



برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری

دستور عمل اجرای

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

فاز دوم: شهرهای ۵۰ تا ۵۰۰ هزار نفر

فاز سوم: شهرهای از ۵۰۰ هزار نفر به بالا (شامل کلانشهرها)

مرکز مدیریت شبکه - مرداد ۱۳۹۴

نسخه ۲

پیوسته اول

| صفحه | عنوان | فهرست مطالب |
|------|---|-------------|
| ۴ | <u>مقدمه</u> | |
| ۷ | <u>واژه نامه</u> | |
| ۱۲ | <u>فصل ۱: جمعیت هدف</u> | |
| ۱۷ | <u>فصل ۲: بسته خدمات سلامت</u> | |
| ۱۷ | <u>فصل ۳: ارکان اجرایی و وظایف</u> | |
| ۱۹ | <u>فصل ۴: روش اجرای کار</u> | |
| ۲۱ | <u>فصل ۵: الگوی نظام ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت</u> | |
| ۲۴ | <u>فصل ۶: نظام مدیریت</u> | |
| ۲۴ | <u>فصل ۷: نحوه خرید خدمات سلامت</u> | |
| ۲۶ | <u>فصل ۸: نظام ارجاع</u> | |
| ۲۷ | <u>فصل ۹: استانداردهای مورد نیاز</u> | |
| ۲۸ | <u>فصل ۱۰: آموزش</u> | |
| ۳۰ | <u>فصل ۱۱: نظام اطلاعات سلامت</u> | |
| ۳۰ | <u>فصل ۱۲: پایش و ارزشیابی</u> | |
| ۳۴ | <u>فصل ۱۳: اعتبار مورد نیاز</u> | |
| ۳۹ | <u>پیوست‌ها</u> | |

مقدمه

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

از آنجاکه، ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، **تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی** با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقاء وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی بویژه قانون اساسی، الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، سند چشم انداز ۱۴۰۴، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، جمعیت، اصلاح الگوی مصرف، اصل ۴۴ قانون اساسی، نقشه جامع علمی کشور، برنامه دولت تدبیر و امید و برنامه وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ضرورت دارد. همچنین، بند (ج) ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف نموده است "سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت" را مبتنی بر خدمات اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، بازطراحی و برنامه اجرایی آن را با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه یافته بویژه روستاها، **حاشیه شهرها** و مناطق عشایری تصویب و عملیاتی کند. به منظور استقرار و پشتیبانی از این سامانه، دولت محترم به استناد بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه، اساسنامه بیمه سلامت ایران را در تاریخ ۱۳۹۱/۵/۲۲، و به استناد بند (د) ماده (۳۲)، آیین نامه اجرایی نظام درمانی کشور در تاریخ ۱۳۹۲/۲/۳ و به استناد بند (ز) ماده ۳۸ آیین نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت را در تاریخ ۱۳۹۳/۱/۲۸ تصویب کرده است.

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

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

در بیشتر کشورهای روبه رشد، بخش دولتی به دلیل فقدان منابع، قادر به عرضه خدمات بهداشت و درمان به همه مردم، و بویژه شهرنشینان، نیست. از این رو، مشارکت کامل جامعه به شکل تامین تسهیلات عرضه خدمات، کار داوطلبانه و حضور بخش غیردولتی در

فرآیند ارائه خدمت ضرورت تام دارد. واقعیت این است که بدون مشارکت جامعه بسیاری از برنامه‌های حوزه سلامت در شهرها محکوم به شکست است. برنامه‌های آموزشی و تبلیغ بسیج همگانی مردم و سوق دادن آنها به سوی سلامت و بهبود محیط زیست مستلزم مشارکت جدی و کامل همه مردم است.

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

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

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

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

با اجرایی شدن طرح تحول نظام سلامت، معاونت بهداشت نیز در راستای سیاست‌های کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به دنبال ماه‌ها کارفشرده کارشناسی و تبادل نظر با خبرگان، افراد مجرب حوزه سلامت و معاونین بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، طرح تحول در حوزه بهداشت کشور را در قالب ۶ برنامه ملی و ۸ پروژه پشتیبان تدوین نمود. اجرای این برنامه‌ها از سال گذشته در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی آغاز شده و به تدریج تا پایان دولت یازدهم در کل کشور توسعه می‌یابد.

برنامه‌های ملی حوزه معاونت بهداشت به شرح زیر می‌باشند:

- ۱) برنامه ارتقاء کمی و کیفی ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت به روستائیان، شهرهای زیر بیست هزارنفر و عشایر در قالب پزشکی خانواده روستایی
- ۲) برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری برای جمعیت حاشیه نشینان و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر
- ۳) برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری برای جمعیت شهرهای ۵۰ تا ۵۰۰ هزار نفر
- ۴) برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری برای جمعیت شهرهای ۵۰۰ هزار نفر و بالاتر (شامل کلانشهرها)
- ۵) تکمیل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران
- ۶) ارتقای سواد سلامت جامعه با اجرای برنامه خود مراقبتی و توانمندسازی مردم

با توجه به برنامه ریزی‌های بعمل آمده، پس از استقرار برنامه گسترش مراقبت‌های سلامتی برای جمعیت مناطق حاشیه و شهرهای بیست تا پنجاه هزار نفر، استقرار این برنامه به شهرهای ۵۰ تا ۵۰۰ هزار نفر در دستور کار معاونت بهداشت وزارت متبوع در سال ۱۳۹۴ قرار دارد که امید است با بهره گیری از تجارب پیشین و استفاده از نتایج حاصل از گسترش مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق حاشیه و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر، با کمترین چالش اجرایی، ممکن گردد.

دکتر علی اکبر سیاری
معاون بهداشت

واژه نامه:

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

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

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

(۲) شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر

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

(۳) شهرهای ۵۰ تا ۵۰۰ هزار نفر

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برای سال ۱۳۹۴ این دسته از شهرها در کلیه استان‌های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی بالغ بر ۲۲ میلیون نفر را شامل است.

(۴) سایر شهرها و کلانشهرها

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برای سال ۱۳۹۴ این دسته از شهرها در کلیه استان‌های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی بالغ بر ۱۵ میلیون نفر را شامل است.

(۵) خدمات سلامت:

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

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

(۶) خدمات همگانی سلامت:

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

- ✓ چه کسی تحت پوشش است؟
- ✓ چه خدماتی تحت پوشش هستند؟

۱ تصویب نامه هیات وزیران به شماره ۴۸۶۰/۱/۷۴۹۰۰ هـ.تاریخ ۱۳۹۳/۷/۲ راجع به سند بافتهای فرسوده و ناکارآمد شهری اداره کل امور اجتماعی وزارت راه و شهرسازی عمران و بهسازی شهری

۲ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index2.html

✓ چه میزان از هزینه تحت پوشش است؟

۷) مراقبت‌های اولیه سلامت:

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

۸) خدمات بهداشت عمومی:

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

۹) ارجاع و سطح‌بندی در نظام ارائه خدمات سلامت:

• تعریف ارجاع:

- فرآیندهایی که نحوه ارتباط فرد با نظام سلامت و استفاده وی از سطوح خدمات این نظام را تعیین می‌کند. ارجاع درون سطح به عنوان ارجاع افقی و ارجاع در بین سطوح به عنوان ارجاع عمودی نامیده می‌شود.
- سازوکاری برای ارائه خدمات سلامت است که متقاضیان (آحاد مردم شناسایی شده/تحت پوشش) برای دریافت خدمات مزبور به پایگاه سلامت مراجعه کرده و تشکیل پرونده می‌دهند. مراجعه کننده در نقطه تماس اول، توسط تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت خانواده/ماما و در صورت نیاز 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 می‌شود و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات سلامت او در هر صورت با تیم سلامت است. سطح دوم خدمت (پزشک متخصص یا بیمارستان و ...) پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، اطلاعات مربوط به نتایج درمان، الگوی تشخیصی درمانی و سایر نیازها را به صورت بازخورد (در فرم بازخورد) به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین‌تر) منعکس می‌کند و باید در انتها، تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، به تیم سلامت بازگردانده شود.

• تعریف سطح بندی:

- چیدمان خاص واحدهای ارائه دهنده خدمت‌ها و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه‌ی خدمات موردنیاز تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. سطح بندی قراردادی است و به مقتضای شرایط توسط برنامه ریزان انجام می‌گیرد.

خدمات و مراقبت‌های سلامت در دو سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می‌شود:

- **سطح اول:** شامل خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. **خدمات فرد محور** عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها براساس بسته خدمت، تدبیر فوریت‌ها، و مدیریت افراد تحت پوشش و **خدمات**

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

۱۳۸۱. صفحه ۹.

^۴ http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index8.html

^۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۲۰۰۲. ۱۳۹۰

جامعه محور (بهداشت عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر و آسیب‌ها و جراحات در اپیدمیها و بلایا، پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی **پایگاه سلامت** تعریف می‌شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در حاشیه شهرها و مناطق شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می‌گردند.

سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های پزشکی) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارائه می‌شوند.

پایگاه‌های سلامت به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می‌افتد. این دسته از خدمات با اولویت برون‌سپاری و خرید خدمت از بخش غیردولتی فراهم و ارائه می‌گردد. در صورت نبود داوطلب برای واگذاری ارائه خدمات در بخش غیردولتی، باید خدمات از طریق بخش دولتی ارائه شود.

مرکز سلامت جامعه با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه (در صورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات مربوط به بیماری‌های هدف (واگیر و غیرواگیر)، مشاوره تغذیه و روانشناسی بالینی از پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن مدیریت پایگاه‌های سلامت تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت. استاندارد نیروی انسانی، تجهیزات و فضای فیزیکی این مراکز در بخش مربوط توضیح داده شده است.

سایر خدمات از طریق ارجاع به سطح دوم و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارائه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

○ **سطح دوم:** شامل خدمات تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی تخصصی و واحدهای بستری موجود در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند. این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار می‌گیرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد. این خدمات در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف قرارداد شکل می‌گیرند. **اولویت با خرید خدمت از بخش دولتی است.**

۱۰) نحوه مشارکت بخش دولتی با بخش غیردولتی:

ارائه خدمات از طریق توسعه تعاونی‌ها، بخش خصوصی، نهادها و موسسات عمومی غیردولتی تعیین صلاحیت شده با نظارت و حمایت دولت و با استفاده از شیوه‌های زیر انجام می‌شود:

- اعمال حمایت‌های لازم از بخش تعاونی، خصوصی و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی مجری این وظایف.
- خرید خدمات از بخش تعاونی، خصوصی و نهادها و موسسات عمومی غیردولتی.
- اشخاص حقیقی طرف قرارداد.

۱۱) پزشک:

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

- پزشک مرکز سلامت جامعه وظیفه نظارت بر عملکرد تیم سلامت مستقر در پایگاه‌های سلامت ضمیمه و غیرضمیمه تابع مرکز را نیز به عهده دارد. ترجیحاً این پزشک با مدرک MPH به عنوان مدیر مرکز نیز قلمداد می‌شود.

۱۲) تیم سلامت:

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی هستند که بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد قرار می‌دهند.^۷ اعضای تیم سلامت شامل: مدیر مرکز، کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده؛ کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار؛ ماماها؛ پرستاران/بهبودگران؛ کاردان‌های پذیرش و پزشکان هستند. با توجه به اتخاذ راهکار خودمراقبتی، جمعیت تحت پوشش و افراد و نمایندگان مردم و سازمان‌ها از جمله داوطلبان سلامت و متخصص نیز جزو این گروه محسوب می‌شوند.

- **کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده:** فردیست که سابقه تحصیلی و حرفه‌ای در حیطه‌های بهداشت خانواده؛ بهداشت عمومی؛ پرستاری؛ مامایی و مبارزه با بیماری‌ها دارد که پس از طی دوره ۱۴۷ ساعته مندرج در فصل آموزش این دستورعمل، به کاردان/کارشناس چندپیشه به نام "**مراقب سلامت خانواده**" تبدیل می‌شود. استمرار آموزش بصورت بازآموزی‌های یک روز در ماه نیز در نظر گرفته شده است. مراقب سلامت خانواده مستقر در پایگاه سلامت، اختصاصاً زن می‌باشد و وظایف زیر را برعهده دارد:

○ این فرد موظف به استفاده از نتایج سرشماری جمعیت (که توسط مرکز سلامت جامعه انجام می‌شود)، شناسایی ترکیب جمعیت، غربالگری به منظور تعیین سطح سلامت آنان (سالم، دارای عامل خطر، بیمار) و ارائه بسته خدمات پیوست این دستورعمل به خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده دارد.

○ مسئولیت پیگیری و تداوم خدمات با کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده خواهد بود. نظارت و ارزیابی نحوه ارائه بسته خدمات سلامت توسط کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده توسط مرکز سلامت جامعه صورت می‌گیرد.

○ در هر مرکز سلامت جامعه، یک مراقب سلامت مرد برای انجام خدمات مربوط به اپیدمی‌ها، بلایا و سایر خدمات درون جامعه (خدمات بیرونی) در نظر گرفته می‌شود.

○ شناسایی مخاطرات سلامت و امکانات ارتقای سلامت محل زندگی جمعیت تحت پوشش توسط کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار شاغل در مرکز سلامت صورت می‌گیرد. استفاده از نتایج این شناسایی و هماهنگی و همکاری با کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار عضو تیم سلامت از جمله وظایف کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده است.

۱۳) بسته خدمات سلامت مورد تعهد این برنامه:

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

- **بسته‌های خدمت سلامت این برنامه، شامل ۴ گروه خدمات اولیه فردی، عمومی، درمانی و خدمات ویژه به شرح زیر هستند:**
 - **خدمات سلامت عمومی:** شامل بسته‌های خدماتی است که در حال حاضر برای جامعه و به صورت عمومی ارائه می‌شود مانند: خدمات بهداشت محیط (آب سالم، غذای ایمن و هوای پاک)؛ خدمات بهداشت مدارس؛ بهداشت حرفه‌ای؛ بهداشت اجتماعی (آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت) و خدمات خاص در اپیدمی‌ها و بلایا. مواردی از این خدمات بصورت بسته خدمت پیوست دستورعمل می‌باشد.

○ **خدمات/مراقبت‌های اولیه سلامت فردی:** بسته‌های خدمات بهداشتی ادغام یافته در شبکه‌های بهداشت و درمان هستند که باید برحسب ساختار جمعیت تحت پوشش و گروه‌های مختلف سنی به آنها ارائه گردد مانند: برنامه‌های سلامت خانواده و جمعیت؛ برنامه‌های مبارزه و کنترل بیماری‌های واگیردار، پیشگیری و کنترل عوامل خطر بیماری‌های مزمن و غیرواگیر؛ خدمات تغذیه، سلامت روان و ... این بسته از خدمات، پیوست دستورعمل می‌باشد.

^۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دستورعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، نسخه ۰۰۲. ۱۳۹۰ و اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، تصویب‌نامه شماره ۱۰۲۸۲۸ /ت ۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲

- **بسته خدمات درمانی:** شامل خدماتی است که برحسب نیاز و درخواست فرد یا برای موارد ارجاعی از سوی کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده در سطح پزشک عمومی ارائه می‌شود. راهنماهای بالینی مربوط توسط ادارات فنی حوزه معاونت بهداشت تهیه شده یا درحال تدوین می‌باشند که **همراه دستورعمل** یا متعاقباً ارسال می‌شوند.
- **سایر خدمات سلامت (ویژه):** شامل خدماتی می‌شود که ارائه آن‌ها براساس مشکلات سلامت منطقه برگرفته از نیازسنجی، ضرورت می‌یابد و بسته خدمتی آن باید توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فراهم شده و در اختیار ارائه‌دهندگان خدمت قرار گیرد مانند: خدمات توانبخشی، مبارزه و کنترل اعتیاد، خشونت، دخانیات و ...

۱۴) پرونده خانوار:

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

۱۵) پرونده الکترونیک سلامت:

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

۱۶) خرید راهبردی خدمات سلامت:

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

۱۷) نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات:

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

❖ شیوه پرداخت سرانه وزن دهی شده:

- واحد پرداخت بازی هر فرد که با در نظر گرفتن سن، جنس و وضعیت سلامت فرد، محل جغرافیایی خدمت و بسته خدمات جاری سلامت متفاوت است و برای یک دوره زمانی مشخص تعریف می‌شود. برای تمام خدماتی که ممکن است فرد در یک دوره زمانی (مثلاً یک ماه یا یک سال) از آنها استفاده کند، پرداخت ثابتی انجام می‌شود^{۱۱}. این پرداخت به میزان پوشش خدمات و کیفیت خدمات ارائه شده ارتباط مستقیمی دارد و در صورتیکه کیفیت یا پوشش خدمات براساس شاخص‌های طراحی شده پایین‌تر از سطح قابل قبول (استاندارد تعریف شده) باشد، کسوراتی به آن تعلق می‌گیرد.

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

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

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

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

فصل ۱: جمعیت هدف

جمعیت هدف این برنامه شامل :

الف: جمعیت مناطق حاشیه نشین: جمعیت ساکن در مناطق حاشیه نشین که براساس تعریف ستاد ملی بازآفرینی شهری پایدار وزارت راه و شهرسازی^{۱۲}، "بافت‌های فرسوده و تاریخی، کاربری‌های غیرمعمول شهری مانند زندان‌ها، پادگان‌ها و مناطقی هستند که عمدتاً مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده‌اند و بدون مجوز و خارج از برنامه‌ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری (طرح‌های جامع و تفصیلی) در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده‌اند. به عبارت دیگر، تمامی ساکنین سکونتگاه‌های غیررسمی/غیرمجاز و حاشیه‌نشین شناسایی شده توسط ستاد ملی و استانی بازآفرینی شهری پایدار و واحد گسترش شبکه مراکز بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و نیز ساکنین شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر جمعیت می‌باشند. خاطر نشان می‌سازد زندان‌ها، پادگان‌ها، خوابگاه‌ها و مسکن مهر نیز جزو این جمعیت محسوب می‌شوند. کل جمعیت حاشیه و سکونتگاه‌های غیررسمی براساس تعریف سال ۱۳۹۳ معادل ۹۷۶۶۶۹۸ نفر می‌باشد.

تبصره ۱: بخشی از این جمعیت، اتباع خارجی هستند و خدماتی که ارائه آنها اثرات فرافرادی^{۱۳} دارد مانند خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت به صورت رایگان و براساس مصوبه ستاد ملی به این افراد نیز ارائه می‌شود.

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

جمعیت سرشماری شده در بهمن ۱۳۹۳ برای مناطق حاشیه نشین و سکونتگاه‌های غیررسمی برحسب دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی به قرار زیر است:

تبصره ۳: دانشگاه/دانشکده باید برای زندانها، پادگانها، و خوابگاههای تحت پوشش به شرح زیر عمل کند:

- بازای تعداد زندانیان یا افراد در خوابگاهها و پادگانها برحسب جنسیت آنها از مراقب سلامت مرد یا زن در پایگاه سلامت استفاده شود
- در هر یک از زندانها، یک مرکز سلامت جامعه در نظر گرفته شود
- برای خوابگاهها و پادگانها، جمعیت آنها در جمعیت تحت پوشش منطقه منظور گردد.

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

ج: جمعیت شهرهای ۵۰ تا ۵۰۰ هزار نفر: منظور جمعیت ساکن در شهرهایی با جمعیت بین ۵۰ تا ۵۰۰ هزار نفر می‌باشد. پیش بینی جمعیت کشور برای سال ۱۳۹۴ نشان دهنده آن است که جمعیت کل این شهرها حدود ۲۲ میلیون نفر خواهد بود.

د: سایر مناطق شهری: شهرهای بیش از ۵۰۰ هزار نفر جمعیت. در این فاز کل جمعیت استان‌ها/دانشگاه‌های البرز، قم، شیراز، تهران، تبریز، ساری، ارومیه، همدان، و مشهد نیز اضافه می‌شود که حدود ۱۸ میلیون نفر است و در کل ۴۰۹۶۶۱۰۰ نفر در پوشش قرار می‌گیرند.

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

۱۳ Externality

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

| ردیف | دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی | جمعیت حاشیه شهر یا سکونتگاه غیررسمی | جمعیت شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر |
|------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| ۱ | تبریز | ۵۰۵۳۵۶ | ۳۱۷۰۸۰ |
| ۲ | ارومیه | ۴۲۹۶۷۱ | ۲۷۵۶۹۵ |
| ۳ | اردبیل | ۲۲۴۳۱۰ | ۷۵۵۷۵ |
| ۴ | اصفهان | ۴۱۹۶۲۱ | ۳۹۵۹۰۷ |
| ۵ | ایلام | ۵۲۳۳۰ | ۹۲۴۵۱ |
| ۶ | ایران | ۳۴۴۷۰۵ | ۱۶۰۷۲۰ |
| ۷ | بابل | ۴۰۰۰۰ | ۲۷۵۰۸ |
| ۸ | بوشهر | ۳۶۰۰۰ | ۹۴۸۱۶ |
| ۹ | بیرجند | ۴۰۰۰۰ | ۱۱۵۱۵۳ |
| ۱۰ | تهران | ۳۱۶۸۶۸ | ۷۹۴۳۳ |
| ۱۱ | چهرم | ۱۲۸۵۸۹ | ۰ |
| ۱۲ | شهرکرد | ۴۳۷۸۱ | ۱۸۲۲۴۲ |
| ۱۳ | مشهد | ۱۱۹۳۱۹۶ | ۲۹۱۰۲۰ |
| ۱۴ | بجنورد | ۱۰۵۶۶۴ | ۲۳۸۴۰ |
| ۱۵ | اهواز | ۸۱۹۲۱۳ | ۱۸۳۶۳۵ |
| ۱۶ | رفسنجان | ۷۰۰۰ | ۰ |
| ۱۷ | زابل | ۱۰۲۷۰ | ۰ |
| ۱۸ | زنجان | ۱۷۳۱۸۶ | ۳۱۶۶۴ |
| ۱۹ | سبزوار | ۴۳۰۱۷ | ۰ |
| ۲۰ | سمنان | ۴۵۰۰۰ | ۷۱۶۱۴ |
| ۲۱ | زاهدان | ۴۲۲۱۴۹ | ۶۸۱۶۶ |
| ۲۲ | شاهرود | ۱۲۶۰۵ | ۰ |
| ۲۳ | شهیدبهشتی | ۲۰۰۰۰۰ | ۱۷۲۳۱۵ |
| ۲۴ | شیراز | ۴۵۳۷۸۲ | ۲۶۹۶۱۰ |
| ۲۵ | فسا | ۱۳۵۰۰ | ۰ |
| ۲۶ | قزوین | ۱۳۲۴۱۵ | ۱۱۹۰۹۷ |
| ۲۷ | قم | ۳۰۰۰۰۰ | ۰ |
| ۲۸ | کاشان | ۴۰۱۸۸ | ۰ |
| ۲۹ | کردستان | ۳۲۶۹۸۸ | ۵۰۹۰۸ |
| ۳۰ | کرمان | ۳۲۷۴۵ | ۱۴۳۶۲۲ |
| ۳۱ | کرمانشاه | ۱۸۱۸۵۶ | ۲۹۵۹۰۸ |
| ۳۲ | یاسوج | ۱۲۰۸۰۳ | ۳۷۰۰۰ |
| ۳۳ | گلستان | ۶۲۳۸۴ | ۱۷۰۸۹۴ |
| ۳۴ | گناباد | ۱۶۰۳۵ | ۴۱۵۶۵ |

| | | | |
|---|---------|-------------|----|
| ۱۴۹۸۹۷ | ۱۴۶۳۵۹ | گیلان | ۳۵ |
| ۱۰۹۳۴۸ | ۱۳۲۴۰۰ | لرستان | ۳۶ |
| ۱۹۷۱۹۹ | ۱۱۰۰۰۰ | ساری | ۳۷ |
| ۱۲۸۹۲۹ | ۱۵۰۱۰۸ | اراک | ۳۸ |
| ۱۵۸۳۱۲ | ۲۳۷۵۳۹ | هرمزگان | ۳۹ |
| ۹۸۲۶۳ | ۱۷۴۴۷۱ | همدان | ۴۰ |
| ۹۸۶۰۲ | ۱۰۹۶۷۲ | یزد | ۴۱ |
| ۱۰۳۸۱۹ | ۱۰۰۰۴۸۲ | البرز | ۴۲ |
| ۴۳۵۱۳ | ۱۴۵۷۷ | چیرفت | ۴۳ |
| ۰ | ۷۰۰۰۰ | تربت حیدریه | ۴۴ |
| ۰ | ۸۲۸۷۰ | دزفول | ۴۵ |
| ۰ | ۴۹۱۶۱ | نیشابور | ۴۶ |
| ۰ | ۹۱۲۴ | بم | ۴۷ |
| ۸۱۹۱۴ | ۱۱۲۶۱۶ | آبادان | ۴۸ |
| ۰ | ۲۳۷۰۰ | ایران‌شهر | ۴۹ |
| ۰ | ۵۳۷۲۹ | مراغه | ۵۰ |
| ۰ | ۳۲۱۳۶ | بهبهان | ۵۱ |
| ۲۳۲۳۹ | ۱۷۰۰۰ | لارستان | ۵۲ |
| ۳۳۳۹۷ | ۰ | گراش | ۵۳ |
| ۰ | ۱۲۲۵۲ | شوشتر | ۵۴ |
| ۰ | ۲۰۴۸۴ | ساوه | ۵۵ |
| ۰ | ۷۰۰۰ | اسفراین | ۵۶ |
| ۰ | ۵۴۰۰ | اسدآباد | ۵۷ |
| ۰ | ۱۴۹۵۳ | تربت جام | ۵۸ |
| ۴۹۳۱۹۵۶ | ۹۷۶۶۶۹۸ | کشور | |
| کل جمعیت حاشیه شهرها و ساکنین شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر = ۱۴۶۹۸۶۵۴ | | | |

| جدول جمعیت ساکن در شهرهای بین ۵۰ تا ۵۰۰ هزار نفر به تفکیک دانشگاه به علاوه کل جمعیت دانشگاه های علوم پزشکی البرز، قم، ارومیه، تهران، همدان، تبریز، ساری، شیراز و مشهد - ۱۳۹۴ | | |
|--|-----------------------|-------------------|
| ردیف | نام دانشگاه / دانشکده | برآورد جمعیت ۱۳۹۴ |
| ۱ | کل اراک | ۵۷۶,۴۳۶ |
| ۲ | کل اردبیل | ۶۶۳,۹۷۷ |
| ۳ | کل ارومیه | ۱,۶۰۳,۸۸۹ |
| ۴ | کل اسفراین | ۶۲,۷۸۷ |
| ۵ | اصفهان | ۱,۱۸۵,۶۸۷ |
| ۶ | کل البرز | ۲,۱۷۳,۳۹۷ |
| ۷ | اهواز | ۳۱۸,۲۹۸ |
| ۸ | کل ایرانشهر | ۱۰۰,۸۹۲ |
| ۹ | کل ایلام | ۱۷۹,۱۰۲ |
| ۱۰ | کل ایران | ۵,۱۰۰,۰۰۰ |
| ۱۱ | کل آبادان | ۵۷۰,۶۷۵ |
| ۱۲ | کل بابل | ۱۱۶,۱۳۲ |
| ۱۳ | کل بجنورد | ۲۹۹,۵۶۷ |
| ۱۴ | کل بزم | ۱۱۱,۴۱۶ |
| ۱۵ | کل بندرعباس | ۵۱۸,۹۳۹ |
| ۱۶ | کل بهبهان | ۱۱۱,۷۰۸ |
| ۱۷ | کل بوشهر | ۴۴۸,۳۵۴ |
| ۱۸ | کل بیرجند | ۱۸۵,۱۴۱ |
| ۱۹ | کل تبریز | ۱,۹۶۲,۸۲۱ |
| ۲۰ | کل تربت جام | ۹۸,۵۴۸ |
| ۲۱ | کل تربت حیدریه | ۱۳۶,۳۹۶ |
| ۲۲ | کل تهران | ۲,۸۶۰,۰۰۰ |
| ۲۳ | کل جهرم | ۱۱۸,۶۷۲ |
| ۲۴ | کل چیرفت | ۱۱۵,۴۷۵ |
| ۲۵ | کل دزفول | ۳۱۹,۸۴۳ |
| ۲۶ | کل رفسنجان | ۱۵۷,۴۷۷ |
| ۲۷ | کل زابل | ۱۴۳,۲۳۱ |
| ۲۸ | زاهدان | ۲۰۷,۵۱۴ |

| | | |
|------------|---------------|----|
| ۵۴۷,۸۶۷ | کل زنجان | ۲۹ |
| ۹۳۸,۹۰۲ | کل ساری | ۳۰ |
| ۲۰۸,۵۰۰ | کل ساوه | ۳۱ |
| ۲۴۰,۸۱۹ | کل سبزوار | ۳۲ |
| ۲۲۰,۹۴۸ | کل سمنان | ۳۳ |
| ۱۴۶,۰۹۳ | کل شاهرود | ۳۴ |
| ۲۲۰,۹۶۸ | کل شهرکرد | ۳۵ |
| ۴,۹۸۶,۲۰۸ | کل شهید بهشتی | ۳۶ |
| ۱۱۱,۰۸۸ | کل شوشتر | ۳۷ |
| ۱,۸۹۵,۶۸۲ | کل شیراز | ۳۸ |
| ۱۰۹,۰۰۱ | کل فسا | ۳۹ |
| ۷۳۶,۶۸۹ | کل قزوین | ۴۰ |
| ۱,۱۱۶,۹۹۷ | کل قم | ۴۱ |
| ۸۰۸,۹۲۶ | کل کرمان | ۴۲ |
| ۳۴۹,۰۴۰ | کل کاشان | ۴۳ |
| ۸۶۶,۸۵۹ | کل کردستان | ۴۴ |
| ۲۵۹,۵۸۲ | کرمانشاه | ۴۵ |
| ۵۹۵,۵۲۷ | کل گلستان | ۴۶ |
| ۴۰۱,۴۴۶ | گیلان | ۴۷ |
| ۶۸,۰۶۹ | کل لارستان | ۴۸ |
| ۹۶۷,۶۲۱ | کل لرستان | ۴۹ |
| ۱۶۸,۷۶۶ | کل مراغه | ۵۰ |
| ۳,۱۸۳,۵۰۸ | کل مشهد | ۵۱ |
| ۲۴۸,۷۵۲ | کل نیشابور | ۵۲ |
| ۷۹۱,۵۳۱ | کل همدان | ۵۳ |
| ۶۳۴,۲۲۸ | کل یزد | ۵۴ |
| ۲۶۶,۷۸۴ | کل یاسوج | ۵۵ |
| ۴۰,۹۶۶,۱۰۰ | کل کشور | |

(*) شهرهای مراکز استان‌هایی که به رنگ قرمز درآمده اند، در سال جاری تحت پوشش نیستند و در سال آینده به برنامه وارد می‌شوند.

فصل ۲: بسته خدمات سلامت

ماده ۱: بسته‌های خدمت سلامت این برنامه، شامل ۴ گروه خدمات اولیه فردی، عمومی، خدمات ویژه و خدمات درمانی می‌باشند که در فصل تعریف واژه‌های این دستورعمل به آنها اشاره شد. این مجموعه با نامه شماره ۳۰۰/۱۴۸۲۸ د به تاریخ ۱۳۹۳/۱۰/۱۵ با عنوان شرح خدمات تیم سلامت ارسال شده است.

ماده ۲: دانشگاه‌ها/دانشکده‌ها موظف خواهند بود فهرست بسته‌های خدمات قابل ارائه در مناطق حاشیه شهری، شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و کل مناطق شهری با جمعیت بالای ۵۰ هزار نفر را به پیمانکاران طرف قرارداد و واحدهای دولتی تحت پوشش نظام شبکه بهداشت و درمان مستقر در مناطق مزبور یا پوشش دهنده این جمعیت‌ها ارائه دهند و آنها موظف به رعایت کامل بسته‌های خدمت هستند. همچنین، چنانچه در طول مدت قرارداد، بسته خدمت جدیدی ابلاغ شد، پیمانکار موظف به اجرای آن هم خواهد بود و این موضوع باید در فرمت قرارداد نیز ذکر شود.

فصل ۳: ارکان اجرایی و وظایف

ماده ۳: این برنامه یکی از برنامه‌های تحول در حوزه بهداشت است. برای اجرایی کردن برنامه‌های تحول در حوزه بهداشت، ارکان اجرایی و وظایفی در نظر گرفته شده که به قرار زیر است:

الف) ستاد کشوری سیاستگذاری و هماهنگی برنامه‌های تحول در حوزه بهداشت

اعضا:

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

وظایف:

- تایید و ابلاغ سیاست‌های اجرایی برای یکپارچگی و مدیریت منابع مالی و غیرمالی در برنامه‌های تحول در حوزه بهداشت
- تصویب دستورعمل اجرایی هر یک از برنامه‌های تحول
- هماهنگی با ذینفعان در سطح ملی

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

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

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

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

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

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

اعضای این ستاد عبارتند از:

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

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

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

تبصره ۶: وظایف اجرایی زیر جزو تکالیف معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی می‌باشد:

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

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

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

- مدیر شبکه شهرستان - رئیس ستاد
- رئیس مرکز بهداشت شهرستان - دبیر ستاد
- کارشناس نظارت بر درمان یا رئیس بیمارستان شهرستان
- کارشناس مسوول گسترش شبکه شهرستان
- مدیر مرکز آموزش بهورزی شهرستان
- مسوول امور اداری شهرستان
- مسوول امور مالی شهرستان

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

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

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

فصل ۴: روش اجرای کار

ماده ۵: دانشگاه/دانشکده باید طبق این دستورعمل، ستاد اجرایی دانشگاهی/دانشکده ای و ستادهای عملیاتی شهرستانی را تشکیل دهد.

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

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

ماده ۷: ستادهای عملیاتی شهرستان باید نقشه جغرافیایی استاندارد مناطق حاشیه، شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر را تهیه و جمعیت بلوک‌ها را بر روی آن مشخص کنند.

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

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

ماده ۸: جمع‌آوری اطلاعات جمعیتی و اماکن عمومی با انجام سرشماری از مناطق حاشیه شهری، شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و شهرهای بالای ۵۰ هزار نفر (شامل زندان‌ها، پادگان‌ها، مسکن مهر و خوابگاه‌ها و ...) و ثبت آن در سامانه الکترونیک معرفی شده از سوی ستاد کشوری ضرورت دارد. فرم سرشماری و دستورعمل نحوه تکمیل فرم و ورود آن به سامانه **پیوست** است.

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

ماده ۹: جمع‌آوری اطلاعات مربوط به تمامی واحدهای دولتی، غیردولتی و خصوصی موجود در منطقه که به ارائه خدمات سلامت (بهداشتی، درمانی، تشخیصی، خدمات اجتماعی، طب سنتی و توانبخشی) مشغول هستند، برحسب نوع، از طریق استعلام از معاونت درمان دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی.

ماده ۱۰: ستاد عملیاتی شهرستان موظف است براساس شیوه‌نامه ملی نیازسنجی سلامت جمعیت، و با استفاده از اطلاعات کمی و کیفی، خدمات سلامت مورد نیاز جمعیت را بصورت دوره ای تهیه نموده و برای ارائه آن، برنامه‌ریزی مناسب انجام دهد.

ماده ۱۱: ستاد عملیاتی شهرستان موظف است هر سه سال طرح‌های تطبیق واحدهای ارائه خدمات موجود را براساس ضوابط طرح‌های گسترش شبکه بهداشت و درمان تهیه و برای اخذ تاییدیه از مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به معاون بهداشت دانشگاه ارسال کند. در صورت ضرورت می‌توان در این فاصله زمانی، پیشنهاد اصلاح طرح گسترش را بصورت موردی مطرح کرد.

ماده ۱۲: ارائه خدمات در پایگاه‌های سلامت و مراکز سلامت جامعه باید با همکاری داوطلبان سلامت، و با استفاده از روش خود مراقبتی به صورت فعال انجام گیرد.

تبصره: تعریف خدمات فعال: داشتن پرونده خانوار فعال یعنی پرونده ای که بیش از سه ماه از آخرین مراقبت ثبت شده در آن براساس بسته خدمت نگذشته باشد. چنانچه فرد موردنظر براساس بسته خدمت بموقع به پایگاه مراجعه نکند، کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده موظف به پیگیری مورد از طریق تلفن، نامه، یا داوطلب سلامت و ... می‌باشد و در صورت لزوم باید به منزل وی مراجعه نماید.

ماده ۱۳: پایگاه‌های سلامت که بازای ۶۰۰۰ تا ۱۵۰۰۰ نفر برحسب تراکم جمعیت در منطقه تعیین شده اند (مصوب قبلی غیرفعال بعلاوه مصوب جدید در بازنگری اخیر)، به طرف قرارداد واگذار می‌شوند.

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

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

ماده ۱۴: پایگاه‌های بهداشت با تغییر عملکرد و ساختار نیروی انسانی به پایگاه‌های سلامت تبدیل می‌شوند. در راه‌اندازی پایگاه‌های سلامت، اولویت برای جذب نیروهای موردنیاز به عنوان مراقب سلامت خانواده بترتیب عبارتست از: کاردان‌های بهداشتی؛ کارشناسان بهداشتی؛ ماماها؛ و پرستار.

ماده ۱۵: تمامی مراکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه باجمعیت تحت پوشش بین ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر، براساس استاندارد نیروی انسانی و خدمات (موضوع ماده ۱۷) به مرکز سلامت جامعه تغییر وضعیت داده و ادامه خدمت خواهند داد. لازم است برای تکمیل نیروی انسانی این مراکز، از کارکنان موجود در سایر مراکز بهداشتی درمانی منطقه و انتقال آنان به این مراکز استفاده شود. در تکمیل نیروهای تغذیه، سلامت روان، دندانپزشکی، پاراکلینیک (در صورت لزوم و براساس دفاتر طرح گسترش) برای مراکز سلامت جامعه از طریق شیوه خریدخدمات به شکل حجمی تامین خواهند شد. حق الزحمه این نیروها در قرارداد منظور می‌شود. متذکر می‌گردد مدیریت این نیروها و نظارت بر آنها توسط مرکز بهداشت شهرستان خواهد بود.

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

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

ماده ۱۶: ستاد عملیاتی شهرستان با همکاری مرکز آموزش بهورزی، مسوول برگزاری دوره آموزشی ۱۴۷ ساعته حضوری و ۵۷۸ ساعته غیرحضوری مبتنی بر بسته خدمت و برنامه آموزشی ارسالی توسط ستاد کشوری برای کاردان‌ها/کارشناسان بهداشت معرفی شده از سوی

طرف قرارداد می‌باشد. چنانچه افراد معرفی شده موفق به طی دوره و قبولی در آزمون‌های مربوط شوند، به عنوان "کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده" شناخته شده و در پایگاه سلامت مشغول کار خواهند شد.

فصل ۵: الگوی نظام ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت

ماده ۱۷: واحدهای ارائه مراقبت‌های اولیه سلامت به یکی از اشکال زیر می‌باشند:

❖ **پایگاه سلامت** براساس تراکم جمعیت بازای هر ۶ تا ۱۵ هزار نفر در منطقه (متوسط برای جمعیت ۱۲۵۰۰ نفر) با نیروی شاغل: ۴ تا ۵ کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده (بازای هر ۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، یک نیرو)، و یک ماما برای ارائه خدمات مامایی در هر پایگاه سلامت (ترجیحاً حداقل یکی از کاردانها/کارشناسان مراقب سلامت خانواده هم ماما باشد) توسط طرف قرارداد راه‌اندازی می‌شود. در این واحد، خدمات فعال مراقبت‌های جاری برای همه افراد جامعه تحت پوشش در قالب بسته خدمات سطح اول ارائه می‌گردد. در پایگاه سلامت خدماتی انجام می‌شود که کلیات آن در بسته خدمت آمده است و شرح آن عبارتست از:

۱. سرشماری سالانه/ دوره‌ای و ثبت اطلاعات
۲. شناسایی واحدهای ارائه دهنده خدمت توسط سایر بخش‌ها در منطقه
۳. شناسایی کامل منطقه و رسم نقشه آن
۴. تشکیل پرونده سلامت خانوار
۵. ارائه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش
۶. تشویق جامعه به مشارکت در برنامه‌های مرتبط با ارتقای سلامت خود، خانواده و جامعه (داوطلبان سلامت محلات، داوطلبان متخصص، شوراهای سازمان‌های مردم‌نهاد، خیرین ...)
۷. تشویق مردم به مشارکت در برنامه‌ها (داوطلبان سلامت و ...)
۸. آموزش بهداشت عمومی
۹. تشکیل شوراهای محلی بهداشت
۱۰. مراقبت از زنان باردار
۱۱. مراقبت از کودکان
۱۲. ارائه خدمات سلامت باروری
۱۳. آموزش و مراقبت تغذیه‌ای
۱۴. مراقبت از دانش‌آموزان و بهداشت مدارس
۱۵. سلامت دهان و دندان
۱۶. بازدید از منازل
۱۷. بیماریابی
۱۸. انجام خدمات درمانی در حوزه اختیارات و آموزش‌های ارائه شده در بسته خدمت
۱۹. همکاری با سایر بخش‌های اجتماعی فعال در منطقه
۲۰. خدمات ارجاع به پزشک مرکز سلامت جامعه و کارشناسان تغذیه؛ سلامت روان؛ دندانپزشک؛ سلامت محیط و کار و ... براساس بسته خدمت

تبصره: مدیریت پایگاه از بین مراقبین سلامت که مدرک کارشناسی دارند پس از گذراندن دوره مدیریت و کسب امتیاز مربوط و دریافت گواهینامه، انتخاب می‌شود.

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

۱. خدمات معمول پایگاه سلامت برای متوسط ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش (در پایگاه سلامت ضمیمه)

۲. خدمات ارجاعی و نظارتی به عنوان پشتیبانی کننده برای کل جمعیت تحت پوشش ۲ تا ۴ پایگاه سلامت (جمعیت بین ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر) براساس دسترسی مناسب مردم. این خدمات شامل:
- خدمات پزشکی،
 - دارویی،
 - پرستاری،
 - خدمات مشاوره تغذیه و رژیم درمانی،
 - خدمات مشاوره فعالیت بدنی،
 - خدمات مشاوره و ترک دخانیات،
 - خدمات مشاوره ترک اعتیاد و رفتارهای پرخطر،
 - خدمات سلامت روان،
 - مراقبت و پیگیری مبتلایان یا دارندگان عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر ارجاع شده از پایگاه‌های سلامت تحت پوشش
 - خدمات سلامت محیط و حرفه ای
 - خدمات جلب مشارکت فعالانه جامعه در ارتقای سلامت خود، خانواده و جامعه، شیوه زندگی سالم، و خودمراقبتی

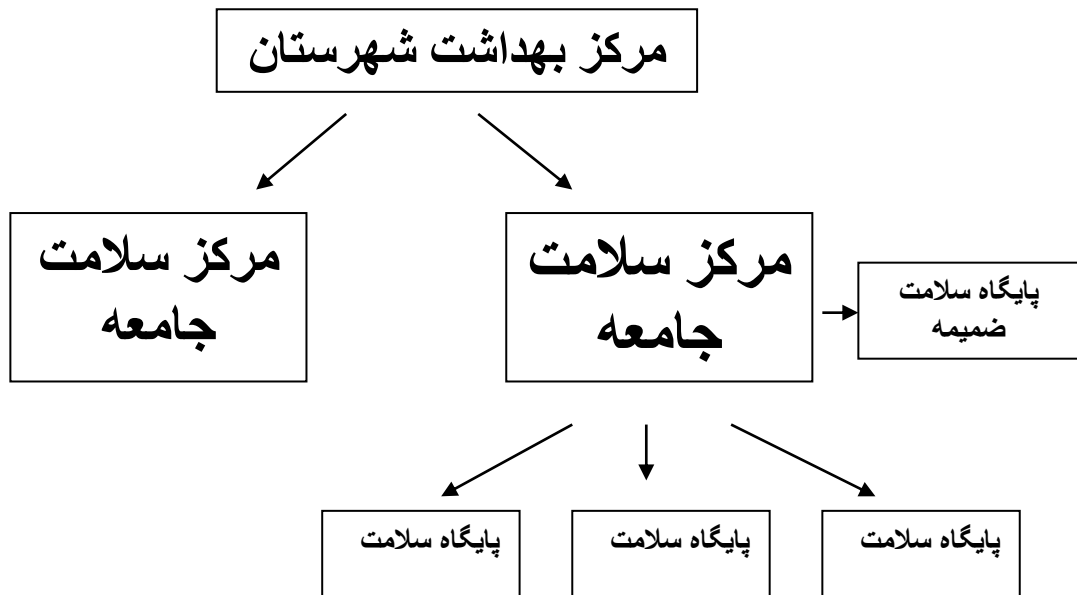
برای کل جمعیت تحت پوشش مرکز خواهد بود. نیروهای ارائه دهنده بسته های خدمات سلامت پیشگفت که در این مراکز بکار گرفته خواهند شد عبارتند از: ۱ نفر کارشناس تغذیه و رژیم درمانی؛ ۱ نفر کارشناس سلامت روان (با اولویت روانشناس بالینی)، ۱ نفر بهیار/پرستار، ۱ نفر مدیر اجرایی، ۱ نفر پذیرش و آمار، ۲ تا ۴ نفر کاردان/کارشناس سلامت محیط/حرفه ای (بازای هر ۳۰۰ واحد اماکن عمومی یک نفر)، ۱ نفر نگهبان/خدمتگزار، و ۲ تا ۳ نفر پزشک عمومی

۳. در صورت ضرورت خدمات زیر نیز اضافه می شود:

- خدمت دندانپزشکی: بازای هر ۱۵۰۰۰ نفر، یک دندانپزشک؛
 - خدمت آزمایشگاهی: ۱ تا ۴ نیروی آزمایشگاه (برای حاشیه شهرهای بزرگ وقتی آزمایشگاه مرکزی شهرستان وجود دارد فقط ۱ نفر نیروی آزمایشگاه در این مرکز وظیفه نمونه‌گیری و انتقال نمونه به آزمایشگاه مرکزی را به عهده خواهند داشت و پاسخ آزمایشات نیز باید در همین مرکز به مردم ارائه شود. چنانچه آزمایشگاه در مرکز سلامت جامعه مستقر باشد، این تعداد به ۴ نفر افزایش می یابد).
- تبصره ۱:** در صورت نیاز منطقه و پس از تصویب مرکز مدیریت شبکه، خدمات اورژانس و شبانه روزی در مرکز سلامت جامعه منتخب، ارائه می‌گردد؛
- تبصره ۲:** اولویت کار پزشکان، مراقبت بیماری‌های غیرواگیر (NCD) در جمعیت تحت پوشش مرکز، قبول ارجاعات از اعضای تیم سلامت و نظارت بر آنها می‌باشد (در کل باید تمام خدمات جاری مطابق بسته های خدمت را ارائه دهند)؛
- تبصره ۳:** مدیریت مراکز سلامت جامعه با پزشک مرکز (ترجیحاً دارای مدرک MPH) و یا یک نفر دانش آموخته کارشناسی / کارشناس ارشد رشته های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی / مدیریت دولتی می باشد که در حیطه های زیر فعالیت خواهد داشت:
- مدیریت و نظارت اجرایی بر فعالیت‌های مرکز و پایگاه های سلامت تحت پوشش،
 - تدوین برنامه زمانبندی موثر برای دریافت خدمات توسط مراجعین مرکز و پایگاه های سلامت تحت پوشش ،
 - پیگیری تهیه لیست اقلام موردنیاز دارویی و مکمل‌های دارویی مرکز و پایگاه های سلامت تحت پوشش ،
 - نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی موردنیاز برای جمعیت هدف،
 - فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز و پایگاه های سلامت تحت پوشش ،
 - نظارت بر تهیه شدن گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر،
 - تنظیم فهرست مواد مصرفی و تهیه آنها از طریق مرکز بهداشت شهرستان،
 - پیگیری تعمیر و بازسازی خرابی‌های فضای فیزیکی مرکز،
 - تنظیم فهرست تجهیزات تعمیری و اسقاطی مرکز و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر
 - مدیریت کلیه پرداخت‌ها، صدور احکام روزه‌پرسنی (مرخصی، ماموریت، ...) و دستورهای مالی، تقسیم و تنظیم فعالیت‌ها و اعمال موازین انضباطی،

- مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز، تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان، آگاه بودن از اعتبار و بودجه سالانه مرکز و همکاری در مدیریت آن با نظر مرکز بهداشت شهرستان، ثبت و نگهداری مستندات مربوط به اعتبارات، شرح هزینه ها و کپی اسناد ارسال شده به مرکز بهداشت شهرستان
 - جلب مشارکت کلیه کارکنان مرکز در شرح خدمات مرکز.
- تبصره ۴:** مسوول پذیرش و آمار باید کاردان آمار و مدارک پزشکی باشد که علاوه بر وظیفه پذیرش مراجعین، کار جمع آوری آمار و اطلاعات موردنیاز مدیر را هم انجام دهد. در صورت نبود این فرد، می‌توان از کاردان‌های بهداشتی/حسابداری/IT پس از طی آموزش لازم درمورد شرح وظیفه خود، بهره جست.

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



ماده ۱۸: ستادهای عملیاتی شهرستان باید براساس ضوابط و پراکندگی جمعیت تحت پوشش این برنامه، در شهرستان نسبت به تهیه دفاتر طرح گسترش واحدها و نقشه‌های موردنیاز، اقدام نموده و به منظور تایید به ستاد اجرایی برنامه های تحول در حوزه بهداشت در دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی ارسال کنند. طرح‌ها پس از تایید این ستاد، باید برای بررسی و تصویب نهایی به مرکز مدیریت شبکه ارسال گردد. شایان ذکر است بدون تصویب مرکز مدیریت شبکه، طرح‌های پیش‌گفت، قابلیت اجرایی نخواهند داشت.

فصل ۶: نظام مدیریت

ماده ۱۹: علاوه بر مراکز سلامت جامعه، مدیریت کلی برنامه همانند الگوی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، به عهده مرکز بهداشت شهرستان است. وظایف مرکز بهداشت شهرستان با استفاده و همکاری مراکز سلامت جامعه عبارتست از:

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

ماده ۲۰: مدیریت تمام واحدهای واگذار شده به طرف قرارداد با هماهنگی مرکز بهداشت شهرستان، به عهده طرف قرارداد است.

فصل ۷: نحوه خرید خدمات سلامت^{۱۴}

ماده ۲۱: فرآیند برون سپاری خدمات سلامت به شرح زیر خواهد بود:

۱. اعلام فراخوان عمومی در سطح استان/ شهرستان
 ۲. ابلاغ انتظارات، اهداف و شاخص‌های مورد انتظار از ارائه‌دهندگان خدمت به آنان مطابق چارچوب ابلاغی از سطح ملی در سطح استان/ شهرستان توسط معاون بهداشت
 ۳. دریافت مدارک و مستندات متقاضیان و سپس مذاکره با ایشان برای توجیه شرایط و ضوابط همکاری در سطح استان/ شهرستان
 ۴. اعتبارسنجی و انتخاب داوطلبان ارائه خدمات که معتبر شناخته شده اند در سطح استان/ شهرستان
 ۵. برگزاری مناقصه محدود/ترک تشریفات مناقصه توسط دانشگاه/دانشکده
 ۶. آموزش و توجیه برندگان مناقصه توسط ستاد عملیاتی شهرستان
- ۱-۶. برنده مناقصه باید نیروی انسانی واجد شرایط ارائه خدمت مندرج در این دستور عمل را برای گذراندن دوره آموزشی به معاون بهداشتی دانشگاه/دانشکده/شهرستان معرفی نماید. این آموزش از طریق مرکز آموزش بهورزی شهرستان/

^{۱۴} براساس مصوبه هیات وزیران در جلسه ۱۳۹۳/۱/۲۰ به پیشنهاد مشترک وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور و به استناد بند (ز) ماده (۳۸) قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

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

دستورعمل اجرایی برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق شهری و حاشیه نشین - نسخه ۲

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

۷. انعقاد قرارداد با برنده مناقصه پس از تایید صلاحیت‌های مندرج در این دستورعمل، توسط رییس شبکه بهداشت شهرستان دانشگاه/دانشکده

۸. پایش و بررسی و تحلیل عملکرد هر یک از مراکز ارائه خدمات و تعیین شرایط پرداخت به آن‌ها براساس شاخص‌های ارزیابی عملکرد و در چارچوب این دستور عمل توسط ستاد عملیاتی شهرستان

۹. تمامی قراردادهای سالانه (تا پایان سال مالی) تنظیم می‌شود ولی برای ۳ سال ضمانت اخذ می‌گردد و پس از مدت ۳ سال در صورت توافق و رضایت از عملکرد، قابل تمدید و تعدیل هستند.

۱۰. نمونه قرارداد **پیوست** است.

۱۱. در صورت نیاز به استفاده از کارکنان دولت در مراکز واگذار شده، شبکه بهداشت و درمان شهرستان باید درخواست خود را برای اخذ مجوز به ستاد اجرایی دانشگاه/دانشکده ارسال کند.

۱۱-۱. در صورت در اختیار گذاردن کارمندان دولت (با هر نوع رابطه استخدامی) به طرف قرارداد، تمام دریافتی آنان از دولت

محاسبه و از مبلغ قرارداد کسر می‌شود. خاطرنشان می‌سازد در صورتیکه، حقوق این افراد کمتر از افراد مشابه طرف قرارداد پیمانکار باشد، باید مابه‌التفاوت به آنها از طرف پیمانکار پرداخت شود.

ماده ۲۲: دستور پرداخت با امضای رییس شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان می‌باشد.

تبصره ۱: در صورت عقد قرارداد ۳ ساله باید تورم سالیانه اعلام شده توسط بانک مرکزی، مدنظر باشد.

تبصره ۲: در صورت توقف ارائه خدمات مورد تعهد براساس قرارداد، باید بلافاصله به طرف قرارداد اخطار داده شود و در صورت توجه نکردن به اخطار داده شده، خسارتی به میزان ۶٪ مبلغ قرارداد ماهانه بازای هر روز توقف ارائه خدمات از طرف قرارداد اخذ می‌شود.

تبصره ۳: در صورت افزایش بسته خدمت در طول مدت قرارداد، طرف پیمانکار موظف به اجرای آن می‌باشد. چنانچه افزایش خدمت منجر به افزایش نیروی انسانی گردد، باید در مبلغ متمم قرارداد منظور شود.

تبصره ۴: مواد و ملزومات مصرفی به شرح زیر توسط مرکز بهداشت شهرستان و بصورت رایگان در اختیار طرف قرارداد گذاشته می‌شود. لذا، در محاسبه سرانه خدمت منظور نخواهند شد.

- فرم‌ها و دفاتر مورد استفاده در پایگاه و مرکز سلامت جامعه

- واکسن، ملزومات مورد نیاز ایمن سازی، سلامت باروری، داروهای مراقبت بیماری‌ها و مکمل‌های دارویی مورد نیاز برحسب

گروه‌های سنی و جنسی تحت پوشش هر پایگاه/مرکز سلامت جامعه

- مطالب آموزشی مورد نیاز برای اجرای برنامه خودمراقبتی و بسته خدمت مربوط به آن

ماده ۲۳: براساس قانون، مراقبت‌های اولیه سلامت باید بطور رایگان به مردم ارائه شود. بهای این خدمات به صورت سرانه و از محل

منابع عمومی دولتی به طرف قرارداد و براساس نتایج ارزیابی عملکرد پرداخت می‌گردد. هیچگونه وجهی در پایگاه‌های سلامت نباید از مراجعه کننده اخذ گردد.

ماده ۲۴: ۷۰ درصد مبلغ قرارداد تا ۲۸ هر ماه بصورت علی‌الحساب به طرف قرارداد پرداخت می‌شود. ترتیب این کار مطابق چارچوب

قراردادی است که توسط دفتر حقوقی اعلام می‌گردد (پیوست است). ۳۰ درصد باقی‌مانده پس از پایش کمی و کیفی عملکرد طرف قرارداد به تدریجی که در ذیل این ماده آمده است، هر ۳ ماه یکبار پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: در صورتیکه نتیجه ارزیابی زیر ۷۰ باشد، بازای هر ۱ امتیاز کمتر از ۷۰، دو درصد از سقف پرداخت کسر می‌گردد. مثلاً چنانچه امتیاز ارزیابی ۶۰ باشد، طرف قرارداد فقط معادل ۵۰٪ از ۳۰ درصد باقی‌مانده را دریافت خواهد کرد. همزمان به طرف قرارداد تذکر کتبی

داده می‌شود و در صورت تکرار امتیاز کمتر از ۷۰ در فصل بعد (سه ماهه)، قرارداد لغو می‌گردد.

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

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

تبصره ۴: حقوق کارکنان در پایان هرماه باید بطور کامل توسط پیمانکار طرف قرارداد پرداخت گردد. جدول پرداختی برحسب مدرک تحصیلی و نوع کار هر فرد بر مبنای قانون کار در این دستورعمل آمده است.

ماده ۲۵: پرداخت بازای خدمات دارویی، آزمایشگاه و رادیولوژی فعلا بصورت معمول (پرداخت بازای خدمت "FFS") و به شرط تجویز پزشک یا مامای کارشناس، توسط سازمان‌های بیمه گر و گیرندگان خدمات به صورت فرانشیز انجام می‌شود.

ماده ۲۶: نظام پرداخت مدیریتی و نظارتی در سطوح مختلف این برنامه که منابع آن از محل سرانه مدیریتی تامین شده است، توسط ستاد ملی تهیه و پس از تصویب و تایید وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ خواهد شد.

فصل ۸: نظام ارجاع

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

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

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

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

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

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

ماده ۳۰: پزشک ارجاع دهنده باید بیماران ارجاع شده به سطوح بالاتر را تا انتهای درمان بیمار، پیگیری کند. بیمارانی که بصورت فوری ارجاع می‌شوند ظرف مدت یک هفته توسط پزشک و مراقب سلامت خانواده پیگیری می‌شوند. در صورت ارجاع غیرفوری این کار در طول ۲ تا ۳ هفته بعد از ارجاع انجام می‌شود.

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

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

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

فصل ۹: استانداردهای مورد نیاز

ماده ۳۲: طرف قرارداد باید فضای فیزیکی مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت و نیروی انسانی، به صورت زیر آماده نماید:

۱. استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای پایگاه سلامت با جمعیت تحت پوشش ۱۲۵۰۰ نفر حداقل ۸۰ تا ۹۰ متر مربع می باشد به نحوی که فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد:

- ✚ فضای کار کاردان/کارشناس مراقب سلامت خانواده (۴ نفر)
- ✚ فضای کار مامایی
- ✚ فضای کار واکسیناسیون
- ✚ فضای برگزاری جلسات آموزش و توانمندسازی جامعه درموضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی و.. با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه.
- ✚ سالن انتظار
- ✚ فضای آبدارخانه
- ✚ فضای سرویس بهداشتی

- توصیه می‌شود محل استقرار پایگاه در طبقه همکف باشد.
- برای جمعیت‌های کمتر از ۸۰۰۰ نفر، فضای فیزیکی مورد نیاز به ۶۵ متر کاهش می یابد.
- در صورت نبود فضای فیزیکی مناسب در منطقه و تصویب مرکز بهداشت شهرستان می توان فضای کمتری را تایید کرد.

۲. استاندارد فضای فیزیکی مورد نیاز برای مرکز سلامت جامعه با جمعیت تحت پوشش ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر با پایگاه سلامت ضمیمه آن، حداقل ۱۵۰ متر مربع می باشد (در صورت ضرورت می‌تواند در ۲ ساختمان همجوار یا در دو طبقه باشد که پایگاه سلامت ضمیمه باید در طبقه اول مستقر شود) به نحوی که علاوه بر موارد مندرج در بند ۱، فعالیت کارکنان و امکانات مورد نیاز مشروحه زیر را بتوان در آن جای داد:

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

- برای جمعیت های ۲۰ هزار نفر و کمتر، فضای فیزیکی مورد نیاز به حدود ۱۰۰ متر کاهش می‌یابد.
- در صورت نبود فضای فیزیکی مناسب در منطقه و تصویب مرکز بهداشت شهرستان می‌توان فضای کمتری را تایید کرد.
- فضای استاندارد لازم برای خدمات تشخیصی آزمایشگاهی و داروخانه در صورت لزوم تعیین می‌گردد.

ماده ۳۳: طرف قرارداد باید نیروی انسانی مناسب براساس نوع واحد ارائه‌دهنده خدمت بر اساس استاندارد نیروی انسانی به شرح زیر آماده نماید:

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

| | |
|--|---|
| • کارشانس/کارشناس مراقب سلامت خانواده: | ۴ تا ۵ نفر (حداقل یکی از آنها باید ماما باشد) |
| • ماما: | ۱ نفر |

یادآوری:

- برای هر ۲۵۰۰ تا ۳۰۰۰ نفر یک کارشانس/کارشناس مراقب سلامت خانواده در نظر گرفته می‌شود
- ۲. استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای مرکز سلامت جامعه با جمعیت تحت پوشش ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر علاوه بر موارد مندرج در بند ۱ این ماده، به قرار زیر می باشد:

| | |
|---|------------|
| • کارشناس/کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی، درمانی(مدیر مرکز): | ۱ نفر |
| • پزشک: | ۲ تا ۳ نفر |
| • کارشناس/کارشناس ارشد تغذیه و رژیم درمانی: | ۱ نفر |
| • کارشناس/کارشناس ارشد سلامت روان: | ۱ نفر |
| • دندان‌پزشک (در صورت لزوم): | ۱ تا ۳ نفر |
| • کارشانس/کارشناس علوم آزمایشگاهی (نمونه گیر) | ۱ نفر |
| • بهیار/ پرستار | ۱ نفر |
| • پذیرش و آمار | ۱ نفر |
| • کارشانس/کارشناس سلامت محیط و کار | ۲ تا ۴ نفر |
| • نگهبان/خدمتگزار | ۱ نفر |
| • مراقب سلامت مرد | ۱ نفر |

فصل ۱۰: آموزش

ماده ۳۴: بسته آموزشی برای آموزش کارشانان/کارشناسان بهداشتی (شامل: بهداشت عمومی، خانواده و مبارزه با بیماری‌ها، پرستار و ماما) به منظور تبدیل آنان به کارشان/کارشناس چندپیشه به عنوان "**کارشان/کارشناس مراقب سلامت خانواده**" توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ارائه می‌شود.

تبصره ۱: تمام پرسنل شاغل در پایگاه‌های سلامت و مراکز سلامت جامعه باید برحسب نیاز تحت بازآموزی حین خدمت قرار گیرند.
تبصره ۲: مدیران سطوح ملی و دانشگاهی/دانشکده ای پیش از اجرای برنامه، توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید آموزش و توجیه شوند.

ماده ۳۵: رییس مرکز بهداشت شهرستان با مشارکت مرکز آموزش بهورزی شهرستان موظف به برگزاری دوره‌های آموزشی مطابق بسته آموزشی مذکور در ماده ۳۴ می باشد.

تبصره: ضرورت دارد تمام نیروهای درگیر در این طرح قبل از شروع خدمت، آموزش‌های پیش نیاز برای ورود به عرصه خدمت را دریافت نمایند. دریافت گواهی مرحله اول پایان موفقیت آمیز دوره، شرط صدور مجوز برای همکاری خواهد بود. به منظور

دستورعمل اجرایی برنامه تامین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در مناطق شهری و حاشیه نشین - نسخه ۲

استمرار قرارداد بعد از ۳ ماه از آغاز فعالیت، باید **گواهی مرحله تکمیلی آموزش** پرسنل ارائه شده باشد. هزینه دوره آموزشی برای بار اول، رایگان می‌باشد و در صورت تکرار، هزینه آن به عهده طرف قرارداد است (فرمت گواهینامه **پیوست** است).

ماده ۳۶: فهرست عناوین آموزشی به شرح جدول ذیل این ماده می‌باشد. مرکز آموزش بهورزی شهرستان مکلف است براساس زمان دراختیار و نیز منابع آموزشی و زیرساخت‌های در دسترس، اقدام به اولویت‌بندی مطالب آموزشی نماید. در این زمینه‌ها توجه به مطالب زیر اهمیت دارد:

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

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

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

فصل ۱۱: نظام اطلاعات سلامت

ماده ۳۷: برای طراحی و اجرای نظام اطلاعات سلامت که مبتنی بر محیط الکترونیک و بسته های خدمات تعریف شده باشد، تمامی مشخصات سخت افزاری، نرم افزاری، زیرساخت شبکه ارتباطی، استانداردها، قوانین و مقررات، آموزش و فرهنگ سازی توسط ستاد کشوری انجام و ابلاغ می شود.

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

ماده ۳۸: معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید نسبت به طراحی و استقرار نظام اطلاعات سلامت الکترونیک با تشکیل کارگروه ویژه و مشارکت ذی‌نفعان از جمله مراکز/ دفاتر تخصصی معاونت بهداشت، معاونت درمان، دفتر مدیریت آمار و فن آوری اطلاعات معاونت توسعه و مدیریت منابع اقدام کند.

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

ماده ۳۹: ستاد کشوری هماهنگی و اجرایی برنامه موظف است در طراحی و اجرای پرونده الکترونیک سلامت از حداکثر تجربیات و ظرفیت های فنی و اجرایی بخش دولتی و غیردولتی کشور از جمله: بخش خصوصی، سامانه سپاس، سامانه خدمات سلامت ایرانیان، برنامه ساختار شبکه (HNIS^{۱۵})، پورتال معاونت های بهداشت و درمان، سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی و شبکه ملی سلامت (شمس^{۱۶}) استفاده کند و نظام یکپارچه اطلاعات واحد های ارایه خدمات سلامت را بر اساس استانداردهای تعریف شده ۱۳۶۰۶ در سپاس مستقر نماید.

ماده ۴۰: ستاد هماهنگی و اجرایی دانشگاه/دانشکده موظف است مطابق چارچوب های گردآوری و تحلیل اطلاعات سلامت ابلاغی از سوی ستاد کشوری، گزارشات کتبی لازم را تهیه و ارسال کند و حداکثر تا پایان مهر ماه سال ۱۳۹۴ دستورعمل استقرار نظام اطلاعات سلامت را اجرا کند بطوریکه اطلاعات مورد نیاز از طریق سامانه یکپارچه قابلیت انتقال داشته باشد و در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ مبنای نظارت و پرداخت ها قرار گیرد.

ماده ۴۱: ستاد کشوری هماهنگی و اجرایی موظف است نسبت به تامین و تخصیص منابع مالی لازم برای استقرار دستورعمل نظام اطلاعات سلامت توسط ستاد هماهنگی و اجرایی دانشگاه/دانشکده اقدام نماید.

فصل ۱۲: پایش و ارزشیابی

ماده ۴۲: به منظور تضمین کیفیت خدمات ارایه شده در واحدهای ارائه خدمات سلامت و رعایت مفاد قرارداد از طرف ارایه دهندگان خدمت، لازم است استاندارد های خدمات و چک لیست‌های مربوطه براساس بسته های خدمات تعریف شده تهیه و تدوین گردد. معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری مراکز/دفاتر تخصصی معاونت بهداشت و معاونت درمان نسبت به تهیه و تدوین چک لیست‌های پایش خدمات به انضمام بسته آموزشی موردنیاز آن برای سطوح دانشگاه و شهرستان اقدام و ظرف دو ماه از تاریخ ابلاغ این دستورعمل آن را به دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی ارسال نماید.

^{۱۵} Health Network Information System

^{۱۶} راه اندازی شبکه ملی سلامت یکی از تکالیف وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات بر اساس ماده ۴۶ قانون برنامه پنجم توسعه است که زیرساخت ارتباطی را میان مراکز بهداشتی، تشخیصی و درمانی سراسر کشور و برقراری ارتباط میان این مراکز ممکن می‌کند. همچنین تبادل اطلاعات به صورت الکترونیکی و ارائه خدمات الکترونیکی سلامت در کشور از طریق این شبکه فراهم می‌شود.

ماده ۴۳: انجام پایش دوره ای از عملکرد ارائه‌دهندگان خدمت هر سه ماه یکبار توسط تیم نظارتی شبکه بهداشت درمان شهرستان (ستاد عملیاتی شهرستان) صورت خواهد گرفت. این پایش در پرداخت و ادامه همکاری طرف قرارداد موثر است که در فصل پرداخت به آن اشاره شد.

ماده ۴۴: دانشگاه/دانشکده موظف است به منظور فراهم نمودن داده های پایه^{۱۷} از وضعیت سلامت و عوامل موثر بر آن و ارزشیابی دوره ای آن در مناطق موردنظر، نسبت به ارزیابی سریع در مناطق مذکور، همچنین اجرای پیمایش مورد نیاز در این خصوص اقدام نماید. بدیهی است با توسعه نظام اطلاعات سلامت که در فصل ۱۱ جزئیات آن ارائه شده است، لازم است ارزشیابی های مستمر / دوره ای سلامت جمعیت این مناطق براساس داده های حاصل از نظام مذکور صورت گیرد.

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

ماده ۴۵: سطوح پایش و ارزشیابی به قرار زیر خواهد بود:

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

۱- پایش و ارزشیابی توسط مرکز بهداشت شهرستان بر:

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

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

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

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

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

• **بسته های پایش و ارزشیابی**

- چهار بسته برای پایش و ارزشیابی برنامه به ترتیب زیر وجود دارد:
- ۱. بسته ارزشیابی توسط مرکز مدیریت شبکه یا معاونت بهداشت
- ۲. بسته ارزشیابی توسط دانشگاه / دانشکده
- ۳. بسته های ارزشیابی و خودارزیابی توسط مرکز بهداشت شهرستان
- ۴. بسته خودارزیابی کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت

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

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

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

الف) عمومی

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

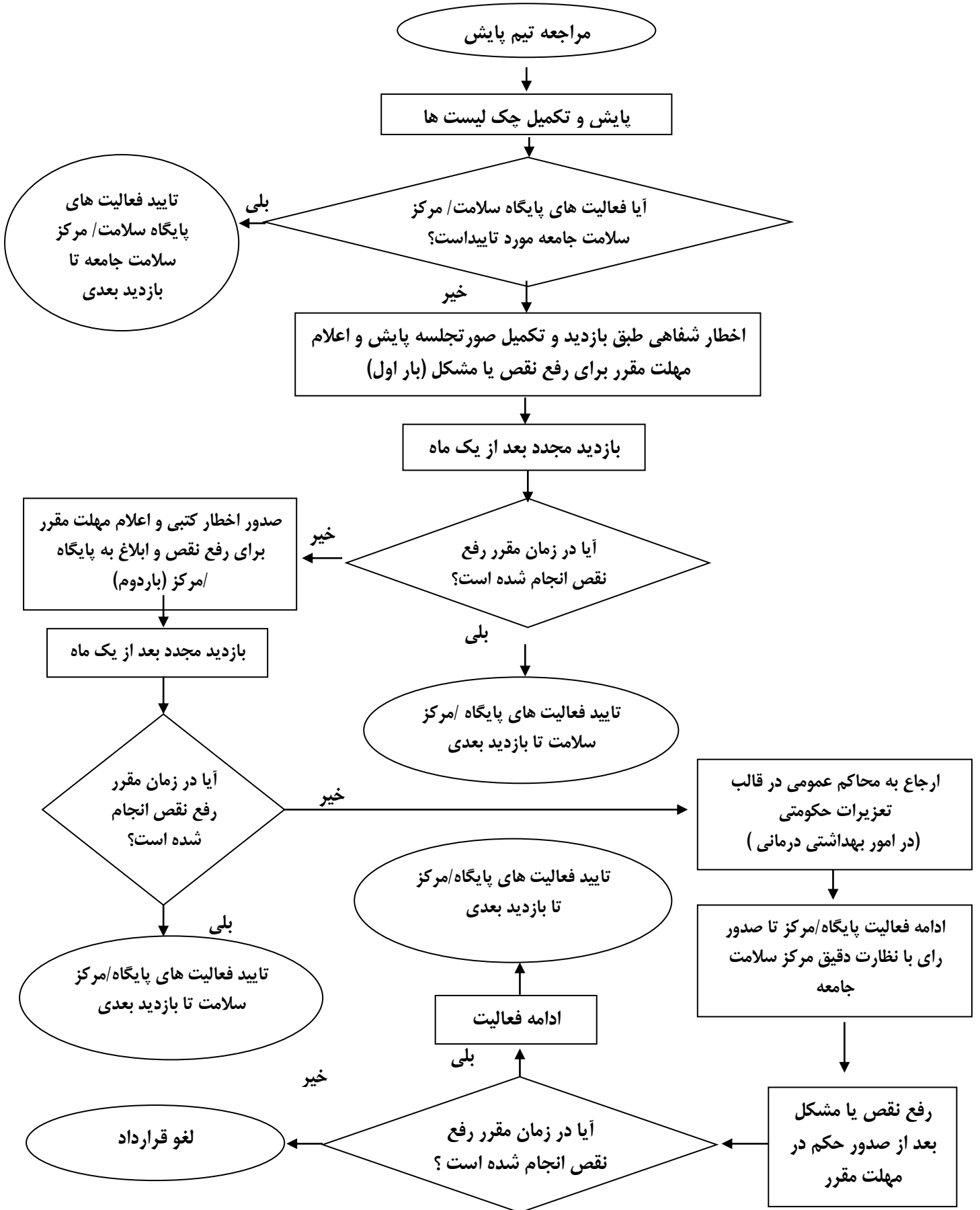
ب) تخصصی

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

❖ **توالی انجام پایش**

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

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



فصل ۱۳: اعتبار موردنیاز

پرداخت به پیمانکار طرف قرارداد مجری پایگاه سلامت مبتنی بر عملکرد و بازای پرونده فعال می باشد (۷۰٪) قرارداد ماهانه به صورت ثابت و ۳۰٪ مابقی قرارداد براساس عملکرد مثل: سرشماری، تشکیل پرونده، میزان و درصد پوشش گروههای سنی، میزان و درصد بیماران مبتلا به غیرواگیر و بیماریهای واگیر هدف شناسایی شده و دارای پرونده مراقبت فعال به کل موارد مورد انتظار و

تامین منابع مالی: معاونت های بهداشت و درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تامین اجتماعی

ماده ۴۶: به منظور برآورد سرانه خدمات سلامت، هزینه های مربوط به نیروی انسانی، مکمل های دارویی، مواد مصرفی، ثبت داده ها و پرونده الکترونیک سلامت و ... محاسبه می شود. درمورد دارو و پاراکلینیک براساس وضعیت معمول یعنی استفاده از دفترچه بیمه یا نسخه آزاد عمل می شود:

❖ اعتبار موردنیاز برای یک پایگاه سلامت با جمعیت متوسط تحت پوشش ۱۲۵۰۰ نفر که از بخش غیردولتی خریداری شود، به قرار زیر خواهد بود:

- حقوق کاردانها/کارشناسان سلامت اعم از مراقب سلامت خانواده، یا ماما ماهانه برحسب کاردان یا کارشناس بودن فرد بین ۱٫۸ تا ۲٫۱ میلیون تومان (بدون محاسبه ۹٪ ارزش افزوده) براساس قانون کار در نظر گرفته می شود (شامل: مزدشغل، پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، هزینه غذا، فوق العاده جذب و سایر بعلاوه مبلغی اضافی برای نوع منطقه).
- به عبارت دیگر حقوق ۶ نفر نیروی انسانی کارشناس هر پایگاه سلامت بطور ماهانه بیش از ۱۳ میلیون تومان (با احتساب عیدی، پاداش، سنوات و ...) می شود. چنانچه عیدی، پاداش، سنوات و خرید مرخصی (فقط تا ۹ روز قابل خرید است) به پایان سال محول شود، هر ماه باید بترتیب برای کارشناس مبلغ ۱۵۰۲۹۵۵ تومان، و برای کاردان مبلغ ۱۲۸۱۰۱۷ تومان، هر ماه باید پرداخت صورت گیرد. در این صورت، برای ماه اسفند به این مبلغ معادل دو مزد شغل به عنوان عیدی و پاداش و یک مزد شغل به عنوان هزینه سنوات به همراه تا ۹ روز باخرید مرخصی (در صورت استفاده نشدن) اضافه می گردد.
- اجاره فضای فیزیکی بازای هر مترمربع ماهانه ۲۰۰۰۰ تومان و برای ۸۰ مترمربع فضای استاندارد ۱/۶۰۰/۰۰۰ تومان و برای یک سال ۱۹/۲۰۰/۰۰۰ تومان برآورد می شود.
- هزینه لوازم مصرفی، آب، برق، گاز، تلفن، و ... ماهانه ۷۰۰ هزار تومان و برای یک سال ۸/۴ میلیون تومان برآورد می شود.
- هزینه نظافت مرکز ماهانه ۱۵۰۰/۰۰۰ تومان و برای کل سال حدود ۲۰ میلیون تومان می شود.
- کل اعتبار موردنیاز بازای یک پایگاه سلامت با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش به شرح زیر خواهد بود:

| شرح هزینه در پایگاه سلامت | اعتبار سالانه موردنیاز (تومان) | |
|--|--------------------------------|-----------|
| | بدون ۹٪ | با ۹٪ |
| نیروی انسانی | ۱۲۴۱۱۴۴۰۴ | ۱۳۳۴۴۸۶۴۶ |
| | ۲۴۸۲۲۸۸۱ | ۲۶۶۸۹۷۲۹ |
| فضای فیزیکی | ۱۹۲۰۰۰۰۰ | ۲۰۹۲۸۰۰۰ |
| لوازم مصرفی و آب و برق و ... | ۸۴۰۰۰۰۰ | ۹۱۴۵۰۰۰ |
| سرایداری و نظافت | ۱۸۰۰۰۰۰۰ | ۱۹۶۲۰۰۰۰ |
| حدود ۷٪ هزینه پیش بینی نشده (غیراز نیروی انسانی) | ۳۱۹۲۰۰۰ | ۳۴۷۸۵۱۰ |
| جمع کل | ۱۹۷۷۲۹۲۸۵ | ۲۱۳۳۰۹۸۸۵ |
| سرانه بازای ۱۲۵۰۰ نفر | ۱۵۸۱۸ | ۱۷۰۶۵ |

چنانچه برابر استاندارد از نظر فضای فیزیکی و نیروی انسانی راه اندازی شود، و با افزودن ۷٪ هزینه های پیش بینی نشده (قبلا در جدول مربوط به حقوق افراد از هر نفر نیروی انسانی معادل ۳٪ سود مدیریتی کارفرما اضافه شده است که برای ۶ نفر معادل ۱۸٪ میشود و با ۷٪ اضافه شده، معادل ۲۵٪ خواهد شد)، **سرانه آن معادل ۱۵۸۱۸ تومان** می‌شود. چنانچه ۹٪ ارزش افزوده شامل محاسبات شرکت شود، **سرانه ۱۷۰۶۵ تومان** می‌گردد. در صورتیکه به جای کارشناس از کاردان استفاده شود، باتوجه به جدول زیر، سرانه کاهش خواهد یافت.

| جدول ریز آیمهای حقوق پرسنل براساس قانون کسبسال 1394 بهریال | | | | | |
|--|--|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| آیتم های حقوق | کارشناس مراقب سلامت خانواده ۱۴ گروه | کارشناس تغذیه گروه ۱۴ | کارشناس مراقب سلامت خانواده ۱۲ گروه | کارشناس مراقب سلامت خانواده ۱۴ گروه | پزشک گروه ۱۸ |
| مزد شغل ماهانه | ۷,۷۳۵,۲۰۰ | ۷,۷۳۵,۲۰۰ | ۷,۵۹۲,۷۰۰ | ۷,۷۳۵,۲۰۰ | ۸,۱۰۱,۸۶۰ |
| پایه سنوات ماهانه | ۳۹۶,۰۰۰ | ۳۹۶,۰۰۰ | ۳۶۹,۰۰۰ | ۳۹۶,۰۰۰ | ۴۴۴,۰۰۰ |
| کمک هزینه مسکن | ۴۰۰,۰۰۰ | ۴۰۰,۰۰۰ | ۴۰۰,۰۰۰ | ۴۰۰,۰۰۰ | ۴۰۰,۰۰۰ |
| بن خواربار | ۱,۱۰۰,۰۰۰ | ۱,۱۰۰,۰۰۰ | ۱,۱۰۰,۰۰۰ | ۱,۱۰۰,۰۰۰ | ۱,۱۰۰,۰۰۰ |
| نوبت کاری | . | . | . | . | . |
| فوق العاده سختی کار | ۳۷۹,۷۷۶ | ۳۷۹,۷۷۶ | ۵۱۱,۸۷۲ | ۵۱۱,۸۷۲ | ۱,۰۲۳,۷۴۴ |
| فوق العاده جذب | ۲,۸۱۴,۲۴۲ | ۲,۸۱۴,۲۴۲ | ۲,۸۱۴,۶۰۰ | ۲,۸۱۴,۴۷۵ | ۳,۱۹۳,۹۶۱ |
| سایر | ۶,۰۰۰,۰۰۰ | ۶,۰۰۰,۰۰۰ | . | ۲,۰۰۰,۰۰۰ | ۲۵,۰۰۰,۰۰۰ |
| جمع حداقل دریافتی فرد | ۱۸,۸۵۱,۲۱۸ | ۱۸,۸۵۱,۲۱۸ | ۱۲,۸۱۰,۱۷۲ | ۱۵,۰۲۹,۵۴۷ | ۳۹,۲۶۳,۵۶۵ |
| هزینه پاداش | ۶۴۴,۶۰۰ | ۶۴۴,۶۰۰ | ۶۳۲,۷۲۵ | ۶۴۴,۶۰۰ | ۶۷۵,۱۵۵ |
| هزینه سنوات | ۶۴۴,۶۰۰ | ۶۴۴,۶۰۰ | ۶۴۴,۶۰۰ | ۶۴۴,۶۰۰ | ۶۴۴,۶۰۰ |
| هزینه عیدی | ۶۴۴,۶۰۰ | ۶۴۴,۶۰۰ | ۶۴۴,۶۰۰ | ۶۴۴,۶۰۰ | ۶۴۴,۶۰۰ |
| هزینه مرخصی | ۱۹۳,۳۸۰ | ۱۹۳,۳۸۰ | ۱۸۹,۸۱۸ | ۱۹۳,۳۸۰ | ۲۰۲,۵۴۷ |
| حقوق | ۱۲۸,۹۲۰ | ۱۲۸,۹۲۰ | ۱۲۶,۵۴۵ | ۱۲۸,۹۲۰ | ۱۳۵,۰۳۱ |
| جمع پرداختیهای آخر سال غیر از حقوق اسفند | ۲,۲۵۶,۱۰۰ | ۲,۲۵۶,۱۰۰ | ۲,۲۳۸,۲۸۸ | ۲,۲۵۶,۱۰۰ | ۲,۳۰۱,۹۳۳ |
| جمع کل پرداختی | ۲۱,۱۰۷,۳۱۸ | ۲۱,۱۰۷,۳۱۸ | ۱۵,۰۴۸,۴۶۰ | ۱۷,۲۸۵,۶۴۷ | ۴۱,۵۶۵,۴۹۸ |
| مالیات تکلیفی موضوع ماده ۱۰۴ قانون مالیات (۳٪ کل قرارداد) | ۶۳۳,۲۲۰ | ۶۳۳,۲۲۰ | ۴۵۱,۴۵۴ | ۵۱۸,۵۶۹ | ۱,۲۴۶,۹۶۵ |
| بیمه ماده ۳۸ قانون تامین اجتماعی (۱۶.۶۷٪ کل قرارداد) | ۳,۵۱۸,۵۹۰ | ۳,۵۱۸,۵۹۰ | ۲,۵۰۸,۵۷۸ | ۲,۸۸۱,۵۱۷ | ۶,۹۲۸,۹۶۸ |
| سود مدیریتی کارفرما (۳ درصد) | ۶۳۳,۲۲۰ | ۶۳۳,۲۲۰ | ۴۵۱,۴۵۴ | ۵۱۸,۵۶۹ | ۱,۲۴۶,۹۶۵ |
| جمع کل آنالیز | ۲۵,۲۵۹,۱۲۷ | ۲۵,۲۵۹,۱۲۷ | ۱۸,۰۰۸,۴۹۲ | ۲۰,۶۸۵,۷۳۴ | ۴۹,۷۴۱,۴۳۱ |
| جمع کل با در نظر گرفتن ۹٪ ارزش افزوده | ۲۷,۱۲۸,۷۸۷ | ۲۷,۱۲۸,۷۸۷ | ۱۹,۳۶۲,۸۵۴ | ۲۲,۲۴۱,۴۴۱ | ۵۳,۴۸۲,۳۲۶ |
| سایر مواردی که بر حسب وضعیت فرد و ضوابط دانشگاه به حداقل حقوق ماهانه فرد اضافه می شود و باید به جمع کل پرداختی و حسابات آنالیز اضافه گردد. | | | | | |
| حق اولاد | فرد مشمول که برابر قانون کار از مزایای عائله مندی استفاده می نمایند معادل مبلغ مذکور به جمع حداکثر مبلغ ریالی حکم اضافه خواهد شد. ۷۱۲۴۱۰ برای هر فرزند و حداکثر برای دو فرزند در نظر گرفته می شود. | | | | |
| اضافه کار | رقم یک ساعت اضافه کار در صورت انجام طبق قانون کار برابر با ۱۴۰ درصد مزد یک ساعت کار (که بر اساس مزد مبنا محاسبه می گردد) | | | | |
| کارانه | طبق دستورالعمل مربوطه و ضوابط موسسه | | | | |
| هزینه لباس | طبق ضوابط موسسه | | | | |
| هزینه غذا | طبق ضوابط موسسه (مطابق ضوابط اجرایی بودجه سال ۹۴ هزینه روزانه غذا برای هر فرد ۵۲۰۰۰ ریال می باشد که با احتساب ۲۲ روز کاری در ماه رقم ریالی آن برابر با ۱۱۴۴۰۰۰ ریال خواهد بود.) | | | | |
| هزینه ایاب و ذهاب | تهران + شهرهای بزرگ ۱۰۹۰۰۰۰ و شهرهای کوچک ۷۳۰۰۰۰ و چنانچه نیروها از سرویس ایاب و ذهاب و یا غذای موسسه استفاده نمایند ردیف هزینه مذکور از جدول فوق حذف می گردد | | | | |
| نکات مهم | | | | | |
| ۱- فوق العاده سختی کار معادل مبلغ ریالی سختی کار کارکنان رسمی و پیمانی محاسبه گردیده است. در حال حاضر امتیاز سختی کار کارکنان/کارشناس بهداشت محیط و خانواده و حرفه ای در مراکز بهداشتی درمانی معادل ۲۷۲ امتیاز، کارشناس تغذیه ۲۷۶ امتیاز و پزشک شاغل در مرکز بهداشتی درمانی ۷۴۴ امتیاز می باشد که میزان آن با ضریب ریالی سال ۹۴ یعنی ۱۳۷۶ ریال محاسبه و در جدول گنجانده شده است. | | | | | |
| ۲- نکته سود مدیریتی کارفرما طبق محاسبات انجام شده برای نیروهای پرستاری شرکتی در سال ۹۳ تقریباً ۳ درصد بوده است که با افزایش تعداد نفرات مازاد بر ۵۰ نفر با توجه به اصل صرفه اقتصادی میزان آن کاهش می یابد | | | | | |
| ۳- اضافه مبالغ پرداختی به کارشناس تغذیه که معادل ۱۰۰ ساعت اضافه کار در نظر گرفته شده و نیز مبلغ پرداختی به پزشک در عنوان سایر آورده شود. عناوینی مانند فوق العاده | | | | | |
| ۴- در ادبیات اداری حداقل دریافتی فرد، در واقع حداقل حق الزحمه فرد است که شرکت موظف می باشد به فرد پرداخت نماید. بدیهی است بیمه و مالیات که بعهد خود فرد می باشد از این مبلغ کسر می گردد. | | | | | |

- ۱- فرم‌ها و دفاتر مورد استفاده در پایگاه سلامت، توسط مرکز بهداشت شهرستان در اختیار واحدهای مجری برنامه قرار داده می‌شود
- ۲- مکمل‌های دارویی موردنیاز برحسب گروه‌های سنی و جنسی تحت پوشش هر پایگاه توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می‌شود
- ۳- مطالب آموزشی موردنیاز برای اجرای برنامه شیوه زندگی سالم، سواد سلامت، خودمراقبتی و جلب مشارکت جامعه تحت پوشش و نمایندگان آنها از جمله داوطلبان سلامت و بسته خدمت مربوط به آن توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می‌شود
- ۴- در صورت تحویل تجهیزات اداری و فنی به طرف قرارداد باید وثیقه معادل قیمت تجهیزات گرفته شود. چنانچه تجهیزات به عهده طرف قرارداد باشد حدود ۶۰ میلیون تومان برای سال اول به کل مبلغ قرارداد اضافه می‌شود.
- ۵- ساعت کاری از ساعت ۸ صبح تا ۳ عصر می‌باشد و در صورت لزوم به صورت اقتضایی بر حسب شرایط منطقه توسط کمیته اجرایی استان/ دانشگاه تصمیم‌گیری درباره تغییر آن صورت می‌گیرد.

❖ اعتبار موردنیاز برای راه اندازی یک مرکز سلامت جامعه (غیر از پایگاه سلامت ضمیمه)

❖ با جمعیت متوسط تحت پوشش ۳۷۵۰۰ نفر (بین ۲۵ تا ۵۰ هزار نفر) که از بخش غیردولتی خریداری شود شامل: پایه سنوات، کمک هزینه مسکن، بن خواربار، فوق العاده سختی کار، عائله مندی، هزینه غذا، فوق العاده جذب و سایر بعلاوه مبلغی اضافی برای نوع منطقه و با احتساب بیمه و مالیات)، به قرار زیر خواهد بود:

۱. حقوق نیروی انسانی شاغل در مرکز براساس استاندارد و بازاری جمعیت متوسط ۳۷۵۰۰ نفر (با ۳ پایگاه سلامت تحت پوشش ضمیمه و غیرضمیمه) شامل:

- ۱-۱ برای ۱ پزشک عمومی ماهانه ۵/۳ میلیون تومان (با احتساب مالیات و بیمه و ۹٪ ارزش افزوده) و با منظور کردن متوسط ۲ پزشک برای هر مرکز سلامت جامعه جمعاً ۱۰/۶ میلیون تومان ماهانه
- ۲-۱ برای کارشناس تغذیه و روانشناس بالینی هرکدام ماهانه ۲/۷۱ میلیون تومان و در کل ۵/۴۲ میلیون تومان. اگر روانشناس عمومی باشد ۲/۲۳ میلیون تومان ماهانه.
- ۳-۱ برای ۱ بهیار/پرستار؛ بین ۱/۹ تا ۲/۰ میلیون تومان ماهانه که البته درمورد بهیار ۱/۹ میلیون تومان می‌شود
- ۴-۱ برای کاردان/کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای هرکدام با احتساب مالیات و بیمه بین ۱/۹۳ تا ۲/۲۳ میلیون تومان ماهانه (۳ نفر کارشناس معادل ۶/۶۶ میلیون تومان ماهانه)
- ۵-۱ برای آمار و مدارک پزشکی ۱/۹۳ میلیون تومان ماهانه
- ۶-۱ برای مدیر مرکز ماهانه ۳ میلیون تومان در نظر گرفته می‌شود. چنانچه یکی از پزشکان دارای مدرک MPH به عنوان مدیر تعیین گردد، مبلغ ۴۰۰ هزار تومان ماهانه حق مدیریت برایش تعیین می‌گردد.
- ۷-۱ برای مناطق حاشیه و شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر که فاصله آزمایشگاه تا مرکز سلامت جامعه بیش از نیم ساعت با خودرو باشد باید یک نفر نمونه گیر نیز در مرکز بکارگرفته شود تا براساس دستورعمل‌های مربوط نمونه خون و ادرار از بیمار گرفته شده و به آزمایشگاه ارسال گردد. در این صورت معادل حقوق یک کاردان برای نمونه گیر تعیین می‌شود.
- ۸-۱ درمورد خدمات دندانپزشکی و پاراکلینیک براساس جمعیت تعریف شده با همکاری بخش غیردولتی بطور سرانه محاسبه و خدمات ارائه می‌شود.

جمع حق الزحمه ماهانه بازای ۲ پزشک، ۱ بهیار، ۱ کارشناس تغذیه، ۱ کارشناس روانشناس بالینی، ۳ کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، ۱ پذیرش، ۱ مراقب سلامت مرد، ۱ مدیر و ۱ نمونه گیر (با احتساب پاداش و عیدی و حق بازخرید مرخصی و سنوات). به عبارت دیگر حق الزحمه نیروی انسانی هر مرکز سلامت جامعه بطور سالانه با احتساب سود پیمانکار و با یا بدون ۹٪ ارزش افزوده در جدول زیر محاسبه شده است که بازای حدود ۳۷۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، سرانه ای بین ۱۰۳۸۲ تا ۱۱۱۸۱ تومان می‌گردد.

۲. اجاره فضای فیزیکی بازای هر مترمربع ماهانه ۲۰۰۰۰ تومان و برای حدود ۷۰ مترمربع فضای استاندارد ۱/۴۰۰/۰۰۰ تومان و برای یک سال ۱۶/۸۰۰/۰۰۰ تومان برآورد می‌شود.
۳. هزینه لوازم مصرفی، آب، برق، گاز، تلفن، و ... ماهانه ۱ میلیون تومان و برای یک سال ۱۲ میلیون تومان برآورد می‌شود.
۴. هزینه سرایداری و نظافت مرکز = توسط همان فردی که برای پایگاه ضمیمه دیده شد، انجام می‌شود.
۵. کل هزینه راه اندازی یک مرکز سلامت جامعه با ۳ پایگاه سلامت تابعه آن (متوسط ۳۷۵۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش) بازای هر پایگاه با احتساب ۹٪ ارزش افزوده، حدود ۲۱۳۳۰۹۸۸۵ تومان و ۳ پایگاه سلامت. ۶۳۹۹۲۹۶۵۵ تومان، بعلاوه حدود

۴۱۸۰۳۰۲۰۰ تومان هزینه مرکز سلامت جامعه، معادل ۱۰۵۷۹۵۹۸۵۵ تومان می‌شود که سرانه جمعیت تحت پوشش در کل (بازای ۳۷۵۰۰ نفر) حدود ۲۸,۲۱۳ تومان خواهد شد.

| شرح هزینه در پایگاه سلامت | اعتبار سالانه موردنیاز (تومان) بدون ۹٪ | اعتبار سالانه موردنیاز (تومان) با ۹٪ | |
|--|--|--------------------------------------|-----------|
| نیروی انسانی | ۲ پزشک | ۱۱۹۳۷۹۴۳۲ | ۱۲۸۳۵۷۵۹۲ |
| | ۱ کارشناس تغذیه و ۱ روانشناس بالینی | ۶۰۶۲۱۹۱۲ | ۶۵۱۰۹۰۹۶ |
| | ۱ مدیر | ۳۶۰۰۰۰۰۰ | ۳۹۲۴۰۰۰۰ |
| | ۳ کارشناس بهداشت محیط و کار | ۷۴۴۶۸۶۲۸ | ۸۰۰۶۹۱۸۴ |
| | ۱ پذیرش | ۲۱۶۱۰۱۸۸ | ۲۳۱۱۵۴۲۰ |
| | ۱ کارشناس مراقب مرد | ۲۴۸۲۲۸۷۶ | ۲۶۶۸۹۷۲۸ |
| | ۱ نمونه گیر | ۲۱۶۱۰۱۸۸ | ۲۳۱۱۵۴۲۰ |
| فضای فیزیکی | | ۱۶۸۰۰۰۰۰ | ۱۸۳۱۲۰۰۰ |
| | لوازم مصرفی و آب و برق و ... | ۱۲۰۰۰۰۰۰ | ۱۳۰۸۰۰۰۰ |
| نظافت و سرایداری | توسط فرد محاسبه شده در پایگاه ضمیمه | | |
| حدود ۳٪ هزینه پیش بینی نشده غیراز نیروی انسانی | ۸۶۴۰۰۰ | ۹۴۱۷۶۰ | |
| جمع کل | ۳۸۸۱۷۷۲۲۴ | ۴۱۸۰۳۰۲۰۰ | |
| سرانه | ۱۰۳۵۱ | ۱۱۱۴۸ | |

- ❖ فرم‌ها و دفاتر مورد استفاده در مرکز سلامت جامعه توسط مرکز بهداشت شهرستان در اختیار واحدهای مجری برنامه قرار داده می‌شود
- ❖ مکمل‌های دارویی موردنیاز برحسب گروه‌های سنی و جنسی تحت پوشش هر مرکز توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می‌شود
- ❖ مطالب آموزشی موردنیاز برای اجرای برنامه شیوه زندگی سالم، سواد سلامت، خودمراقبتی و جلب مشارکت جامعه تحت پوشش و نمایندگان آنها از جمله داوطلبان سلامت و بسته خدمت مربوط به آن توسط مرکز بهداشت شهرستان تامین می‌شود
- ❖ در صورت تحویل تجهیزات اداری و فنی به طرف قرارداد باید وثیقه معادل قیمت تجهیزات گرفته شود. چنانچه تجهیزات به عهده طرف قرارداد باشد بازای هر پایگاه سلامت حدود ۶۰ میلیون تومان و برای مرکز سلامت جامعه حدود ۸۰ میلیون تومان برای سال اول به کل مبلغ قرارداد اضافه می‌شود.



پیوست‌ها:

فرمت قرارداد