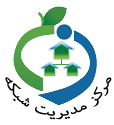
|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Documents and Settings\user\Desktop\download (5).jpg** | **logo final moavenat copy** |

**برنامه گسترش مراقبت­های اولیه سلامت برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری**

**(اصلاح و هماهنگ سازی روش ارائه خدمات سلامت)**

****

**اصلاحیه دستورعمل اجرایی برنامه در**

**مناطق حاشیه شهرها و شهرهای بالای 20 هزار نفر**

**مرکز مدیریت شبکه- خرداد 1397**

****

**مقدمه:**

جامعه‌ي آرماني ترسيم شده در سند چشم انداز سال 1404 کشور، جامعه ای است که مي‌بايست از حداكثر سلامت برخوردار باشد. طبق این سند، نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، نظامی است مسوول و پاسخگو که ضمن فراهم سازي زمینه دستيابي به بالاترين سطح اميد به زندگي همراه با کيفيت براي آحاد مردم، باید اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با کسب حمايت کليه سازمان‌ها و نهادها، رويکرد سلامت را در همه سياست‌ها اجرايي کند. اين نظام با اولويت دادن به ارتقاي سلامت و پيشگيري به بهره مندي مردم از مراقبت‌هاي کاراي سلامت جسمي و رواني، توجه به سلامت اجتماعي و حرکت در مسير سلامت معنوي اهتمام دارد. در اين نظام، عدالت همه جانبه (در تامين، توزيع منابع و تحقق سلامت) با رعايت کامل اصول و اخلاق حرفه‌اي، اصل نخست است و تمامي افراد بر مبنای نياز خود از مراقبت‌هاي سلامت بهره‌مند خواهند شد و براساس توان پرداخت خود، در تامين مالي خدمات مشارکت خواهند داشت. اين نظام، خلاق است و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندي حداکثري از کليه ظرفيت‌هاي انساني (مشارکت مردم)، سازماني (همکاري همه بخش‌هاي ذينفع)، علم و فناوری به روز، مناسب‌ترين تصميم‌ها را براي پاسخگويي به نيازهاي واقعي سلامت مردم اتخاذ مي‌کند، و در تعامل با كشورهاي منطقه (بويژه کشورهاي اسلامي)، الگويي الهام‌بخش براي ساير كشور‌ها مي‌باشد.

از آنجاکه، ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي، **تامين سلامت همه جانبه جسمي، رواني، اجتماعی و معنوی آحاد جمعيت ساكن در پهنه جغرافيايي جمهوري اسلامي** با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا، انجام مداخلاتي به منظور ارتقای وضعيت سلامت مناطق مختلف كشور با توجه به اسناد بالادستی، برنامه دولت تدبیر و امید و برنامه وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ضرورت دارد. در این راستا، بند (ث) ماده 74 قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور تکالیفی را مشخص کرده است که برنامه ریزی برای تحقق آن از امری ضروری است: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبتهای اولیه سلامت، با **محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده،** گروه پرستاری در ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، **سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان**، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (13) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، بنحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

مروری بر نظام­های سلامت کشورهای مختلف نشان می­دهد که نظام سلامت كارآمد، نظامي است كه بتواند ساختار و شرايط ارائه خدمت در درون سازمان را با تغييرات موجود در محيط هماهنگ سازد و خدمتی با کیفیت مطلوب را در نزدیکترین محل به زندگی و کار مردم با هزینه ای مناسب و قابل پرداخت توسط مردم ارائه نماید.

افزايش شمار ساكنان شهرها، و رشد شهرنشيني، يكي از جلوه هاي بارز توسعه درجهان است. درسال 2017 ميلادي بيش از 51 درصد از جمعيت 5/7 ميليارد نفري جهان، ساكن شهرها بودند كه حدود 46 درصد آنها در شهرهايي با بيش از 500000 نفر جمعيت، سكونت داشتند و يك پنجم آنها ساكن شهرهاي بزرگ چند ميليوني بودند. براساس آمار، ميزان جمعيت در شهرهاي بزرگ بسيار بيشتر از نرخ رشد كلي جمعيت است و پيش بيني مي­شود كه در آينده مسايل شهري بسي وخيم­تر و حادتر از وضعيت فعلي باشد. درحال حاضر، كشور ايران نيز با تغييرات جمعيتي گسترده اي روبروست و شهرهاي كشور ما به دليل افزايش طبيعي جمعيت، مهاجرت به درون شهرها و طبقه بندي­هاي نوين مناطق شهري (شهر شدن مناطقي كه در گذشته روستا بودند) بسرعت در حال گسترش­اند. در ساير شهرهاي بزرگ نيز وضعيتي مشابه وجود دارد. به بيان ديگر، گستردگي قاعده هرم سني جمعيت در سال­هاي آغازين راه اندازي نظام شبكه ها (بیش از 30 سال قبل) بويژه در شهرهاي بزرگ درحال انتقال به سطوح بالاتر هرم است و از طرف ديگر، مهاجرت روستاييان به شهرها به علت تفاوت­هاي شرايط اقتصادي اجتماعي زندگي بين شهر و روستا به شكلي مهار ناشده ادامه دارد. واقعيات موجود نشان مي­دهند كه نسبت جمعيتي شهري به روستايي كشور بشدت در حال تغيير و به نفع جمعيت شهري است و نيز تغيير در ساختار اين جمعيت، برنامه هاي مورد نياز اكثريت جامعه، شكلي متفاوت يافته است و به دنبال آن، نياز به تغيير در ساختار شبكه ها احساس مي­شود.

در بيشتر كشورهاي روبه رشد، بخش دولتي به دليل فقدان منابع، قادر به عرضه خدمات بهداشت و درمان به همه مردم، و بويژه شهرنشينان، نيست. از اين رو، مشاركت كامل جامعه به شكل تامين تسهيلات عرضه خدمات، كار داوطلبانه و حضور بخش غيردولتی در فرآیند ارائه خدمت ضرورت تام دارد. واقعيت اين است كه بدون مشاركت جامعه بسياري از برنامه­هاي حوزه سلامت در شهرها محكوم به شكست است. برنامه هاي آموزشي و تبليغ بسيج همگاني مردم و سوق دادن آنها به سوي سلامت و بهبود محيط زیست مستلزم مشاركت جدي و كامل همه مردم است. موضوعات فوق و تغيير الگوي بيماري­ها از بيماري­هاي واگيردار به بيماري­هاي غيرواگير و تغييرات فرهنگي و اجتماعي و ….. همه و همه لزوم تغيير ساختار در مراكز شهري را نشان مي دهند.

گستردگي مناطق شهري و برخوردارنبودن بخش وسيعي از مردم از خدمات ارائه شده در نظام شبكه در كنار بالا بودن سطح سواد و معلومات مردم نسبت به ارائه دهندگان خدمات بهداشتي از يك سو و لزوم برنامه ريزي براي مشاركت مردمي و هماهنگي بين بخشي از سوي ديگر، مارا برآن داشت تا تغييراتي در نظام ارئه خدمت مناطق شهري طراحي نماييم تا از این طریق بتوان مردم را در راستاي مراقبت از خود (Self Care) در مقابل مشكلات سلامت توانمند ساخت. همچنين، با كمبود منابع مالي و تراكم زياد جمعيت در مناطق فوق الذكر بايد از روشي استفاده کرد تا بتوان به كمك آن فشار بار مالي ارائه خدمت را کاهش داد.

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 لزوم تکمیل شبکه ارائه خدمات در مناطق شهری و سکونتگاه های غیر رسمی، 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 برای دستیابی به اهداف پوشش فعال همه آحاد مردم، ارائه بسته خدمات جامع و ادغام یافته و حداکثر حفاظت مالی از مردم به منظور تحقق پوشش همگانی سلامت تهیه نمود.

اجرای برنامه تحول سلامت در حوزه بهداشت، از سال 1393 آغاز شد و زیرساخت­های لازم برای اجرای برنامه پزشکی خانواده (Family Practice) و نهایتا ً تحقق برنامه ششم توسعه را فراهم کرد. دستورعمل فعلی گام­های عملی برای تحقق قانون برنامه ششم و اجرای برنامه پزشکی خانواده در طول برنامه ششم را براساس ویژگی­های مدل جامع و مطلوب پزشکی خانواده ترسیم می کند. رعایت ویژگی­های ذیل باید در اجرای دستورعمل اجرایی برنامه گسترش مراقبت های بهداشتی درمانی در مناطق شهری مورد توجه جدی و دقیق مدیران، کارکنان و کارشناسان قرار گیرد:

* جمعیت تعریف شده
* خدمات یکپارچه و ادغام یافته در نظام شبکه بهداشت و درمان و با کیفیت بالا
* هزینه قابل پرداخت برای مردم
* استمرار خدمت
* استفاده از نیروی چندپیشه آموزش دیده
* وجود یک پزشک سلامت نگر بازای هر 12000 نفر
* مشارکت بخش دولتی و خصوصی (Public Private Partnership (PPP))
* مطابقت با شبکه بهداشت و درمان
* مدیریت سلامت منطقه جغرافیایی تعریف شده
* تجمیع منابع
* استفاده از راهنماهای بالینی (گایدلاین ها)
* استقرار پرونده الکترونیک
* برقراری نظام ارجاع
* خرید راهبردی خدمات و
* نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد

نهایتا از زحمات شبانه روزی تمامی مسوولین و کارشناسان سطح دانشگاه­ها/ دانشکده های علوم پزشکی و شهرستان­های تابعه در حوزه معاونت بهداشت، و تمامی مدیران و کارشناسان سطح ملی این حوزه بویژه مرکز مدیریت شبکه صمیمانه تقدیر و تشکر می نمایم. امید است با بهره گیری از تجارب پیشین و استفاده از نتایج حاصل از گسترش مراقبت­های اولیه سلامت در مناطق حاشیه و شهرهای بالای 20 هزار نفر و با پایش و ارزشیابی مستمر و منظم، دستورعمل شهری با کمترین چالش در سال­های 1397 و پس از آن به مرحله اجرا درآمده و نظرات و پیشنهادات سطوح مختلف برای اصلاح برنامه به مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد.

**دکتر علیرضا رئیسی**

**معاون بهداشت**

**فصل1: واژه نامه**

واژه‌ها و اصطلاحات به كار رفته در اين برنامه اجرایی و دستورعمل آن داراي معاني زير مي‌باشند:

1. **مناطق حاشیه شهری (سکونتگاه‌ غیررسمی/غیرمجاز):**

براساس تعریف ستاد ملی بازآفرینی شهری پایدار وزارت راه و شهرسازی [[1]](#footnote-1) ، "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 آمده اند، عمدتاً فاقد سند مالکیت هستند و از نظر ویژگی‌های کالبدی و برخورداری از خدمات رفاهی، اجتماعی و فرهنگی و زیرساخت‌های شهری شدیداً دچار کمبود می باشند". جمعیت این مناطق براساس سرشماری سال 1393 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیش از 10 میلیون نفر است.

1. **شهرهای بالای 20 هزار نفر و کلانشهرها**

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برای سال 1394 این دسته از شهرها در کلیه استان­های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی بالغ بر 43 میلیون نفر را شامل است.

1. **خدمات سلامت:**

* فعالیت‌هایی است که منجر به ارتقای سلامت، پیشگیری، تشخیص، درمان و مراقبت از ناخوشی و بیماری، جراحت 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 می‌كند. خدمات سلامت به طور اعم در برگيرنده امور مربوط به تغذيه، بهداشت، پيشگيري، تشخيص، درمان، بازتواني، بيمه خدمات سلامت، آموزش و تحقيقات و فناوري در حوزه‌هاي ذيربط و همچنين، كنترل كيفيت و ايمني مواد و فرآورده‌هاي دارويي، بيولوژيك، خوردني، آرايشي، بهداشتي و ملزومات و تجهيزات پزشكي و اثربخشي فرآورده‌هاي دارويي و بيولوژيك می‌باشند[[2]](#footnote-2).

1. **خدمات همگاني سلامت:**

خدماتي که بدون توجه به سن، جنسيت، نژاد، مليت، قوميت، معلوليت، دين و مذهب در دسترس آحاد مردم قرار داده مي‌شود. خدمات همگاني به اين معنا نيست که همه افراد، تحت پوشش تمامي خدمات قرار مي‌گيرند؛ خدمات همگاني سلامت با سه بعد زير تعريف مي‌شوند:

* وسعت خدمات (پوشش جمعیت)
* نوع خدمات (بسته خدمت جامع و ادغام یافته)
* پوشش هزینه

1. **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 6 اعلامیه آلماآتا)[[3]](#footnote-3).

1. **خدمات بهداشت عمومی:**

خدمات سلامت هستند که کل جمعیت را هدف قرار می دهند. همچون تحلیل وضعیت سلامت، نظام مراقبت سلامت، توانمندسازی، آموزش و ارتقای سلامت و اجرای برنامه ملی خودمراقبتی، ترویج سلامت، خدمات پیشگیری، کنترل بیماری های واگیردار، بیماری­های غیرواگیر، بهداشت محیط، آمادگی و پاسخ در بحران و بهداشت حرفه ای[[4]](#footnote-4).

1. **ارجاع و سطح‌بندی در نظام ارائه خدمات سلامت:**

* **تعریف ارجاع:**
  + فرآیندهایی است 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 شناسایی‌شده/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 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 سرپایی و بستری (پزشک، متخصص، فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع داده می شود 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 بازخوراند) 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:** 
  + چيدمان خاص واحدهاي ارایه دهنده خدمات و مراقبت­هاي سلامت براي آنكه دسترسي مردم به مجموعه­ي خدمات موردنیاز تا جايي كه ممكن است سهل، سريع، عادلانه، با كمترين هزينه و با بيشترين كيفيت باشد. سطح بندي قراردادي است و به مقتضاي شرايط توسط برنامه ريزان انجام مي­گيرد[[5]](#footnote-5).

خدمات و مراقبت‌هاي سلامت **در دو سطح در اختيار افراد و جامعه** تحت پوشش گذاشته مي‌شود:

* + **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 هدف (واگیردار و غیرواگیر)، آسیب‌ها و جراحات در اپیدمی­ها و بلایا، آب آشامیدنی سالم، بسیج اطلاع رسانی، و پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی **پایگاه سلامت** تعريف می­شود که با استاندارد نيروي انساني، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در حاشيه شهرها و مناطق شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبكه بهداشت و درمان كشور ارائه می‌گردند. در ضمن،

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 (به جزء آزمایشات غربالگری تعریف شده در بسته خدمات نوین سلامت که به صورت رایگان انجام می­شوند و فهرست آنها در پیوست آمده است).

**پایگاه­های سلامت** به طور معمول در جايي با بیشترین دسترسی به محل زندگي گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستين سطح تماس فرد با نظام سلامت از طريق تیم سلامت اتفاق مي‌افتد. **اين دسته از خدمات به شرط نبود بخش دولتی با اولويت برونسپاري و خريد خدمت از بخش خصوصی فراهم و ارائه می‌گردد (خرید راهبردی خدمات) و در صورتی که، داوطلب برای واگذاري ارائه خدمات در بخش خصوصی وجود نداشته باشد، بايد خدمات از طريق بخش دولتي ارائه شود.**

**مرکز خدمات جامع سلامت** با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه (درصورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات مربوط به پیشگیری، مراقبت­ها و بیماری های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی، سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، سلامت دهان و دندان، مشاوره ژنتیک، اختلالات تکاملی، بهداشت محیط و حرفه ای از پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن نظارت و مدیریت سلامت منطقه و 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 سطوح بالاتر و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

* + **سطح دوم:** شامل خدمات تخصصي و فوق تخصصی می‌شود كه توسط واحدهاي سرپايي تخصصی و فوق 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، مشاوره، خدمات دارویی و فرآورده­های مربوطه, خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.

اين دسته از خدمات در اختيار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار مي‌گيرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتيجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت كار مطلع سازد.

خدمات فوق در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف تفاهم شکل می‌گیرند. **اولويت با دریافت خدمت از بخش دولتي است.**

1. **مشارکت بخش دولتی با بخش خصوصی[[6]](#footnote-6):**

ارائه خدمات از طريق توسعه بخش خصوصي، تعاوني ها، نهادها و موسسات عمومي غيردولتي واجد شرایط با نظارت و حمايت دولت و با استفاده از شيوه‌هاي زیر انجام می‌شود:

* اعمال حمايت‌هاي لازم از بخش خصوصي (تعاوني، خیریه و نهادها و موسسات عمومي غيردولتي NGO) مجري اين وظايف.
* خريد خدمات از بخش خصوصي (تعاوني، خیریه و نهادها و موسسات عمومي غيردولتي NGO).
* اشخاص حقیقی طرف قرارداد (شامل: پزشک، ماما، کارشناس بهداشت عمومی، روانشناس بالینی، کارشناس تغذیه، کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی درمانی).

1. **پزشك:**

* فردی با حداقل مدرک دکترای پزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار پزشکی (دارای شماره نظام پزشکی و فاقد منع قانونی برای فعالیت حرفه ای) که ***مسوولیت فنی ارائه خدمات مستقیم به مراجعین و ارائه خدمت به موارد ارجاعی ازسوی مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و کارشناس تغذیه*** را بدون تبعيض به عهده دارد. پزشک در مراکز خدمات جامع سلامت مستقر می­باشد که مسوولیت خدمات فنی به جمعیت تحت پوشش؛ قبول ارجاعات از سوی مراقب سلامت، و سایر اعضای تیم سلامت در پایگاه­های سلامت و نظارت فنی بر عملکرد آنها و ویزیت مراجعین، را به عهده خواهد داشت.
* پزشك وظیفه دارد براي حفظ و ارتقاي سلامت، برابر روش کار در بسته خدمت سطح اول و دستورعمل­های ابلاغی، فرد را در صورت نیاز به ساير ارائه‌دهندگان خدمات سلامت سطح اول و سطوح بالاتر ارجاع دهد.
* یکی از پزشکان (بازای هر 100 هزار نفر) پس از طی دوره آموزشی مشاوره ژنتیک، این خدمات را براساس دستورعمل مربوط، ارائه می­دهد.

1. **دندانپزشك:**

* فردی با حداقل مدرک دکترای دندانپزشکی عمومی و دارای مجوز معتبر کار دندانپزشکی (دارای شماره نظام پزشکی و فاقد منع قانونی برای فعالیت حرفه ای) که ***مسوولیت فنی ارائه خدمات مستقیم به مراجعین و ارائه خدمت به موارد ارجاعی ازسوی مراقب سلامت*** را بدون تبعيض و با اولویت گروه هدف به عهده دارد. دندانپزشک در مراکز خدمات جامع سلامت مستقر می­باشد که مسوولیت خدمات فنی پایگاه­های سلامت تحت پوشش؛ قبول ارجاعات از سوی مراقب سلامت در پایگاه­ها، نظارت بر عملکرد آنها و ویزیت مراجعین، را به عهده خواهد داشت. در مراکز با جمعیت تحت پوشش پایین، بهتراست باتوجه به دسترسی جغرافیایی مردم، بازای هر دو تا سه مرکز خدمات جامع سلامت، دندانپزشکان در یک مرکز مستقر شوند تا در نبود هریک از آنها، ارائه خدمات با مشکل مواجه نشود.
* دندانپزشك وظیفه دارد براي حفظ و ارتقاي سلامت جامعه هدف در بسته خدمت سطح اول، فرد را در صورت نیاز به ساير ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر ارجاع دهد.
* دندانپزشک مرکز خدمات جامع سلامت وظیفه نظارت بر عملکرد تیم سلامت مستقر در پایگاه­های سلامت ضمیمه و غیرضمیمه تابع مرکز در حوزه سلامت دهان و دندان را نیز به عهده دارد. هر دندانپزشک به یک مراقب سلامت دهان (دستیار دندانپزشک) با مدرک کاردان پرستار دندانپزشک، کاردان دهان، و سایر کاردان­های بهداشتی و درصورت نبود، با مدرک دیپلم پس از گذراندن دوره آموزشی ویژه، نیاز دارد.

1. **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[[7]](#footnote-7) . اعضای تیم سلامت شامل: پزشک، مراقب سلامت؛ کاردان/کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای؛ کارشناس تغذیه و رژیم درمانی؛ کارشناس سلامت روان؛ پرستار/بهیار؛ پذیرش؛ و در صورت لزوم دندانپزشک، مراقب سلامت دهان و نمونه گیر آزمایشگاهی یا کارکنان آزمایشگاه هستند. باتوجه به اتخاذ راهکار خودمراقبتی، جمعیت تحت پوشش، افراد و نمایندگان مردم و سازمان­ها از جمله سفیران سلامت، داوطلبین سلامت و داوطلبین متخصص نیز جزو این گروه محسوب می­شوند.

* **مراقب سلامت:** فردیست با مدرک تحصیلی کاردانی یا کارشناسی در رشته های بهداشت خانواده؛ بهداشت عمومی؛ پرستاری؛ مامایی و مبارزه با بیماری­ها (درمورد مردان) که پس از **طی دوره آموزشی تعریف شده** مندرج در فصل آموزش این دستورعمل، به فردی چندپیشه به نام**"مراقب سلامت"**  تبدیل می­شود. استمرار آموزش بصورت بازآموزی­های حداقل یک روز در ماه (براساس اولویت­های نظام سلامت، منطقه جغرافیایی مربوطه، مشکلات و کمبودهای آموزشی افراد باتوجه به نتایج حاصل از نیازسنجی آموزشی) نیز در نظر گرفته شده است.
* حداقل 30 درصد از مراقبین سلامت در هر پایگاه سلامت باید دارای مدرک تحصیلی کارشناسی مامایی و نظام پزشکی مامایی باشد که **مراقب سلامت- ماما** نامیده می­شود. مسوول هر پایگاه سلامت، یک مراقب سلامت- ماما است که با نظر رییس مرکز خدمات جامع سلامت انتخاب می­گردد.
* کلیات وظایف مراقب سلامت و مراقب سلامت- ماما مستقر در پایگاه­ سلامت، به قرار زیر است:
* ***این فرد موظف به استفاده از نتایج سرشماری یا بروز رسانی تعداد جمعیت، شناسایی ترکیب جمعیت، غربالگری برابر برنامه های سلامت و خدمات ابلاغ شده، به خانوارهای تحت پوشش* خود می­باشد.**
* ***مسووليت پیگیری و تداوم خدمات با مراقب سلامت خواهد بود***. پایش، نظارت و ارزیابی نحوه ارائه بسته خدمات توسط مراقب سلامت، به عهده مرکز خدمات جامع سلامت است.
* *شناسایی مخاطرات سلامت و امکانات ارتقای سلامت محل زندگی جمعیت تحت پوشش* توسط کاردان/کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت صورت می­گیرد. استفاده از نتایج این شناسایی و هماهنگی و همکاری با کاردان/کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای عضو تیم سلامت ازجمله وظایف مراقب سلامت است.
* *ریز وظایف مراقب سلامت، مراقب سلامت- ماما و سایر اعضای تیم سلامت در پیوست آمده است.*

1. **بسته خدمات سلامت مورد تعهد این برنامه:**

مجموعه­ای از خدمات هزینه اثربخش و داراي اولويت همچون خدمات خود‌مراقبتی، خدمات سلامت عمومی، خدمات سلامت فردی سطح اول، و خدمات برحسب نیاز (آسیب‌های اجتماعی) است كه توسط سطوح بالاتر یا ملی تعیین و توسط تیم سلامت ارائه يا فراهم مي‌شود.

* **بسته‌هاي خدمت سلامت** این برنامه، شامل 4 گروه خدمات اولیه فردي، عمومي، درمانی و خدمات برحسب نیاز به شرح زیر هستند:

**خدمات سلامت عمومی:** شامل بسته‌هاي خدماتي است كه در حال حاضر براي جامعه و به صورت عمومي ارائه می‌شود مانند: خدمات بهداشت محيط (آب سالم، غذای ایمن و هوای پاک) ؛ خدمات بهداشت مدارس؛ بهداشت حرفه‌اي؛ بهداشت اجتماعي (آموزش بهداشت و ارتقای سلامت) و خدمات خاص در اپيدمي‌ها و مدیریت خطر بلایا. مواردی از این خدمات بصورت بسته خدمت می­باشد. این مجموعه با نامه شماره 3154/308د به تاریخ 26/2/1395 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:** بسته‌هاي خدمات بهداشتی ادغام يافته در نظام شبكه‌هاي بهداشت و درمان هستند كه بايد برحسب ساختار جمعيت تحت پوشش و گروه­های مختلف سنی به آنها ارائه گردد مانند: برنامه‌هاي سلامت خانواده و جمعيت؛ سلامت باروری (مادران باردار، تعالی جمعیت)؛ واکسیناسیون؛ برنامه‌هاي مبارزه و کنترل بيماري‌هاي واگير، پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری­های مزمن و غيرواگير؛ خدمات تغذيه، سلامت روان، اعتیاد، سلامت شغلی، مشاوره و .... این بسته از خدمات**، در مجموعه بسته خدمات سلامت سطح اول** آمده است.
* **بسته خدمات درمانی:** شامل خدماتي است كه برحسب نياز و درخواست فرد یا برای موارد ارجاعی از سوی مراقب سلامت (دارای عوامل خطر یا بیماری هدف واگیر/غیرواگیر) در سطح پزشک عمومی ارائه می­شود. راهنماهای بالینی مربوط توسط ادارات فنی حوزه معاونت بهداشت تهیه شده یا درحال تدوین هستند که **همراه دستورعمل** یا متعاقباً ارسال می­شوند.
* **سایر خدمات سلامت (حسب مورد):** شامل خدماتي می‌شود که ارائه آن­ها براساس مشکلات سلامت منطقه برگرفته از نيازسنجي، ضرورت مي‌يابد و بسته خدمتي آن بايد توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مشارکت دانشگاه فراهم شده و در اختيار ارائه‌دهندگان خدمت قرار گيرد مانند: خدمات تغذیه جامعه، خدمات مشاوره و ...
* **بسته‌هاي 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

1. **پرونده الکترونیکی سلامت و پرونده خانوار:**

پرونده الکترونیکی سلامت خانوار مبتنی بر شناسه کد (شناسه) ملی برای هر ایرانی و غیرایرانی 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 ضروری و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط فرد، مراقب سلامت وی، پزشک معالج او یا سایر افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع در سراسر کشور ایجاد خواهد شد[[8]](#footnote-8). پرونده توسط مراقب سلامت مسوول آن خانوار در سامانه تشکیل و تکمیل می­شود 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 اطلاعات مربوط به این برنامه برای آن فرد در پرونده تکمیل شود. براساس شرایط ارجاع افراد خانوار به پزشک؛ کارشناس تغذیه یا کارشناس سلامت روان باید فرم ارجاعی متناسب با نوع برنامه و دارای خلاصه ای از داده های موردنیاز پذیرنده ارجاع، توسط مراقب سلامت یا مراقب سلامت- ماما تکمیل شود و به همراه فرد ارجاع شده به واحد پذیرش ارسال گردد (ارجاع الکترونیکی).

1. **خرید راهبردی خدمات سلامت:**

جستجوي مستمر روش‌هايي براي ارتقاي عملكرد نظام سلامت از طريق تصميم‌گيري درمورد تركيب بسته، مزايا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگي خريد و قيمت­گذاري خدمات، تعيين افراد تحت پوشش يا انتخاب نوع خدمت، خريد از چه كسي، چگونگي خريد و خريد براي چه كسي براي رساندن عملكرد نظام سلامت به حداكثر مطلوبيت[[9]](#footnote-9).

1. **برونسپاری خدمت (Outsourcing):**

به واگذاری [فرایندها](https://fa.wikipedia.org/wiki/%D9%81%D8%B1%D8%A7%DB%8C%D9%86%D8%AF)ی راه اندازی یا ارائه ی خدمات یک واحد ارائه دهنده خدمت به بخش خصوصی صاحب صلاحیت در قالب قراردادی مشخص گفته می­شود به عبارت دیگر «سفارش انجام یک بسته معین از خدمات سلامت به خارج از سازمان».

1. **نظام پرداخت به ارائه­دهندگان خدمات:**

# شيوه خريد يا جبران مالي خدمات­ و مراقبت­هايي كه پزشک، مراقب سلامت، يا تیم سلامت، در اختيار افراد يا جامعه مي‌گذارند. پرداخت در اين برنامه، به صورت **سرانه ای تعدیل شده بازای خدمات سلامت ارائه شده (capitation adjusted by service)** مي­باشد.

* **شیوه پرداخت پاداش (Bonus):**

روش پرداخت مستقلی نبوده و مبلغ متغیری است که بازای اقدامات و خدمات خاصی که مرکز مدیریت شبکه اعلام می­کند برابر روش اعلامی، مبالغی علاوه بر حق الزحمه مبتنی بر خدمت به صورت شش ماهه یا یکساله پرداخت می شود.

این پرداخت با هدف بهبود عملکرد و ارتقای کیفیت در خدمات سلامتی، براساس ارزشیابی و میزان دستیابی به عملکردها و شاخص­های از پیش تعیین شده پرداخت می­گردد.

**[فصل 2: پوشش همگانی سلامت (UHC) وگسترش مراقبت­های اولیه بهداشتی (PHC) در مناطق شهری](#_فصل_3:_جمعیت)**

* 1. **جمعیت هدف:**

**ماده 1:** **جمعیت هدف این برنامه شامل جمعیت ساکن در مناطق شهری است که براساس اجرا، در 2 گروه زیر فازبندی شده اند:**

**الف: جمعیت مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه­های غیررسمی:** براساس تعریف سال 1395 وزارت کشور جمعیت ساکن در حاشیه شهرها و سکونتگاه­های غیررسمی برابر با 10159352 نفر می­باشد.

**تبصره 1:** بخشی از این جمعیت، اتباع خارجی هستند و خدماتی که ارائه آنها اثرات فرافردی[[10]](#footnote-10) 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، دیفتری، تب مالت و ...) در صورت نبود توانایی پرداخت توسط فرد مبتلا، خدمت باید رایگان ارائه شود.

**تبصره2:** دانشگاه/ دانشکده‌هاي علوم پزشكي و خدمات بهداشتی درمانی [که از این به بعد دانشگاه/ دانشکده‌ نامیده می­شود] موظف اند جمعيت و جامعه مورد نظر این برنامه را از طريق انجام سرشماري، شناسايي و تركيب جمعیت، ساختار واحدهای ارائه‌دهنده خدمت و توزیع دریافت خدمت مشخص کنند.

**ب: جمعیت شهرهای بالای 20 هزار نفر:** جمعیت ساکن در شهرهایی با جمعیت بیش از 20 هزار نفر می­باشد. پیش بینی جمعیت کشور برای سال 1395 نشان دهنده آن است که جمعیت کل این شهرها 42934960 نفر (بدون احتساب جمعیت حاشیه نشین) خواهد بود.

* 1. **[ارکان اجرایی و وظایف](#_فصل_5:_ارکان)**

**ماده 2:** واحدهای مرتبط و مسوول در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی، موظف به بستر سازی و اجرای دقیق این برنامه هستند.

**وظایف کشوری:**

* تدوین و ابلاغ سیاست­های اجرایی برای یکپارچه سازی و مدیریت منابع مالی و غیرمالی در برنامه های تحول در حوزه بهداشت
* تدوین و ابلاغ دستورعمل اجرایی برنامه های تحول
* هماهنگی با ذینفعان در سطح ملی
* اطلاع رسانی رسانه ای در سطح ملی درباره اقدامات انجام گرفته

**تبصره 1:** محل دبیرخانه واحد کشوری در مرکز مدیریت شبکه معاونت بهداشت می­باشد.

**تبصره 2:** اقدامات اجرایی به عهده مرکز مدیریت شبکه و با همکاری واحدهای فنی است.

**تبصره 3:** تمام برنامه ها و دستورعمل­های اجرایی سطح ملی با پاراف رییس مرکز مدیریت شبکه و ابلاغ معاونت بهداشت قابلیت اجرا دارد.

* 1. **ساختار ارائه مراقبت­های اولیه سلامت**

**ماده 3:** واحدهای ارائه مراقبت­های اولیه سلامت به یکی از اشکال زیر می­باشند:

* ***پایگاه سلامت*** براساس تراکم جمعیت بازای هر 6 تا ۲۰ هزار نفر در منطقه (متوسط برای جمعیت 12500 نفر) با نیروی شاغل زیر توسط طرف قرارداد راه­اندازی می­شود.:
  + ***مراقب سلامت:*** بازای هر 2500 نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه، یک نفر.
  + باید حداقل یک تا دو نفر دارای مدرک کارشناسی مامایی با نظام مامایی (**مراقب سلامت- ماما**) باشند.
  + یادآور می­شود پایگاه سلامت باید حداکثر تلاش خود را برای فعال شدن خدمات کل جمعیت تحت پوشش انجام دهد.

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:

1. بروز رسانی جمعیت تحت پوشش و ثبت اطلاعات
2. شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن
3. تشکیل و ارائه خدمت مبتنی بر پرونده الکترونیکی سلامت
4. ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش و پیگیری آنها (با استفاده از داوطلبین سلامت، سفیران سلامت، ارسال پیامک، تلفن و ... و پیگیری درب منزل)
5. ارائه خدمات مکمل یاری (مکمل­های دارویی)
6. اجرای برنامه خودمراقبتی (مطابق بسته خودمراقبتی)
7. اجرای دقیق و کامل کلیه بسته های خدمت مصوب ابلاغ شده
8. خدمات نمونه گیری و ارسال نمونه ها به آزمایشگاه­های تعیین شده در دستورعمل مربوط (البته درمورد نمونه هایی که نیاز به گرفتن نمونه خون و ادرار است، این کار در مرکز انجام می­شود)
9. ...

**تبصره1:** مسوول پایگاه از بین کارکنان مستقر در پایگاه سلامت، انتخاب و توسط پیمانکار (در شرایط برونسپاری) یا توسط معاون مرکز خدمات جامع سلامت (در شرایط دولتی) منصوب می­شود. به دلیل افزودن مسوولیت بیشتر به مدیر نسبت به سایرین، می­توان برای این فرد، اضافه پرداختی **تا 5%** هزینه حقوق بابت حق مسوولیت درنظر گرفت (مدیر پایگاه سلامت باید از بین مراقب سلامت- ماماها انتخاب گردد).

* ***مرکز خدمات جامع سلامت*** که بازای هر 2 تا 8 پایگاه سلامت (جمعیت 25 تا 100 هزار نفر جمعیت باتوجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت بطوریکه میانگین جمعیت مراکز در شهرهای عادی حدود 40000 نفر باشد و در مورد کلانشهرها این میانگین حدود 60 هزار نفر خواهد بود)، یک مرکز خدمات جامع سلامت براساس آخرین بازنگری دفاتر طرح گسترش شبکه بهداشت و درمان درنظر گرفته می­شود. برای شهرهای با جمعیت کمتراز 25 هزار نفر، وجود یک مرکز خدمات جامع سلامت الزامی است. نیروی شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت عبارتنداز:
  + ***پزشک عمومی***: بازای هر 12000 نفر جمعیت ثبت شده و خدمت گرفته در سامانه یک پزشک. هر ‍‍‍‍‍ مرکز خدمات جامع سلامت باید حداقل دو پزشک داشته باشد. تصویب پزشک سوم در طرح گسترش شبکه مستلزم اضافه شدن50 درصد جمعیت پایه به جمعیت تحت پوشش مرکز (حدود 6000 نفر) خواهد بود. (به عبارت دیگر، برای حضور پزشک سوم باید جمعیت بین 30 تا 42 هزار نفر باشد).
  + ***پذیرش:*** یک نفر بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت با عنوان مسوول پذیرش که حداقل باید کاردان یا کارشناس یکی از رشته های بهداشتی درمانی / مدیریت/آمار/فناوری اطلاعات سلامت/ مدارک پزشکی/علوم کامپیوتر/IT باشد.
  + ***کارشناس سلامت روان:*** بازای هر 40 هزار نفر، یک کارشناس سلامت روان با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بکارگیری می­شود. به منظور تسهیل دسترسی مردم و براساس جمعیت تحت پوشش (مطابق برنامه از پیش تعیین شده) باید یک یا دو روز در هفته به پایگاه­های سلامت تحت پوشش سرکشی کند.
  + ***کارشناس تغذیه:*** بازای هر 40 هزار نفر، یک کارشناس تغذیه و مشاوره رژیم غذایی با مدرک کارشناسی یا کارشناس ارشد تغذیه بکارگیری می­شود. به منظور تسهیل دسترسی مردم و براساس جمعیت تحت پوشش (مطابق برنامه از پیش تعیین شده) باید یک یا دو روز در هفته به پایگاه­های سلامت تحت پوشش سرکشی کند.
  + ***کارشناس بهداشت محیط:*** بازای هر 300 امکنه قابل بررسی توسط کارشناس بهداشت محیط در محدوده مرکز، یک کارشناس درنظر گرفته می­شود. در دانشگاه­هایی که توسط مرکز سلامت محیط و کار مجاز به راه اندازی دفاتر خدمات سلامت تعیین می­شوند، بکارگیری کارشناس بهداشت محیط مطابق درصد پوشش دفاتر خدمات سلامت خواهد بود (مطابق با نامه شماره 3911/300د مورخ 12/3/1397).
  + ***کارشناس بهداشت حرفه ای:*** بازای هر 300 کارگاه یا کارخانه قابل بررسی توسط کارشناس بهداشت حرفه ای در محدوده مرکز، یک کارشناس درنظر گرفته می­شود.
  + ***پرستار/ بهیار:*** بازای هر مرکز، یک نیرو برای انجام خدمات تزریقات، پانسمان و مراقب از بیمار در شرایط خاص تعیین می­گردد. این فرد در صورت نبود آزمایشگاه، کار نمونه گیری آزمایشگاه را نیز به عهده دارد.
  + ***کاردان/ کارشناس آزمایشگاه:*** درصورت نیاز به فعالیت واحد آزمایشگاه در مرکز متناسب با جمعیت خدمت گیرنده و براساس مصوبه آخرین بازنگری طرح­های گسترش شبکه نیروی کاردان/ کارشناس آزمایشگاه درنظر گرفته می­شود. در چنین شرایطی مسوول فنی آزمایشگاه مرکز، مسوولی است که در مرکز بهداشت شهرستان حضور دارد.
  + ***دندانپزشک:*** درصورت نیاز به فعالیت واحد دندانپزشکی در مرکز، متناسب با جمعیت تحت پوشش نیروی دندانپزشک بکارگیری می­شود (بازای حداکثر 2 دندانپزشک، یک نفر مراقب سلامت دهان با عنوان دستیار دندانپزشک بکارگیری می­شود که باید آموزش­های لازم را دیده باشد و حضور وی وابسته به حضور دندانپزشک است و پرداخت به وی از محل درآمدهای دندانپزشکی خواهد بود).

**تبصره1:** چنانچه علاوه بر افراد ارجاع شده از طریق سایر اعضای تیم سلامت، تعداد مراجعین سرپایی به پزشک (بیماران مراجعه مستقیم یعنی علاوه بر افرادیکه از طریق مراقب سلامت، کارشناس تغذیه و روان و ... به پزشک ارجاع می شوند)، **بیش از ۱۵ نفر در روز** بازای هر پزشک باشد، می­توان برای پاسخگویی به این مراجعین مرکز را در صورت وجود فضای اضافی لازم در ساعات صبح و در غیر اینصورت در خارج ساعات فعالیت مرکز به پزشک/ پزشکان بخش خصوصی (مجاز) غیراز پزشک موظف این دستورعمل با قرارداد متناسب به منظور ارائه خدمات پزشکی عمومی واگذار کرد. بدیهی است حالت اخیر نه تنها برای مرکز هزینه اضافی ایجاد نمی­کند، بلکه می­تواند درآمد زا نیز باشد.

**تبصره2:** اولویت کار پزشکان، مراقبت بیماری­های غیرواگیر (NCD) و واگیردار هدف در جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت، قبول ارجاعات از مراقبین سلامت و نظارت بر آنها می­باشد (درکل باید تمام خدمات جاری مطابق بسته های خدمت را ارائه دهند). درضمن، پزشکان، وظیفه نظارت فنی بر کارکنان پایگاه­های سلامت را نیز برعهده دارند و نحوه کار آنها بر میزان دریافتی پزشکان تاثیر خواهد داشت (بر اساس ارزشیابی و پرداخت مبتنی بر کیفیت).

* **وظایف مرکز خدمات جامع سلامت شامل موارد زیر است:**

1. مدیریت سلامت منطقه جغرافیای تحت پوشش (مرکز و پایگاه های سلامت)

* پایش و ارزشیابی خدمات پایگاه­های سلامت (اعم از ضمیمه و غیرضمیمه) توسط رییس و معاون مرکز، کارشناسان بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، دندانپزشک و سایر کارکنان فنی شاغل در مرکز (کارشناس تغذیه و کارشناس سلامت روان)
* تدوین برنامه عملیاتی مرکز برای دستیابی به اهداف و کمک به برنامه ریزی عملیاتی پایگاه­های سلامت
* جمع آوری داده های خدمات ارائه شده در مرکز و پایگاه­های تحت پوشش و تحلیل آنها
* ارائه پس خوراند به پایگاه­های سلامت
* تشکیل هیات امنای مردمی برای شناسایی مشکلات سلامت منطقه، برنامه ریزی و حل آنها
* جلب مشارکت خیّرین
* برنامه ریزی برای جذب داوطلبین سلامت
* همکاری در طرح­های تحقیقاتی استانی و ملی
* مدیریت پرونده الکترونیکی سلامت و به روز نگه داشتن سخت افزارهای مورد استفاده
* آموزش کارکنان و ارتقای مستمر کیفیت خدمات

1. خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش:

* تزریقات و پانسمان
* خدمات سلامت روان مبتنی بر جامعه
* خدمات بهداشت محیط
* خدمات بهداشت حرفه ای
* خدمات تغذیه جامعه ( در مدارس، مهدکودک­ها، مراکز جمعی، مساجد و..)
* خدمات مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی در پیشگیری یا کمک به درمان بیماری­های هدف
* خدمات دندانپزشکی
* همکاری و مشارکت در پیشگیری وکنترل بیماری­های تحت مراقبت، اپیدمی­ها و حوادث غیرمترقبه
* خدمات مشاوره ژنتیک و تکامل کودکان توسط یکی از پزشکان آموزش دیده مرکز، انجام می­شود (کل موارد در جمعیت تحت پوشش مرکز از پایگاه­های وابسته ارجاع داده می­شوند)

1. خدمات ارجاعی به عنوان پشتیبانی کننده برای جمعیتهای خاص و در مراکز خاص براساس ضوابط مرکز مدیریت شبکه:

* همکاری در آموزش پزشکی جامعه نگر.
* خدمات مشاوره ازدواج
* خدمات مشاوره شیردهی
* خدمات مشاوره ژنتیک
* خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری سطح اول در صورت لزوم

1. درمان بیماران سرپایی

**تبصره 1:** در صورت نیاز منطقه و پس از تصویب مرکز مدیریت شبکه و سازمان اورژانس کشور، خدمات اورژانس پیش بیمارستانی (115) در مناطق روستایی و شهرهای زیر 50000 نفر در مرکز خدمات جامع سلامت منتخب و زیر نظر پزشک شاغل در مرکز، ارائه می­گردد. **بدیهی است سازوکار اجرای این تبصره پس از انجام توافقات لازم اعلام می شود.**

**ماده 4 :** تیم مدیریت مرکز خدمات جامع سلامت شامل رییس و معاون مرکز است. رییس مرکز یکی از پزشکان مرکز است که سابقه خدمت و ماندگاری بیشتر دارد و ترجیحاً متخصص پزشک خانواده است. معاون از بین کارکنان مرکز توسط رییس با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان انتخاب می­شود و ضمن انجام وظایف اصلی خود در مدیریت واحد با رییس مرکز همکاری می کند وظیفه این تیم، علاوه بر پاسخگویی نسبت به سلامت جمعیت تحت پوشش، کنترل امور عمومی داخل مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش، مسوولیت نظارت بر چگونگی ارائه خدمات سلامت کارکنان مرکز و پایگاه­های تحت پوشش و تدوین برنامه عملیاتی سالانه و برآورد اعتبارات مورد نیاز بر اساس برنامه را به عهده دارد.

* پایش و ارزشیابی فعالیت­های مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
  + تدوین برنامه زمانبندی موثر برای دریافت خدمات توسط مراجعین مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
  + پیگیری تهیه لیست اقلام موردنیاز دارویی (داروی سل، شپش، و ...)، واکسن، مکمل­های دارویی و تجهیزات موردنیاز مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
  + نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی موردنیاز برای کارکنان و جمعیت هدف،
  + فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
  + تهیه گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر،
  + تنظیم فهرست و تامین مواد مصرفی (از طریق پیمانکار درصورت برونسپاری)
  + پیگیری تعمیر و بازسازی خرابی­های فضای فیزیکی مرکز،
  + تنظیم فهرست تجهیزات تعمیری و اسقاطی 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، و جایگزینی نیروها در زمان مرخصی
  + مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز، تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان ( برای مراکز دولتی)
  + مدیریت بودجه و اعتبارات براساس برنامه عملیاتی (در مراکز دولتی زیر نظر مرکز بهداشت شهرستان انجام خواهد شد)، ثبت و نگه­داری مستندات مربوط به اعتبارات، شرح هزینه ها (ارسال اسناد به مرکز بهداشت شهرستان برای مراکز دولتی)
  + جلب مشارکت تمامی کارکنان مرکز برای ارائه خدمات مرکز.
  + نظارت بر آمار ثبتی خدمات بهداشتی ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی مرکز و پایگاه­های تحت پوشش با هماهنگی مسوول پایگاه­ها
  + تحلیل آمار و عملکرد کارکنان و ارسال پس خوراند
  + ارتقای کیفیت فرایند های خدمت و مراقبت­ها با مشارکت همه کارکنان و مردم
  + نیازسنجی سلامت منطقه و حل مشکلات سلامت منطقه با مشارکت مردم و بخش­های مرتبط با سلامت از طریق تشکیل هیات امنا مرکز
  + جلب مشارکت بین بخشی برای ارتقای سلامت منطقه

**تبصره 1 :** در مراکزی که به صورت دولتی اداره می­شود رییس مرکز خدمات جامع سلامت با تایید مرکز بهداشت شهرستان انتخاب می­شود.

**تبصره 2 :** بابت مسوولیتی که تیم مدیریت مرکز (رییس و معاون) به عهده دارند، مبلغی **تا 10%** حقوق به دریافتی آنان اضافه می­گردد.

**ماده 5:** درتمامی مراکز خدمات جامع سلامت شهری یا شهری روستایی مستقر در مناطق حاشیه و شهرهای بالای 20000 نفر، هیات امنای مرکز با ساختار، وظایف و گردش کار مشخص تشکیل می­گردد.

**تبصره 1 :** ساختار (اعضای) هیات امنای هر مرکز عبارتنداز:

* اعضای مرتبط با حوزه شهری و شهرداری بترتیب اولویت (در صورت وجود در منطقه تحت پوشش مرکز) شامل:

**الف**: یکی از اعضای شورای اسلامی شهر یا نماینده شورای مذکور

**ب**: شهردار ناحیه

**پ**: رییس شورایاری محل

**ت**: نماینده شهرداری محل

* نماینده/ نمایندگان مدارس/ مراکز آموزشی و دانشگاهی تحت پوشش مرکز
* یکی از مسوولین پایگاه­های سلامت تحت پوشش مرکز به انتخاب رییس مرکز
* نماینده ارائه دهندگان خدمات سلامت در بخش خصوصی در منطقه تحت پوشش مرکز
* رییس مرکز (پزشک) که سرپرستی این هیات را به عهره دارد

**تبصره 2 :** وظایف هیات امنای هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری عبارتنداز:

* آموزش سلامت در غالب برگزاری نشستها و گردهماییهای برنامه های آموزشی به مردم و مسوولین منطقه
* هماهنگی با مسوولین منطقه تحت پوشش به منظور ایجاد محیط حامی سلامت و رفع عوامل خطرزای محیطی
* طرح مسایل و مشکلات سلامتی منطقه و یافتن راه حل­های علمی و اجرایی برای آنها
* جلب مشارکت عموم مردم در خودمراقبتی و حمایت از برنامه های سلامت عمومی
* آموزش و اطلاع رسانی درمورد وظایف، برنامه های سلامت و خدمات قابل ارائه در پایگاه­های سلامت و مرکز

**تبصره 3 :** گردش کار هیات امنای مرکز: هرساله طی مکاتبه رسمی و مراجعه حضوری به ارگانهای دولتی و مردمی منطقه، سعی در جلب مشارکت دستگاههای مذکور می­شود و از آنها درخواست معرفی نماینده می­گردد. پس از معرفی نمایندگان و اعضای هیات امنای مرکز، ابلاغ آنها توسط رییس مرکز صادر می­شود و هیات مزبور هر سه ماه یکبار تشکیل می­گردد و صورتجلسات به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می­شود. بدیهی است کلیه مصوبات هیات امنای مرکز پس از تایید مرکز بهداشت شهرستان قابل اجرا خواهد بود.

**تبصره 4 :** رییس مرکز بهداشت شهرستان/ مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان با طرح موضوع هیات امنای مراکز خدمات جامع سلامت شهری و شهری روستایی تحت پوشش در جلسات شورای اداری شهرستان به معرفی اهداف، اعضا و وظایف هیات امنای مرکز می­پردازد و از واحدهای مرتبط، تقاضای همکاری مراکز مذکور را می نماید.

**تبصره 6 :** علاوه بر مراکز خدمات جامع سلامت، مدیریت کلی برنامه همانند الگوی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. **وظایف مرکز بهداشت شهرستان با همکاری مراکز خدمات جامع سلامت عبارتست از:**

* تهیه و ارایه طرح گسترش شبکه ارائه خدمت در منطقه و ارائه به ستاد شبکه بهداشت و درمان دانشگاه/دانشکده
* 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 برونسپاری)
* نظارت بر اجرای سرشماری یا به روز رسانی دوره ای از جمعیت تحت پوشش
* نیازسنجی سلامت مردم منطقه
* تضمین دسترسی به حداکثر خدمات پایه سلامت و تخصصی موردنیاز منطقه
* شناسایی واحدهای ارائه دهنده خدمات اجتماعي و مراقبت‌هاي سلامت و تامین کنندگان فرآورده‌های سلامت (دارو، تجهیزات و لوازم پزشکی و ...) در منطقه
* 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 سرپایی و مراقبت روزانه در شرایط ویژه (در صورت حضور نداشتن واحدهای تشخیصی درمانی مورد تایید شبکه بهداشت شهرستان)
* مدیریت امور مالی
* تامین واکسن، مکمل­ها و داروها (بر اساس برنامه های هدف)

**ماده 7:** مدیریت تمام واحدهای برونسپاری شده با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان، به عهده طرف قرارداد است.

* 1. **استانداردهای موردنیاز فضای فیزیکی و نیروی انسانی**

**ماده 8:** واحدهایی که قبلاً برابر استانداردهای اعلامی دستورعمل نسخه 03 راه اندازی یا برونسپاری شده اند، می­توانند با همان شرایط ادامه خدمت دهند لیکن برای راه اندازی واحدهای جدید، رعایت استانداردهای زیر الزامی است،طرف قرارداد باید فضاي فيزيكي مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت و نيروي انساني، به شرح زیر آماده نمايد:

1. استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای **پایگاه سلامت** با متوسط جمعیت تحت پوشش 12500 نفر حداقل 130 متر مربع می باشد به نحوی که فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد:

* فضای کار مراقب سلامت (5 نفر). به منظور رعایت حریم شخصی مراجعین، بین مراقبین سلامت، حداقل پاراوان قرار داده شود (2 تا 3 اتاق با حداقل 12 مترمربع و جمعاً 36 متر مربع)
* فضای کار واکسیناسیون و نمونه گیری برای آزمایشگاه (یک اتاق 12 تا 16 متر مربع)
* فضای برگزاری جلسات آموزش و توانمندسازی جامعه درموضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی، کلاس­های آمادگی برای ازدواج و زایمان و.. با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه (20 تا 24 مترمربع که می­تواند خارج از محل پایگاه باشد).
* اتاق ارائه خدمات مامایی (به گونه ای که حریم شخصی مراجعه کننده با اطمینان رعایت گردد، دارای تخت ژنیکولوژی و فضایی برای معاینه مادر باردار مانند شنیدن صدای قلب جنین، اندازه گیری ارتفاع رحم، معاینه واژینال، معاینه پستان، و مشاوره و اخذ شرح حال درمورد HIV ، رفتارهای پر خطر، بیماری ها و ... به منظور رعایت حریم خصوصی 12 تا 16 مترمربع)
* سالن انتظار و فضا برای پذیرش (25 مترمربع)
* فضای آبدارخانه (6 مترمربع)
* فضای سرويس­های بهداشتي (12 مترمربع)
* **پیش بینی رمپ** برای معلولین در ساختمان­هایی که در ورودی پله وجود دارد و آسانسور برای ساختمان­های دوطبقه و بالاتر

**توجه: در ساختمان هایی که مرکز و پایگاه در دوطبقه قراردارند باید محل استقرار پایگاه سلامت به گونه ای انتخاب شود که دسترسی به آن نسبت به مرکز راحت‌تر و در اولویت باشد .**

* برای جمعیت­های کمتر از 6000 نفر، فضای فیزیکی مورد نیاز پایگاه به 110 متر کاهش می یابد.
* استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای **مرکز خدمات جامع سلامت** با جمعیت تحت پوشش 25 تا 100 هزار نفر (متوسط 60 هزار نفر برای کلانشهرها) حدود 350 تا 400 متر مربع می باشد (درصورت ضرورت می­تواند در 2 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 1، فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد. در صورتیکه مرکز و پایگاه در یک طبقه و در یک ساختمان قرار داشته باشند ترجیحاً ورودی مرکز از پایگاه جدا گردد.
* فضا برای رییس مرکز (12 مترمربع)
* فضا برای پزشک (24 متر، 2 اتاق 12 متری)
* فضا برای خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای (24 مترمربع)
* فضا برای مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی(12 مترمربع)
* فضا برای خدمات سلامت روان (12 مترمربع)
* فضا برای سالن انتظار (حدود 50 مترمربع)
* فضا برای ارائه خدمات پرستاری (12 مترمربع)
* فضا برای پذیرش و آمار (12 مترمربع)
* فضا برای ارائه خدمات مشاوره شیردهی (12 مترمربع)
* فضای برگزاری جلسات مشاوره ازدواج، 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 3 برابر فضای برگزاری جلسات آموزش پایگاه سلامت (فضای آموزش پایگاه سلامت در این فضا ادغام می­شود = حدود 50 مترمربع)
* فضا برای خدمات دهان و دندان (حدود 30 مترمربع) حداقل 20 مترمربع بازای هر یونیت
* فضا برای سرویس­های بهداشتی و آبدارخانه (حدود 12 مترمربع ، مشترک با پایگاه سلامت ضمیمه)
* فضای اورژانس و بستری موقت خانم­ها و آقایان (حدود 60 مترمربع)
* پیش بینی رمپ برای معلولین یا آسانسور برای ساختمان­های دوطبقه و بالاتر

**تبصره :** در مناطقی که دسترسی به سطح دوم فراهم نیست واگذاری محل مرکز در ساعات خارج اداری با یکی از روش های قانونی به متخصصین کودکان، داخلی، زنان و زایمان و روانپزشکی با هماهنگی و موافقت مرکز مدیریت شبکه بلامانع است. در مناطقی که دسترسی به داروخانه و تصویر برداری وجود ندارد با تصویب کمیته دانشگاهی/ دانشکده ای می­توان نسبت به راه اندازی آنها (با تعرفه دولتی) اقدام نمود. در این صورت باید فضای مورد نیاز داروخانه و تصویر برداری / سونوگرافی تعیین گردد.

* برای جمعیت های 25 هزار نفر و کمتر، فضای فیزیکی موردنیاز به حدود 250 تا 300 متر کاهش می­یابد. مشروط به اینکه از فضاهای ضروری که مانع ارائه خدمات می گردد کاسته نشود.
* فضای استاندارد لازم برای خدمات تشخیصی آزمایشگاهی در صورت لزوم تعیین می­گردد.

**ماده 9:** طرف قرارداد باید نیروی انسانی مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت براساس استاندارد نیروی انسانی به شرح زیر آماده نمايد:

1. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با جمعیت تحت پوشش 12500 نفر به شرط پوشش 100درصد جمعیت، به قرار زیر می باشد:

* مراقب سلامت- ماما (مسوول پایگاه): 1 نفر
* مراقب سلامت یا مراقب سلامت- ماما 4 نفر (2500 نفر یک مراقب)

**تبصره:** ارائه خدمات و نظافت بصورت خریدخدمت تامین و در سرانه لحاظ می­شود.

**یادآوری:**

* برای هر 2500 نفر یک مراقب سلامت درنظر گرفته می­شود. آخرین مدرک تحصیلی این فرد برای محاسبه در دریافتی وی نباید بیشتر از کارشناسی باشد.
* دانش آموختگان رشته های بهداشت عمومی، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، پرستاری و مامایی می­توانند به عنوان مراقب سلامت فعالیت نمایند. در صورتیکه مراقب سلامت فارغ التحصیل رشته مامایی و دارای نظام مامایی باشد باید خدمات مامایی پایگاه را نیز انجام دهد (مراقب سلامت- ماما). اگر همه مراقبین سلامت شاغل در یک پایگاه، دانش آموخته مامایی دارای نظام مامایی نباشند، جمعیت تحت پوشش مراقبین سلامت با مدرک تحصیلی مامایی برحسب تعداد آنها باید کمتراز سایر مراقبین سلامت با سایر مدارک تحصیلی باشد (حدود 2000 نفر). بازای هر مراقب سلامت غیرماما که خدمات مامایی جمعیت تحت پوشش وی به عهده مراقب سلامت ماما قرار می­گیرد تا سقف 300 نفر از جمعیت مراقب سلامت ماما، کم شده و به جمعیت مراقب سلامت غیرماما اضافه شود.
* حداقل باید مدرک تحصیلی یکی از مراقبین سلامت (یا 30% آنها)، مامایی همراه با نظام مامایی باشد. در شرایطی که هیچیک از مراقبین سلامت-ماماها، نظام مامایی ندارند باید زیر نظر پزشک مرکز خدمات درمانی و پاراکلینیکی را انجام دهند.

1. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای مرکز خدمات جامع سلامت با جمعیت تحت پوشش 25 تا 100 هزار نفر (متوسط 60 هزار نفر) علاوه بر موارد مندرج در بند 1 این ماده، به قرار زیر می باشد:

* پزشک (بازای 12 هزار نفر): 1 نفر
* دندانپزشک (بازای هر 30 هزار نفر): 1 نفر
* کاردان/کارشناس بهداشت حرفه ای و محیط (بازای هر 300 واحد یا پرونده) 2 تا 4 نفر
* مراقب سلامت دهان (حداقل بازای هر دندانپزشک) 1 نفر
* کارشناس/کارشناس ارشد تغذیه (بازای 40 هزار نفر): 1 نفر
* کارشناس /کارشناس ارشد سلامت روان (بازای 40 هزار نفر): 1 نفر
* پذیرش و آمار 1 نفر
* پرستار/ بهیار 1 نفر
* مشاوره ازدواج و شیردهی (براساس ضوابط و در مراکز خاص) 2 نفر
* خرید خدمت حجمی برای نظافت
* خرید خدمت حجمی برای نقلیه
* کاردان/ کارشناس آزمایشگاه برحسب ضرورت

**یادآوری :**

کارشناس تغذیه صرفاً باید مدرک کارشناسی در رشته علوم تغذیه داشته باشد و کارشناس ارشد تغذیه باید دارای مدرک تحصیلی با پایه علوم تغذیه باشد. در صورت نبود کارشناس تغذیه داوطلب در هر یک از مناطق با جمعیت تحت پوشش مورد نظر، تا زمان تأمین کارشناس تغذیه آموزش های عمومی تغذیه توسط مراقب سلامت برابر برنامه های سلامت کشوری ارائه و در صورت امکان مردم می­توانند از خدمات بخش غیردولتی استفاده نمایند.

کارشناسان تغذیه، روانشناس بالینی، و بهداشت محیط و حرفه ای باید دانش آموخته کارشناسی یا کارشناسی ارشد باشند.

در مراکز ارائه دهنده خدمات مشاوره ای، مامای مرکز باید دانش آموخته کارشناسی ارشد در یکی از گرایش های مامایی و با اولویت مشاوره در مامایی باشد (برای مشاوره ازدواج به زنان یا حداقل 10 سال سابقه کار مفید در این حوزه به تشخیص رییس مرکز بهداشت شهرستان داشته باشد ). این فرد یکی از اعضای تیم پایشگر محسوب می­شود.

مراقب سلامت دهان حداکثر باید کاردان باشند.

برای انجام خدمات آزمایشگاهی حداکثر باید کارشناس باشند

برای پذیرش باید کاردان یا کارشناس باشند.

**تبصره 1:** چنانچه جمعیت تحت پوشش **هر نیرو** از عدد تعیین شده بیش از ۵۰% افزایش یافت، باید نفر دوم اضافه شود. به عنوان مثال در ضوابط بازای هر 40000 نفر، یک کارشناس تغذیه یا کارشناس سلامت روان درنظر گرفته شده است. اگر جمعیت مرکز به 60000 نفر رسید، کارشناس دوم اضافه می­شود. درمورد دندانپزشک درصورتیکه جمعیت واحد ارائه دهنده خدمت 50% استاندارد تعیین شده باشد، یک نیرو بصورت مشترک بین دو واحد در نظر گرفته می­شود در چنین شرایطی، نیرو بین دو مرکز جابجا می­گردد.

**تبصره 2: برای مشاوره ازدواج و شیردهی** در صورت نبود کارشناس ارشد مامایی با تایید کمیته استانی می­توان از کارشناس مامایی با سابقه کاری بیش از ۱۰ سال و اخذ گواهی دوره آموزش تخصصی استفاده کرد.

**تبصره 3:** در صورت عدم بکارگیری نیروی مورد نیاز براساس قرارداد، ضمن اخطار به طرف قرارداد، مبلغی معادل هزینه محاسبه شده پرسنل مربوطه در سرانه، بازای هر نفر روز کسر می گردد.

**تبصره 4:** بازای هر 300 واحد کار و 300 پرونده اماکن تعریف شده برای نظارت بهداشت حرفه ای و بهداشت محیط، یک کارشناس بهداشت حرفه ای و یک کارشناس بهداشت محیط درنظر گرفته می­شود. این افراد باید کل منطقه تحت پوشش مرکز شامل پایگاه­های تابعه مرکز را نیز پوشش دهند. چنانچه تعداد پرونده اماکن و واحد کار در منطقه تحت پوشش مرکز از استاندارد تعیین شده کمتر باشد، فقط یک نیرو بکارگیری می­شود که با آموزش، باید هر دو وظیفه را انجام دهد و براساس اکثریت نوع واحد مورد بررسی، نوع نیرو تعیین می­گردد. به عنوان مثال اگر کل پرونده اماکن 150 و تعداد واحد کار 100 باب باشد، فقط یک کارشناس بهداشت محیط بکارگیری می­شود که باید خدمات بهداشت حرفه ای را هم پوشش دهد.

[**فصل 3: روش اجرای کار**](#_فصل_6:_گردش)

**ماده 10:** مرکز بهداشت شهرستان باید نقشه جغرافيايي استاندارد مناطق حاشيه، شهرهای بالای 20 هزار نفر را تهیه و جمعيت بلوك‌ها را برروی آن مشخص کنند.

**تبصره1:** منطقه مورد بررسي بايد براساس منطقه بندی شهرداری، بلوك‌بندي گردد. مي‌توان از روش بلوك‌بندي قابل استفاده در نظام شبكه بهداشت و درمان شهرستان يا شهرداري‌ها استفاده كرد.

**ماده 11:** جمع‌آوري اطلاعات جمعيتي و اماكن عمومی با انجام سرشماري یا به روز رسانی جمعیت از مناطق حاشیه شهری، شهرهای بالای 20 هزار نفر (شامل مسکن مهر و ...) و ثبت آن در سامانه الكترونيك معرفی شده از سوی ستاد کشوری ضرورت دارد.

**ماده 12:** تمامی مراکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه براساس مصوبه بازنگری طرح گسترش، با جمعیت تحت پوشش بین 25 تا 100 هزار نفر، براساس استاندارد نیروی انسانی و خدمات به مرکز خدمات جامع سلامت تغییر وضعیت داده و ادامه خدمت خواهند داد. **لازم است برای تکمیل نیروی انسانی این مراکز، از کارکنان موجود در سایر مراکز خدمات جامع سلامت منطقه و انتقال آنان به این مراکز استفاده شود. بطوریکه ترجیحاً یک مرکز خدمات جامع سلامت با پایگاه­های ضمیمه و غیرضمیمه کلا ً بصورت دولتی یا خصوصی مدیریت گردد. در تکمیل نیروهای پزشک، تغذیه، سلامت روان، بهداشت محیط و کار، دندانپزشک، پرستار، و پاراکلینیک (درصورت لزوم و براساس دفاتر طرح گسترش) برای مراکز خدمات جامع سلامت دولتی که با کسری نیروی انسانی مواجه هستند، از طریق شیوه خریدخدمت به شکل حجمی ازطریق قرارداد با شرکت­های مجاز ، استفاده خواهد شد. جبران خدمات شرکت در قرارداد مشخص می­شود و مبنای آن، پرداخت مبتنی بر عملکرد و سرانه انطباق یافته با عملکرد است. متذکر می­گردد مدیریت ارائه این خدمات بر عهده رییس مرکز خدمات جامع سلامت و نظارت بر آنها توسط مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.**

**تبصره 1:** راه­اندازی مراکز خدمات جامع سلامت که در بازنگری سال 1396، ایجاد آن­ها در این مناطق تصویب شده است، به عهده دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی بوده (توسط بخش دولتی یا خصوصی) و در اولویت قرار دارد.

**ماده 13:** چنانچه در منطقه، امکان خرید خدمات سلامت دهان و دندان و آزمایشگاه از بخش خصوصی وجود نداشت، باید این خدمات توسط مرکز خدمات جامع سلامت ارائه شود. توصیه می­گردد در مناطق کم جمعیت، خدمات بصورت تجمیعی و بازای هر دو تا سه مرکز در یک مرکز معین ارائه شده و اطلاع رسانی مناسبی به جمعیت تحت پوشش منطقه به عمل آید.

**ماده 14: ارائه خدمات فعال در پایگاه­های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت می­تواند با همکاری داوطلبان سلامت، سفیران سلامت خانوار و محله و با تاکید بر روش خود مراقبتی انجام گیرد.**

**[3-1. نحوه خرید خدمات سلامت](#_فصل_8:_نحوه)[[11]](#footnote-11)**

**ماده 15:** واگذاری خدمات به بخش غیردولتی با استفاده از روش های قانونی موجود بویژه مقررات و مجوز های آئین نامه مالی و معاملاتی دانشگاه­ها انجام می­شود.

* **شرط انعقاد قرارداد و شروع بکار برنده مناقصه، موفقیت نیروی انسانی معرفی شده در گذراندن مرحله اول دوره آموزشی است.**

1. **انعقاد قرارداد با برنده مناقصه پس از تایید صلاحیت­های مندرج در این دستورعمل، توسط رییس شبکه بهداشت شهرستان دانشگاه/دانشکده / رییس مرکز بهداشت شهرستان**
2. **پایش، 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 مرکز بهداشت شهرستان**

**تبصره 1:** به منظور ماندگاری پیمانکاران **موضوع** تمامي قراردادها در صورت توافق و رضايت از عملکرد، برای 3 تا 5 سال منعقد می­گردد ولی **مدت** هر قرارداد، یکساله خواهد بود. مبنای استمرار قرارداد در این مدت نتایج پایش و ارزشیابی خواهد بود.

**تبصره2 :** تفویض اختیار مدیریتی به مدیران اجرایی و راه اندازی واحدهای دولتی براساس ماده 40 دستورعمل واگذاری خدمات سلامت موضوع نامه شماره 685/105/د – 04/02/1392 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

**تبصره3:** نمونه قرارداد واگذاری به بخش غیردولتی و تفاهم نامه واگذاری به مدیران اجرایی به پیوست ارسال می­شود.

**تبصره4:** میانگین سرانه عقد قرار داد با پیمانکاران نباید از عدد سرانه اعلامی توسط مرکز مدیریت شبکه بیشتر باشد بدیهی است مبلغ قرارداد باید به گونه ای باشد که با محاسبات کارشناسی امکان ارائه خدمت با آن مبلغ مقدور باشد

## ماده 16: زمان پرداخت سرانه انطباق یافته با خدمت از زمان استقرار نیروهای آموزش دیده در پایگاه­های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت و آغاز ارائه خدمات با تایید مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

## ماده 17: دستور پرداخت با امضای رییس شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می باشد.

**تبصره 1:** به علتعقدقرارداد بیش از یک سال، باید برای سال های آتی تورم ساليانه اعلام شده توسط بانک مرکزی، و نیز احتمال تغییر در دستورعمل و برنامه های سلامت در قرارداد مدنظر قرارگیرد.

**تبصره** **2:** 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 6 % مبلغ قرارداد ماهانه بازای هر روز توقف ارائه خدمات از طرف قرارداد اخذ ­شود.

**تبصره 3:** در صورت افزایش بسته خدمت در طول مدت قرارداد، طرف پیمانکار موظف به اجرای آن می­باشد.

**تبصره 4:** 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.

* واکسن، ملزومات سلامت باروری، داروهای مراقبت بیماری­های هدف و مکمل­های دارویی مورد نیاز برحسب گروه­های سنی و جنسی تحت پوشش هر پایگاه/مرکز خدمات جامع سلامت
* مطالب آموزشی مورد نیاز برای اجرای برنامه خودمراقبتی و بسته خدمت مربوط به آن
* مجوز ورود به سامانه پرونده الکترونیکی سلامت

**ماده 18:** براساس قانون، مراقبت­های بهداشتی برمبنای بسته خدمت باید بطور رايگان به مردم ارائه شود. بهای این خدمات به صورت سرانه و از محل منابع عمومی دولتی به طرف قرارداد و براساس نتايج ارزيابي عملکرد پرداخت مي‌گردد.

تخطی از این موارد موجب جریمه برابر قرار داد خواهد شد

**ماده 19:** **80 درصد** مبلغ عملکرد براساس گزارش سامانه از روز 28 هر ماه تا حداکثر روز 10 ماه بعد بصورت **علی­الحساب** به طرف قرارداد پرداخت می­شود. ترتیب این کار مطابق چارچوب قراردادی است که توسط دفتر حقوقی اعلام می­گردد. **20 درصد** باقی­مانده پس از پایش و ارزیابی کمی و کیفی عملکرد طرف قرارداد بترتیبی که در ذیل این ماده آمده است، هر 3 ماه یکبار پرداخت خواهد شد.

**تبصره 1:** نحوه پرداخت 20% باقیمانده در پایان سه ماه براساس نتیجه پایش و ارزشیابی فصلی به قرار زیر است:

* نتیجه ارزشیابی بین 90 تا 95 از 100 کل 100% از 20% باقیمانده پرداخت می­شود
* هر 1 امتیاز کمتراز 90 5% از 20% باقیمانده کسر می­گردد
* هر 1 امتیاز بیشتر از 95 5% از 20% باقیمانده به عنوان پاداش اضافه می­شود

درصورتیکه نتيجه ارزیابی زير 70 باشد، علاوه بر کسر پول باقیمانده براساس موارد فوق، همزمان به طرف قرارداد تذکر کتبي داده مي‌شود و در صورت تکرار امتیاز کمتر از 70 در فصل بعد (سه ماهه)، قرارداد لغو می‌گردد.

**تبصره2:** در صورت لغو قرارداد به دلیل عملکرد ضعیف، طرف قرارداد موظف به پرداخت خسارت براساس مفاد قرارداد است.

**تبصره3:** شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است به هنگام بستن قرارداد، تضمین‌های لازم برای قرارداد را مطابق چارچوب تعیین شده در قرارداد اخذ نماید.

**ماده 20:** پرداخت بازای خدمات دارویی، آزمایشگاهی و رادیولوژیفعلاً بصورت معمول (پرداخت بازای خدمت "FFS ") و به شرط تجویز پزشک یا مامای دارای نظام مامایی، توسط سازمان­های بیمه گر و گیرندگان خدمات با دریافت فرانشیز براساس تعرفه دولتی انجام می­شود (به جز موارد رایگان تعیین شده در بسته خدمات).

**ماده 21:** باتوجه به تکمیل شدن نظام ثبت داده ها در سامانه های یکپارچه بهداشت، نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت (P4Q) به پرداخت مبتنی بر عملکرد براساس داده های سامانه های سیب، سینا و ناب اصلاح می­شود. نحوه محاسبه این پرداخت برای کارکنان بخش دولتی (کارکنان رسمی، پیمانی، طرحی، پیام آور و قرارداد با دانشگاه/ دانشکده) متناسب با دستیابی به اهداف برنامه ها در سطوح مختلف براساس نامه شماره 1224/100 مورخ 17/12/1395 انجام می­شود. **به عنوان مثال** چنانچه خدمات بهداشت مدارس در سامانه، 100% ثبت شده باشد، پرداخت به نیروی برنامه نیز تا 100% رقم تعیین شده در دستورعمل شماره 1224 خواهد بود ولی اگر در سامانه رقم 85% ثبت است، معادل تا سقف 85% آنچه در دستورعمل آمده است، قابلیت پرداخت دارد.

**تبصره5:** موارد مشمول جریمه پیمانکار شامل:

* ثبت غیرواقعی خدمت بازای هر پایگاه سلامت:
  + ثبت غیرواقعی خدمت در هر پایگاه سلامت در اولین بار سبب کسر 15% مبلغ کل قرارداد می­شود
  + ثبت غیرواقعی خدمت در همان پایگاه سلامت در دومین بار ماه/ ماههای بعد سبب کسر 30% مبلغ کل قرارداد است
  + ثبت غیرواقعی خدمت برای بار سوم در همان پایگاه سلامت سبب لغو قرارداد همراه اخذ خسارت براساس قرارداد می­شود.
* بی دقتی در سنجش و ثبت داده ها
* نارضایتی خدمت گیرنده
* انجام نشدن خدمات اساسی (Critical) شامل:
  + ارجاع ندادن مادر پرخطر
  + پوشش کمتر از 90% در واکسیناسیون
  + پاسخگویی به ارجاعات کمتر از 60% (فقط مختص پزشک)

میزان جریمه درموارد فوق، 10 برابر معادل ریالی خدمت مربوطه خواهد بود.

نیروهای پذیرش، پرستار یا بهیار، حقوق متناسب با عملکرد و براساس ضوابط این دستور عمل (80% و 20%) دریافت می کنند. سقف قرارداد در شرایط ارائه خدمت با کمیت و کیفیت قابل قبول برای پذیرش و بهیار ماهانه 1600000 تومان و برای سایرین با مدرک تحصیلی فوق دیپلم تا 1800000 تومان، برای لیسانس تا 2100000 تومان و برای فوق لیسانس تا 2500000 تومان با احتساب بیمه و مالیات و شامل مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و ... می­باشد.

رییس مرکز موظف است ماهانه، 2 بار در پایگاه­های سلامت تحت پوشش حضور یابد و بر فعالیت مراقبین سلامت نظارت کند.

**تبصره6:** به مراقبین سلامتی که موفق به کسب **ستاره کیفیت خدمت** (Quality Service Star/ QSS) شوند، بازای هر ستاره، مبلغ مشخصی به پرداختی آنها اضافه میگردد. دستورعمل چگونگی اعطای ستاره کیفیت خدمت، مبلغ مالی مربوط به هر ستاره و سایر شرایط کسب آن متعاقباً اعلام می­شود.

1. **پزشک عمومی:**

خدمات پزشک در 3 گروه تقسیم بندی می­شود و هر گروه دارای سقف پرداختی مختص خود است. به عبارت دیگر نمی­توان یکی از این گروه­های سه گانه را انجام نداد و از محل انجام بیش از حد انتظار در گروه دیگر، دستمزد کامل را دریافت کرد:

2-1 خدمات مراقبت مستقیم که عموماً شامل مراقبت مستقیم پزشک (بدون واسطه مراقب سلامت) از بیماران دیابتی و پرفشاری خون است. برای جمعیت حدود 12000 نفر انتظار می­رود ماهانه تعداد این خدمات 6000 مورد (معادل 600 خدمت) باشد

2-2 خدمات پذیرش ارجاعات از مراقب سلامت یا سایر اعضای تیم سلامت. این گروه خدمات برای جمعیت 12000 نفره تحت پوشش پزشک در ماه حدود 4612 مورد خدمت وزن دهی شده، برآورد می­شود.

2-3 ویزیت سرپایی بیماران. از آنجاکه در دستورعمل تاکید شده است هر پزشک روزانه بیش از 15 مورد ویزیت سرپایی نداشته باشد، تعداد موارد این خدمت در ماه حدود 375 مورد است و با لحاظ هر ویزیت معادل 10 خدمت، تعداد خدمات درمان سرپایی 3750 مورد می­شود.

باتوجه به هزینه حقوق ماهانه 8 میلیون تومان برای هر پزشک (شامل مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و ...)، ارزش K برای هر گروه خدمات سه گانه به قرار زیر است:

* گروه خدمات مستقیم، K معادل 600 تومان بازای هر خدمت
* گروه خدمات پذیرش ارجاعات، K معادل 600 تومان
* گروه ویزیت سرپایی، K معادل 450 تومان

درمورد خدمت مشاوره براساس تعرفه تعیین شده و سهم 40% برای پزشک از آن تعرفه خواهد بود.

می‏توان به پزشکانی­که خدمات سلامتی (اعم از مشاوره و ...) علاوه بر وظایف خود در مرکز خدمات جامع سلامت را ارائه میدهند، از محل درآمدهای مرکز مبالغی با توافق دانشگاه/ دانشکده و براساس مقررات اضافه پرداخت کرد.

1. **کارشناس تغذیه:**

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه یکپارچه بهداشت برای کارشناس تغذیه ماهانه حدود 2632 خدمت وزن دهی شده برآورد می­شود و با درنظر گرفتن سقف هزینه حقوق 2500000 تومان (به شرط دارا بودن مدرک فوق لیسانس و شامل مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و ...)، ارزش K هر خدمت حدود 1000 تومان است.

1. **کارشناس سلامت روان:**

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه یکپارچه بهداشت برای کارشناس سلامت روان ماهانه حدود 1700 خدمت وزن دهی شده برآورد می­شود (البته کل تعداد خدمات 3637 مورد است که 1700 مورد آن در سامانه، ثبت می­گردد) و با درنظر گرفتن سقف هزینه حقوق 2500000 تومان (به شرط دارا بودن مدرک فوق لیسانس و شامل مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و ...)، ارزش K هر خدمت حدود 1500 تومان است.

1. **دندانپزشک:**

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه یکپارچه بهداشت برای دندانپزشک حدود 5400 خدمت وزن دهی شده در ماه برآورد می­شود و با درنظر گرفتن سقف هزینه حقوق 5400000 تومان (به شرط دارا بودن مدرک دکترای دندانپزشکی عمومی و شامل مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، مرخصی، عیدی، و سایر بعلاوه مبلغی اضافی بر حسب محرومیت منطقه و ...)، ارزش K هر خدمت حدود 1000 تومان است.

1. **کارشناس بهداشت محیط:**

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه سلامت محیط و کار برای کارشناس بهداشت محیط براساس اعلام مرکز سلامت محیط و کار حدود 8200 خدمت وزن دهی شده ماهانه برآورد می­شود و با درنظر گرفتن سقف دستمزد 2100000 تومان (به شرط دارا بودن مدرک لیسانس) و 2500000 تومان (برای دارندگان مدرک فوق لیسانس) ارزش K هر خدمت بین 256 تا 305 تومان است.

1. **کارشناس بهداشت حرفه ای:**

تعداد خدمات قابل انتظار و قابل ثبت در سامانه سلامت محیط و کار برای کارشناس بهداشت حرفه ای براساس اعلام مرکز سلامت محیط و کار حدود 13900 خدمت وزن دهی شده در ماه برآورد می­شود و با درنظر گرفتن سقف دستمزد 2100000 تومان (به شرط دارا بودن مدرک لیسانس) و 2500000 تومان (برای دارندگان مدرک فوق لیسانس) ارزش K هر خدمت بین 150 تا 180 تومان است.

**توجه:**

* **تبصره های 2و 3و 4 و 5 برای همه ارائه دهندگان خدمت مصداق دارد.**
* **اجرای اصل پرداخت 80% ماهانه و 20% براساس نتیجه پایش برای همه ضرورت دارد.**
* **چنانچه دانشگاه/ شهرستان امکان پایش ماهانه را داشته باشد می­تواند بصورت ماهانه نتیجه پایش را محاسبه و پرداخت کامل را براساس نتیجه پایش، در پایان هر ماه انجام دهد**

[**فصل 4: روش ارائه خدمات:**](#_فصل_4:_بسته)

**[4-1. بسته خدمات سلامت](#_فصل_4:_بسته)**

**ماده 24:** بسته‌هاي خدمت سلامت این برنامه، شامل 4 گروه خدمات اولیه فردي، عمومي، خدمات برحسب نیاز و خدمات درمانی می­باشند که در فصل تعریف واژه­های این دستورعمل به آنها اشاره شد. این مجموعه با نامه شماره 11036/300د به تاریخ 18/7/1394 با عنوان بسته خدمات سلامت سطح اول ارسال شده است.

**ماده 25:** دانشگاه‌ها/دانشکده­ها موظف خواهند بود فهرست بسته‌هاي خدمات قابل ارائه در مناطق حاشیه شهری، و کل مناطق شهری با جمعیت بالای 20 هزار نفر را به پيمانكاران طرف قرارداد و واحدهاي دولتي تحت پوشش نظام شبكه بهداشت و درمان مستقر در مناطق مزبور یا پوشش دهنده این جمعیت­ها ارائه دهند و آنها موظف به رعايت كامل بسته‌هاي 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 ذکر شود.

**4-2. نظام ارجاع**

**ماده 26:** 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 کلینیک ویژه؛ مسیر ارجاع برای خدمات تشخیصی، مراقبتی، درمانی سرپایی عمومی، تخصصی و بستری مورد نیاز را برای جمعیت تحت پوشش ترسیم و فراهم کرده و به تصویب ستاد اجرایی دانشگاه/ دانشکده برساند.

**تبصره1:** مراقب سلامت شاغل در پایگاه­های سلامت، افرادی را که مطابق بسته خدمات سلامت، نیازمند ارجاع هستند، به مراکز خدمات جامع سلامت ارجاع خواهند داد.

**تبصره2:** 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 متخصصین بخش دولتی و خصوصی طرف قرارداد بیمه ها و بیمارستان­های عمومی و تخصصی شهرستان/ استان/ قطب و ملی فراهم می شود.

**تبصره3:** کلینیک­های تخصصی و 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 (مطابق بخشنامه ابلاغی مقام محترم وزارت به شماره 253/100 مورخ 30/3/1396 موضوع دستورعمل اجرایی برنامه استقرار نظام ارجاع).

**ماده 27:** 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 28:** 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 24 ساعت، توسط پزشک و مراقب سلامت پیگیری می‌شوند. در صورت ارجاع غیرفوری این کار در طول یک هفته بعد از ارجاع انجام می‌شود.

**تبصره1:** بیمارستان یا سایر واحدهای تخصصی باید اقدامات لازم را درمورد تکمیل بازخورد الکترونیکی (تکمیل بخش بازخورد برگه های ارجاع ارائه شده در مواردی که امکان استفاده از نظام ارجاع الکترونیکی نیست) براساس دستورعمل اجرایی، انجام دهند. پرداخت تشویقی به کلینیک های تخصصی/ بیمارستان ها که ارجاعات را از سوی پزشکان عمومی شاغل در پایگاه­های سلامت می­پذیرند و بازخورد ارائه می­دهند، مطابق با دستورعمل مشترک معاونت درمان، معاونت بهداشت و بیمه طرف قرارداد می­باشد. اعتبار موردنیاز از محل 1% ارزش افزوده دراختیار معاونت درمان قابل پرداخت خواهد بود.

**تبصره2:** رییس مرکز خدمات جامع سلامت پس از تایید شبکه بهداشت و درمان شهرستان موظف است درمورد امكان استفاده از خدمات ارجاع به ساكنين این مناطق اطلاع­رساني کند.

**ماده 29:** هر بیمار بنا به تشخیص خود می‌تواند به عنوان بیمار فوریتی به بیمارستان مراجعه نماید. تشخیص فوریت بودن با مسوول یا پزشک اورژانس بیمارستان است.

**[4-3. نظام اطلاعات سلامت](#_فصل_14:_مدیریت)**

**ماده 30:** با توجه به طراحی و اجرای نظام اطلاعات حوزه بهداشت که مبتنی بر محیط الکترونیک و بسته های خدمات تعریف شده می­باشد.، هم اکنون این نظام اطلاعاتی درکلیه دانشگاه­های علوم پزشکی در قالب سامانه های پرونده الکترونیکی سلامت پیاده سازی شده یا در حال پیاده سازی می­باشد و مشخصات سخت افزاری، نرم افزاری، زیرساخت شبکه ارتباطی، استانداردها، قوانین و مقررات، آموزش و فرهنگ‌سازی قبلا طی نامه های شماره 17417 / 300د مورخ 14/ 11/ 93 و 14091/ 300د مورخ 12/08/95 معاونت بهداشت به معاونت های بهداشت دانشگاه /دانشکده های علوم پزشکی اعلام شده است. ولی لازم است در صورت نیاز استانداردهای جدید و بازنگری شده درباره فن آوری اطلاعات (IT) توسط دفتر مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت متبوع تهیه و از طریق ستاد کشوری ابلاغ شود.

**تبصره1**: به منظور تبادل اطلاعات و تشکیل بانک داده­ها در سطوح دانشگاهی/دانشکده ای و ملی، ضروریست دستورعمل فنی سامانه یکپارچه اطلاعات بهداشت و استانداردهای تبادل داده پیام ارجاع (موضوع نامه شماره14091 / 300د مورخ 12/08/95 ) مورد نیاز مطابق سامانه های پرونده الکترونیکی سلامت مورد تایید و مطابق بسته های خدمات ابلاغی قرار گیرد.

**تبصره2:** در مناطق فاقد ارتباط اینترنت، تا زمان فراهم شدن نظام اطلاعات سلامت الکترونیک، روش فعلی (کاغذی) یا آفلاین مورد عمل خواهد بود.

**ماده 31:** معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید نسبت به نظارت و پایش 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 اقدام کند.

**ماده 32:** ستاد کشوری هماهنگی و اجرایی موظف است نسبت به تدوین دستورعمل نحوه تامین منابع مالی لازم برای پیشتیبانی و نگه­داری و در صورت لزوم به روز رسانی نرم افزارها و سخت افزار های مورد نیاز پرونده الکترونیکی سلامت و ابلاغ آن به ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده اقدام نماید.

[**فصل 5: پایش و ارزشیابی**](#_فصل_14:_مدیریت)

**ماده 33:** نظرسنجی و رضایت سنجی گیرندگان خدمت و نیز راستی آزمایی خدمات از ارزش ویژه ای برخوردار است. با توجه به حجم قابل توجه عملیات در این شیوه پایش، از روش­های متفاوت استفاده خواهد شد که پایش مبتنی بر سامانه های الکترونیک بهداشت یکی از مهم ترین آنهاست و با استفاده از این روش، نظام پرداخت مبتنی بر پایش و شیوه عملکرد طراحی و انجام می­شود.

**ماده 34:** به منظور تضمین و ارتقای کیفیت خدمات ارایه شده در واحدهای ارائه خدمات سلامت و رعایت مفاد قرارداد از طرف ارایه 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، دانشگاه­ها/ دانشکده های علوم پزشکی نسبت به تهیه و تدوین چک لیست­های پایش خدمات براساس شرح وظیفه هر فرد، بانضمام بسته آموزشی موردنیاز آن برای سطوح دانشگاه و شهرستان اقدام نماید. تا زمان ابلاغ این چک لیست­ها، دانشگاه/ دانشکده باید از چک لیست­های تهیه شده در آن دانشگاه/دانشکده برای پایش استفاده کنند.

**ماده 35:** انجام پایش دوره اي از عملکرد ارائه‌دهندگان خدمت هر سه ماه یکبار توسط تیم نظارتی شبکه بهداشت درمان شهرستان صورت خواهد گرفت. این پایش در پرداخت، نیازسنجی آموزشی و اولویت بندی آموزش­ها و بازآموزی­ها و ادامه همکاری طرف قرارداد موثر است که در فصل پرداخت به آن اشاره می­شود.

**تبصره 1:** توصیه میشود به منظور آشنایی کارکنان با شاخص ها و روند پایش و برای ارتقای مستمر کیفیت خدمات، خودارزیابی توسط ارائه دهندگان خدمت بصورت ماهانه انجام شود تا فرآیند اجرا قبل از پایش فصلی، اصلاح گردد.

**تبصره 2:** کارشناسان مستقر در مراکز بهداشت شهرستان، مراکز بهداشت استان و ستاد ملی پایش به شیوه الکترونیک، مبتنی بر نرم افزار و تماس با مشتری را به عنوان شیوه های پایش انجام می­دهند.

**ماده 36**: دانشگاه/دانشکده موظف است به منظور فراهم نمودن داده های پایه[[12]](#footnote-12) 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، لازم است ارزشیابی های مستمر / دوره ای سلامت جمعیت این مناطق براساس داده های حاصل از نظام مذکور سالانه، صورت گیرد.

**تبصره 1:** درمورد شاخص­هایی که از طریق پیمایش­ها قابل تولید هستند، ضرورت دارد مركز مديريت شبکه ضمن تدوین طرح پیمایش ارزیابی سریع سلامت و عوامل موثر بر آن در مناطق مختلف ازجمله حاشیه شهرها و سکونتگاه­های غیررسمی و شهرهای با جمعیت بیش از 20 هزار نفر، نسبت به طراحی بسته اجرایی و آموزشی مربوط اقدام نموده و با همکاری دانشگاه/دانشکده به صورت دوره­ای ( دوره 3 تا 5 ساله ) اجرا کند.

**تبصره 2:** بهره گیری از سامانه های الکترونیک سلامت برای ارزشیابی برنامه ها باید مورد توجه قرار گیرد.

**ماده 37:** به منظور برنامه ریزی مناسب و ارزشیابی دوره ای کشوری و دانشگاهی **"برنامه گسترش مراقبت­های اولیه سلامت برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری"** ضرورت دارد شاخص­های اصلی و استاندارد حوزه بهداشت که فهرست آنها در پیوست ارایه شده است برای هدفگذاری و ارزشیابی­های برنامه حاضر مورد استفاده قرار گیرند. منبع اطلاعاتی شاخص­های تهیه شده نظام جاری اطلاعات سلامت و پیمایش های کشوری / دانشگاهی خواهد بود. مدیریت امر به عهده مرکز مدیریت شبکه خواهد بود.

**ماده 38: سطوح پایش و ارزشیابی به قرار زیر خواهد بود:**

* **پایش فرآیندها و ارزشیابی برنامه ها در چهار سطح در نظر گرفته شده است که همواره پایش هر سطح توسط سطح یا سطوح بالاتر انجام می­شود:**

1. پایش و نظارت توسط مرکز خدمات جامع سلامت بر:

* پایگاه سلامت
* کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت (فرآیندهای تحت نظر کارکنان مورد پایش قرار می­گیرند و دانش و مهارت آنها ارزیابی می­شوند)
* گیرندگان خدمت سلامت (سنجش رضایتمندی مردم و نیازسنجی)

1. پایش و نظارت توسط مرکز بهداشت شهرستان بر:

* مرکز خدمات جامع سلامت
* پایگاه سلامت
* کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
* گیرندگان خدمت سلامت با تاکید بر داده های سامانه یکپارچه سلامت

1. پایش و ارزشیابی توسط مرکز بهداشت استان یا معاونت بهداشتی بر:

* مرکز بهداشت شهرستان
* مرکز خدمات جامع سلامت
* پایگاه سلامت
* کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
* گیرندگان خدمت سلامت با تاکید بر داده های سامانه یکپارچه سلامت

1. پایش و ارزشیابی توسط مرکز مدیریت شبکه و مناطق 10 گانه آمایشی:

* مرکز بهداشت استان
* مرکز بهداشت شهرستان
* پایگاه سلامت
* مرکز خدمات جامع سلامت
* کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت
* گیرندگان خدمت سلامت با تاکید بر داده های سامانه یکپارچه سلامت
* **بسته های پایش و ارزشیابی**

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

1. بسته ارزشیابی کشوری (مرکز مدیریت شبکه / مناطق 10 گانه آمایشی)
2. بسته ارزشیابی توسط دانشگاه/ دانشکده
3. بسته های پایش توسط مرکز بهداشت شهرستان / خودارزیابی کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت

* **فهرست ابزارهای پایش** (**پیوست**)
  + - 1. چک لیست اطلاعات عمومی واحدهای ارائه دهنده خدمت

1. چک لیست مشاهده واحدهای ارائه دهنده خدمت
2. چک لیست برقراری ارتباط موثر
3. چک لیست مستندات واحدهای ارائه دهنده خدمت (بررسی مدارک ثبت شده)
4. چک لیست پایش برنامه های ارائه شده
5. چک لیست مصاحبه با گیرندگان خدمت
6. چک لیست های خودارزیابی
7. چک لیست بررسی دفترچه های بیمه و نسخ بیماران براساس راهنماهای طراحی شده
   * راهنماهای تشخیصی
   * راهنماهای درمانی
8. چک لیست بررسی شاخص های سلامت در حاشیه شهر
9. چک لیست بررسی آموزش شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی و جلب مشارکت فعالانه فرد، خانواده و جامعه (چک لیست برنامه های خودمراقبتی).

* **اعضای تیم پایش و ارزشیابی مرکز خدمات جامع سلامت**

کارشناسان مرکز خدمات جامع سلامت شامل (رییس و معاون مرکز؛ کارشناسان مسوول تغذیه، سلامت روان، بهداشت محیط، بهداشت حرفه ای و پزشک و دندانپزشک) عملکرد تیم سلامت پایگاه­های سلامت را پایش می نمایند.

* **اعضای تیم پایش و ارزشیابی شهرستان**

کارشناسان منتخب و آموزش دیده شبکه بهداشت و درمان شهرستان (سه گروه گسترش شبکه، بهداشت خانواده و بیماریها باید عضو ثابت باشند)، عملکرد مراکز خدمات جامع سلامت را پایش می­کنند. افراد فوق باید با نظر کمیته پایش و ارزشیابی کلان منطقه مربوطه انتخاب شده باشند. نحوه عملکرد آنها توسط دانشگاه / دانشکده مربوطه و کمیته پایش و ارزشیابی کلان منطقه مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

* **توالی انجام پایش**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **فرد / محل مورد پایش و ارزشیابی** | **انجام دهنده پایش** | **دوره زمانی** |
| 1 | راستی آزمایی و رضایت سنجی گیرندگان خدمت | معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده | در طول سال |
| 2 | خود ارزیابی | ارائه کننده خدمت | هر ماه |
| 3 | پایگاه سلامت | تیم ناظر مرکز خدمات جامع سلامت | هر سه ماه یکبار |
| 4 | مرکز خدمات جامع سلامت | تیم پایش مرکز بهداشت شهرستان | هر سه ماه یکبار |
| 5 | مرکز بهداشت شهرستان | تیم پایش و ارزشیابی دانشگاه و کلان منطقه | هر شش ماه یکبار |
| 6 | دانشگاه / دانشکده | تیم پایش و ارزشیابی مرکز مدیریت شبکه | هر سال یکبار |

**تبصره:** براساس نتایج پایش و ارزشیابی بعمل آمده توسط تیم شهرستان، علاوه بر انجام مداخله مناسب برای رفع مشکلات موجود، پرداخت نهایی به مراکز خدمات جامع سلامت صورت خواهد گرفت.

**فرآیند پایش مرکز خدمات جامع سلامت توسط مرکز بهداشت شهرستان (هر 3 ماه یک بار)**

**پایش و تکمیل چک لیست ها**

**آیا فعالیت های مرکز خدمات جامع سلامت (وپایگاه ها) مورد تاییداست؟**

**بلی**

**خیر**

**اخطار شفاهی طبق بازدید و اعلام مهلت مقرر برای رفع نقص یا مشکل**

**(بار اول)**

**بازدید مجدد بعد از حداکثر یک ماه**

**آیا در زمان مقرر رفع نقص انجام شده است؟**

**بلی**

**خیر**

**صدور اخطار کتبی و اعلام مهلت مقرر برای رفع نقص به مرکز خدمات جامع سلامت (باردوم)**

**بازدید مجدد بعد از حداکثر یک ماه**

**خیر**

**بلی**

**آیا در زمان مقرر رفع نقص انجام شده است؟**

**صدور اخطار کتبی (بار سوم) و ارسال گزارش به ستاد اجرایی دانشگاه / دانشکده**

**ادامه فعالیت مرکز تا صدور رای با نظارت شبکه بهداشت و درمان**

**بلی**

**آیا در زمان مقرر رفع نقص انجام شده است؟**

**رفع نقص یا مشکل بعد از صدور حکم در مهلت مقرر**

**خیر**

**[پیوست­ها](#_فصل_15:_پایش):**

**پیوست شماره 1:**

**نمودار گردش کار دریافت خدمت از پایگاه سلامت یا مرکز خدمات جامع سلامت**

انجام طبقه‌بندی براساس یافته‌های حاصل از مراقبت

مراجعه برای انجام مراقبت­های دوره­ای

آیا تا کنون برای انجام مراقبت معمول مراجعه کرده است؟

رسیدگی به شکایت فرد

آیا فرد نیاز ویزیت پزشک دارد؟

خیر

بلی

پذیرش فرد و تعیین علت مراجعه

انجام مراقبت براساس موارد مندرج در پرونده و بوکلت مربوطه

خیر

بلی

انجام اقدامات و ارائه توصیه‌های لازم براساس بوکلت و دستورعمل­ها

مراجعه با شکایت/ بیماری

آیا فرد نیاز به ارجاع دارد؟

خیر

ارجاع به پزشک/ روانشناس یا کارشناس تغذیه براساس بوکلت

بلی

مراجعه فرد به ارائه کنندگان خدمت براساس بوکلت و نمودارهای گردش کار خدمات مربوطه

ثبت داده های حاصل از مراقبت و ارائه پس خوراند به فرد ارجاع دهنده

تعیین نحوه پیگیری و هدایت گیرنده خدمت برای مراجعه مجدد به خود فرد یا مراقب سلامت

تعیین علت مراجعه

دریافت خدمات مورد نیاز براساس بوکلت­ها و دستورعمل­های مربوطه

**پیوست شماره4: شرح وظایف کارکنان**

## الف: شرح وظايف مراقب سلامت در تیم سلامت:

1. شناسايي محيط جغرافيايي محل خدمت
2. شناسايي جمعيت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکيک سن و جنس
3. شناسايي عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت در منطقه
4. شناسايي جمعیت تحت پوشش از نظر مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
5. تشکیل پرونده سلامت الکترونیک (ثبت فرم ها) براساس شرح خدمات
6. ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش براساس شرح خدمات
7. شرکت در برنامه های آموزشی ابلاغی از ستاد اجرایی دانشگاه / دانشکده و برنامه های اختصاصی شهرستان
8. آموزش و توانمندسازی جامعه براساس برنامه‌ها و دستورعمل‌های ابلاغی
9. مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته‌های خدمت گروه‌های هدف
10. غربالگری افراد براساس شرح خدمات
11. پيگيري و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر
12. ارجاع مراجعه کننده به سطح بالاتر درصورت لزوم براساس راهنمای اجرایی و بالینی و ارائه خدمات موردنياز براي مراجعه كننده براساس پس خوراند دريافتي از سطوح بالاتر
13. پیگیری موارد ارجاع شده
14. پیگیری در مراجعه مجدد افراد به پزشک و کارشناس تغذیه مرکز در موارد تعیین شده، به طرق مختلف (تماس تلفنی، مراجعه به درب منزل و ...)
15. دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
16. ثبت و گزارش‌دهی صحیح، دقیق و بهنگام براساس فرم‌ها، دستورعمل‌ها و تکالیف محوله
17. ثبت موارد حوادث خانگی، ترافیکی و گزارش به سطوح بالاتر

## ب: شرح وظايف مراقب سلامت-ماما در تیم سلامت (نامه شماره 18622):

1. کلیه موارد بند الف
2. نمونه گیری برای غربالگری سرطان دهانه رحم و ثبت در پرونده سلامت الکترونیک
3. معاینه پستان برای غربالگری سرطان پستان و ثبت در پرونده سلامت الکترونیک
4. معاینه ژنیتال برای تشخیص عفونت های آمیزشی و ثبت در پرونده سلامت الکترونیک
5. بررسی و تشخیص خونریزی­های غیرطبیعی ژنیتال و ثبت در پرونده سلامت الکترونیک
6. بررسی اختلال عملکرد جنسی و ثبت در پرونده سلامت الکترونیک
7. مراقبت معمول پیش از بارداری و ثبت در پرونده سلامت الکترونیک
8. مراقبت معمول بارداری و مراقبت های ویژه بارداری و ثبت در پرونده سلامت الکترونیک
9. مراقبت­های معمول پس از زایمان و مراقبت­های ویژه پس از زایمان و ثبت در پرونده سلامت الکترونیک
10. ارجاع بررسی علائم حیاتی و شرح حال اولیه به مراقبت سلامت دانش آموخته مامایی به منظور:

* انجام مراقبت های پیش از بارداری
* در مراقبت بارداری و پس از زایمان: بررسی ابتلا به بیماری و ناهنجاری ها، درخواست، ثبت، بررسی، تفسیر آزمایش ها و سونوگرافی­های مادر، اقدام و درمان مطابق بسته خدمت، انجام مراقبت های ویژه بارداری و پس از زایمان، آموزش و مشاوره های تخصصی و ثبت در پرونده سلامت الکترونیک

## پ: شرح وظايف مراقب سلامت در زمینه تغذیه:

1. اندازه‌گيري های تن سنجی افراد تحت پوشش شامل: قد، وزن، دورسر دور عضله ساق پا و دور کمر (برای افراد 30 تا 70 سال) با استفاده از ابزار و تجهيزات استاندارد، ثبت پارامترهاي مذكور در پرونده الكترونيك و توجه به نمايه توده بدني محاسبه شده
2. توجه به منحني‌هاي رسم شده قد، وزن و نمايه توده بدني كودك و نوجوان و منحني وزن‌گيري مادران باردار در پرونده الكترونيك
3. ارزيابي الگوي تغذيه و توجه به امتياز الگوي تغذيه مراجعه كننده
4. تصميم‌گيري در مورد وضعيت تغذيه مراجعه كننده و ارائه توصيه ها و آموزش هاي فردی تغذيه براساس وضعيت كنوني فرد مطابق با دستورعمل و بسته های خدمت
5. ارجاع به پزشك/كارشناس تغذيه مطابق با جدول ارجاعات
6. پی گیری موارد ارجاع شده به پزشك/کارشناس تغذیه برای انجام مراقبت هاي بعدي
7. برآورد و درخواست بموقع مکمل‌ها، متون آموزشي و ديگر ابزار و ملزومات (مانند ترازو، قدسنج، كامپيوتر و ...) مورد نياز برای مراقبت‌هاي تغذيه‌اي
8. شناسایی گروه­های هدف برنامه های حمایتی

## ت: شرح وظايف مراقب سلامت در مدارس تحت پوشش:

1. تهیه ، استخراج و ارائه شاخص­های جمعيتي و آموزشگاهي دانش آموزان و مدارس تحت پوشش
2. ثبت اطلاعات پرونده سلامت مدرسه و ممیزی مدارس مروج سلامت در سامانه.
3. پیگیری انجام مراقبت­های دوره ای کلیه دانش آموزان گروه هدف، موارد دارای اختلال و دانش آموزان نیازمند مراقبت ویژه در تمام پایه ها
4. آموزش مباحث سلامت براساس نیازسنجی و اولویت های نظام سلامت برای دانش‌آموزان، والدین و کارکنان مدارس طبق برنامه زمان بندی و هماهنگی با سایر واحدها به جهت آموزش مباحث فوق در مدارس ابتدایی و متوسطه
5. مراقبت از بیماری‌های واگیردار شایع (مانند آنفلوانزا، بیماری‌های اسهالی، آبله مرغان و .....)، در مدرسه شامل دریافت گزارش و انجام اقدامات لازم مطابق دستورعمل و آموزش سریع و موثر به دانش‌آموزان، والدین و کارکنان مدارس و حضور فوری و بهنگام در مدرسه به منظور کنترل بیماری و پیشگیری از شیوع آن در موارد بروز طغیان بیماری.
6. مراقبت پدیکولوز در مدارس:
7. الف: شناسایی موارد آلوده به پدیکولوز در دانش‌آموزان مدارس ابتدایی فاقد مراقب سلامت آموزش و پرورش، حداقل دو بار در سال (پاییز و بهار)
8. ب: در صورت دریافت گزارش موارد آلوده، انجام معاینه دانش‌آموزان مدارس ابتدایی و متوسطه طبق دستورعمل
9. پ: درمان موارد آلوده و آموزش بهداشت فردی و پیگیری به جهت پیشگیری از همه‌گیری مطابق دستورعمل
10. همکاری در اجرای برنامه مدارس مروج سلامت مطابق دستورعمل از جمله :

الف: آموزش مفاهیم، اجزا 8 گانه و شیوه ی اجرای برنامه به مدیران و مراقبین سلامت در مدرسه

ب: پیگیری تشکیل و برگزاری شوراهای سلامت مدرسه، و اجرای مصوبات تا حصول نتیجه

ج : همکاری با مدرسه به جهت انجام ممیزی داخلی، هماهنگی برای انجام ممیزی خارجی

د : پایش منظم برنامه در مدرسه

1. نظارت بر شاخص های برنامه مراقبت ادغام یافته گروه سنی نوجوانان و مدارس در سامانه
2. هماهنگی، آموزش و نظارت بر اجرای برنامه‌های ارتقاء فعالیت بدنی دانش‌آموزان در مدرسه طبق دستورعمل‌های ابلاغی
3. هماهنگی با مدارس درباره آموزش بهداشت دوران بلوغ به دانش‌آموزان دختر و پسر، والدین و کارکنان مدرسه و ارجاع موارد نیازمند ارجاع
4. دریافت اطلاعات سوانح و حوادث در مدرسه و در راه مدرسه و هماهنگی، آموزش و اجرای برنامه سوانح و حوادث در مدرسه طبق دستورعمل‌های ابلاغی
5. دریافت اطلاعات مرگ دانش‌آموزان
6. هماهنگی و همکاری در اجرای مناسبت‌های خاص بهداشتی
7. شركت فعالانه در دوره هاي آموزشي و بازآموزي سلامت نوجوانان در جهت ارتقاي دانش فني
8. اجرای سایر برنامه ها براساس دستورعمل‌های ابلاغی سلامت نوجوانان و مدارس

## ث: شرح وظایف مراقب سلامت در زمینه آموزش سلامت

1. توانمندسازي مردم و مراجعان فردي و گروهي براي خودمراقبتي

* توزيع راهنماي ملي خودمراقبتي خانواده در بين تمام خانوارهاي تحت پوشش (خودآموزي براي توانمندسازي مردم در رعايت سبك زندگي سالم و مديريت ناخوشي هاي جزيي شامل ابزارهاي خودارزيابي، برنامه ريزي فردي براي تغيير رفتار، اجراي برنامه و ارزيابي مجدد وضعيت سلامت به علاوه معرفي منابع معتبر اطلاعاتي، حمايتي و خدماتي مناسب در منطقه مربوطه و راهنماي حقوق بهداشتي و نحوه پيگيري آن).
* آموزش استفاده از راهنماي ملي خودمراقبتي خانواده به خانوارهاي تحت پوشش:

1. تربيت حداقل يك سفير سلامت در هر خانوار: سفير سلامت حداقل 8 كلاس سواد خواندن و نوشتن دارد. در محل آموزش، محل كار، مركز خدمات جامع سلامت يا مسجد محل به صورت حضوري يا از طريق پورتال ملي خودمراقبتي به صورت آنلاين، يك دوره آموزشي 8 ساعته را براي آشنايي با نحوه استفاده از راهنماي ملي خودمراقبتي خانواده براي مراقبت از سلامت خود و اعضاي خانواده را طي مي كند.
2. تربيت سفيران افتخاري سلامت در ميان اقوام يا همسايگان خانواده هاي بي سواد يا سالمند بدون سرپرست
3. تربيت رابطان سلامت براي حمايت از خانواده هايي كه به هر دليلي تحت پوشش سفيران سلامت يا سفيران افتخاري هم نيستند.

* برگزاری جلسه هاي آموزشي و مشاوره فردی و گروهی در خصوص خودمراقبتي برای جمعيت تحت پوشش(سالم يا بيمار)
* کمک به تشكيل گروه هاي خوديار و هميار محلي حامی سلامت و حمايت طلبی برای توسعه فعاليت آنها برای جمعيت تحت پوشش(سالم يا بيمار)
* ثبت کلیه اقدامات انجام شده برای فرد يا جمعیت تحت پوشش در پرونده سلامت به صورت محرمانه(کتبی یا الکترونیک)
* ثبت منظم آمار و اطلاعات شاخص هاي مربوطه و تهیه گزارش های تحلیلی از عملکرد فعالیت های آموزش و ارتقاي سلامت مرکز و پیشنهاد مداخلات بهبود، متناسب با مخاطب عام و مدیران در بازه های زمانی خواسته شده.
* بررسي نتايج خودارزيابي مُراجع (سالم يا بيمار)، تعیین رفتارهای نیازمند تغییر وي و بازخورد به پزشک خانواده.
* تسهیل تدوین برنامه خودمراقبتی فردی با مشارکت مُراجع (سالم يا بيمار) و امضاء و تبادل تعهدنامه مربوطه.
* ارايه خدمات آموزش‌ و مشاوره فردي و خانوادگي يا گروهي براي بهبود سلامت مُراجع (سالم يا بيمار) برپایه بسته خدمت استاندارد تعریف شده در جهت تقويت خودكارآمدي و مسوولیت پذيري مُراجع (سالم يا بيمار) براي خودمراقبتي.
* ترغیب، تسهیل و هدايت مُراجع(سالم يا بيمار) به عضویت در گروه‌هاي حمايتي (خوديار/هميار) مربوطه براي كسب خدمات آموزشي و حمايتي خودمراقبتي.
* هدايت مراجعه کننده (سالم يا بيمار) براي دريافت (كسب) اطلاعات مبتني بر شواهد درمورد خودمراقبتي از راهنماي ملي خودمراقبتي خانواده يا بسته هاي استاندارد آموزش بيمار براي خودمراقبتي يا ساير منابع اطلاعاتي معتبر و گروه هاي مرجع و خوديار.
* كمك به مراجعه کننده (سالم يا بيمار) پس از رفع مشكل يا بهبود بيماري براي خودارزيابي مجدد وضعيت سلامت خويش و تكميل پرونده خودمراقبتي.
* جلب حمايت خانواده، گروه هاي همسان، گروه هاي خوديار، شوراها براي مراجعه کننده (سالم يا بيمار) و سازمان هاي تحصيل و كار در صورت نياز.

1. برقراري ارتباط استراتژيك براي سلامت

* نیازسنجی، برنامه ريزي، اجرا و ارزشيابي مشارکتی ارتباطات براي سلامت به منظور آموزش سلامت همگاني، آموزش سبك زندگي سالم، آموزش خودمراقبتي و آموزش بيمار از طريق رسانه هاي ارتباط جمعي،‌ رسانه هاي محلي و رسانه هاي كوچك
* برنامه ريزي عملياتي مشاركتي براي ارتقاي سلامت در مراكز آموزشي، محل هاي كار و جوامع
* جلب حمايت،‌ آموزش و توانمندسازي اعضاي سازمان‌هاي دولتي و غيردولتي، تشكل‌هاي مردمي و شوراهاي محلي براي برنامه‌ريزي عملياتي مشاركتي برنامه‌هاي ارتقاي سلامت مدرسه، محل كار، سازمان، محله، روستا و شهر
* شناسایی امکانات محلی، بسيج و سازماندهی مردم برای اقدامات اجتماعی حامي سلامت

## شرح وظايف کارشناس تغذیه در تیم سلامت

1. شناسايي محيط جغرافيايي محل خدمت
2. شناسايي جمعيت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکيک سن و جنس
3. انجام مطالعات میدانی و شناسايي عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت تغذیه ای در منطقه (شناسایی فاکتورهای خطر مانند اضافه وزن و چاقي، لاغري، كم خوني ، افزایش مصرف نمک، کمبود مصرف کلسیم و ویتامین D، افزایش مصرف روغن و ....)
4. تدوین برنامه های مداخله ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای شناسایی شده در منطقه
5. شناسايي جمعیت تحت پوشش از نظر وجود عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
6. انجام برنامه های موجود در بسته خدمت ابلاغی
7. آموزش به بیماران و موارد ارجاع شده
8. اجرای برنامه‌های آموزشی گروهی
9. نظارت بر برنامه‌های تغذیه ای شامل مکمل‌یاری، پایگاه‌های تغذیه سالم
10. تنظیم رژیم غذایی برای بیماران یا افرادی که تغذیه ناسالم دارند
11. شناسایی بیماران فشار خون بالا، ديابت، پوكي استخوان و اختلالات چربی خون، هيپوتيروئيدي، فنيل‌كتونوريا
12. اصلاح تغذیه بيماران فشار خون بالا، ديابت، پوكي استخوان و اختلالات چربی خون، هيپوتيروئيدي، و فنيل‌كتونوريا
13. نظارت بر فروشگاه‌های عرضه مواد غذایی و پایش نمک‌های خوراکی به صورت موردی با همکاری کارشناس بهداشت محیط
14. نظارت بر برنامه‌های تغذیه در مدارس شامل مکمل‌یاری، پایگاه‌های تغذیه سالم و مشارکت در برنامه‌های آموزشی تغذیه
15. مشارکت در فعالیت‌های اجتماع محور (حمایت‌های تغذیه‌ای و توانمندسازی خانوارهای نیازمند، برگزاری جشنواره‌ها، مشارکت در برگزاری مناسبت‌های مختلف و..)
16. عضویت در شورای اجتماعی محلات، مشارکت در برنامه های آموزشی فرهنگسرای محله و ..
17. نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیتهای مرتبط با غذا و تغذیه در پایگاه های سلامت تحت پوشش
18. قبول ارجاعات از مراقبین سلامت در پایگاه­های سلامت تحت پوشش و ارائه پس خوراند
19. ارجاع موارد براساس بسته خدمت به پزشک مرکز
20. کنترل شاخص های آنتروپومتريك، ارزيابي تغذيه‌اي و ثبت در پرونده الکترونیک: كارشناس تغذيه بايد قد و وزن كليه افرادي كه از طرف مراقب سلامت يا پزشك به او ارجاع داده شده است را کنترل، اندازه گیری و در سیستم ثبت نموده و به نمایه توده بدنی محاسبه شده دقت نماید. همچنین منحني هاي رشد و وزن گیری کودکان و مادران باردار که در سیستم رسم شده است را مورد ارزیابی قرار دهد. سپس سوالات ارزيابي تغذيه اي را تكميل نموده و براي وضعيت كنوني فرد تصميمات لازم را اتخاذ نمايد.
21. انجام مراقبت‌هاي تغذيه‌اي: بر اساس وضعيت فرد، خدمات تغذيه اي لازم را شامل موارد زیر ارائه نماید:

* الف-آموزش فردی
* ب-مشاوره تغذيه
* ج-تنظیم رژیم غذایی: براي کليه مبتلایان به ديابت و پره ديابت، فشار خون بالا، ديس ليپيدمي، چاقي، لاغری و اضافه وزن ارجاع شده مطابق دستورعمل، علاوه بر ارائه آموزش و مشاوره تغذيه، رژیم غذايي لازم را تنظيم نمايد.

1. مراقبت هاي تغذيه اي در ساير مراجعات:‌ كارشناس تغذيه بايد در هر بار مراجعه، مراقبت هاي تغذيه اي لازم را مطابق با دستورعمل به هر مراجعه كننده ارائه نمايد و "خدمات تغذیه ای در مراجعات بعدي" و روند بهبود تغذيه اي فرد را در سیستم ثبت نمايد.
2. ارائه آموزش های گروهي به مراجعین پایگاه های تابعه و مرکز: لازم است در ابتداي هر سال، كارشناس تغذيه سر فصل هاي آموزشي را براساس نياز سنجي تعيين و برنامه آموزش تغذيه مركز را تدوين و بر روي بورد اتاق خود نصب نمايد. همچنين برنامه كلاس هاي آموزشي را به پايگاه هاي تحت پوشش مركز ارسال نمايد تا مراقبين سلامت به اطلاع مراجعه كنندگان برسانند. در صورت بروز شرايط خاص (مانند وقوع اپيدمي بيماري هاي واگير، آلودگي هوا، بحران ها و ...)، كه نياز به آموزش هاي تغذيه اي وجود دارد كه در برنامه ساليانه پيش بيني نشده است، كارشناس تغذيه موظف است نسبت به برنامه ريزي و آموزش هاي لازم اقدام نمايد.
3. طراحي و اجراي برنامه های آموزشی: کارشناس تغذیه موظف است با تشکیل هسته های آموزشی از ظرفیت های موجود از جمله سفیران سلامت، داوطلبین، رابطین و مربیان بهداشت و ... جهت ارائه آموزش مباحث تغذیه در مراکز جمعی خارج از پایگاه ها و مرکز مانند مدارس، مساجد، فرهنگسراها و ادارات و ... استفاده و فعالیت های آموزشی در جمعیت تحت پوشش خود را مدیریت کند و بر حسن ارائه آموزش ها توسط هسته های آموزشی نظارت داشته باشد.
4. شناسايي و اولويت‌بندي مشکلات تغذيه‌اي شايع در منطقه: كارشناس تغذيه مرکز بايد در تعامل با کارشناس تغذيه شهرستان و دانشگاه، از مشکلات تغذيه اي شايع منطقه باخبر باشد و همچنین برنامه های بهبود تغذیه جامعه که از ستاد ابلاغ شده است را به نحو احسن اجرا نماید.
5. تدوين برنامه عملياتي: در انتهاي هر سال كارشناس تغذيه به منظور ارتقاء وضعيت تغذيه منطقه تحت پوشش، بايد برنامه عملياتي بهبود تغذيه سال آينده را با همکاری کارشناس تغذیه شهرستان تدوین کرده و به اطلاع مركز بهداشت شهرستان برساند. همچنین اطلاعات و شاخص هاي تغذيه اي منطقه تحت پوشش را جهت تدوين برنامه عملياتي شهرستان، در اختيار كارشناس تغذيه شهرستان قرار دهد.
6. طراحي و اجراي مداخلات مناسب: با توجه به اولويت هاي مشخص شده از مشكلات تغذيه اي و علل احتمالي آن ها و براساس تصميمات اتخاذ شده با همكاري ساير اعضاي تيم سلامت، راه حل ها و مداخلات مناسب را طراحي و اجرا نمايد.
7. جلب همکاري‌هاي درون و بین بخش در اجرای برنامه های جامعه محور: به منظور اجراي مداخلات تغذيه اي و بهبود وضعيت تغذيه اي جامعه تحت پوشش، كارشناس تغذيه موظف است نسبت به شناسايي و ايجاد ارتباط با ذي نفعان برنامه هاي تغذيه اقدام نموده و با تشريح مشكلات تغذيه اي موجود در منطقه تحت پوشش مشاركت آنان را براي اصلاح مشكلات مذكور جلب نمايد.
8. پايش شاخص‌هاي تغذيه: كارشناس تغذيه بايد از شاخص هاي تغذيه اي منطقه تحت پوشش خود مطلع بوده، و پانل شاخص های تغذیه ای مربوطه را بر روی "بورد" نصب نمايد.
9. همکاري در آموزش مباحث تغذيه به مراقبین سلامت: کارشناس تغذيه مرکز موظف است در همکاری با کارشناسان مسئول تغذیه ستاد دانشگاه و شهرستان، نسبت به آموزش تغذیه مراقبین سلامت، طبق برنامه تدوین شده در دانشگاه اقدام نماید.
10. نظارت بر برنامه های تغذیه اجرا شده توسط مراقب سلامت: کارشناس تغذيه مرکز موظف است با پایش و نظارت ادواری بر اجرای برنامه های بهبود تغذیه جامعه، از صحت ارائه خدمات تغذیه ای مراقب سلامت به مراجعه کننده از جمله نحوه ارزيابي الگوي تغذيه اي مراجعين، آموزش تغذیه در گروه های سنی مختلف، نحوه ارائه مکمل ها برای هر گروه سنی، چگونگی تفسیر منحنی های وزن گیری مادران باردار و رشد کودکان، نحوه اندازه گیری وزن، قد، دور کمر و دور سر برای گروه سنی هدف و ... اطمینان حاصل نماید و آموزش های لازم را به مراقبین سلامت ارائه نماید.

## شرح وظايف کارشناس سلامت روان در تیم سلامت

1. شناسايي محيط جغرافيايي محل خدمت
2. شناسايي جمعيت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکيک سن و جنس
3. انجام مطالعات میدانی و شناسايي 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.....)
4. تدوین برنامه های مداخله ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای شناسایی شده در منطقه
5. شناسايي جمعیت تحت پوشش از نظر وجود عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
6. انجام برنامه های موجود در بسته خدمت ابلاغی
7. آموزش های خود مراقبتی در حوزه سلامت رواني، اجتماعي و اعتیاد
8. آموزش مهارت های فرزندپروری
9. آموزش مهارت های زندگی
10. غربالگری تکمیلی در سوء مصرف مواد، مداخله مختصر و پیگیری
11. خدمات روانی-اجتماعی در درمان سوء مصرف کنندگان مواد
12. آموزش های روانشناختی کاهش آسیب اعتیاد در مدارس
13. آموزش­های روانشناختي به بيماران مبتلا به اختلالات روانپزشكي (غيرسايكوز)
14. آموزش گروهی خانواده بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک
15. آموزش گروهی بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک
16. ویزیت در منزل بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک (در صورت لزوم و با همراهی مراقب سلامت مرد)
17. پیشگیری از خودکشی
18. مشاوره های عمومی
19. عضویت در شورای اجتماعی محلات، مشارکت در برنامه های آموزشی فرهنگسرای محله و ..
20. غربالگري تكميلي سلامت اجتماعی
21. ارائه حمایت­های روانی –اجتماعی به بزرگسالان
22. ارائه حمایت­های روانی اجتماعی به کودکان
23. نظارت مستقیم هفتگی بر بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیت­های مرتبط با سلامت روان در پایگاه های سلامت تحت پوشش
24. قبول ارجاعات از مراقبین سلامت در پایگاه­های سلامت تحت پوشش و ارائه پس خوراند
25. ارجاع موارد براساس بسته خدمت به پزشک مرکز
26. همکاری با سازمان­های مردم نهاد و خیریه و بهزیستی برای کمک به نیازمندان و ایجاد اشتغال

**شرح وظايف پزشک در تیم سلامت:**

1. شناسايي محيط جغرافيايي محل خدمت
2. شناسايي جمعيت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکيک سن و جنس
3. تحلیل اطلاعات تندرستی جمعیت تحت پوشش
4. مديريت سلامت در جمعيت تحت پوشش
5. آموزش و ارتقاي سلامت
6. هماهنگی‌های درون بخشی و برون بخشی
7. مراقبت از جامعه تحت پوشش براساس گروه‌های هدف تعیین شده و اجراي برنامه‌هاي سلامت تدوين و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت
8. پذيرش موارد ارجاعي و ارائه پس‌خوراند مناسب
9. درمان اوليه و تدبير فوريت­ها
10. ارجاع مناسب و بموقع، پيگيري موارد ارجاع شده به سطح بالاتر و دريافت پس‌خوراند از سطح بالاتر
11. انجام اقدامات موردنياز براساس پس‌خوراند
12. ارزیابی خطر و ظرفیت پاسخ واحدهای ارائه خدمات در مواقع بحران
13. ارزيابي امنيت غذايي در جمعيت تحت پوشش و اجراي برنامه‌هاي توانمندسازي مردم براساس ظرفيت‌هاي محلي
14. نظارت بر عملکرد تیم سلامت
15. مراقبت از بیماران براساس دستورعمل ها و بسته خدمت
16. پایش و ارزشیابی
17. کنترل و تاييد شاخص های آنتروپومتریک اندازه گيري شده توسط مراقب سلامت شامل: قد، وزن، دورسر، دور عضله ساق پا و دور کمر(برای افراد 30 تا 70 سال) و دقت در نمایه توده بدنی محاسبه شده در پرونده الكترونيك افراد ارجاع داده شده
18. درخواست انجام آزمايشات پاراكلينيك براي مراجعين، متناسب با وضعيت فرد و مطابق با دستورعمل ها
19. کنترل نحوه مصرف مکمل ها مطابق با دستور عمل ها و برنامه هاي كشوري مكمل ياري در گروه هاي هدف برنامه
20. بررسی موارد ارجاع شده از طرف مراقب سلامت از جمله الگوی تغذیه نامناسب، کودکان مبتلا به اختلالات رشد، مادران باردار با اختلال وزن گیری، موارد مبتلا به پره دیابت و دیابت، فشار خون بالا، دیس لیپیدمی، چاقی و لاغري و ... مطابق دستورعمل ارجاع آنان به کارشناس تغذیه به جهت دريافت خدمات تخصصي تغذيه شامل آموزش، مشاوره و تنظیم رژیم غذایی و ارائه بازخورد
21. هماهنگی، حمایت و نظارت بر اجرای برنامه های تغذیه جامعه
22. مراقبت از بیماران دیابتی و پرفشاری خون براساس دستورعمل

## شرح وظايف كاركنان در برخورد با موارد مراجعه کننده مشکوک به بیماری‌های عفونی و واگیردار و غیرواگیر

1. شناسایی بیماران هدف نظام مراقبت کشوری
2. گزارش و تکمیل فرم‌های عملیاتی برای بیماران هدف نظام مراقبت کشور
3. ارجاع بیماران هدف شناسایی شده از کارشناس به پزشک
4. نمونه برداری از بیماران هدف و ارسال نمونه‌ها به آزمایشگاه تعیین شده و پیگیری نتایج
5. پیگیری موارد تماس و موارد در معرض خطر بیماریهای هدف مراقبت
6. آموزش و اطلاع‌رسانی به بیماران، همراهان، موارد تماس و نیز جمعیت تحت پوشش
7. نظارت و همکاری در تریاژ بیماران مراجعه کننده به مرکز یا پایگاه
8. بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک بیماریهای هدف در منطقه تحت پوشش
9. جمع‌آوری و آنالیز اولیه اطلاعات بیماریهای هدف مراقبت و تهیه گزارش دوره‌ای
10. پیگیری تأمین وسایل و تجهیزات و امکانات عملیاتی (واکسن، وسایل نمونه‌برداری، داروهای مورد نیاز و ...)
11. طراحی و اجرای برنامه‌های نظارتی و پایشی
12. طراحی و اجرای برنامه‌های ارزشیابی
13. همکاری در اجرای برنامه‌های نظارتی و ارزشیابی ابلاغی از سطوح بالاتر
14. همکاری در اجرای برنامه‌های مداخله‌ای بهداشتی (واکسیناسیون، نمونه‌برداری، بررسی‌های میدانی و ...)
15. تهیه بازخورد و پیگیری اصلاحات و توصیه‌های به عمل آمده در سطح پائین‌تر
16. طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و انجام بازدیدهای دوره‌ای از سطح پائین‌تر
17. انجام سایر وظایف محوله حسب ضرورت

**شرح وظیفه مسوول تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش:**

1. هماهنگي لازم با پزشكان درمورد تنظيم نوبت بستري بيماران
2. مدیریت صندوق مرکز به صورت روزانه و ماهانه و واریز مبالغ نقدی به حساب بانکی
3. بررسی تاریخ اعتبار دفاتر بیمه، هماهنگی با اداره کل بیمه سلامت برای بیمه شدن افراد فاقد پوشش بیمه
4. جمع آوری بهنگام نسخ طبق خواسته سازمان­های بیمه گر و ارسال به ستاد مرکز بهداشت شهرستان
5. ثبت دقيق و كامل اطلاعات هويتي مراجعین در رايانه و برگ پذيرش
6. انجام امور مربوط به پرونده سلامت الکترونیک
7. پذیرش و نوبت دهی در سامانه های یکپارچه بهداشت.
8. آشنایی با ثبت جمعیت در سامانه یکپارچه بهداشت و چگونگی ویرایش اطلاعات افراد،
9. مسوول سامانه یکپارچه بهداشت در مرکز و گزارشگیری از سامانه
10. جمع بندی داده ها و آمار واحدهای مختلف مرکز و پایگاه­های تحت پوشش و تحلیل اطلاعات (سازماندهی، طبقه بندی و محاسبات آماری) با همکاری مسوول هر برنامه و تهیه جداول و نمودارهای آماری.
11. تحلیل توصیفی شاخص های بهداشتی. واحد های تحت پوشش
12. آشنایی با برنامه های زیج حیاتی و ساختار شبکه
13. آشنایی کامل با پرونده سلامت و مستندات هر مراجعه کننده و همکاری با مدیر مرکز و سایر کارکنان در تهیه و تدارک برنامه سرشماری. در صورت لزوم
14. انجام امور IT مرکز و واحدهای تحت پوشش (در این مورد لازم است از طرف مسوولIT شهرستان جلسه توجیهی برای این کارشناسان برگزار شود.)
15. سازماندهی اطلاعات بخش خصوصی (مطب ها، کلینیک ها و مراکز پاراکلینیک موجود در منطقه تحت پوشش مرکز) ودر صورت لزوم ورود داده های مذکور در سامانه ها
16. مشارکت در طراحی یا تکمیل فرم های جدید در راستای سامانه یا حذف فرم های اضافه
17. مشارکت در اجرای طرح های پژوهشی اجرایی در سطح مراکز
18. انجام سایر امور محوله

**شرح وظیفه بهیار/پرستار:**

1. ایجاد ارتباط مناسب با گیرندگان خدمت
2. رعایت نظم و ترتیب و پاکیزگی محیط کار
3. انجام تزریقات و پانسمان تحت نظر پزشک
4. انجام نمونه گیری تست­های آزمایشگاهی (کلیه مراحل از آماده کردن وسایل و ظروف تا نمونه گیری و بر چسب گذاری و تحویل برای ارسال نمونه به آزمایشگاه) در صورت نبود واحد آزمایشگاه
5. انتقال اطلاعات اولیه در مورد شرایط آزمایش­های مختلف به بیمار (حسب مورد و در انواع مختلف آزمایش)
6. توضیح دادن در مورد نحوه صحیح گرفتن نمونه های آزمایش­های مدفوع، ادرار و کشت ادرار
7. پیگیری ارسال نمونه ها به آزمایشگاه
8. پیگیری ارسال نمونه های پاپ اسمیر/ HPV به مرکز بهداشت شهرستان در مهلت مقرر براساس دستورعمل (به منظور تحویل به پست)
9. ارائه خدمات و کمک­های اولیه مورد نیاز در زمان بحران و حوادث و بلایا
10. ثبت اطلاعات مورد نیاز برای هر کدام از خدمات ارائه شده در سامانه
11. توجه به تاریخ مصرف سرنگ ها و مواد مصرفی تاریخ دار
12. چک کردن سرنگ ها از نظر سالم بودن
13. دفع صحیح سرنگ ها، سر سوزن­ها و لوازم پانسمان آلوده و تحویل سفتی باکس پر شده و جایگزین نمودن سفتی باکس جدید
14. رعایت مفاد بخشنامه ابلاغ شده در مورد «ضوابط و روش­های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته» در دفع پسماندهای آلوده
15. مشارکت و همکاری با پزشک در انجام معاینات ، احیا بیمار در صورت نیاز و درخواست پزشک
16. شرکت در دوره های آموزشی مرتبط براساس برنامه های آموزشی پیش بینی شده
17. کنترل تجهیزات ، مواد مصرفی و داروهای ترالی اورژانس
18. انجام سایر امور محوله در حیطه وظایف شغلی و تخصصی

**شرح وظايف کارشناس بهداشت محیط در تیم سلامت:**

1. بازدید، نظارت و همکاری در کنترل بهداشت آب و فاضلاب
2. بازدید، نظارت، کنترل و همکاری آلودگي هوای فضاهای آزاد شهری، فضای بسته حاشیه شهرها و پدیده ریزگردها
3. بازدید، نظارت و همکاری در کنترل محیطی ناقلین و سموم
4. بازدید، نظارت و كنترل عوامل محيطي میدانی و همکاری در جلوگيري از وقوع اپيدمي‌ها و بيماري‌هاي شايع، نوپديد و بازپديد و نظارت مردمی
5. بازدید، نظارت و همکاری در کنترل برنامه‌های مديريت پسماند
6. بازدید، نظارت و اجرای برنامه های ابتكارات جامعه محور (CBI)
7. بازدید، نظارت، همکاری در کنترل و کاهش استعمال مواد دخانی
8. بازدید، نظارت و كنترل بهداشت مواجه با انرژي هاي هسته اي و امواج الكترومغناطيس
9. بازدید، کنترل، نظارت و بهبود مصرف حامل‌های انرژی در خانوارهای حاشیه و شهرها
10. بهره برداری از سامانه جامع مدیریت بازرسی مرکز سلامت محیط و کار
11. بازدید، کنترل، نظارت و ارتقاء بهداشت و ایمنی مواد غذایی
12. بازدید و نظارت محيط فيزيکي مسکن
13. بازدید، نظارت و توصیه به عدم مصرف دخانیات در محیط خانوار
14. بازدید، كنترل، نظارت و ارتقاء بهداشت خانوار در مواجه با تشعشعات مصنوعي (وسائل خانگي مولد اشعه و ... ) و طبيعي (گاز رادون، نورخورشيد)
15. بازدید، کنترل، نظارت و بهبود مصرف حامل های انرژی در خانوار های حاشیه و شهرها
16. بازدید، نظارت و کنترل مراكز تهيه، تولید، توزيع نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد غذايي
17. بازدید، کنترل و نظارت بهداشتی محيط هاي زندگي جمعي (مراکز نظامی و انتظامی ، پرورشگاه، خوابگاه، زندان، سراي سالمندان)
18. بازدید، کنترل و نظارت بهداشتی محيط­ هاي بهداشتي درماني از جمله پایگاه­های سلامت، مطب­ها و مراكز جراحي محدود
19. بازدید، نظارت و کنترل بهداشت محیط بیمارستان ها
20. بازدید، نظارت و کنترل بهداشت محیط مهدکودک­ها، مدارس و محيط­هاي آموزشی
21. بازدید، کنترل و نظارت سلامت محيط هاي فرهنگي، تفريحي و ورزشی
22. بازدید، کنترل و نظارت محیط های آرایشی و پیرایشی (آرايشگاه، موسسات لاغري، پرورش اندام و حمام­هاي سونا)
23. بازدید، کنترل و نظارت بهداشت محیط ترمینال­ها، پایگاه­های مراقبت بهداشتی مرزی
24. بازدید، نظارت و كنترل بهداشت مواجه با انرژي‌هاي هسته‌اي و امواج الكترومغناطيس در مدارس، بيمارستان‌ها، مراکز نظامی و انتظامی، پرورشگاه­ها، خوابگاه­ها، زندان­ها، سراي سالمندان و ....
25. بازدید، نظارت و کنترل مصرف دخانیات در کلیه محیط های جمعی و نظارت بر عدم عرضه مواد دخانی در صنوف فاقد پروانه فروش
26. بازدید، کنترل، نظارت و بهبود مصرف حامل های انرژی در محیط های جمعی

**شرح وظايف کارشناس بهداشت حرفه ای در تیم سلامت:**

1. شناسایی و ثبت اطلاعات عمومی کارگاهها و واحدهای شغلی
2. بازرسی بهداشت حرفه ای برای ارزیابی شرایط محیط كار و تعيين عوامل تهديد كننده سلامت نيروي كار
3. برنامه مقابله با صدا در محیط کار
4. تأمین روشنایی مناسب در محیط کار
5. برنامه مداخله ارگونومی در محیط کار
6. برنامه کنترل عوامل زیان آور شیمیایی (سیلیس ، آزبست ، جیوه و سرب) در محیط کار
7. برنامه مدیریت ایمنی شیمیایی
8. ارتقاء استانداردهاي محيط كار
9. برنامه کنترل عوامل مخاطره­آمیز در ریخته­گری­ها
10. برنامه بهداشت پرتوکاران
11. برنامه سلامت کار در بیمارستان ها
12. برنامه بهداشت حرفه ای کارگاه­های ساختمانی
13. برنامه سلامت ، ایمنی و بهداشت عوامل اجرایی پسماندها
14. برنامه کنترل کیفیت خدمات از طریق آزمایشگاه های بهداشت حرفه ای
15. فرهنگ ­سازی، هماهنگی و جلب مشارکت فعال

**شرح وظیفه دندان پزشک:**

1. شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز
2. اطلاع از جمعیت تحت پوشش با اولویت گروه هدف و نصب آن به دیوار مرکز
3. پایش و نظارت بر عملکرد مراقبین سلامت تحت پوشش
4. تکمیل پرونده دندان پزشکی برای بیماران
5. قبول ارجاع از پایگاه سلامت
6. آموزش بهداشت دهان و دندان چهره به چهره
7. آموزش مدیران و معلمین و مربیان بهداشت و مراقب سلامت در منطقه تحت پوشش
8. جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس منطقه تحت پوشش به منظور اجرای برنامه وارنیش فلوراید و نظارت بر اجرای صحیح آن
9. برگزاری کلاس­های آموزشی برای کارکنان بهداشتی نحت پوشش
10. ارائه خدمات دندان پزشکی لازم به کلیه مراجعه کنندگان با اولویت گروه هدف (بسته سطح دو ابلاغی)
11. ارائه برنامه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان زیر 14سال (ترمیم، جرم گیری، فلوراید تراپی، فیشورسیلانت، پالپوتومی و پالپ زنده)
12. ارائه خدمات بهاشتی مورد نیاز به زنان باردار و شیرده
13. ارجاع موارد لازم به مراکز تخصصی (مراکز ازائه دهنده خدمات سطح 3 خدمات)
14. ثبت آمار و خدمات در سامانه مربوطه
15. رعایت کامل شرایط استریل و کنترل عفونت در مراکز
16. حفظ و نگهداری تجهیزات، ابزار و وسایل دندان پزشکی
17. پیش بینی مواد و تجهیزات دندان پزشکی مورد نیاز و تعمیرات و اعلام به موقع آن به مرکز بهداشت شهرستان
18. مشارک در طرح ها و تحقیقات استانی و کشوری
19. تامین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم

**شرح وظیفه مراقب سلامت دهان (دستیار دندان پزشک):**

1. داشتن مهارت­های ارتباطی
2. برقراری ارتباط مناسب با بیماران و سایر اعضاء،
3. برخورد مناسب با بیمار،
4. آشنایی با کامپیوتر و برنامه های نرم افزاری مربوطه
5. مهارت های کامپیوتری مانند تایپ، پرینت و کارکردن با دستگاه های رادیو گرافی در واحد دندانپزشکی
6. کنترل تمام وسایل و چراغ ها ( دستگاه کمپرسور، یونیت، تهویه و ...)
7. آماده کردن و در دسترس قرار دادن وسایل کار دندانپزشک و بیمار
8. در دسترس قرار دادن داروها و تجهیزات اورژانس
9. کنترل مشخصات و سوابق پزشکی بیمار
10. ترکیب مواد مطابق با دستور کارخانه و بودن در کنار دندانپزشک و بیمار
11. ضدعفونی تمامی کلیدهای کنترل یونیت و چراغ پس از پایان کار
12. انتقال وسایل به اتاق استریل
13. اطمینان از نوشتن شرح درمان بیمار توسط دندان پزشک در پرونده اش
14. بررسی فهرست روزانه نیازهای ویژه (مواد و وسایل و ...)
15. آمادگی رادیو گرافی­ها و پرونده بیماران و کنترل مشخصات و سوابق دندانپزشکی آن ها
16. راهنمایی بیماران
17. توجه به نظم و تمیزی واحد دندانپزشکی مرکز

**شرح وظیفه معاون مرکز خدمات جامع سلامت شهری:**

1. شناسایی محدوده جغرافیایی مرکز و تهیه نقشه منطقه تحت پوشش
2. نظارت بر سرشماری، شناسایی و بروزرسانی جمعیت تحت پوشش منطقه
3. پاسخگویی نسبت به سلامت جمعیت تحت پوشش
4. کنترل امور عمومی داخل مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش
5. مسوولیت نظارت بر چگونگی ارائه خدمات بهداشتی کارکنان مرکز و پایگاه­های تحت پوشش
6. تدوین برنامه عملیاتی سالانه و برآورد اعتبارات مورد نیاز بر اساس برنامه
7. پایش و ارزشیابی فعالیت­های مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
8. تدوین برنامه زمانبندی موثر برای دریافت خدمات توسط مراجعین مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
9. پیگیری تهیه فهرست اقلام موردنیاز دارویی (داروی سل، شپش، و ...)، واکسن، مکمل­های دارویی و تجهیزات موردنیاز مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
10. نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی موردنیاز برای کارکنان و جمعیت هدف،
11. فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز و پایگاه­های سلامت تحت پوشش،
12. تهیه گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر،
13. تنظیم فهرست و تامین مواد مصرفی (از طریق پیمانکار درصورت برونسپاری)
14. پیگیری تعمیر و بازسازی خرابی­های فضای فیزیکی مرکز،
15. تنظیم فهرست تجهیزات تعمیری و اسقاطی و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر
16. مدیریت کلیه پرداخت­ها، صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ....) و دستورهای مالی، تقسیم و تنظیم فعالیت­ها و اعمال موازین انضباطی، و جایگزینی نیروها در زمان مرخصی
17. مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز، تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان ( برای مراکز دولتی)

مدیریت بودجه و اعتبارات براساس برنامه عملیاتی (در مراکز دولتی زیر نظر مرکز بهداشت شهرستان انجام خواهد شد)، ثبت و نگه­داری مستندات مربوط به اعتبارات، شرح هزینه ها (ارسال اسناد به مرکز بهداشت شهرستان برای مراکز دولتی)

1. جلب مشارکت تمامی کارکنان مرکز در شرح خدمات مرکز.
2. نظارت بر آمار ثبتی خدمات بهداشتی ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی مرکز و پایگاه­های تحت پوشش با هماهنگی مسوول پایگاه­ها
3. تحلیل آمار و عملکرد کارکنان و ارسال پس خوراند
4. ارتقای کیفیت فرآیند های خدمت و مراقبت­ها با مشارکت همه کارکنان و مردم
5. نیازسنجی سلامت منطقه و حل مشکلات سلامت منطقه با مشارکت مردم و بخش­های مرتبط با سلامت از طریق تشکیل هیات امنا مرکز

جلب مشارکت بین بخشی برای ارتقای سلامت منطقه

1. تصویب نامه هیات وزیران به شماره 74900/48601هـ تاریخ 2/7/1393 راجع به سند بافتهای فرسوده و ناکارآمد شهری اداره کل امور اجتماعی وزارت راه و شهرسازی عمران و بهسازی شهری [↑](#footnote-ref-1)
2. http://www.who.int/healthsystems/hss\_glossary/en/index2.html [↑](#footnote-ref-2)
3. 3 شادپور کامل، پیله رودی سیروس. بهداشت برای همه و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در قرن های 20 و 21. انتشارات تندیس. چاپ اول، 1381. صفحه 9. [↑](#footnote-ref-3)
4. 4 http://www.who.int/healthsystems/hss\_glossary/en/index8.html [↑](#footnote-ref-4)
5. 5وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهري، نسخه 02. 1390 [↑](#footnote-ref-5)
6. Public Private Partnership (PPP)

   در تعریف سازمان جهانی بهداشت، تمام سازمانها و نهادهای غیردولتی زیر مجموعه بخش خصوصی Private Sector قرار دارند. [↑](#footnote-ref-6)
7. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهري، نسخه 02. 1390و اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره 102828 /ت 47644 هـ مورخ 22/5/1391 [↑](#footnote-ref-7)
8. 8 اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویبنامه شماره 102828 /ت 47644 هـ مورخ 22/5/1391 [↑](#footnote-ref-8)
9. 9- آیین نامه اجرایی بند (ز) ماده (32) قانون برنامه پنجم توسعه ، تصویبنامه شماره 6291/ت 48941 هـ مورخ 28/1/1392 [↑](#footnote-ref-9)
10. Externality [↑](#footnote-ref-10)
11. براساس مصوبه هیات وزيران در جلسه۲۰/۱/۱۳۹۳ به پيشنهاد مشترك وزارتخانه‌هاي تعاون، كار و رفاه اجتماعي و بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و معاونت برنامه‌ريزي و نظارت راهبردي رئيس جمهور و به استناد بند (ث) ماده (84) قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه جمهوري اسلامي ايران

    خريد راهبردي خدمات: جستجوي مستمر روش‌هايي براي ارتقاي عملكرد نظام سلامت از طريق تصميم گيري در خصوص تركيب بسته مزايا، انتخاب ارائه‌دهنده خدمت، چگونگي خريد و قيمت گذاري خدمات و تعيين افراد تحت پوشش و يا انتخاب نوع خدمت، خريد از چه كسي، چگونگي خريد و خريد براي چه كسي براي رساندن عملكرد نظام سلامت به حداكثر مطلوبيت. [↑](#footnote-ref-11)
12. إ Baseline data [↑](#footnote-ref-12)