بندی‌های نوین مناطق شهری (شهریت یافتن مناطقی که در گذشته روستا بودند) بسرعت در حال گسترش‌اند. در سایر شهرهای بزرگ نیز وضعیتی مشابه وجود دارد. به بیان دیگر، گستردگی قاعده هرم سنی جمعیت در سال‌های آغازین راه اندازی نظام شبکه‌ها (حدود ۳۰ سال قبل) بویژه در شهرهای بزرگ در حال انتقال به سطوح بالاتر هرم است و از طرف دیگر، مهاجرت روستاییان به شهرها به علت تفاوت‌های شرایط اقتصادی اجتماعی زندگی بین شهر و روستا به شکلی مهار نشده ادامه دارد. واقعیات موجود نشان می‌دهند که نسبت جمعیتی شهری به روستایی کشور در حال تغییر و به نفع جمعیت شهری است و نیز تغییر در ساختار این جمعیت، برنامه‌های مورد نیاز اکثریت جامعه، شکلی متفاوت یافته است و به دنبال آن، نیاز به تغییر در ساختار شبکه‌ها احساس می‌شود.

در بیشتر کشورهای روبه رشد، بخش دولتی به دلیل فقدان منابع، قادر به عرضه خدمات بهداشت و درمان به همه مردم، و بویژه شهرنشینان، نیست. از این رو، مشارکت کامل جامعه به شکل تامین تسهیلات عرضه خدمات، کار داوطلبانه و حضور بخش غیردولتی در فرآیند ارائه خدمت ضرورت تام دارد. واقعیت این است که بدون مشارکت جامعه بسیاری از برنامه‌های حوزه سلامت در شهرها محکوم به شکست است. برنامه‌های آموزشی و تبلیغ بسیج همگانی مردم و سوق دادن آنها به سوی سلامت و بهبود محیط زیست مستلزم مشارکت جدی و کامل همه مردم است.

موضوعات فوق و تغییر الگوی بیماری‌ها از بیماری‌های واگیردار به بیماری‌های غیرواگیر و تغییرات فرهنگی و اجتماعی و همه و همه لزوم تغییر ساختار در مراکز شهری را نشان می‌دهند.

گسترده‌گی مناطق شهری و برخورداری از بخش وسیعی از مردم از خدمات ارائه شده در نظام شبکه در کنار بالا بودن سطح سواد و معلومات مردم نسبت به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی از یک سو و لزوم برنامه ریزی برای مشارکت مردمی و هماهنگی بین بخشی از سوی دیگر، ما را برآن داشت تا تغییراتی در نظام ارائه خدمت مناطق شهری طراحی نماییم تا از این طریق بتوان مردم را در راستای مراقبت از خود (Self Care) در مقابل مشکلات سلامت توانمند ساخت. همچنین، با کمبود منابع مالی و تراکم زیاد جمعیت در مناطق فوق الذکر باید از روشی که بتوان به کمک آن از فشار بار مالی ارائه خدمت در چنین مناطقی کاست، استفاده کرد.

معاونت بهداشت براساس تعهدات دولت تدبیر و امید و وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در برنامه تقدیمی خود به مجلس شورای اسلامی مبنی بر اجرای قانون برنامه پنجم توسعه و ایجاد تحول اساسی در نظام سلامت، در آغاز به کار خود، تحلیل سریعی از وضعیت انجام داد و با استفاده از خردجمعی کارشناسان خبره و متعهد، طرح تحول حوزه بهداشت را مشتمل بر شش برنامه و چندین پروژه برای دستیابی به اهداف زیر تهیه کرد:

۱. ارتقاء شاخص‌های سلامت
۲. افزایش رضایتمندی گیرندگان خدمت (مردم) و ارائه دهندگان خدمت
۳. عدالت در سلامت از نظر دسترسی به خدمات، بهره‌مندی از خدمات ارائه شده و حفاظت مالی از آنان در بستر پوشش بیمه همگانی
۴. بهبود کیفیت و کنترل قیمت خدمات سلامت
۵. اصلاح رفتار گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت
۶. اصلاح نظام پرداخت و شیوه خرید خدمت

با اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت، معاونت بهداشت نیز در راستای سیاست‌های کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به دنبال ماه‌ها کارفشرده کارشناسی و تبادل نظر با خبرگان، افراد مجرب حوزه سلامت و معاونین بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، طرح تحول در حوزه بهداشت کشور را در قالب ۱۲ برنامه ملی و ۱۰ پروژه پشتیبان تدوین نمود. اجرای این برنامه‌ها از سال گذشته در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی آغاز شده و به تدریج تا پایان دولت یازدهم در کل کشور توسعه می‌یابد.

برنامه‌های ملی تحول در حوزه معاونت بهداشت:

۱. برنامه ارتقاء کمی و کیفی آرایه مراقبت‌های اولیه سلامت به روستائیان، شهرهای زیر بیست هزار نفر و عشایر در قالب پزشکی خانواده روستایی
۲. برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق جمعیت حاشیه نشین شهری
۳. برنامه ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری برای جمعیت زیر ۵۰ هزار نفر و تداوم آن به سایر شهرها (شامل کلانشهرها)

۴. تکمیل، توسعه و اصلاح برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری دو استان فارس و مازندران
۵. ارتقای سواد سلامت جامعه با اجرای برنامه ملی ترویج و توسعه خود مراقبتی و توانمندسازی مردم
۶. برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاری‌های بین بخشی
۷. برنامه بهداشت عمومی (آب سالم، غذای ایمن و رژیم غذایی سالم، هوای پاک)
۸. برنامه تحول سلامت دهان و دندان
۹. برنامه ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر
۱۰. برنامه جمعیت، ارتقای سلامت باروری و فرزندآوری
۱۱. برنامه بهبود و اصلاح الگوی تغذیه جامعه
۱۲. برنامه ارتقای سلامت روانی و اجتماعی

پروژه های پشتیبان برنامه تحول بهداشت

۱. توانمند سازی مدیران و کارکنان بخش بهداشت کشور
۲. تکمیل، تجهیز و توسعه شبکه بهداشتی درمانی کشور
۳. مشارکت و همکاری بخش‌های دولتی و غیردولتی در ارائه خدمات (Public- Private Partnership PPP)
۴. تهیه و تدوین بسته های خدمات بهداشتی درمانی سطح اول (مشمول بر ۱۱ بسته خدمت طبق دستورعمل شرح خدمات سطح اول)
۵. ارتقای نظام فن آوری اطلاعات، ثبت اطلاعات و آمار بهداشتی در کشور، شبکه هوشمند بهداشت (شهاب)
۶. استقرار نظام پایش و ارزشیابی خدمات سلامت در کشور
۷. همکاری با مراکز آموزشی به منظور بهره مندی از ظرفیت آنها
۸. استقرار نظام دیده بانی حوزه سلامت
۹. ارائه خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی (اورژانس ۱۱۵) به ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از ۵۰ هزار نفر
۱۰. همکاری با مراکز تحقیقاتی در جهت اجرای پژوهش های کاربردی

با توجه به برنامه ریزی‌های بعمل آمده، پس از استقرار برنامه گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت برای جمعیت مناطق حاشیه و شهرهای بیست تا پنجاه هزار نفر، استقرار این برنامه به شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر در دستور کار معاونت بهداشت وزارت متبوع در سال ۱۳۹۴ قرار گرفت که امید است با بهره گیری از تجارب پیشین و استفاده از نتایج حاصل از گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق حاشیه و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر، با کمترین چالش اجرایی، ممکن گردد.

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت

واژه نامه:

واژه‌ها و اصطلاحات به کار رفته در این برنامه اجرایی و دستورعمل آن دارای معانی زیر می‌باشند:

۱) مناطق حاشیه شهری (سکونتگاه غیررسمی/غیرمجاز):

براساس تعریف ستاد ملی بازآفرینی شهری پایدار وزارت راه و شهرسازی^۱، "بافت‌های فرسوده و تاریخی، کاربریهای غیرمعمول شهری مانند زندان‌ها، خوابگاه‌ها، پادگان‌ها و مناطقی هستند که عمدتاً مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده‌اند و بدون مجوز و خارج از برنامه‌ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری (طرح‌های جامع و تفصیلی) در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده‌اند، عمدتاً فاقد سند مالکیت هستند و از نظر ویژگی‌های کالبدی و برخورداری از خدمات رفاهی، اجتماعی و فرهنگی و زیرساخت‌های شهری شدیداً دچار کمبود می‌باشند". جمعیت این مناطق براساس سرشماری سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حدود ۱۰ میلیون نفر است.

۲) شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برای سال ۱۳۹۴ این دسته از شهرها در کلیه استان‌های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی بالغ بر ۵ میلیون نفر را شامل می‌گردد.

۳) شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر و کلانشهرها

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برای سال ۱۳۹۴ این دسته از شهرها در کلیه استان‌های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی بالغ بر ۳۷ میلیون نفر را شامل است.

۴) خدمات سلامت:

فعالیت‌هایی است که منجر به ارتقاء سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحی و سایر اختلالات جسمی، روانی، اجتماعی و [معنوی] در انسان می‌شود.

مجموعه فعالیت‌ها و فرایندهایی است که بستر لازم به منظور حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم می‌کند. خدمات سلامت به طور اعم در برگیرنده امور مربوط به تغذیه، بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان، بازتوانی، بیمه خدمات سلامت، آموزش و تحقیقات و فناوری در حوزه‌های ذیربط و همچنین، کنترل کیفیت و ایمنی مواد و فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، خوردنی، آرایشی، بهداشتی و ملزومات و تجهیزات پزشکی و اثربخشی فرآورده‌های دارویی و بیولوژیک می‌باشند^۲.

۵) خدمات همگانی سلامت:

خدماتی که بدون توجه به سن، جنسیت، نژاد، ملیت، قومیت، معلولیت، دین و مذهب در دسترس آحاد مردم قرار داده می‌شود. خدمات همگانی به این معنا نیست که همه افراد، تحت پوشش تمامی خدمات قرار می‌گیرند؛ خدمات همگانی سلامت با سه بعد زیر تعریف می‌شوند^۳:

۱ تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۴۸۶۰/۱/۷۴۹۰۰ هـ.ت. تاریخ ۱۳۹۳/۷/۲ راجع به سند بافت‌های فرسوده و ناکارآمد شهری اداره کل

امور اجتماعی وزارت راه و شهرسازی عمران و بهسازی شهری

۲ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index۲.html

- ✓ چه کسی تحت پوشش است؟
- ✓ چه خدماتی تحت پوشش هستند؟
- ✓ چه میزان از هزینه تحت پوشش است؟

۶) مراقبت‌های اولیه سلامت:

خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی است، که از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها در دسترس همگان قرار می‌گیرند، با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید. این مراقبت‌ها، هم بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت کشور و وظیفه محوری کانون اصلی توجه آن است و هم بخشی تفکیک‌ناپذیر از توسعه کلی اقتصادی و اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهند. این مراقبت‌ها اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشور است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند، نزدیک می‌کند و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد (بند ۶ اعلامیه آلماتا)^۴.

۷) خدمات بهداشت عمومی:

خدمات سلامت هستند که کل جمعیت را هدف قرار می‌دهند. همچون تحلیل وضعیت سلامت، نظام مراقبت سلامت، ترویج سلامت، خدمات پیشگیری، کنترل بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های غیرواگیر، بهداشت محیط، آمادگی و پاسخ در بحران و بهداشت حرفه ای^۵.

۸) ارجاع و سطح‌بندی در نظام ارائه خدمات سلامت:

- **تعریف ارجاع:**
 - فرآیندهایی که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را تعیین می‌کند. ارجاع درون سطح به عنوان ارجاع افقی و ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می‌شود.
 - سازوکاری برای ارائه خدمات سلامت است که متقاضیان (آحاد مردم شناسایی شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پایگاه سلامت مراجعه کرده و تشکیل پرونده می‌دهند. مراجعه کننده در نقطه تماس اول، توسط تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت خانواده و در شرایط خاص، پزشک عمومی)، ویزیت شده و اقدامات لازم برای وی صورت می‌گیرد. در صورت نیاز به خدمات تخصصی‌تر (در همان سطح یا سطح بالاتر)، وی به صورت هدایت‌شده با رعایت سلسله مراتب پس از تکمیل فرم ارجاع (مطابق با فرمت هر برنامه موجود در بسته خدمت) برای دریافت آن خدمات در همان سطح (مانند خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روان) یا به سطوح بالاتر سربایی و بستری (پزشک، متخصص، فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع داده می‌شود و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات سلامت او در هر صورت با تیم سلامت است. سطح دوم خدمت (پزشک متخصص یا بیمارستان و ...) پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، اطلاعات مربوط به نتایج درمان، الگوی تشخیصی درمانی و سایر نیازها را به صورت بازخورد (در فرم بازخورد) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین‌تر) منعکس می‌کند و باید در انتها، تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، به تیم سلامت بازگردانده شود.

- **تعریف سطح بندی:**

^۳ شادپور کامل، پیله رودی سیروس. بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قرن های ۲۰ و ۲۱. انتشارات تندیس. چاپ اول، ۱۳۸۱. صفحه ۹.

^۴ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index۸.html

- چیدمان خاص واحدهای ارایه دهنده خدماتها و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه‌ی خدمات موردنیاز تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. سطح بندی قراردادی است و به مقتضای شرایط توسط برنامه ریزان انجام می‌گیرد.
- خدمات و مراقبت‌های سلامت در دو سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می‌شود:
- **سطح اول:** شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. **خدمات فرد محور** عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها براساس بسته خدمت و پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت‌ها، و مدیریت افراد تحت پوشش و **خدمات جامعه محور** (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر و آسیب‌ها و جراحات در اپیدمیها و بلایا، پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی **پایگاه سلامت** تعریف می‌شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در حاشیه شهرها و مناطق شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می‌گردند.
- سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های پزشکی) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند.
- پایگاه‌های سلامت** به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می‌افتد. **این دسته از خدمات با اولویت برون‌سپاری و خرید خدمت از بخش غیردولتی فراهم و ارائه می‌گردد. در صورت نبود داوطلب برای واگذاری ارائه خدمات در بخش غیردولتی، باید خدمات از طریق بخش دولتی ارائه شود.**
- مرکز سلامت جامعه** با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه (در صورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات مربوط به بیماری‌های هدف (واگیر و غیرواگیر)، مشاوره تغذیه و روانشناسی بالینی از پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن مدیریت پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت. استاندارد نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی این مراکز در بخش مربوط توضیح داده شده است.
- سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح دوم و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.
- **سطح دوم:** شامل خدمات تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی تخصصی و واحدهای بستری موجود در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.
- این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار می‌گیرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد.
- این خدمات در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف قرارداد شکل می‌گیرند. **اولویت با خرید خدمت از بخش دولتی است.**

۹) نحوه مشارکت بخش دولتی با بخش غیردولتی:

- ارائه خدمات از طریق توسعه تعاونی‌ها، بخش خصوصی، نهادها و موسسات عمومی غیردولتی تعیین صلاحیت شده با نظارت و حمایت دولت و با استفاده از شیوه‌های زیر انجام می‌شود:
- اعمال حمایت‌های لازم از بخش تعاونی، خصوصی و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی مجری این وظایف.

- خرید خدمات از بخش تعاونی، خصوصی و نهادهای و موسسات عمومی غیردولتی.
- اشخاص حقیقی طرف قرارداد.

۱۰) پزشک:

- فردی با حداقل مدرک دکترای پزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار پزشکی (پروانه حرفه پزشکی) که مسئولیت فنی ارائه خدمات مستقیم به مراجعین و ارائه خدمات به موارد ارجاعی از سوی کاردان / کارشناس مراقب سلامت خانواده را بدون تبعیض به عهده دارد. پزشک در مراکز سلامت جامعه مستقر می‌باشد که مسئولیت خدمات فنی پایگاه‌های تحت پوشش؛ قبول ارجاعات از سوی کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده، ماما و سایر اعضای تیم سلامت در پایگاه‌ها و نظارت فنی بر عملکرد آنها و ویزیت مراجعین، را به عهده خواهد داشت.
- پزشک وظیفه دارد برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر روش کار در بسته خدمت سطح اول، فرد را در صورت نیاز به سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر ارجاع دهد.
- پزشک مرکز سلامت جامعه وظیفه نظارت بر عملکرد تیم سلامت مستقر در پایگاه‌های سلامت ضمیمه و غیرضمیمه تابع مرکز را نیز به عهده دارد. ترجیحاً این پزشک با مدرک MPH میتواند علاوه بر مسئولیت فنی و مدیریت تیم سلامت منطقه، به عنوان مدیر اجرایی مرکز نیز قلمداد شود.

۱۱) تیم سلامت:

- گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی هستند که بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد قرار می‌دهند.^۷ اعضای تیم سلامت شامل: مدیر اجرایی مرکز، کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده؛ کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار؛ کارشناس تغذیه و رژیم غذایی؛ کارشناس سلامت روان؛ پرستاران/بهبوداران؛ کاردان‌های پذیرش؛ پزشکان و در صورت لزوم دندانپزشکان و کارکنان آزمایشگاه هستند. با توجه به اتخاذ راهکار خودمراقبتی، جمعیت تحت پوشش و افراد و نمایندگان مردم و سازمان‌ها از جمله داوطلبان سلامت و متخصص نیز جزو این گروه محسوب می‌شوند.
- کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده: فردیست که سابقه تحصیلی و حرفه‌ای در حیطه‌های بهداشت خانواده؛ بهداشت عمومی؛ پرستاری؛ مامایی و مبارزه با بیماری‌ها (درمورد مردان) دارد که پس از طی دوره ۱۴۷ ساعته مندرج در فصل آموزش این دستورعمل، به کاردان/کارشناس چندپیشه به نام "مراقب سلامت خانواده" تبدیل می‌شود. استمرار آموزش بصورت بازآموزی‌های یک روز در ماه (همانند آیین نامه بهورزی و براساس مشکلات و کمبودهای آموزشی افراد با توجه به نتایج حاصل از نیازسنجی آموزشی) نیز در نظر گرفته شده است. مراقب سلامت خانواده مستقر در پایگاه سلامت، اختصاصاً زن می‌باشد و وظایف زیر را برعهده دارد:
 - این فرد موظف به استفاده از نتایج سرشماری جمعیت (که توسط مرکز سلامت جامعه انجام می‌شود)، شناسایی ترکیب جمعیت، غربالگری به منظور تعیین سطح سلامت آنان (سالم، دارای عامل خطر، بیمار) و ارائه بسته خدمات پیوست این دستورعمل به خانوارهای تحت پوشش خود می‌باشد.
 - مسئولیت پیگیری و تداوم خدمات با کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده خواهد بود. نظارت و ارزیابی نحوه ارائه بسته خدمات سلامت توسط کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده توسط مرکز سلامت جامعه صورت می‌گیرد.
 - شناسایی مخاطرات سلامت و امکانات ارتقای سلامت محل زندگی جمعیت تحت پوشش توسط کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار شاغل در مرکز سلامت صورت می‌گیرد. استفاده از نتایج این شناسایی و هماهنگی و همکاری با کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار عضو تیم سلامت از جمله وظایف کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده است.

^۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲. ۱۳۹۰ و اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویب‌نامه شماره ۱۰۲۸۲۸ / ت / ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲

۱۲) بسته خدمات سلامت مورد تعهد این برنامه:

مجموعه‌ای از خدمات هزینه اثربخش و دارای اولویت همچون خدمات خودمراقبتی، خدمات سلامت عمومی، خدمات سلامت فردی سطح اول، و خدمات ویژه (تغذیه، سلامت روان و آسیب‌های اجتماعی) است که توسط تیم سلامت ارائه یا فراهم می‌شود.

• **بسته‌های خدمت سلامت** این برنامه، شامل ۴ گروه خدمات اولیه فردی، عمومی، درمانی و خدمات ویژه به شرح زیر هستند:

خدمات سلامت عمومی: شامل بسته‌های خدماتی است که در حال حاضر برای جامعه و به صورت عمومی ارائه می‌شود مانند: خدمات بهداشت محیط (آب سالم، غذای ایمن و هوای پاک)؛ خدمات بهداشت مدارس؛ بهداشت حرفه‌ای؛ بهداشت اجتماعی (آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت) و خدمات خاص در اپیدمی‌ها و مدیریت خطر بلایا. مواردی از این خدمات بصورت بسته خدمت می‌باشد. این مجموعه با نامه شماره ۳۶/۱۱۰۳۰/د به تاریخ ۱۳۹۴/۷/۱۸ با عنوان بسته خدمات سلامت سطح اول ارسال شده و در پایگاه اطلاع رسانی معاونت بهداشت با نشانی <http://health.behdasht.gov.ir> موجود است.

○ **خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فردی:** بسته‌های خدمات بهداشتی ادغام یافته در شبکه‌های بهداشت و درمان هستند که باید برحسب ساختار جمعیت تحت پوشش و گروه‌های مختلف سنی به آنها ارائه گردد مانند: برنامه‌های سلامت خانواده و جمعیت؛ سلامت باروری (مادران باردار، تعالی جمعیت)؛ واکسیناسیون؛ برنامه‌های مبارزه و کنترل بیماری‌های واگیردار، پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر؛ خدمات تغذیه، سلامت روان و ... این بسته از خدمات، **در مجموعه بسته خدمات سلامت سطح اول** آمده است.

○ **بسته خدمات درمانی:** شامل خدماتی است که برحسب نیاز و درخواست فرد یا برای موارد ارجاعی از سوی کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده (دارای عوامل خطر یا بیماری هدف واگیردار/غیرواگیر) در سطح پزشک عمومی ارائه می‌شود. راهنماهای بالینی مربوط توسط ادارات فنی حوزه معاونت بهداشت تهیه شده یا در حال تدوین می‌باشند که **همراه دستورعمل** یا متعاقباً ارسال می‌شوند.

○ **سایر خدمات سلامت (ویژه):** شامل خدماتی می‌شود که ارائه آن‌ها براساس مشکلات سلامت منطقه برگرفته از نیازسنجی، ضرورت می‌یابد و بسته خدمتی آن باید توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مشارکت دانشگاه فراهم شده و در اختیار ارائه‌دهندگان خدمت قرار گیرد مانند: خدمات توانبخشی، مبارزه و کنترل اعتیاد، خشونت، دخانیات و ...

• **بسته‌های خدمت سلامت:** تعریف دیگری که براساس گروه‌های سنی به عنوان **بسته مراقبت‌های جاری سلامت** و

بسته مراقبت‌های بیماری یا عامل خطر با عنوان خدمات پیشگیری و ارتقایی در گروه‌های سنی دسته بندی می‌شوند

شامل:

👉 گروه کودکان شامل: تغذیه؛ شیرمادر؛ پایش رشد و نمو؛ واکسیناسیون و ...

👉 گروه نوجوانان شامل: تغذیه؛ سلامت روان؛ پایش رشد و تکامل؛ واکسیناسیون؛ بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر؛ شناسایی و کنترل عوامل خطر و ...

👉 گروه جوانان شامل: تغذیه؛ سلامت روان؛ بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر؛ شناسایی و کنترل عوامل خطر و ...

👉 گروه میانسالان شامل: تغذیه؛ سلامت روان؛ بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر؛ شناسایی و کنترل عوامل خطر و ...

👉 گروه سالمندان شامل: تغذیه؛ سلامت روان؛ بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر؛ شناسایی و کنترل عوامل خطر و ...

👉 سلامت باروری

۱۳) پرونده خانوار:

پرونده خانوار سلامت مبتنی بر شناسه (کد) ملی است. این کد، برای هر ایرانی ایجاد می‌شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می‌گردد. پرونده اصلی در نزد مراقب سلامت مسوول آن خانوار است و فرم‌های هر پرونده برحسب شرایط افراد تشکیل دهنده خانوار منطبق با برنامه های خدمتی تعریف شده در بسته خدمت خواهد بود. به عنوان مثال اگر در خانوار، فرد سالمند وجود دارد باید فرم مربوط به این برنامه برای آن فرد در پرونده قرار گیرد. براساس شرایط ارجاع افراد خانوار به پزشک؛ کارشناس تغذیه یا کارشناس روانشناس مرکز سلامت جامعه باید فرم ارجاعی متناسب با نوع برنامه و دارای خلاصه ای از داده های موردنیاز پذیرنده ارجاع، توسط مراقب سلامت خانواده تکمیل شود و به همراه فرد ارجاع شده به واحد پذیرش مرکز سلامت جامعه تحویل گردد تا پرونده ای هم در مرکز سلامت جامعه برای آن فرد تشکیل شود. گردش کار، **پیوست این دستورعمل (پیوست شماره ۱)** آمده است. این اقدام تا قبل از اجرایی شدن پرونده الکترونیک سلامت انجام می شود.

۱۴) پرونده الکترونیک سلامت:

پرونده الکترونیک سلامت مبتنی بر شناسه (کد) ملی است که برای هر ایرانی ایجاد می‌شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می‌گردد و با استفاده از رمز عبور و الزامات لازم و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط فرد، کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده وی، پزشک معالج او یا سایر افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع در سراسر کشور ایجاد خواهد شد.^۸

۱۵) خرید راهبردی خدمات سلامت:

جستجوی مستمر روش‌هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم‌گیری درمورد ترکیب بسته، مزایا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگی خرید و قیمت‌گذاری خدمات، تعیین افراد تحت پوشش یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای رساندن عملکرد نظام سلامت به حداکثر مطلوبیت.^۹

۱۶) نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات:

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی که پزشک، کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده، یا تیم سلامت، در اختیار افراد یا جامعه می‌گذارند.^{۱۰} پرداخت در این برنامه، به صورت **ترکیبی از پرداخت ثابت و سرانه مبتنی بر عملکرد** می‌باشد.

❖ شیوه پرداخت ترکیبی:

○ واحد پرداخت بازای هر فرد که با در نظر گرفتن سن، جنس و وضعیت سلامت فرد، محل جغرافیایی خدمت و بسته خدمات جاری سلامت متفاوت است و برای یک دوره زمانی مشخص تعریف می‌شود. برای تمام خدماتی که ممکن است فرد در یک دوره زمانی (مثلا یک ماه یا یک سال) از آنها استفاده کند، پرداخت ثابتی انجام می‌شود.^{۱۱} این پرداخت به میزان پوشش خدمات و کیفیت خدمات ارائه شده ارتباط مستقیمی دارد و در صورتیکه کیفیت یا پوشش خدمات براساس شاخص‌های طراحی شده پایین‌تر از سطح قابل قبول (استاندارد تعریف شده) باشد، کسوراتی به آن تعلق می‌گیرد. به عبارت دیگر، مبلغی ثابت متناسب با سطح تحصیلات، وظایف فرد و قوانین و مقررات کشوری تعیین می‌شود و سرانه ای هم مبتنی بر عملکرد فرد (ماهانه/ سالانه) براساس خدمات مورد انتظار متناسب با جمعیت تحت پوشش و بسته خدمت پرداخت می‌گردد.

^۸ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویب‌نامه شماره ۱۰۲۸۲۸ / ت/ ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲

۹- آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه، تصویب‌نامه شماره ۴۸۹۴۱ / ت/ ۶۲۹۱ هـ مورخ ۱۳۹۲/۱/۲۸

۱۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۲. ۱۳۹۰

۱۱- آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه، تصویب‌نامه شماره ۴۸۹۴۱ / ت/ ۶۲۹۱ هـ مورخ ۱۳۹۲/۱/۲۸

فصل ۱: جمعیت هدف

ماده ۱: جمعیت هدف این برنامه شامل جمعیت ساکن در مناطق شهری است که براساس اجرا، در ۳ گروه زیر فزیندی شده اند:

الف: جمعیت مناطق حاشیه نشین: جمعیت ساکن در مناطق حاشیه نشین که براساس تعریف ستاد ملی بازآفرینی شهری پایدار وزارت راه و شهرسازی^{۱۲}، "بافت‌های فرسوده و تاریخی، کاربری‌های غیرمعمول شهری مانند زندان‌ها، پادگان‌ها و مناطقی هستند که عمدتاً مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده‌اند و بدون مجوز و خارج از برنامه‌ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری (طرح‌های جامع و تفصیلی) در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده‌اند. به عبارت دیگر، تمامی ساکنین سکونتگاه‌های غیررسمی/غیرمجاز و حاشیه‌نشین شناسایی شده توسط ستاد ملی و استانی بازآفرینی شهری پایدار و واحد گسترش شبکه مراکز بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و نیز ساکنین شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت می‌باشند. خاطر نشان می‌سازد زندان‌ها (در شرایط خاص و با مجوز شبکه بهداشت و هماهنگی امور زندان‌ها)، خوابگاه‌های دانشجویی و مسکن مهر نیز جزو این جمعیت محسوب می‌شوند. کل جمعیت حاشیه و سکونتگاه‌های غیررسمی براساس تعریف سال ۱۳۹۳ معادل ۱۰۲۸۰۲۷۰ نفر می‌باشد.

تبصره ۱: بخشی از این جمعیت، اتباع خارجی هستند و خدماتی که ارائه آنها اثرات فرافردی^{۱۳} دارد مانند خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت به صورت رایگان و براساس مصوبه ستاد ملی به این افراد نیز ارائه می‌شود. درمورد درمان بیماری‌های واگیردار هدف (وبا، دیفتی، تب مالت و ...) در صورت نبود توانایی پرداخت توسط فرد مبتلا، خدمت باید رایگان ارائه شود.

تبصره ۲: دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی [که از این به بعد دانشگاه/ دانشکده نامیده می‌شود] موظف اند جمعیت و جامعه مورد نظر این برنامه را از طریق انجام سرشماری، شناسایی و ترکیب جمعیت، ساختار واحدهای ارائه‌دهنده خدمت و توزیع دریافت خدمت مشخص کنند.

جمعیت سرشماری شده در بهمن ۱۳۹۳ برای مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه‌های غیررسمی برحسب دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی در جدول شماره (۱) آمده است.

تبصره ۳: دانشگاه/ دانشکده باید تعداد افراد ساکن در خوابگاه‌های دانشجویی و سایر واحدهای تجمعی که خانوار معمولی محسوب نمی‌شوند و در پوشش بلوک مربوط به پایگاه‌های سلامت و مراکز سلامت جامعه قرار دارند را نیز تحت پوشش قرار دهند. درمورد زندان‌ها، پس از هماهنگی با سازمان امور زندان‌ها متعاقباً دستورعمل جداگانه ای ارسال می‌شود.

ب: جمعیت شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر: جمعیت ساکن در شهرهایی با جمعیت بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر می‌باشد. پیش بینی جمعیت کشور برای سال ۱۳۹۴ نشان دهنده آن است که جمعیت کل این شهرها ۴۹۳۱۹۵۶ نفر خواهد بود.

ج: جمعیت شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر: منظور جمعیت ساکن در شهرهایی با جمعیت بیش از ۵۰ هزار نفر می‌باشد. پیش بینی جمعیت کشور برای سال ۱۳۹۴ نشان‌دهنده آن است که جمعیت کل این شهرها حدود ۳۷ میلیون نفر خواهد بود. منبع اولیه آمار ساکنین شهرهای بیش از ۵۰۰ هزار نفر جمعیت که شامل کلانشهرها هم می‌شود، سرشماری سال ۱۳۹۰ مرکز آمار ایران با افزایش ۰.۴٪ برآورد افزایش جمعیت تا سال ۱۳۹۴ است، که در آن، جمعیت حاشیه نشین در درون جمعیت شهری محاسبه شده است.

۱۲- تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۴۸۶۰۱/۷۴۹۰۰هـ.تاریخ ۱۳۹۳/۷/۲ راجع به سند بافتهای فرسوده و ناکارآمد شهری اداره کل امور اجتماعی وزارت راه و شهرسازی عمران و بهسازی شهری

^{۱۳} Externality

جدول (۱) جمعیت ساکن در مناطق حاشیه شهر، سکونتگاه‌های غیر رسمی و شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر
به تفکیک دانشگاه/دانشکده - بهمن ۱۳۹۳

ردیف	دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی	جمعیت حاشیه شهر یا سکونتگاه غیررسمی	جمعیت شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر
۱	تبریز	۵۰۵۳۵۶	۳۱۷۰۸۰
۲	ارومیه	۴۲۹۶۷۱	۲۷۵۶۹۵
۳	اردبیل	۲۲۴۳۱۰	۷۵۵۷۵
۴	اصفهان	۴۱۹۶۲۱	۳۹۵۹۰۷
۵	ایلام	۵۲۳۳۰	۹۲۴۵۱
۶	ایران	۳۴۴۷۰۵	۱۶۰۷۲۰
۷	بابل	۴۰۰۰۰	۲۷۵۰۸
۸	بوشهر	۳۶۰۰۰	۹۴۸۱۶
۹	بیرجند	۴۰۰۰۰	۱۱۵۱۵۳
۱۰	تهران	۳۱۶۸۶۸	۷۹۴۳۳
۱۱	چهرم	۱۲۸۵۸۹	۰
۱۲	شهرکرد	۴۳۷۸۱	۱۸۲۲۴۲
۱۳	مشهد	۱۱۹۳۱۹۶	۲۹۱۰۲۰
۱۴	بجنورد	۱۰۵۶۶۴	۲۳۸۴۰
۱۵	اهواز	۱۲۴۴۹۰۳	۱۸۳۶۳۵
۱۶	رفسنجان	۷۰۰۰	۰
۱۷	زابل	۱۰۲۷۰	۰
۱۸	زنجان	۱۷۳۱۸۶	۳۱۶۶۴
۱۹	سبزوار	۴۳۰۱۷	۰
۲۰	سمنان	۴۵۰۰۰	۷۱۶۱۴
۲۱	زاهدان	۴۲۲۱۴۹	۶۸۱۶۶
۲۲	شاهرود	۱۲۶۰۵	۰
۲۳	شهیدبهشتی	۲۰۰۰۰۰	۱۷۲۳۱۵
۲۴	شیراز	۴۵۳۷۸۲	۲۶۹۶۱۰
۲۵	فسا	۱۳۵۰۰	۰
۲۶	قزوین	۱۳۲۴۱۵	۱۱۹۰۹۷
۲۷	قم	۳۰۰۰۰۰	۰
۲۸	کاشان	۴۰۱۸۸	۰
۲۹	کردستان	۳۲۶۹۸۸	۵۰۹۰۸
۳۰	کرمان	۴۸۰۱۳	۱۴۳۶۲۲
۳۱	کرمانشاه	۱۸۱۸۵۶	۲۹۵۹۰۸

۳۷۰۰۰	۱۲۰۸۰۳	یاسوج	۳۲
۱۷۰۸۹۴	۶۲۳۸۴	گلستان	۳۳
۴۱۵۶۵	۱۶۰۳۵	گناباد	۳۴
۱۴۹۸۹۷	۱۴۶۳۵۹	گیلان	۳۵
۱۰۹۳۴۸	۱۳۲۴۰۰	لرستان	۳۶
۱۹۷۱۹۹	۱۱۰۰۰۰	ساری	۳۷
۱۲۸۹۲۹	۱۵۰۱۰۸	اراک	۳۸
۱۵۸۳۱۲	۲۳۷۵۳۹	هرمزگان	۳۹
۹۸۲۶۳	۱۷۴۴۷۱	همدان	۴۰
۹۸۶۰۲	۱۰۹۶۷۲	یزد	۴۱
۱۰۳۸۱۹	۱۰۰۰۴۸۲	البرز	۴۲
۴۳۵۱۳	۱۴۵۷۷	چیرفت	۴۳
۰	۷۰۰۰۰	تربت حیدریه	۴۴
۰	۸۲۸۷۰	دزفول	۴۵
۰	۴۹۱۶۱	نیشابور	۴۶
۰	۹۱۲۴	بم	۴۷
۸۱۹۱۴	۱۱۲۶۱۶	آبادان	۴۸
۰	۲۳۷۰۰	ایران‌شهر	۴۹
۰	۵۳۷۲۹	مراغه	۵۰
۰	۳۲۱۳۶	بهبهان	۵۱
۲۳۲۳۹	۱۷۰۰۰	لارستان	۵۲
۳۳۳۹۷	۰	گراش	۵۳
۰	۸۴۸۶۶	شوشتر	۵۴
۰	۲۰۴۸۴	ساوه	۵۵
۰	۷۰۰۰	اسفراین	۵۶
۰	۵۴۰۰	اسدآباد	۵۷
۰	۱۴۹۵۳	تربت جام	۵۸
۴۹۳۱۹۵۶	۱۰۲۸۰۲۷۰	کشور	
کل جمعیت حاشیه شهرها و ساکنین شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر = ۱۵۲۱۲۲۲۶			

جدول (۲) جمعیت ساکن در شهرهای بیش از ۵۰ هزار نفر به تفکیک دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی (شامل جمعیت حاشیه نشین نیز می شود) - ۱۳۹۴

ردیف	نام دانشگاه/ دانشکده	برآورد جمعیت ۱۳۹۴
۱	اراک	۵۷۶,۴۳۶
۲	اردبیل	۶۶۳,۹۷۷
۳	ارومیه	۱,۶۰۳,۸۸۹
۴	اسفراین	۶۲,۷۸۷
۵	اصفهان	۳,۰۱۲,۰۵۸
۶	البرز	۲,۱۷۳,۳۹۷
۷	اهواز	۱,۸۰۴,۳۰۱
۸	ایرانشهر	۱۰۰,۸۹۲
۹	ایلام	۱۷۹,۱۰۲
۱۰	ایران	۵,۱۰۰,۰۰۰
۱۱	آبادان	۵۷۰,۶۷۵
۱۲	بابل	۱۱۶,۱۳۲
۱۳	بجنورد	۲۹۹,۵۶۷
۱۴	بم	۱۱۱,۴۱۶
۱۵	بندرعباس	۵۱۸,۹۳۹
۱۶	بهبهان	۱۱۱,۷۰۸
۱۷	بوشهر	۴۴۸,۳۵۴
۱۸	بیرجند	۱۸۵,۱۴۱
۱۹	تبریز	۱,۹۶۲,۸۲۱
۲۰	تربت جام	۹۸,۵۴۸
۲۱	تربت حیدریه	۱۳۶,۳۹۶
۲۲	تهران	۲,۸۶۰,۰۰۰
۲۳	چهرم	۱۱۸,۶۷۲
۲۴	حیرفت	۱۱۵,۴۷۵
۲۵	دزفول	۳۱۹,۸۴۳
۲۶	رفسنجان	۱۵۷,۴۷۷

۱۴۳,۲۳۱	زابل	۲۷
۷۶۸,۲۳۹	زاهدان	۲۸
۵۴۷,۸۶۷	زنجان	۲۹
۹۳۸,۹۰۲	ساری	۳۰
۲۰۸,۵۰۰	ساوه	۳۱
۲۴۰,۸۱۹	سبزوار	۳۲
۲۲۰,۹۴۸	سمنان	۳۳
۱۴۶,۰۹۳	شاهرود	۳۴
۲۲۰,۹۶۸	شهرکرد	۳۵
۴,۹۸۶,۲۰۸	شهید بهشتی	۳۶
۱۱۱,۰۸۸	شوشتر	۳۷
۱,۸۹۵,۶۸۲	شیراز	۳۸
۱۰۹,۰۰۱	فسا	۳۹
۷۳۶,۶۸۹	قزوین	۴۰
۱,۱۱۶,۹۹۷	قم	۴۱
۸۰۸,۹۲۶	کرمان	۴۲
۳۴۹,۰۴۰	کاشان	۴۳
۸۶۶,۸۵۹	کردستان	۴۴
۱,۱۴۵,۰۴۳	کرمانشاه	۴۵
۵۹۵,۵۲۷	گلستان	۴۶
۱,۱۹۱,۲۹۴	گیلان	۴۷
۶۸,۰۶۹	لارستان	۴۸
۹۶۷,۶۲۱	لرستان	۴۹
۱۶۸,۷۶۶	مراغه	۵۰
۳,۱۸۳,۵۰۸	مشهد	۵۱
۲۴۸,۷۵۲	نیشابور	۵۲
۷۹۱,۵۳۱	همدان	۵۳
۶۳۴,۲۲۸	یزد	۵۴
۲۶۶,۷۸۴	یاسوج	۵۵

کل کشور	۴۶,۵۱۴,۵۰۸
---------	------------

فصل ۲: ارکان اجرایی و وظایف

ماده ۲: این برنامه یکی از برنامه های تحول در حوزه بهداشت است. برای اجرایی کردن برنامه های تحول در حوزه بهداشت، ارکان اجرایی و وظایفی در نظر گرفته شده که به قرار زیر است:

الف) ستاد کشوری سیاستگذاری و هماهنگی برنامه های تحول در حوزه بهداشت

اعضا:

- وزیر بهداشت - رییس ستاد
- قائم مقام وزیر بهداشت
- معاون بهداشت - دبیر ستاد
- معاون توسعه و مدیریت منابع
- معاون درمان
- رییس مرکز مدیریت شبکه
- مدیر کل بودجه و اعتبارات
- مدیرکل نیروی انسانی
- نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی

وظایف:

- تایید و ابلاغ سیاست‌های اجرایی برای یکپارچگی و مدیریت منابع مالی و غیرمالی در برنامه های تحول در حوزه بهداشت
- تصویب دستورعمل اجرایی هر یک از برنامه های تحول
- هماهنگی با ذینفعان در سطح ملی
- اطلاع رسانی رسانه ای در سطح ملی درباره اقدامات انجام گرفته

تبصره ۱: محل دبیرخانه در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت می‌باشد.

تبصره ۲: برحسب ضرورت با پیشنهاد دبیر و تایید رئیس ستاد ملی از سایر معاونت‌های وزارت بهداشت و سایر سازمان‌ها می‌توان برای حضور در جلسات دعوت بعمل آورد.

تبصره ۳: تصمیمات ستاد پس از تایید وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابلیت ابلاغ و اجرا دارد.

تبصره ۴: اقدامات اجرایی به عهده مرکز مدیریت شبکه و با همکاری واحدهای فنی است

ب) ستاد اجرایی دانشگاهی/دانشکده ای یا استانی برنامه های تحول در حوزه بهداشت

این ستاد متناظر ستاد ملی در سطح اجرایی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی است.

اعضای این ستاد عبارتند از:

- رئیس دانشگاه/دانشکده به عنوان رئیس ستاد
 - معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی به عنوان دبیر ستاد
 - معاون توسعه و مدیریت منابع دانشگاه/دانشکده
 - معاون درمان/مدیر درمان/کارشناس نظارت بر درمان دانشگاه/دانشکده
 - مدیرکل اداره بیمه سلامت استان
 - معاون فنی حوزه مرکز بهداشت دانشگاه/دانشکده
 - معاون اجرایی مرکز بهداشت دانشگاه/دانشکده
 - مدیر توسعه شبکه دانشگاه/دانشکده
 - مدیر بودجه دانشگاه/دانشکده
 - مدیر امور مالی دانشگاه/دانشکده
 - مدیر منابع انسانی دانشگاه/دانشکده
 - نماینده سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان
- توصیه می‌شود چنانچه مسوولین استانی یا شهرستانی مثل فرماندار یا نماینده مجلس آن منطقه، پیشنهاد خاصی داشتند، به ستاد دعوت شوند تا در جریان کامل ضوابط و اصول قرار گیرند. البته، این افراد حق رای ندارند.
- تبصره ۵:** دبیرخانه ستاد اجرایی برنامه های تحول در حوزه بهداشت در دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی در مدیریت/گروه توسعه شبکه دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی است.

وظایف ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده ای یا استانی در برنامه تحول:

۱. هماهنگی و یکپارچگی برای تامین، برنامه‌ریزی و مدیریت مالی
 ۲. هماهنگی با ذینفعان در سطوح دانشگاه/دانشکده و شهرستان
 ۳. نظارت عالیه بر حسن انجام کار
 ۴. تعیین سازوکارهای عملیاتی براساس استانداردهای فنی، عملیاتی و اجرایی ابلاغی از سطح ملی برای خرید راهبردی خدمات سلامت از طریق عقد قرارداد با واحدهای عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه و همچنین عقد قرارداد/ تفاهم نامه با واحدهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل شرکت‌های دانش‌بنیان، شرکت تحت نظارت هیات امناء، مراکز تحقیقاتی و
 ۵. ارائه گزارش‌های دوره‌ای به ستاد ملی براساس چارچوب‌های ابلاغی از طرف ستاد کشوری
- تبصره ۶:** وظایف اجرایی زیر جزو تکالیف معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی می‌باشد:

- ❖ نظارت بر اجرای برنامه های توجیهی و آموزشی نیروهای درگیر در سطوح دانشگاه/دانشکده
- ❖ مدیریت و نظارت بر حسن اجرای مناقصه ها و قراردادهای منعقد و فرایند اجرای برنامه در سطح دانشگاه/دانشکده و رسیدگی به شکایات طرفین قرارداد
- ❖ تصمیم‌گیری درمورد تمدید یا لغو قراردادهای مورد شکایت

ج) ستاد عملیاتی برنامه های تحول در حوزه بهداشت در شهرستان

ستاد عملیاتی شهرستان که وظیفه اصلی عملیاتی کردن برنامه‌ها و تصمیمات ابلاغی از سطوح ملی و دانشگاهی/دانشکده ای را برعهده دارد، با اعضای زیر شکل می‌گیرد:

- مدیر شبکه شهرستان - رئیس ستاد
- رئیس مرکز بهداشت شهرستان - دبیر ستاد

- کارشناس نظارت بر درمان یا رییس بیمارستان شهرستان
- کارشناس مسوول گسترش شبکه شهرستان
- مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان
- مسوول امور اداری شهرستان
- مسوول امور مالی شهرستان
- نماینده اداره کل بیمه استان برای شهرستان

تبصره ۷: دبیرخانه ستاد عملیاتی شهرستان در مرکز بهداشت شهرستان است.

وظایف ستاد عملیاتی شهرستان در برنامه تحول بهداشت عبارت است از:

۱. شناسایی مناطق جغرافیایی و جمعیت حاشیه‌نشین و سکونتگاه‌های غیررسمی، شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر
۲. سرشماری دوره ای از جمعیت ساکن در این مناطق براساس دستورعمل کشوری
۳. ارزیابی دوره ای از وضعیت سلامت جمعیت و جامعه تحت پوشش، دریافت خدمت و عوامل موثر بر آنها
۴. شناسایی ظرفیت‌های موجود ارائه خدمات اعم از بخش خصوصی، عمومی، تعاونی، خیریه، مردم نهاد، شرکت‌های دانش‌بنیان براساس استانداردهای فنی، عملیاتی و اجرایی اعلام شده از سوی ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده
۵. اجرای برنامه آموزش نیروهای درگیر در طرح در سطح شهرستان
۶. نظارت و کنترل کیفیت و کمیت خدمات سلامت (پایش برنامه)
۷. اطلاع رسانی و فرهنگ سازی براساس سیاست‌های ابلاغی
۸. هماهنگی با ذینفعان محلی
۹. ارائه گزارش‌های دوره‌ای براساس چارچوب‌های ابلاغی از طرف ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده

فصل ۳: روش اجرای کار

ماده ۳: دانشگاه/دانشکده باید طبق این دستورعمل، ستاد اجرایی دانشگاهی/دانشکده ای و ستادهای عملیاتی شهرستانی را تشکیل دهد.

ماده ۴: جلسات هماهنگی ستادهای اجرایی دانشگاه/دانشکده و عملیاتی شهرستان در ۶ ماه اول اجرای طرح باید به صورت هفتگی و سپس برحسب نیاز برگزار شود.

تبصره: ستادهای اجرایی دانشگاه/دانشکده و عملیاتی شهرستان باید نسبت به ثبت، نگهداری و ارسال صورتجلسات به ستاد کشوری اقدام کنند.

ماده ۵: ستادهای عملیاتی شهرستان باید نقشه جغرافیایی استاندارد مناطق حاشیه، شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر را تهیه و جمعیت بلوک‌ها را برروی آن مشخص کنند.

تبصره ۱: منطقه مورد بررسی باید بلوک‌بندی گردد. می‌توان از روش بلوک‌بندی قابل استفاده در نظام شبکه بهداشت و درمان شهرستان یا شهرداری‌ها و دیگران استفاده کرد.

تبصره ۲: ستادهای اجرایی دانشگاه/دانشکده موظف به تهیه فایل نقشه الکترونیک مناطق حاشیه شهرستان‌های تحت پوشش خود با تعیین بلوک‌ها و جمعیت هر بلوک و ارسال فایل مزبور به مرکز مدیریت شبکه هستند.

ماده ۶: جمع‌آوری اطلاعات جمعیتی و اماکن عمومی با انجام سرشماری از مناطق حاشیه شهری، شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر (شامل مسکن مهر و ...) و ثبت آن در سامانه الکترونیک معرفی شده از سوی ستاد کشوری ضرورت دارد.

تبصره: در صورت انجام سرشماری، باید از طریق رسانه‌های گروهی مردم منطقه را در جریان انجام طرح قرار داد تا همکاری لازم جلب گردد. برای جلب همکاری می‌توان از طرح امتیازات اجرای این برنامه در منطقه مانند خدمات پایه بهداشتی رایگان و پوشش همگانی بیمه سلامت استفاده کرد.

ماده ۷: جمع‌آوری اطلاعات مربوط به تمامی واحدهای دولتی، غیردولتی و خصوصی موجود در منطقه که به ارائه خدمات سلامت (بهداشتی، درمانی، تشخیصی، خدمات اجتماعی، طب سنتی و توانبخشی) مشغول هستند، برحسب نوع، از طریق استعلام از معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی.

ماده ۸: ستاد عملیاتی شهرستان موظف است براساس **شیوه‌نامه ملی نیازسنجی سلامت جمعیت**، و با استفاده از اطلاعات کمی و کیفی، خدمات سلامت مورد نیاز جمعیت را بصورت دوره ای تهیه نموده و برای ارائه آن، برنامه‌ریزی مناسب انجام دهد.

ماده ۹: ستاد عملیاتی شهرستان موظف است هر ۵ سال طرح‌های تطبیق واحدهای ارائه خدمات موجود را براساس ضوابط طرح‌های گسترش شبکه بهداشت و درمان تهیه و برای اخذ تاییدیه از مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به معاون بهداشت دانشگاه ارسال کند. در صورت ضرورت می‌توان در این فاصله زمانی، پیشنهاد اصلاح طرح گسترش را بصورت موردی مطرح کرد.

ماده ۱۰: پایگاه‌های سلامت که بازای ۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر برحسب تراکم جمعیت در منطقه تعیین شده اند (براساس آخرین بازنگری و مصوب شده در ۱۳۹۳)، بازمهندسی گردند.

تبصره ۱: نیروی انسانی شاغل در پایگاه‌های موجود در نواحی حاشیه، شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر یا براساس شرایط منطقه، به سایر پایگاه‌های همان منطقه منتقل خواهند شد. بطوریکه، مدیریت هر واحد، مستقل باشد (اگر دو یا چند پایگاه موجود با کمبود نیرو، فعالیت می‌کند با جابجایی نیروها، پایگاه‌ها را کامل می‌کنیم و سایر پایگاه‌های بدون نیرو را واگذار می‌نماییم).

- تبدیل پایگاه‌های بهداشت موجود به پایگاه‌های سلامت از طریق:

🔹 آموزش نیروهای موجود

🔹 خرید خدمت کسری نیروها براساس استانداردهای این دستورعمل

🔹 آموزش نیروهای خرید خدمت شده

- برونسپاری پایگاه‌های سلامت (پایگاه‌هایی که جدید راه اندازی میشوند)

تبصره ۲: تجهیزات موجود در این پایگاه‌ها مطابق مقررات و براساس قرارداد ضمن حفظ حقوق دولت، به طرف قرارداد سپرده می‌شود. ترتیب قانونی این اقدام توسط معاونت توسعه و مدیریت منابع تعیین شده و در فرم قرارداد آمده است.

ماده ۱۱: در راه‌اندازی پایگاه‌های سلامت، اولویت برای جذب نیروهای موردنیاز به عنوان مراقب سلامت خانواده بترتیب عبارتست از: کارکنان بهداشتی؛ کارشناسان بهداشتی؛ ماماها؛ و پرستاران.

ماده ۱۲: تمامی مراکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه باجمعیت تحت پوشش بین ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر، براساس استاندارد نیروی انسانی و خدمات (موضوع ماده ۱۸) به مرکز سلامت جامعه تغییر وضعیت داده و ادامه خدمت خواهند داد. لازم است برای تکمیل نیروی انسانی این مراکز، از کارکنان موجود در سایر مراکز بهداشتی درمانی منطقه و انتقال آنان به این مراکز استفاده شود. در تکمیل نیروهای تغذیه، سلامت روان، بهداشت محیط و کار، دندانپزشک، پاراکلینیک (در صورت لزوم و براساس دفاتر طرح گسترش) برای مراکز سلامت جامعه از طریق شیوه خرید خدمت به شکل حجمی از طریق قرارداد با شرکتهای تامین نیروی انسانی تخصصی از جمله شرکت آوای

سلامت، استفاده خواهد شد. حق الزحمه این نیروها در قرارداد مشخص می‌شود. متذکر می‌گردد مدیریت این نیروها و نظارت بر آنها توسط مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

تبصره ۱: راه‌اندازی مراکز سلامت جامعه که در پی بازنگری سال ۱۳۹۳، ایجاد آن‌ها در این مناطق تصویب شده است، به عهده دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می‌باشد (توسط بخش دولتی یا غیردولتی) و در اولویت قرار دارد.

تبصره ۲: در راه‌اندازی مراکز سلامت جامعه، اولویت برای جذب نیروهای موردنیاز بترتیب درمورد نیروهای غیرپزشک شامل: کارشناسان بهداشتی؛ ماماها؛ بهیار یا پرستاران؛ می‌باشد.

ماده ۱۳: ستاد عملیاتی شهرستان با همکاری و مسوولیت مرکز آموزش بهورزی، نسبت به دوره آموزشی ۱۴۷ ساعته حضوری و ۵۷۸ ساعته غیرحضوری مبتنی بر بسته خدمت و برنامه آموزشی ارسالی توسط ستاد کشوری برای کارکنان/کارشناسان بهداشت معرف شده از سوی طرف قرارداد برای تبدیل به مراقب سلامت خانواده اقدام می‌کند. چنانچه افراد معرفی شده موفق به طی دوره و قبولی در آزمون‌های مربوط (تئوری و عملی) شوند، به عنوان "**کارکنان/کارشناس مراقب سلامت خانواده**" شناخته شده و پس از اخذ گواهینامه مرحله اول، در پایگاه سلامت مشغول کار خواهند شد.

تبصره ۱: تمامی کارکنان بهداشتی شاغل در پایگاههای بهداشت موجود باید دوره آموزشی را بطور کامل طی کرده و گواهینامه دریافت کنند.

تبصره ۲: مشابه این دوره ها با تعیین بسته آموزشی خاص برای سایر رده های کارکنان در مرکز سلامت جامعه نیز باید برگزار شود (پزشک، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، مسوول پذیرش، مدیر اجرایی و ...)

تبصره ۳: ضرورت دارد کارشناسان ستادی واحدهای فنی نیز آموزش ببینند تا در پایش بر واحدهای ارائه دهنده خدمت، مسلط باشند.

تبصره ۴: آموزش دهندگان این دوره ها باید مورد تایید مدیر مرکز آموزش بهورزی باشند.

ماده ۱۴: چنانچه در منطقه، امکان دسترسی به خدمات سلامت دهان و دندان و آزمایشگاه وجود نداشت، باید این خدمات توسط مرکز سلامت جامعه ارائه شود.

ماده ۱۵: ارائه خدمات در پایگاه‌های سلامت و مراکز سلامت جامعه باید با همکاری داوطلبان سلامت، و با استفاده از روش خود مراقبتی به صورت فعال انجام گیرد.

تبصره: تعریف خدمات فعال: داشتن پرونده خانوار فعال یعنی پرونده ای که تمام اعضای خانوار کلیه مراقبت‌ها را براساس بسته خدمت و در زمان تعیین شده دریافت کرده باشند و مستندات آن در پرونده موجود باشد.

تعریف پرونده خانوار نیمه فعال: پرونده ایست که تشکیل شده و حداقل یکبار مراقبت برای یکی از اعضا خانوار صورت گرفته باشد ولی برای تمام افراد خانوار، مراقبت‌ها براساس بسته خدمت تکمیل نشده است.

تعریف پرونده خانوار غیرفعال: پرونده ای که فقط پوشه آن براساس نتایج سرشماری تشکیل شده ولی هنوز برای هیچیک از اعضای خانوار مراقبتی انجام نگرفته است.

چنانچه فرد یا افراد موردنظر براساس بسته خدمت بموقع به پایگاه مراجعه نکند، کارکنان/کارشناس مراقب سلامت خانواده موظف به پیگیری مورد، از طریق تلفن، نامه، یا داوطلب سلامت و ... می‌باشد و در صورت لزوم باید به در منزل وی (با همراهی مراقب سلامت مرد و رعایت کلیه موارد اجتماعی و فرهنگی) مراجعه نماید.

فصل ۴: بسته خدمات سلامت

ماده ۱۶: بسته‌های خدمت سلامت این برنامه، شامل ۴ گروه خدمات اولیه فردی، عمومی، خدمات ویژه و خدمات درمانی می‌باشند که در فصل تعریف واژه‌های این دستورعمل به آنها اشاره شد. این مجموعه با نامه شماره ۳۶۰/۱۱۰۳۶ به تاریخ ۱۳۹۴/۷/۱۸ با عنوان **بسته خدمات سلامت سطح اول ارسال شده است.**

ماده ۱۷: دانشگاه‌ها/دانشکده‌ها موظف خواهند بود فهرست بسته‌های خدمات قابل ارائه در مناطق حاشیه شهری، شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و کل مناطق شهری با جمعیت بالای ۵۰ هزار نفر را به پیمانکاران طرف قرارداد و واحدهای دولتی تحت پوشش نظام شبکه بهداشت و درمان مستقر در مناطق مزبور یا پوشش دهنده این جمعیت‌ها ارائه دهند و آنها موظف به رعایت کامل بسته‌های خدمت هستند. همچنین، چنانچه در طول مدت قرارداد، بسته خدمت جدیدی ابلاغ شد، پیمانکار موظف به اجرای آن هم خواهد بود و این موضوع باید در فرمت قرارداد نیز ذکر شود.

فصل ۵: ساختار ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت

ماده ۱۸: واحدهای ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت به یکی از اشکال زیر می‌باشند:

❖ **پایگاه سلامت** براساس تراکم جمعیت بازای هر ۵ تا ۲۰ هزار نفر در منطقه (متوسط برای جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر) با نیروی شاغل: کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده (بازای هر ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، یک نیرو، حداقل یک و ترجیحاً دو نفر از کاردانها/کارشناسان مراقب سلامت خانواده باید ماما باشند و حتماً یک نفر از آنها باید مرد باشد) توسط طرف قرارداد راه‌اندازی می‌شود. در این واحد، خدمات فعال مراقبت‌های جاری برای همه افراد جامعه تحت پوشش در قالب بسته خدمات سطح اول ارائه می‌گردد. در پایگاه سلامت خدماتی برای جمعیت و منطقه تحت پوشش انجام می‌شود که کلیات آن در بسته خدمت آمده است و شرح آن عبارتست از:

۱. سرشماری سالانه/ دوره‌ای و ثبت اطلاعات
۲. شناسایی واحدهای ارائه دهنده خدمت توسط سایر بخش‌ها در منطقه
۳. شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن
۴. تشکیل پرونده سلامت خانوار
۵. ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش و پیگیری آنها (با استفاده از داوطلبین، ارسال پیامک، تلفن و ... و پیگیری درب منزل)
۶. تشویق جامعه به مشارکت در برنامه‌های مرتبط با ارتقای سلامت خود، خانواده و جامعه (داوطلبان سلامت محلات، داوطلبان متخصص، شوراهای سازمان‌های مردم‌نهاد، خیرین ...)
۷. اجرای برنامه خودمراقبتی
۸. آموزش بهداشت عمومی
۹. تشکیل شوراهای محلی بهداشت
۱۰. مراقبت از زنان باردار و سلامت باروری
۱۱. مراقبت از گروه‌های سنی شامل: کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان
۱۲. آموزش و مراقبت تغذیه ای
۱۳. بهداشت مدارس
۱۴. سلامت دهان و دندان
۱۵. بیماریابی و مدیریت بیماری و بیماران

۱۶. انجام خدمات درمانی در حوزه اختیارات و آموزش های ارائه شده در بسته خدمت

۱۷. همکاری با سایر بخش‌های اجتماعی فعال در منطقه

۱۸. مدیریت خطر بلایا

۱۹. خدمات ارجاع به پزشک مرکز سلامت جامعه و کارشناسان تغذیه؛ سلامت روان؛ دندانپزشک؛ سلامت محیط و

کار و ... براساس بسته خدمت

تبصره: مدیر پایگاه از بین مراقبین سلامتی که مدرک کارشناسی دارند پس از گذراندن دوره مدیریت و کسب امتیاز مربوط و دریافت گواهینامه، انتخاب و توسط پیمانکار (در شرایط برونسپاری) یا توسط مدیر مرکز سلامت جامعه یا واحد گسترش شبکه مرکز بهداشت شهرستان (در شرایط دولتی) منصوب می‌شود. به دلیل افزودن مسوولیت بیشتر به مدیر نسبت به سایر مراقبین سلامت، می‌توان به آنها اضافه کاری پرداخت کرد.

❖ **مرکز سلامت جامعه** که بازای هر ۲ تا ۴ پایگاه سلامت (جمعیت ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت)، یک مرکز سلامت جامعه در نظر گرفته می‌شود. وظایف آن شامل:

۱. خدمات معمول پایگاه سلامت برای متوسط ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش (در پایگاه سلامت ضمیمه)
۲. نظارت بر خدمات پایگاههای سلامت (اعم از ضمیمه و غیرضمیمه) توسط مدیر اجرایی، پزشک، کارشناسان تغذیه و روان، کارشناسان سلامت محیط و کار و سایر نیروهای فنی شاغل در مرکز
۳. خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش ۲ تا ۴ پایگاه سلامت (جمعیت بین ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر) براساس دسترسی مناسب مردم. این خدمات شامل موارد زیر می‌باشند:
 - خدمات پزشکی به موارد ارجاع شده از پایگاه سلامت،
 - خدمات پرستاری،
 - خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی،
 - خدمات مشاوره فعالیت بدنی،
 - خدمات مشاوره و ترک دخانیات،
 - خدمات مشاوره ترک اعتیاد و رفتارهای پرخطر،
 - خدمات سلامت روان،
 - مراقبت و پیگیری مبتلایان یا دارندگان عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و واگیردار هدف ارجاع شده از پایگاه‌های سلامت تحت پوشش و در صورت لزوم، ارجاع آنها به سطوح بالاتر،
 - خدمات سلامت محیط و حرفه ای
 - خدمات جلب مشارکت فعالانه جامعه در ارتقای سلامت خود، خانواده و جامعه، شیوه زندگی سالم، و خودمراقبتی (مطابق بسته خدمت مشارکت جامعه)

۴. **در صورت ضرورت** خدمات زیر نیز اضافه می‌شود:

- خدمت دندانپزشکی: بازای هر ۱۵۰۰۰ نفر، یک دندانپزشک؛
- خدمت آزمایشگاهی: ۱ تا ۴ نیروی آزمایشگاه (برای حاشیه شهرهای بزرگ وقتی آزمایشگاه مرکزی شهرستان وجود دارد فقط ۱ نفر نیروی آزمایشگاه در این مرکز وظیفه نمونه‌گیری و انتقال نمونه به آزمایشگاه مرکزی را به عهده خواهند داشت و پاسخ آزمایشات نیز باید در همین مرکز به مردم ارائه شود. چنانچه آزمایشگاه در مرکز سلامت جامعه مستقر باشد، این تعداد به ۴ نفر افزایش می‌یابد).

تبصره ۱: در صورت نیاز منطقه و پس از تصویب مرکز مدیریت شبکه و مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، خدمات اورژانس (با ۶ نفر نیروی تکنیسین فوریت‌ها) در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۵۰۰۰۰ نفر در مرکز سلامت جامعه منتخب، ارائه می‌گردد؛

تبصره ۲: اولویت کار پزشکان، مراقبت بیماری‌های غیرواگیر (NCD) و واگیردار هدف در جمعیت تحت پوشش مرکز، قبول ارجاعات از اعضای تیم سلامت و نظارت بر آنها می‌باشد (درکل باید تمام خدمات جاری مطابق بسته های خدمت را ارائه دهند). درضمن،

پزشکان وظیفه نظارت فنی بر نیروهای تیم سلامت مرکز و پایگاه‌های تحت پوشش را نیز برعهده دارند و نحوه کار آنها بر میزان دریافتی پزشکان تاثیر خواهد داشت.

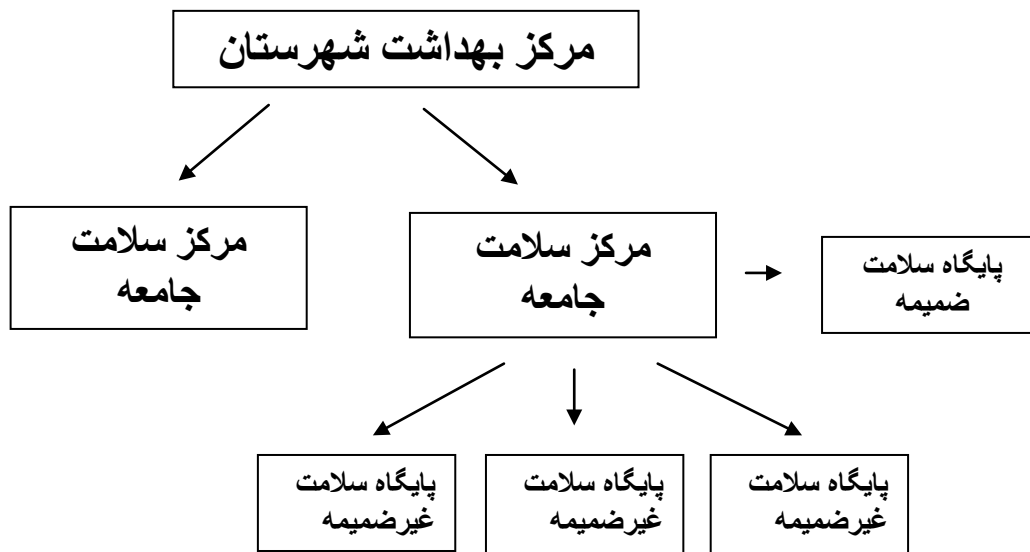
تبصره ۳: مدیریت اجرایی مراکز سلامت جامعه ترجیحاً با پزشک مرکز (دارای مدرک MPH) یا یک نفر دانش آموخته کارشناسی/ کارشناس ارشد رشته های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، و بهداشت عمومی می‌باشد. مدیر اجرایی هر مرکز علاوه بر کنترل امور عمومی داخل مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش، مسوولیت مدیریت سلامت منطقه را براساس بسته آموزشی به عهده دارد و در حیطه های زیر فعالیت خواهد داشت:

- مدیریت و نظارت اجرایی بر فعالیت‌های مرکز و پایگاه های سلامت تحت پوشش،
- تدوین برنامه زمانبندی موثر برای دریافت خدمات توسط مراجعین مرکز و پایگاه های سلامت تحت پوشش،
- پیگیری تهیه لیست اقلام موردنیاز دارویی، واکسن، مکمل‌های دارویی و تجهیزات موردنیاز مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش،
- نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی موردنیاز برای جمعیت هدف،
- فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز و پایگاه های سلامت تحت پوشش،
- نظارت بر تهیه شدن گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر،
- تنظیم فهرست مواد مصرفی و تهیه آنها از طریق مرکز بهداشت شهرستان،
- پیگیری تعمیر و بازسازی خرابی‌های فضای فیزیکی مرکز،
- تنظیم فهرست تجهیزات تعمیری و اسقاطی مرکز و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر
- مدیریت کلیه پرداخت‌ها، صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ...) و دستورهای مالی، تقسیم و تنظیم فعالیت‌ها و اعمال موازین انضباطی،
- مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز، تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان، آگاه بودن از اعتبار و بودجه سالانه مرکز و همکاری در مدیریت آن با نظر مرکز بهداشت شهرستان، ثبت و نگهداری مستندات مربوط به اعتبارات، شرح هزینه ها و کپی اسناد ارسال شده به مرکز بهداشت شهرستان
- جلب مشارکت کلیه کارکنان مرکز در شرح خدمات مرکز.

تبصره ۵: مسوول پذیرش و آمار باید کاردان آمار و مدارک پزشکی باشد که علاوه بر وظیفه پذیرش مراجعین، کار جمع آوری آمار و اطلاعات موردنیاز مدیر را هم انجام دهد. در صورت نبود این فرد، می‌توان از کاردان‌های بهداشتی/حسابداری/علوم کامپیوتر/ یا تکنیسین‌های موجود بهداشت خانواده و مبارزه با بیماریها پس از طی آموزش لازم درمورد شرح وظیفه خود، بهره جست.

تبصره ۶: مسوولیت فنی خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی مرکز سلامت جامعه و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش آن به عهده یکی از پزشکان مرکز به انتخاب رییس مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود و بابت این مسوولیت مبلغ ۴۰۰ هزار تومان ماهانه به حقوق وی اضافه می‌شود. به هر حال، مدیریت فنی تیم سلامت با پزشک مرکز است.

❖ **مرکز بهداشت شهرستان:** واحد مدیریتی مستقل برای مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق روستایی و شهری است. این مرکز تحت نظر مرکز بهداشت استان/حوزه فعالیت خواهد کرد. بطور معمول برای مجموع مناطق شهری و روستایی هر شهرستان، یک واحد در نظر گرفته می‌شود. در شهرهای پر جمعیت و کلانشهرها براساس فرمول $2R+U+P$ (مرکز سلامت جامعه روستایی = R، مرکز سلامت جامعه شهری = U، پایگاه سلامت = P) و ضوابط طرح‌های گسترش شبکه، تعداد مراکز بهداشت شهرستان افزایش می‌یابد. چنانچه بر اساس فرمول پیشگفت، تعداد مراکز بهداشت شهرستان بیش از یک واحد شود، هر مرکز باید تعداد مشخصی از مناطق شهرداری را در پوشش داشته باشد تا هماهنگی با این مناطق تسهیل گردد. اهم وظایف این مرکز شامل: مدیریت سلامت منطقه، برنامه ریزی آموزشی و پژوهشی، تامین و بکارگیری نیروی انسانی، و نظارت و ارزشیابی بر فعالیت واحدهای تحت پوشش می‌باشد.



ماده ۱۹: ستادهای عملیاتی شهرستان باید براساس ضوابط و پراکندگی جمعیت تحت پوشش این برنامه، در شهرستان نسبت به تهیه دفاتر طرح گسترش واحدها و نقشه‌های موردنیاز، اقدام نموده و به منظور تایید به ستاد اجرایی برنامه های تحول در حوزه بهداشت در دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی ارسال کنند. طرح‌ها پس از تایید این ستاد، باید برای بررسی و تصویب نهایی به مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد. شایان ذکر است بدون تصویب مرکز مدیریت شبکه، طرح‌های پیش‌گفت، قابلیت اجرایی نخواهند داشت.

ماده ۲۰: علاوه بر مراکز سلامت جامعه، مدیریت کلی برنامه همانند الگوی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. وظایف مرکز بهداشت شهرستان با استفاده و همکاری مراکز سلامت جامعه عبارتست از:

- سرشماری دوره ای از جمعیت تحت پوشش
- نیازسنجی سلامت مردم منطقه
- تضمین دسترسی به حداکثر خدمات پایه سلامت و تخصصی موردنیاز منطقه
- شناسایی واحدهای ارائه کننده خدمات اجتماعی و مراقبت‌های سلامت و تامین کنندگان فرآورده‌های سلامت (دارو، تجهیزات و لوازم پزشکی و ...) در منطقه
- تهیه و ارایه طرح گسترش شبکه ارائه خدمت در منطقه و ارائه به ستاد شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/دانشکده
- تهیه مسیر ارجاع افقی و عمودی و هدایت خدمت گیرندگان
- هماهنگی ارائه خدمات در شرایط فوریت‌های پزشکی و حوادث و سوانح طبیعت و انسان‌ساز
- تامین مستقیم خدمات سلامت به صورت سریایی و مراقبت روزانه در شرایط ویژه (در صورت حضور نداشتن واحدهای تشخیصی درمانی مورد تایید شبکه بهداشت شهرستان)
- مدیریت امور مالی
- مدیریت و پشتیبانی از ارائه دهندگان خدمات سلامت:
 - آموزش و توانمندسازی ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت
 - کمک به راه اندازی نظام مدیریت اطلاعات سلامت و پشتیبانی آن در واحدها
 - نظارت، پایش و ارزیابی بر عملکرد واحدها در شبکه ارائه دهندگان خدمات (اعم از دولتی و واگذار شده)

ماده ۲۱: مدیریت تمام واحد های واگذار شده به طرف قرارداد با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان، به عهده طرف قرارداد است.

فصل ۶: استانداردهای مورد نیاز

ماده ۲۲: طرف قرارداد باید فضای فیزیکی مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت و نیروی انسانی، به صورت زیر آماده نماید:

۱. استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با جمعیت تحت پوشش ۱۲۵۰۰ نفر حداقل ۱۰۰ متر مربع می باشد به نحوی که فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد:

- ✚ فضای کار کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده (۵ نفر). به منظور رعایت حریم شخصی مراجعین، حتماً بین مراقبین سلامت، پاراوان قرار داده شود
- ✚ فضای کار مامایی (اتاق دارای تخت ژنیکولوژی)
- ✚ فضای کار واکسیناسیون
- ✚ فضای برگزاری جلسات آموزش و توانمندسازی جامعه درموضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی و.. با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه.
- ✚ سالن انتظار
- ✚ فضای آبدارخانه
- ✚ فضای سرویس بهداشتی

- توصیه می‌شود محل استقرار پایگاه در طبقه همکف باشد.
- برای جمعیت‌های کمتر از ۸۰۰۰ نفر، فضای فیزیکی مورد نیاز به ۸۵ متر کاهش می یابد.
- در صورت نبود فضای فیزیکی مناسب در منطقه و تصویب مرکز بهداشت شهرستان می توان فضای کمتری را تایید کرد.

۲. استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای مرکز سلامت جامعه با جمعیت تحت پوشش ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر با پایگاه سلامت ضمیمه آن، حداقل ۱۸۰ متر مربع می باشد (در صورت ضرورت می‌تواند در ۲ ساختمان همجوار یا در دو طبقه باشد که پایگاه سلامت ضمیمه باید در طبقه اول مستقر شود) به نحوی که علاوه بر موارد مندرج در بند ۱، فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد:

- ✚ فضا برای پزشک
- ✚ فضا برای خدمات تغذیه
- ✚ فضا برای خدمات سلامت روان
- ✚ فضا برای خدمات محیط و کار
- ✚ فضا برای خدمت پرستاری
- ✚ اتاق مدیریت مرکز
- ✚ فضا برای پذیرش و آمار
- ✚ فضای برگزاری جلسات آموزش و توانمندسازی جامعه درموضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی و.. با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه به مقدار ۳ برابر فضای برگزاری جلسات آموزش پایگاه سلامت

- برای جمعیت های ۲۰ هزار نفر و کمتر، فضای فیزیکی مورد نیاز به حدود ۱۴۰ متر کاهش می‌یابد.
- در صورت نبود فضای فیزیکی مناسب در منطقه و تصویب مرکز بهداشت شهرستان می‌توان فضای کمتری را تایید کرد.
- فضای استاندارد لازم برای خدمات تشخیصی آزمایشگاهی، و دندانپزشکی در صورت لزوم تعیین می‌گردد.

ماده ۲۳: طرف قرارداد باید نیروی انسانی مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت براساس استاندارد نیروی انسانی به شرح زیر آماده نماید:

۱. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با جمعیت تحت پوشش ۱۲۵۰۰ نفر به قرار زیر می باشد:

۴ نفر (حداقل یک تا دو نفر از آنها باید ماما باشد)	• کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده:
۱ نفر	• کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده د:
۱ نفر	• خدمتگزار/نگهبان:

یادآوری:

- برای هر ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر یک کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده در نظر گرفته می‌شود.
- دانش آموخته مامایی هم در پایگاه سلامت تحت عنوان مراقب سلامت نامیده می‌شود.
- برای پایگاهی با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش ۵ مراقب سلامت در نظر گرفته می‌شود که باید حداقل دو نفر آنها دارای مدرک مامایی (برای ارائه خدمات مامایی به کل جمعیت و ۱ نفر مرد) باشند. برای جمعیت‌های ۸۰۰۰ نفر و کمتر، حداقل یکی از مراقبین سلامت باید ماما و ۱ نفر مرد باشد. در صورتیکه، سایرین ماما نباشند، جمعیت کمتری در اختیار مراقب سلامت با مدرک مامایی قرار می‌گیرد و ارائه خدمات مامایی به کل جمعیت نیز به وی محول می‌گردد.
- یک نفر مراقب سلامت مرد برای انجام وظایف بیرونی و مراقبت از بیماریهای واگیردار و ارائه خدمات به مردان بالای ۱۵ سال براساس بسته های خدمت و تکمیل فرم مربوط و قراردادن آنها در پرونده خانوار (برآورد میشود که از ۱۲۵۰۰ نفر حدود ۴۷۰۰ نفر جمعیت مردان بالای ۱۵ سال باشند. با توجه به یک بار مراجعه این گروه در سال، حجم کار برای یک نفر کفایت).

۲. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای مرکز سلامت جامعه با جمعیت تحت پوشش ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر علاوه بر موارد مندرج در بند ۱ این ماده، به قرار زیر می باشد:

۱ نفر	• مدیر اجرایی مرکز:
۲ تا ۳ نفر	• پزشک:
۱ نفر	• کارشناس/کارشناس ارشد تغذیه و رژیم درمانی:
۱ نفر	• کارشناس/کارشناس ارشد سلامت روان:
۱ تا ۳ نفر	• دندان پزشک (چنانچه امکان خرید خدمت از بخش خصوصی موجود نباشد):
۱ نفر	• کاردان/کارشناس علوم آزمایشگاهی (نمونه گیر)
۱ نفر	• بهیار/ پرستار
۱ نفر	• پذیرش و آمار
۲ تا ۴ نفر	• کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار
۱ نفر	• سرایدار/خدمتگزار

فصل ۷: آموزش

ماده ۲۴: بسته آموزشی برای آموزش کاردندان/کارشناسان بهداشتی (شامل: بهداشت عمومی، خانواده و مبارزه با بیماری‌ها، پرستار و ماما) به منظور تبدیل آنان به کاردان/کارشناس چندپیشه به عنوان "کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده" توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ارائه می‌شود.

تبصره ۱: تمام پرسنل شاغل در پایگاه‌های سلامت و مراکز سلامت جامعه باید تحت بازآموزی حین خدمت، قرار گیرند.

تبصره ۲: مدیران و کارشناسان سطوح ملی و دانشگاهی/دانشکده ای پیش از اجرای برنامه، توسط مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید مورد آموزش قرار گرفته و توجیه شوند.

ماده ۲۵: رییس مرکز بهداشت شهرستان با مشارکت مرکز آموزش بهورزی شهرستان موظف به برگزاری دوره‌های آموزشی مطابق بسته آموزشی مذکور در ماده ۲۳ می‌باشد.

تبصره ۱: ضرورت دارد تمام نیروهای درگیر در این برنامه، قبل از شروع خدمت، آموزش‌های پیش نیاز برای ورود به عرصه خدمت را دریافت نمایند. دریافت گواهی مرحله اول پایان موفقیت آمیز دوره، شرط صدور مجوز برای همکاری خواهد بود. به منظور استمرار قرارداد بعد از ۳ ماه از آغاز فعالیت، باید گواهی مرحله تکمیلی آموزش پرسنل ارائه شده باشد. هزینه دوره آموزشی برای بار اول، رایگان می‌باشد و در صورت تکرار، هزینه آن به عهده طرف قرارداد (پیمانکار) است (فرمت گواهینامه در پیوست شماره ۲ آمده است).

تبصره ۲: چنانچه فرد آموزش دیده و دارای گواهینامه به هر دلیل، مشغول به کار نشود و پیمانکار فرد دیگری را جایگزین و معرفی کند، تکرار آموزش برای این فرد، رایگان نخواهد بود و پیمانکار موظف به پرداخت هزینه آموزش (براساس محاسبه معاونت بهداشت دانشگاه) می‌باشد.

تبصره ۳: چنانچه فردی که برای بار اول به منظور آموزش و اخذ گواهینامه از سوی پیمانکار معرفی می‌شود، در طی دوره آموزشی موفق به اخذ گواهینامه نگردد (علمی، غیبت، گزینش و ...) آموزش فرد جدید معرفی شده، رایگان نخواهد بود.

ماده ۲۶: فهرست عناوین آموزشی به شرح جدول ذیل این ماده می‌باشد. مرکز آموزش بهورزی شهرستان مکلف است براساس زمان در اختیار و نیز منابع آموزشی و زیرساخت‌های در دسترس، اقدام به اولویت‌بندی مطالب آموزشی نماید. در این زمینه‌ها توجه به مطالب زیر اهمیت دارد:

۱. برآورد زمان و تنظیم سیاست‌ها و شیوه‌های اجرای آموزش براساس منابع آموزشی، زیرساخت‌ها و زمان در دسترس
۲. تهیه بسته‌های اختصاصی آموزش برای خدمات ویژه به دانشگاه‌ها/دانشکده‌ها سفارش داده می‌شود و توسط گروه‌های فنی و تخصصی معاونت بهداشت با هماهنگی مرکز مدیریت شبکه تدوین و ابلاغ می‌گردند.

برآورد زمان آموزش مورد نیاز اعضای تیم سلامت بر اساس عنوان کلی (سرفصل آموزشی)			
جمع	ساعت آموزش غیر حضوری	ساعت آموزش حضوری	عنوان کلی (سرفصل آموزشی)
۱۳۰	۱۲۰	۱۰	مباحث مقدماتی، شناخت شبکه و پیش نیاز
۹۰	۷۵	۱۵	سلامت کودکان
۷۰	۶۲	۸	سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس
۷۰	۶۲	۸	سلامت میانسالان
۷۰	۶۲	۸	سلامت سالمندان
۹۰	۸۰	۱۰	باروری سالم و مادران
۳۵	۲۵	۱۰	سلامت محیط و کار
۱۲۰	۷۵	۴۵	بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر و سلامت روان
۱۰	۶	۴	سلامت دهان و دندان
۱۷	۱۲	۵	تغذیه
۲۰	۱۰	۱۰	کمک‌های اولیه و ایمنی در خدمات
۲۰	۱۰	۱۰	برخورد با شکایت‌های شایع
۲۸	۲۴	۴	آموزش و جلب مشارکت فعالانه جامعه در موضوع شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی
۷۲۵	۵۷۸	۱۴۷	جمع

آموزش مراقبین سلامت در دو مرحله انجام می‌شود. مرحله اول: موضوعات آموزشی مباحث مقدماتی، سلامت کودکان، سلامت نوجوانان، جوانان و مدارس، سلامت میانسالان، سلامت سالمندان، باروری سالم و مادران؛ و آموزش سایر موضوعات در مرحله دوم ارائه می‌گردد. اخذ گواهی مرحله اول برای شروع به کار ضروری است.

توجه:

- تمام نیروهای شاغل دولتی در پایگاه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی شهری با عناوین ماما، کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده و کاردان یا کارشناس بیماری‌ها نیز باید کل دوره آموزشی مراقب سلامت را طی کنند و گواهینامه های مرحله اول و تکمیلی را دریافت نمایند.
- پزشکان، کارشناسان تغذیه، کارشناسان سلامت روان (مشاورین) و سایر نیروهای شاغل در پایگاه‌های سلامت و مراکز سلامت جامعه در مناطق شهری و حاشیه نیز باید دوره آموزشی مربوط به خود را گذرانده و گواهینامه دریافت کنند.

فصل ۸: نظام ارجاع

ماده ۲۷: رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است با همکاری و هماهنگی معاون بهداشت و رییس مرکز بهداشت شهرستان، و رییس بیمارستان عمومی شهرستان یا نزدیک‌ترین بیمارستان، خدمات تشخیصی، مراقبتی و درمانی سرپایی عمومی و تخصصی و بستری مورد نیاز را برای جمعیت تحت پوشش فراهم کند.

تبصره ۱: کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده شاغل در پایگاه‌های سلامت، افرادی که مطابق بسته خدمات سلامت، نیازمند ارجاع هستند را به مراکز سلامت جامعه ارجاع خواهند داد.

تبصره ۲: خدمات تخصصی موردنیاز (سرپایی و بستری) از طریق طراحی زنجیره ارجاع توسط رییس شبکه بهداشت و درمان شهرستان و معاون درمان دانشگاه/دانشکده، هماهنگی با بیمارستان‌های عمومی و تخصصی شهرستان/ استان/ قطب و ملی فراهم می‌شود.

تبصره ۳: بیمارستان باید نسبت به مشخص نمودن فرآیند پذیرش بیماران ارجاع شده از طریق نظام ارجاع اقدام و گردش کار را در پذیرش و در محل مناسب و قابل دید، نصب کند.

ماده ۲۸: بیماران نیازمند به خدمات بستری همانند سایر مردم می‌توانند با دریافت فرم ارجاع، از خدمات ارائه شده در طرح تحول سلامت در حوزه درمان استفاده کنند.

ماده ۲۹: برگه ارجاع باید توسط پزشک شاغل در مرکز سلامت جامعه و قبل از مراجعه بیمار به بیمارستان تکمیل شده باشد. بدیهی است که دستور بستری با نظر متخصص مقیم بیمارستان انجام می‌گیرد. پس از ترخیص، خلاصه پرونده از طرف بیمارستان باید برای پزشک ارسال شود. در موارد اورژانس نیازمند به بستری، برگه ارجاع می‌تواند بعد از بستری از پزشک اخذ شود.

تبصره: چنانچه خلاصه پرونده بیمار توسط بیمارستان به پایگاه/ مرکز ارسال نشود، مراتب باید از طریق مدیر پایگاه/ مرکز به مرکز بهداشت شهرستان اعلام گردد تا پیگیری شود.

ماده ۳۰: پزشک ارجاع دهنده باید بیماران ارجاع شده به سطوح بالاتر را تا انتهای درمان بیمار، پیگیری کند. بیمارانی که بصورت فوری ارجاع می‌شوند ظرف مدت **۲۴ ساعت**، توسط پزشک و مراقب سلامت خانواده پیگیری می‌شوند. در صورت ارجاع غیرفوری این کار در طول یک هفته بعد از ارجاع انجام می‌شود.

تبصره ۱: بیمارستان یا سایر واحدهای تخصصی باید اقدامات لازم را درمورد تکمیل بخش بازخورد برگه های ارجاع ارائه شده براساس دستورعمل اجرایی، انجام دهند. پرداخت تشویقی به متخصصینی که ارجاعات را از سوی پزشکان عمومی شاغل در مراکز سلامت جامعه می‌پذیرند و بازخورد ارائه می‌دهند، مطابق با دستورعمل معاونت درمان و بیمه طرف قرارداد می‌باشد.

تبصره ۲: شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است درمورد امکان استفاده از خدمات ارجاع به ساکنین این مناطق اطلاع‌رسانی کند.

ماده ۳۱: هر بیمار بنا به تشخیص خود می‌تواند به عنوان بیمار اورژانسی به بیمارستان مراجعه نماید. تشخیص اورژانس بودن با مسوول یا پزشک اورژانس بیمارستان است.

فصل ۹: نظام اطلاعات سلامت

ماده ۳۲: برای طراحی و اجرای نظام اطلاعات سلامت که مبتنی بر محیط الکترونیک و بسته های خدمات تعریف شده باشد، تمامی مشخصات سخت افزاری، نرم افزاری، زیرساخت شبکه ارتباطی، استانداردها، قوانین و مقررات، آموزش و فرهنگ سازی توسط ستاد کشوری انجام و ابلاغ می شود.

تبصره: به منظور تبادل اطلاعات و تشکیل بانک داده‌ها در سطوح دانشگاهی/دانشکده ای و ملی، ضروری است در طراحی نظام اطلاعات سلامت، استانداردهای مورد نیاز مطابق سامانه پرونده الکترونیک سلامت مورد تایید و بسته های خدمات ابلاغی رعایت گردد.

ماده ۳۳: معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید نسبت به طراحی و استقرار نظام اطلاعات سلامت الکترونیک با تشکیل کارگروه ویژه و مشارکت ذی‌نفعان از جمله مراکز/ دفاتر تخصصی معاونت بهداشت، معاونت درمان، دفتر مدیریت آمار و فن‌آوری اطلاعات معاونت توسعه و مدیریت منابع اقدام کند.

تبصره: تا زمان فراهم شدن نظام اطلاعات سلامت الکترونیک، روش فعلی (کاغذی) مورد عمل خواهد بود.

ماده ۳۴: ستاد کشوری هماهنگی و اجرایی برنامه موظف است در طراحی و اجرای پرونده الکترونیک سلامت از حداکثر تجربیات و ظرفیت های فنی و اجرایی بخش دولتی و غیردولتی کشور از جمله: بخش خصوصی، سامانه سپاس، سامانه خدمات سلامت ایرانیان، برنامه ساختار شبکه (HNIS^{۱۴})، پورتال معاونت های بهداشت و درمان، سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی و شبکه ملی سلامت (شمس^{۱۵}) استفاده کند و نظام یکپارچه اطلاعات واحد های ارایه خدمات سلامت را براساس استانداردهای تعریف شده ۱۳۶۰۶ در سپاس مستقر نماید.

ماده ۳۵: ستاد هماهنگی و اجرایی دانشگاه/دانشکده موظف است مطابق چارچوب های گردآوری و تحلیل اطلاعات سلامت ابلاغی از سوی ستاد کشوری، گزارشات کتبی لازم را تهیه و ارسال کند و حداکثر تا پایان مهر ماه سال ۱۳۹۴ دستورعمل استقرار نظام اطلاعات سلامت را اجرا کند بطوریکه اطلاعات مورد نیاز از طریق سامانه یکپارچه قابلیت انتقال داشته باشد و در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ مبنای نظارت و پرداخت ها قرار گیرد.

ماده ۳۶: ستاد کشوری هماهنگی و اجرایی موظف است نسبت به تامین و تخصیص منابع مالی لازم برای استقرار دستورعمل نظام اطلاعات سلامت توسط ستاد هماهنگی و اجرایی دانشگاه/دانشکده اقدام نماید.

^{۱۴} Health Network Information System

^{۱۵} راه اندازی شبکه ملی سلامت یکی از تکالیف وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات بر اساس ماده ۴۶ قانون پنجم توسعه است که زیرساخت ارتباطی را میان مراکز بهداشتی، تشخیصی و درمانی سراسر کشور و برقراری ارتباط میان این مراکز ممکن می‌کند. همچنین تبادل اطلاعات به صورت الکترونیکی و ارائه خدمات الکترونیکی سلامت در کشور از طریق این شبکه فراهم می‌شود.

فصل ۱۰: پایش و ارزشیابی

ماده ۳۷: به منظور تضمین کیفیت خدمات ارائه شده در واحدهای ارائه خدمات سلامت و رعایت مفاد قرارداد از طرف ارائه دهندگان خدمت، لازم است استانداردهای خدمات و چک لیست‌های مربوطه براساس بسته های خدمات تعریف شده، تهیه و تدوین گردد. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری مراکز/دفاتر تخصصی معاونت بهداشت و معاونت درمان نسبت به تهیه و تدوین چک لیست‌های پایش خدمات براساس شرح وظیفه هر فرد، به انضمام بسته آموزشی موردنیاز آن برای سطوح دانشگاه و شهرستان اقدام و ظرف دو ماه از تاریخ ابلاغ این دستورعمل آن را به دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی ارسال نماید.

ماده ۳۸: انجام پایش دوره ای از عملکرد ارائه‌دهندگان خدمت هر سه ماه یکبار توسط تیم نظارتی شبکه بهداشت درمان شهرستان (ستاد عملیاتی شهرستان) صورت خواهد گرفت. این پایش در پرداخت و ادامه همکاری طرف قرارداد موثر است که در فصل پرداخت به آن اشاره می‌شود.

ماده ۳۹: دانشگاه/دانشکده موظف است به منظور فراهم نمودن داده های پایه^{۱۶} از وضعیت سلامت و عوامل موثر بر آن و ارزشیابی دوره ای آن در مناطق موردنظر، نسبت به ارزیابی سریع در مناطق مذکور، همچنین اجرای پیمایش مورد نیاز در این خصوص اقدام نماید. بدیهی است با توسعه نظام اطلاعات سلامت که در فصل ۹ جزئیات آن ارائه شده است، لازم است ارزشیابی های مستمر / دوره ای سلامت جمعیت این مناطق براساس داده های حاصل از نظام مذکور صورت گیرد.

تبصره: ضرورت دارد مرکز مدیریت شبکه ضمن تدوین طرح پیمایش ارزیابی سریع سلامت و عوامل موثر بر آن در مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه‌های غیررسمی و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و سایر مناطق شهری، نسبت به طراحی بسته اجرایی و آموزشی مربوط اقدام نماید و دانشگاه به صورت دوره‌ای (دوره ۲ یا ۳ ساله) پیمایش آن را اجرا کند.

ماده ۴۰: سطوح پایش و ارزشیابی به قرار زیر خواهد بود:

• **پایش و ارزشیابی برنامه در سه سطح در نظر گرفته شده است:**

۱ - پایش و ارزشیابی توسط مرکز بهداشت شهرستان بر:

- ✓ پایگاه سلامت
- ✓ مرکز سلامت جامعه
- ✓ کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
- ✓ گیرنده گان خدمت سلامت (جامعه)

۲ - پایش و ارزشیابی توسط مرکز بهداشت استان یا معاونت بهداشتی بر:

- ✓ مرکز بهداشت شهرستان
- ✓ پایگاه سلامت
- ✓ مرکز سلامت جامعه
- ✓ کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
- ✓ گیرنده گان خدمت سلامت (جامعه)

۳ - پایش و ارزشیابی توسط مرکز مدیریت شبکه یا معاونت بهداشت وزارت متبوع بر:

- مرکز بهداشت استان
- مرکز بهداشت شهرستان
- پایگاه سلامت
- مرکز سلامت جامعه
- کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
- گیرنده گان خدمت سلامت (جامعه)

• **بسته های پایش و ارزشیابی**

چهار بسته برای پایش و ارزشیابی برنامه به ترتیب زیر وجود دارد:

۱. بسته ارزشیابی توسط مرکز مدیریت شبکه یا معاونت بهداشت
۲. بسته ارزشیابی توسط دانشگاه / دانشکده
۳. بسته های ارزشیابی و خودارزیابی توسط مرکز بهداشت شهرستان
۴. بسته خودارزیابی کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت

• **فهرست ابزارهای پایش و ارزشیابی (پیوست)**

۱. چک لیست اطلاعات عمومی واحدهای ارائه دهنده خدمت
۲. چک لیست مشاهده واحدهای ارائه دهنده خدمت
۳. چک لیست برقراری ارتباط موثر
۴. چک لیست مستندات واحدهای ارائه دهنده خدمت (بررسی مدارک ثبت شده)
۵. چک لیست مصاحبه با گیرندگان خدمت
۶. چک لیست های خودارزیابی
۷. چک لیست بررسی دفترچه های بیمه و نسخ بیماران براساس راهنماهای طراحی شده
 - راهنماهای تشخیصی
 - راهنماهای درمانی
۸. چک لیست بررسی شاخص های سلامت در حاشیه شهر
۹. چک لیست بررسی آموزش شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی و جلب مشارکت فعالانه فرد، خانواده و جامعه

❖ **اعضای تیم پایش و ارزشیابی مرکز سلامت جامعه**

الف) عمومی

کارشناسی از هر برنامه از مرکز بهداشت شهرستان، عملکرد تیم سلامت مرکز بهداشتی درمانی / مرکز سلامت جامعه را پایش می نمایند.

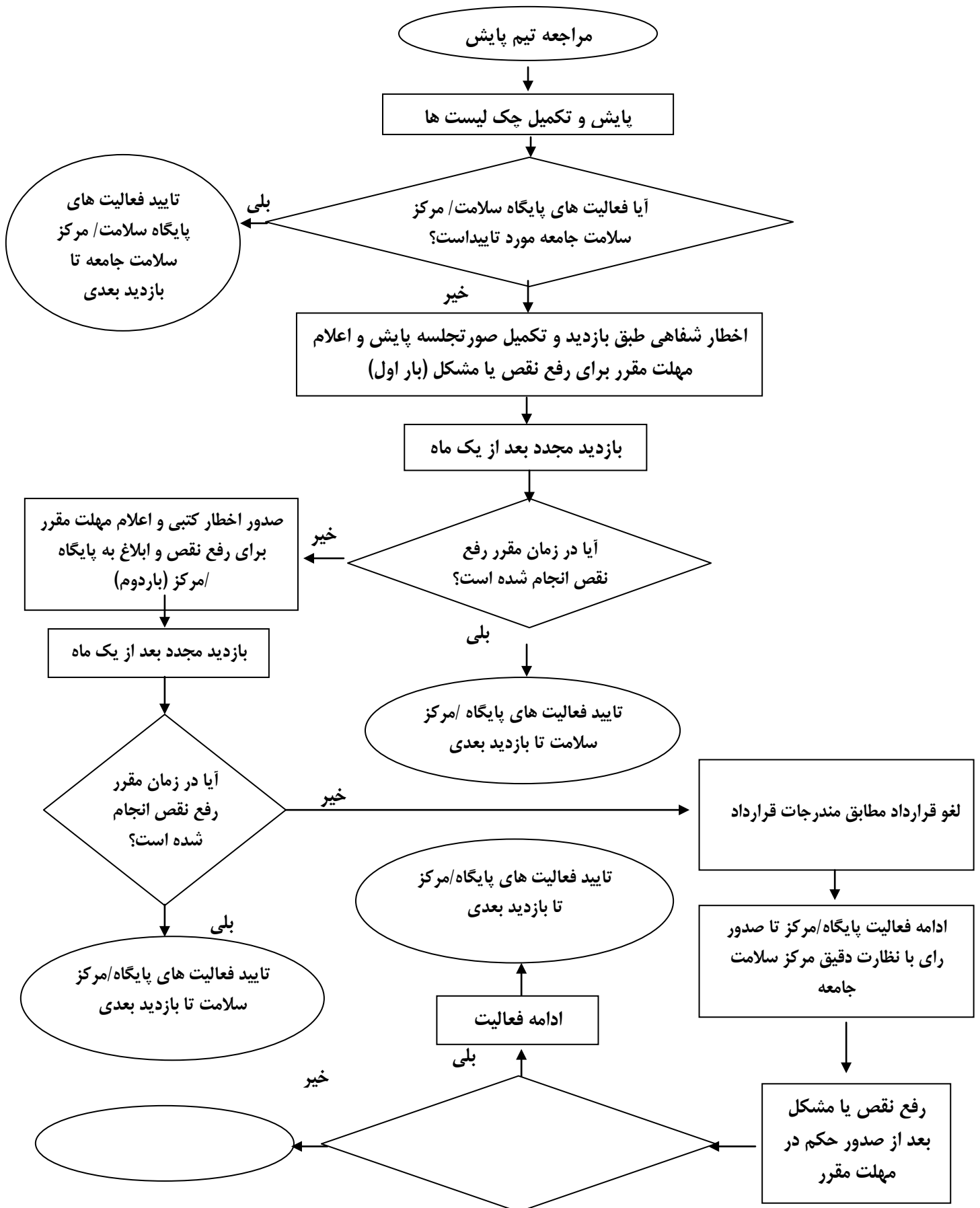
ب) تخصصی

برآورد می شود تکمیل چک لیستها توسط یک تیم ۲ تا ۳ نفره، یک روز کاری به طول انجامد.

❖ توالی انجام پایش

۱. چک لیست خودارزیابی شامل بررسی مهارت و آگاهی سنجی برای هر یک از اعضای تیم سلامت در بدو استخدام هر نیروی جدید، تکمیل می شود و در فواصل سالانه تکرار می گردد.
۲. ابزارهای پایش خدمات - فعلاً هر ۳ ماه یکبار تکمیل می شود.
۳. براساس نتایج انجام پایش و ارزشیابی، مداخله مناسب برای رفع مشکلات موجود صورت می گیرد.

فرآیند پایش پایگاه / مرکز سلامت جامعه توسط مرکز بهداشت شهرستان (هر ۳ ماه یک بار)



فصل ۱۱: نحوه خرید خدمات سلامت^{۱۷}

ماده ۴۱: فرآیند برون‌سپاری خدمات سلامت به شرح زیر خواهد بود:

۱. اعلام فراخوان عمومی در سطح استان/ شهرستان
۲. ابلاغ انتظارات، اهداف و شاخص‌های مورد انتظار از ارائه‌دهندگان خدمت به آنان مطابق چارچوب ابلاغی از سطح ملی در سطح استان/ شهرستان توسط معاون بهداشت
۳. دریافت مدارک و مستندات متقاضیان و سپس مذاکره با ایشان برای توجیه شرایط و ضوابط همکاری در سطح استان/ شهرستان
۴. اعتبارسنجی و انتخاب داوطلبان ارائه خدمات که معتبر شناخته شده اند در سطح استان/ شهرستان
۵. برگزاری مناقصه محدود/ترک تشریفات مناقصه توسط دانشگاه/دانشکده
۶. آموزش و توجیه برندگان مناقصه توسط ستاد عملیاتی شهرستان
۶. برنده مناقصه باید نیروی انسانی واجد شرایط ارائه خدمت مندرج در این دستور عمل را برای گذراندن دوره آموزشی به معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده/شهرستان معرفی نماید. این آموزش از طریق مرکز آموزش بهورزی شهرستان انجام می‌شود. شرط انعقاد قرارداد و شروع بکار برنده مناقصه، موفقیت نیروی انسانی معرفی شده در گذراندن مرحله اول دوره آموزشی است.
۷. انعقاد قرارداد با برنده مناقصه پس از تایید صلاحیت‌های مندرج در این دستورعمل، توسط رییس شبکه بهداشت شهرستان دانشگاه/دانشکده
۸. پایش و بررسی و تحلیل عملکرد هر یک از مراکز ارائه خدمات و تعیین شرایط پرداخت به آن‌ها براساس شاخص‌های ارزیابی عملکرد و در چارچوب این دستور عمل توسط ستاد عملیاتی شهرستان
۹. تمامی قراردادهای برای سال اول، سالانه (تا پایان سال مالی) تنظیم می‌شود ولی در سالهای بعد، در صورت توافق و رضایت از عملکرد، برای ۳ تا ۵ سال قابل تمدید و تعدیل هستند.

۱۰. نمونه قرارداد باید براساس مندرجات و استانداردهای این دستورعمل و بر مبنای آیین نامه مالی معاملاتی دانشگاههای علوم پزشکی توسط معاونت توسعه دانشگاه تهیه گردد.

ماده ۴۲: دستور پرداخت با امضای رییس شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می باشد.

- تبصره ۱:** در صورت عقد قرارداد بیش از یک سال، باید تورم سالیانه اعلام شده توسط بانک مرکزی، بوسیله کارفرما مدنظر قرارگیرد.
- تبصره ۲:** در صورت توقف ارائه خدمات مورد تعهد براساس قرارداد، باید بلافاصله به طرف قرارداد اخطار داده شود و در صورت توجه نکردن به اخطار داده شده، خسارتی به میزان ۶٪ مبلغ قرارداد ماهانه بازای هر روز توقف ارائه خدمات از طرف قرارداد اخذ شود.
- تبصره ۳:** در صورت افزایش بسته خدمت در طول مدت قرارداد، طرف پیمانکار موظف به اجرای آن می‌باشد. چنانچه افزایش خدمت منجر به افزایش نیروی انسانی گردد، باید در مبلغ متمم قرارداد منظور شود.
- تبصره ۴:** مواد و ملزومات مصرفی به شرح زیر توسط مرکز بهداشت شهرستان و بصورت رایگان در اختیار طرف قرارداد گذاشته می‌شود. لذا، در محاسبه سرانه خدمت منظور نخواهند شد.
- آخرین نسخه فرم‌ها و دفاتر، مورد استفاده در پایگاه و مرکز سلامت جامعه

^{۱۷} براساس مصوبه هیات وزیران در جلسه ۲۰/۱/۱۳۹۳ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و به استناد بند (ز) ماده (۳۸) قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

خرید راهبردی خدمات: جستجوی مستمر روش‌هایی برای ارتقای عملکرد نظام سلامت از طریق تصمیم‌گیری در خصوص ترکیب بسته مزایا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگی خرید و قیمت‌گذاری خدمات و تعیین افراد تحت پوشش و یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای رساندن عملکرد نظام سلامت به حداکثر مطلوبیت.

- واکسن، ملزومات موردنیاز ایمن‌سازی، سلامت باروری، داروهای مراقبت بیماری‌ها و مکمل‌های دارویی، ملزومات استریلیزاسیون در مراقبت‌های مامایی و ... مورد نیاز برحسب گروه‌های سنی و جنسی تحت پوشش هر پایگاه/مرکز سلامت جامعه
- مطالب آموزشی مورد نیاز برای اجرای برنامه خودمراقبتی و بسته خدمت مربوط به آن

ماده ۴۳: براساس قانون، مراقبت‌های اولیه سلامت باید بطور رایگان به مردم ارائه شود. بهای این خدمات به صورت سرانه و از محل منابع عمومی دولتی به طرف قرارداد و براساس نتایج ارزیابی عملکرد پرداخت می‌گردد. هیچگونه وجهی در پایگاه‌های سلامت نباید از مراجعه کننده اخذ گردد.

ماده ۴۴: ۸۰ درصد مبلغ قرارداد از ۲۸ هر ماه تا حداکثر ۱۰ ماه بعد بصورت علی‌الحساب به طرف قرارداد پرداخت می‌شود. ترتیب این کار مطابق چارچوب قراردادی است که توسط دفتر حقوقی اعلام می‌گردد. ۲۰ درصد باقی‌مانده پس از پایش کمی و کیفی عملکرد طرف قرارداد به ترتیبی که در ذیل این ماده آمده است، هر ۳ ماه یکبار پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: نحوه پرداخت ۲۰٪ باقیمانده در پایان سه ماه براساس نتیجه ارزشیابی فصلی به قرار زیر است:

- نتیجه ارزشیابی بین ۹۰ تا ۹۵ از ۱۰۰ کل ۱۰۰٪ از ۲۰٪ باقیمانده پرداخت می‌شود
- هر ۱ امتیاز کمتر از ۹۰ ۵٪ از ۲۰٪ باقیمانده کسر می‌گردد
- هر ۱ امتیاز بیشتر از ۹۵ ۵٪ از ۲۰٪ باقیمانده اضافه می‌شود
- در صورتیکه نتیجه ارزیابی زیر ۷۰ باشد، علاوه بر کسر پول باقیمانده براساس گزینه فوق، همزمان به طرف قرارداد تذکر کتبی داده می‌شود و در صورت تکرار امتیاز کمتر از ۷۰ در فصل بعد (سه ماهه)، قرارداد لغو می‌گردد.

تبصره ۲: در صورت لغو قرارداد به دلیل عملکرد ضعیف، طرف قرارداد موظف به پرداخت خسارت براساس مفاد قرارداد است.

تبصره ۳: شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است به هنگام بستن قرارداد، تضمین‌های لازم برای قرارداد را مطابق چارچوب تعیین شده در قرارداد اخذ نماید.

تبصره ۴: معادل ۸۰٪ حقوق کارکنان باید در پایان هرماه توسط پیمانکار طرف قرارداد پرداخت گردد و ۲۰٪ مابقی براساس نتیجه پایش عملکرد خود فرد و مجموعه تحت پوشش وی هر سه ماه یکبار، با شیوه مطرح شده در تبصره ۱ ماده ۴۴ قابل پرداخت است و مرکز بهداشت شهرستان باید برنحوه پرداخت، نظارت داشته باشد. جدول پرداختی برحسب مدرک تحصیلی و نوع کار هر فرد بر مبنای قانون کار در این دستورعمل آمده است.

ماده ۴۵: پرداخت بازای خدمات دارویی، آزمایشگاه و رادیولوژی فعلا بصورت معمول (پرداخت بازای خدمت " FFS ") و به شرط تجویز پزشک یا مامای کارشناس، توسط سازمان‌های بیمه گر و گیرندگان خدمات به صورت فرانشیز انجام می‌شود.

ماده ۴۶: نظام پرداخت مدیریتی و نظارتی در سطوح مختلف این برنامه که منابع آن از محل سرانه مدیریتی تامین شده است، توسط ستاد ملی تهیه و پس از تصویب و تایید وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ خواهد شد.

فصل ۱۲: اعتبار موردنیاز و پرداخت

این فصل جداگانه ارسال می‌شود. لزومی ندارد فصل اعتبارات در اختیار همه قرار گیرد و بویژه در مناقصه نباید در اختیار باشد.

پیوست‌ها:

پیوست شماره ۱: گردش کار تشکیل پرونده خانوار و نحوه ارجاع



پیوست شماره ۲: فرمت گواهینامه مرحله اول و مرحله تکمیلی آموزش نیرو

پیوست شماره ۳: شرح وظایف کارکنان

شرح وظایف مراقب سلامت در تیم سلامت:

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
۳. شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت در منطقه
۴. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
۵. تشکیل پرونده و ثبت دفاتر، فرم‌ها و... براساس شرح خدمات
۶. ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش براساس شرح خدمات
۷. آموزش و توانمندسازی جامعه براساس برنامه‌ها و دستورعمل‌های ابلاغی
۸. مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته‌های خدمت گروه‌های هدف
۹. غربالگری افراد براساس شرح خدمات
۱۰. پیگیری مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر
۱۱. ارجاع مراجعه کننده به سطح بالاتر در صورت لزوم براساس راهنمای اجرایی و بالینی و ارائه خدمات موردنیاز برای مراجعه کننده براساس پس خوراند دریافتی از سطوح بالاتر
۱۲. پیگیری موارد ارجاع شده
۱۳. دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
۱۴. بررسی سلامت محیط و توصیه‌های لازم براساس دستورعمل‌های ابلاغی
۱۵. ثبت و گزارش‌دهی صحیح، دقیق و بهنگام براساس فرم‌ها، دستورعمل‌ها و تکالیف محوله
۱۶. سرشماری کارگاه‌های منطقه تحت پوشش و مجتمع‌های کارگاهی

شرح وظایف کارشناس تغذیه در تیم سلامت

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
۳. انجام مطالعات میدانی و شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت تغذیه ای در منطقه (شناسایی فاکتورهای خطر مانند اضافه وزن و چاقی، لاغری، کم خونی، افزایش مصرف نمک، کمبود مصرف کلسیم و ویتامین D، افزایش مصرف روغن و ...)
۴. تدوین برنامه های مداخله ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای شناسایی شده در منطقه
۵. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر وجود عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
۶. انجام برنامه های موجود در بسته خدمت ابلاغی
۷. تجویز مکمل‌های غذایی (اسید فولیک، مولتی ویتامین، آهن) در موارد لزوم یا مطابق برنامه کشوری برای گروه‌های خاص
۸. آموزش به بیماران و موارد ارجاع شده
۹. اجرای برنامه‌های آموزشی گروهی
۱۰. نظارت بر برنامه‌های تغذیه ای شامل مکمل‌یاری، پایگاه‌های تغذیه سالم
۱۱. تنظیم رژیم غذایی برای بیماران یا افرادی که تغذیه ناسالم دارند
۱۲. شناسایی بیماران فشار خون بالا، دیابت، پوکی استخوان و اختلالات چربی خون، هیپوتیروئیدی، فنیل‌کتونوریا
۱۳. پیگیری درمان و اصلاح تغذیه بیماران فشار خون بالا، دیابت، پوکی استخوان و اختلالات چربی خون، هیپوتیروئیدی، و فنیل‌کتونوریا
۱۴. نظارت بر فروشگاه‌های عرضه مواد غذایی و پایش نمک‌های خوراکی به صورت موردی با همکاری کارشناس بهداشت محیط
۱۵. نظارت بر برنامه‌های تغذیه در مدارس شامل مکمل‌یاری، پایگاه‌های تغذیه سالم و مشارکت در برنامه‌های آموزشی تغذیه
۱۶. مشارکت در فعالیت‌های اجتماع محور (حمایت‌های تغذیه‌ای و توانمندسازی خانوارهای نیازمند، برگزاری جشنواره‌ها، مشارکت در برگزاری مناسبت‌های مختلف و..)
۱۷. عضویت در شورای اجتماعی محلات، مشارکت در برنامه های آموزشی فرهنگسرای محله و ..
۱۸. نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیت‌های مرتبط با غذا و تغذیه در پایگاه های سلامت تحت پوشش
۱۹. قبول ارجاعات از مراقبین سلامت در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش و ارائه پس خوراند
۲۰. ارجاع موارد براساس بسته خدمت به پزشک مرکز

شرح وظایف کارشناس سلامت روان در تیم سلامت

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
۳. انجام مطالعات میدانی و شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت روانی در منطقه (مانند مصرف دخانیات، سوء مصرف مواد مخدر، مصرف مشروبات الکلی، خشونت خانگی، بیکاری، میزان سواد و....)
۴. تدوین برنامه‌های مداخله‌ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای شناسایی شده در منطقه
۵. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر وجود عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
۶. انجام برنامه‌های موجود در بسته خدمت ابلاغی
۷. آموزش‌های خود مراقبتی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۸. آموزش مهارت‌های فرزندپروری
۹. آموزش مهارت‌های زندگی
۱۰. غربالگری تکمیلی در سوء مصرف مواد، مداخله مختصر و پیگیری
۱۱. خدمات روانی-اجتماعی در درمان سوء مصرف کنندگان مواد
۱۲. آموزش‌های روانشناختی کاهش آسیب اعتیاد در مدارس
۱۳. آموزش‌های روانشناختی به بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی (غیرسایکوز)
۱۴. آموزش گروهی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک
۱۵. آموزش گروهی بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک
۱۶. ویزیت در منزل بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک (در صورت لزوم و با همراهی مراقب سلامت مرد)
۱۷. پیشگیری از خودکشی
۱۸. مشاوره‌های عمومی
۱۹. عضویت در شورای اجتماعی محلات، مشارکت در برنامه‌های آموزشی فرهنگسرای محله و ..
۲۰. غربالگری تکمیلی سلامت اجتماعی
۲۱. ارائه حمایت‌های روانی-اجتماعی به بزرگسالان
۲۲. ارائه حمایت‌های روانی اجتماعی به کودکان
۲۳. نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیتهای مرتبط با سلامت روان در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش
۲۴. قبول ارجاعات از مراقبین سلامت در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش و ارائه پس‌خوراند
۲۵. ارجاع موارد براساس بسته خدمت به پزشک مرکز
۲۶. همکاری با سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه و بهزیستی برای کمک به نیازمندان و ایجاد اشتغال

شرح وظایف پزشک در تیم سلامت:

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
۳. مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش
۴. آموزش و ارتقای سلامت
۵. هماهنگی‌های درون بخشی و برون بخشی
۶. مراقبت از جامعه تحت پوشش براساس گروه‌های هدف تعیین شده و اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت
۷. پذیرش موارد ارجاعی و ارائه پس‌خوراند مناسب
۸. درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها
۹. ارجاع مناسب و بموقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر
۱۰. انجام اقدامات موردنیاز براساس پس‌خوراند
۱۱. ارزیابی خطر و ظرفیت پاسخ واحدهای ارائه خدمات در مواقع بحران
۱۲. ارزیابی امنیت غذایی در جمعیت تحت پوشش و اجرای برنامه‌های توانمندسازی مردم براساس ظرفیت‌های محلی
۱۳. نظارت بر عملکرد تیم سلامت
۱۴. پایش و ارزشیابی

شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت در زمینه آموزش سلامت

❖ توانمندسازی مردم و مراجعان فردی و گروهی برای خودمراقبتی

- توزیع راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده در بین تمام خانوارهای تحت پوشش (خودآموزی برای توانمندسازی مردم در رعایت سبک زندگی سالم و مدیریت ناخوشی‌های جزئی شامل ابزارهای خودارزیابی، برنامه ریزی فردی برای تغییر رفتار، اجرای برنامه و ارزیابی مجدد وضعیت سلامت به علاوه معرفی منابع معتبر اطلاعاتی، حمایتی و خدماتی مناسب در منطقه مربوطه و راهنمای حقوق بهداشتی و نحوه پیگیری آن).

- آموزش استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده به خانوارهای تحت پوشش:

- حداقل تربیت یک سفیر سلامت در هر خانوار
- سفیر سلامت حداقل ۸ کلاس سواد خواندن و نوشتن دارد- در محل آموزش، محل کار، مرکز بهداشتی درمانی یا مسجد محل به صورت حضوری یا از طریق پورتال ملی خودمراقبتی به صورت آنلاین، یک دوره آموزشی ۸ ساعته را برای آشنایی با نحوه استفاده از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده برای مراقب از سلامت خود و اعضای خانواده را طی می‌کند.
- تربیت سفیران افتخاری سلامت در میان اقوام یا همسایگان خانواده‌های بی سواد یا سالمند بدون سرپرست
- تربیت رابطان سلامت برای حمایت از خانواده‌هایی که به هر دلیلی تحت پوشش سفیران سلامت یا سفیران افتخاری هم نیستند.

- برگزاری جلسه‌های آموزشی و مشاوره فردی و گروهی در خصوص خودمراقبتی برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار)

- کمک به تشکیل گروه‌های خودیار و همیار محلی حامی سلامت و حمایت طلبی برای توسعه فعالیت آنها برای جمعیت تحت پوشش (سالم یا بیمار)

- ثبت کلیه اقدامات انجام شده برای فرد یا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه (کتبی یا الکترونیک)

- ثبت منظم آمار و اطلاعات شاخص‌های مربوطه و تهیه گزارش‌های تحلیلی از عملکرد فعالیت‌های آموزش و ارتقای سلامت مرکز و پیشنهاد مداخلات بهبود، متناسب با مخاطب عام و مدیران در بازه‌های زمانی خواسته شده.

- بررسی نتایج خودارزیابی مراجع (سالم یا بیمار)، تعیین رفتارهای نیازمند تغییر وی و بازخورد به پزشک خانواده.

- تسهیل تدوین برنامه خودمراقبتی فردی با مشارکت مراجع (سالم یا بیمار) و امضاء و تبادل تعهدنامه مربوطه.

- ارائه خدمات آموزش و مشاوره فردی و خانوادگی یا گروهی برای بهبود سلامت مراجع (سالم یا بیمار) برپایه بسته خدمت استاندارد تعریف شده در جهت تقویت خودکارآمدی و مسوولیت‌پذیری مراجع (سالم یا بیمار) برای خودمراقبتی.

- ترغیب، تسهیل و هدایت مراجع (سالم یا بیمار) به عضویت در گروه‌های حمایتی (خودیار/همیار) مربوطه برای کسب خدمات آموزشی و حمایتی خودمراقبتی.

- هدایت مراجع (سالم یا بیمار) برای دریافت (کسب) اطلاعات مبتنی بر شواهد در خصوص خودمراقبتی از راهنمای ملی خودمراقبتی خانواده یا بسته‌های استاندارد آموزش بیمار برای خودمراقبتی و یا سایر منابع اطلاعاتی معتبر و گروه‌های مرجع و خودیار.

- کمک به مراجع (سالم یا بیمار) پس از رفع مشکل یا بهبود بیماری برای خودارزیابی مجدد وضعیت سلامت خویش و تکمیل پرونده خودمراقبتی.

- جلب حمایت خانواده، گروه‌های همسان، گروه‌های خودیار، شوراها برای مراجع (سالم یا بیمار) و سازمان‌های تحصیل و کار در صورت نیاز.

- ثبت کلیه اقدامات انجام شده برای فرد یا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه (کتبی یا الکترونیک)

❖ برقراری ارتباط استراتژیک برای سلامت

- نیازسنجی، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مشارکتی ارتباطات برای سلامت به منظور آموزش سلامت همگانی، آموزش سبک زندگی سالم، آموزش خودمراقبتی و آموزش بیمار از طریق رسانه های ارتباط جمعی، رسانه های محلی و رسانه های کوچک

❖ برنامه ریزی عملیاتی مشارکتی برای ارتقای سلامت در مراکز آموزشی، محل های کار و جوامع

- جلب حمایت، آموزش و توانمندسازی اعضای سازمان‌های دولتی و غیردولتی، تشکل‌های مردمی و شوراهای محلی برای برنامه‌ریزی عملیاتی مشارکتی برنامه‌های ارتقای سلامت مدرسه، محل کار، سازمان، محله، روستا و شهر

- شناسایی امکانات محلی، بسیج و سازماندهی مردم برای اقدامات اجتماعی حامی سلامت

شرح وظایف کارکنان در برخورد با موارد مراجعه کننده مشکوک به بیماری‌های عفونی و واگیردار

۱. شناسایی بیماران هدف نظام مراقبت کشوری
۲. گزارش و تکمیل فرم‌های عملیاتی برای بیماران هدف نظام مراقبت کشور
۳. ارجاع بیماران هدف شناسایی شده به از کارشناس به پزشک
۴. نمونه برداری از بیماران هدف و ارسال نمونه‌ها به آزمایشگاه تعیین شده و پیگیری نتایج
۵. پیگیری موارد تماس و موارد در معرض خطر بیماری‌های هدف مراقبت
۶. آموزش و اطلاع‌رسانی به بیماران، همراهان، موارد تماس و نیز جمعیت تحت پوشش
۷. نظارت و همکاری در تریاژ بیماران مراجعه کننده به مرکز یا پایگاه
۸. بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک بیماری‌های هدف در منطقه تحت پوشش
۹. جمع‌آوری و آنالیز اولیه اطلاعات بیماری‌های هدف مراقبت و تهیه گزارش دوره‌ای
۱۰. پیگیری تأمین وسایل و تجهیزات و امکانات عملیاتی (واکسن، وسایل نمونه‌برداری، داروهای مورد نیاز و ...)
۱۱. طراحی و اجرای برنامه‌های نظارتی و پایشی
۱۲. طراحی و اجرای برنامه‌های ارزشیابی
۱۳. همکاری در اجرای برنامه‌های نظارتی و ارزشیابی ابلاغی از سطوح بالاتر
۱۴. همکاری در اجرای برنامه‌های مداخله‌ای بهداشتی (واکسیناسیون، نمونه‌برداری، بررسی‌های میدانی و ...)
۱۵. تهیه پس‌خوراند و پیگیری اصلاحات و توصیه‌های به عمل آمده در سطح پائین‌تر
۱۶. طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و انجام بازدیدهای دوره‌ای از سطح پائین‌تر
۱۷. انجام سایر وظایف محوله حسب ضرورت

شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت مرد در مرکز سلامت جامعه:

۱. شناسایی وضعیت کلی جمعیتی و جغرافیایی منطقه تحت پوشش
۲. جمع آوری اطلاعات مربوط به بیماری‌های واگیردار هدف منطقه تحت پوشش
۳. تهیه و نصب پانل مدیریتی (شاخص و نمودار) به تفکیک بیماری‌های واگیردار
۴. اجرای برنامه های ابلاغی در بسته خدمت
۵. هماهنگی درون بخشی و بین بخشی برای اجرای بهتر برنامه های مراقبت بیماری‌های واگیردار هدف
۶. جلب مشارکت مردم برای ارائه خدمات مطلوب مراقبت بیماری‌های واگیردار هدف
۷. پیش بینی و اقدام لازم برای تامین و تدارک منابع مورد نیاز برنامه ها
۸. اجرای برنامه های آموزشی مراقبت بیماری‌های واگیردار هدف برای مراقبین سلامت خانواده در پایگاه‌های سلامت
۹. همکاری در انجام خدمات آموزشی خودمراقبتی و پیشگیری از بیماری‌های واگیردار هدف برای جمعیت عمومی
۱۰. کمک به جلب همکاری سازمان‌های مردم نهاد و افراد ذی نفوذ منطقه تحت پوشش
۱۱. آموزش بر شیوه عملکرد مراقبین سلامت مستقر در پایگاه‌های تحت پوشش درمورد برنامه های پیشگیری از بیماری‌های واگیردار هدف
۱۲. نظارت مستمر بر حسن اجرای برنامه های مراقبت بیماری‌های واگیردار هدف در پایگاه‌های سلامت منطقه تحت پوشش
۱۳. پیگیری مستمر مراقبت بیماران واگیردار هدف مهم مثل HIV/AIDS ، سل، سرخک، CCHF و ...، اجرای وظایف محوله در رابطه با مراقبت بیماری در هنگام همه گیری‌ها
۱۴. شرکت فعالانه در دوره های آموزشی و بازآموزی در جهت ارتقای دانش فنی
۱۵. تهیه آمار و اطلاعات بیماری‌های واگیردار هدف و ارائه آن به مرکز بهداشت شهرستان
۱۶. تهیه گزارش وضعیت ایمنسازی روتین و اطلاعات بیماری‌های واگیردار هدف و همه گیری‌ها در منطقه تحت پوشش همراه با پیشنهادات
۱۷. همکاری با مراقبین سلامت و کارشناسان تغذیه و روان در پیگیری در خارج از محدوده فضای پایگاه یا مرکز

پیوست شماره ۴: طریقه نشاندار کردن خانوارها برای هر مراقب در پایگاه سلامت:

- ۱ - تهیه نقشه منطقه
- ۲ - تعیین منطقه تحت پوشش هر مراقب و مشخص کردن با یک رنگ واحد در روی نقشه و زونکن نگه دارنده پرونده های فعال خانوارهای تحت پوشش (به تعداد مراقبین شاغل)
- ۳ - تهیه کارت خانوار با فرمت ذیل برای هر خانوار و ارائه به خانوار (پس از وابسته کردن خانوار به مراقب) با رنگ‌های مختلف متناسب با تعداد مراقبین

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان
مرکز بهداشت شهرستان...
مرکز سلامت جامعه...

کارت خانوار

پایگاه سلامت: شماره بلوک: شماره خانوار:

نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار:

شماره ملی سرپرست خانوار:

شماره تماس پایگاه:

تاریخ مراجعه بعدی

در مراجعات به واحدهای ارائه خدمات سلامت، همراه داشتن این کارت الزامی است.
لطفا در حفظ و نگهداری آن کوشا باشید

۴- تهیه سربرگ ذیل به منظور راهنمایی مراجعه کننده و شناخت مراقب و نصب بر سر در اتاق هر مراقب یا بالای میز کار وی در صورت کمبود فضای کاری

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان

مرکز بهداشت شهرستان...

مرکز سلامت جامعه...

مراقب سلامت

پایگاه سلامت:

شماره بلوک:

شماره خانوار از..... تا

نام و نام خانوادگی مراقب سلامت:.....

تعداد خانوار تحت پوشش:

تعداد جمعیت تحت پوشش:

مراجعین محترم:

ارائه کارت خانوار برای دریافت خدمات الزامی است

۵- تهیه برچسب و نصب بر روی پرونده خانوارهای موجود در پایگاه سلامت در محل بایگانی یا بایگانی جداگانه برای هر مراقب

۶- تهیه راهنمای مراجعین با فرمت ذیل و نصب در هر مرکز سلامت

راهنمای مراجعه کنندگان به مرکز سلامت جامعه ولیعصر

ساعت کار مرکز سلامت: ۷.۳۰ صبح لغایت ۱۴.۳۰ بعد از ظهر

محل مراجعه به پزشک در مواقعی که پزشک حضور ندارد:

محل مراجعه جهت دریافت خدمات آزمایشگاه:

محل مراجعه جهت دریافت دارو:

محل دریافت خدمات رادیولوژی:

محل مراجعه جهت دریافت خدمات دندانپزشکی:

محل ارجاع به متخصص:

زمان حضور پزشک در پایگاه‌های سلامت تحت پوشش

نام پایگاه	روز حضور	ساعت

۷ - تهیه تابلوی سردرب با فرمت زیر:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

معاونت بهداشتی دانشگاه

مرکز بهداشت شهرستان

مرکز سلامت جامعه...

پایگاه سلامت

۸ - کارت شناسایی کارکنان

نام:
نام خانوادگی:
سمت:

۹ - فرم پیشنهادی برای لباس کارکنان

سمت	فرم
مراقب سلامت خانواده	مانتو شلوار سورمه ای با مغزه نوار زرشکی و نوار دورسر مقنعه زرشکی
کارشناس سلامت روان	مانتو شلوار سورمه ای با مغزه نوار لیمویی و نوار دورسر مقنعه لیمویی
کارشناس تغذیه	مانتو شلوار سورمه ای با مغزه نوار آبی و نوار دورسر مقنعه آبی
پزشک	روپوش سفید

پیوست شماره ۵: مراحل اجرایی کار راه اندازی یک پایگاه سلامت:

راه اندازی پایگاه سلامت براساس این دستورعمل و در برنامه تحول نظام سلامت حوزه بهداشت چه به صورت راه اندازی جدید (برونسپاری یا دولتی) و چه به صورت تبدیل پایگاه بهداشت به پایگاه سلامت باید مراحل زیر را دربر داشته باشد:

- 🔹 شناسایی جمعیت تحت پوشش
- 🔹 توزیع جمعیت براساس بلوک جغرافیایی منطقه بین مراقبین سلامت
- 🔹 تهیه نقشه منطقه تحت پوشش پایگاه سلامت و تعیین محدوده هر مراقب سلامت بر روی آن (برای هر مراقب با یک رنگ خاص)
- 🔹 فراخوان مردم برای حضور در پایگاه سلامت و تشکیل پرونده (از شیوه های مختلف اطلاع رسانی در منطقه استفاده شود)
- 🔹 جمع کردن مردم منطقه و اعلام فعالیت پایگاه سلامت و شرح وظایف آن، معرفی مراقبین سلامت و شیوه ارجاع یا حضور در اجتماعات مردم یا از طریق معتمدین، داوطلبان و ...
- 🔹 تشکیل پرونده سلامت برای خانوارهای تحت پوشش توسط هر مراقب. پیشنهاد می شود رنگ زونکن نگه دارنده پرونده های هر مراقب با رنگ منطقه وی بر روی نقشه همخوانی داشته باشد
- 🔹 ثبت داده های هر مراقب سلامت از جمعیت تحت پوشش خود بر روی زیج حیاتی موجود بر دیوار
- 🔹 انجام خدمات منطبق بر بسته خدمت شامل وظایف محوله به مراقب سلامت در برنامه های مختلف به تفکیک گروههای سنی و مادران باردار
- 🔹 شناسایی مدارس موجود در محدوده جغرافیایی هر مراقب سلامت و بازدید از مدارس (در بازدید از دبیرستان‌های پسرانه، همراهی مراقب سلامت مرد ضروریست)
- 🔹 شناسایی مشکلات سلامتی جمعیت تحت پوشش توسط هر مراقب و ثبت و گزارشدهی آن به مرکز سلامت جامعه مربوط
- 🔹 دعوت از مردم برای خدمات داوطلبانه و ارتباط با داوطلبین سلامت
- 🔹 شناسایی خیرین و معتمدین محل و کمک گرفتن از آنها برای ارائه خدمات بهتر
- 🔹 ثبت شرح وظایف مراقبین سلامت به صورت خوانا بر دیوار بطوریکه برای مراجعه کننده مشخص باشد
- 🔹 ثبت ساعت کار پایگاه سلامت بر تابلوی اعلانات پایگاه
- 🔹 رعایت ارائه دهندگان خدمت درمورد نصب کارت شناسایی و لباس فرم
- 🔹 ارجاع موارد نیازمند به کارشناس تغذیه و پزشک و پیگیری دریافت بازخورد مراقبت‌های تغذیه ای موارد ارجاع شده
- 🔹 اجرای برنامه مکمل یاری دانش آموزان از ابتدای سال تحصیلی و مکمل یاری ویتامین د میانسالان و سالمندان و مکمل های مادران باردار
- 🔹 آموزش و ارائه توصیه های تغذیه ای و آموزش گروهی تغذیه به گروه‌های سنی و به جامعه در داخل یا خارج از مرکز (یک روز در هفته)
- 🔹 آموزش و ارائه توصیه های سلامت روان براساس بسته خدمت به گروه‌های سنی و به جامعه در داخل یا خارج از مرکز (یک روز در هفته)
- 🔹 ارجاع موارد نیازمند به کارشناس سلامت روان و پزشک و پیگیری دریافت بازخورد مراقبت‌های مربوط به ارجاع شده
- 🔹 پیگیری فعال خدمات به شیوه های مختلف
- 🔹 گزارش مشکلات اجرایی به مدیر اجرایی و مشکلات فنی به پزشک مسوول مرکز سلامت جامعه
- 🔹 شرکت مسوول پایگاه سلامت در جلسات هماهنگی مرکز سلامت جامعه