

اصول و ضوابط و استانداردهای شبکه بهداشت و درمان و برنامه پزشک خانواده

مراقبت های بهداشتی اولیه

PHC (primary Health Care)

○ عبارت است از خدمات بهداشتی ضروری که بر پایه روش های عملی بوده و از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی باشد، با فناوری مناسب قابل دسترسی همه افراد و خانواده ها بوده و با مشارکت کامل افراد و خانواده ها انجام شود.

به مجموعه خدماتی که توسط خانه های بهداشت ، پایگاههای سلامت و نیز مراکز خدمات جامع سلامت شهری و روستایی ارائه می شود ، اصطلاحاً مراقبتهای اولیه بهداشتی یا "خدمات بهداشتی درمانی اولیه" می گویند.

مراقبتهای بهداشتی اولیه مراقبتهای اصلی در زمینه بهداشت است که باید برای همه افراد و خانواده های جامعه قابل دسترس باشد. این خدمات بخش اساسی نظام بهداشتی و توسعه اقتصادی اجتماعی کشور است. مراقبتهای بهداشتی اولیه اولین سطح تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور بوده و خدمات را تا حد ممکن به جایی که مردم در آن کار و زندگی می کنند می برد.

مکعب PHC

اصول، اجزا و سطح بندی



اصول مراقبتهای اولیه بهداشتی (phc)

- □ عدالت اجتماعی
- □ مشارکت مردمی
- □ هماهنگی بین بخشی
- □ تکنولوژی مناسب
- □ جامعیت خدمات

اصول کلی ساختار طرحهای گسترش شبکه های بهداشتی درمانی کشور

ویژگی ها

۱- سهولت دسترسی جغرافیایی:

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

۲- سطح بندی و ادغام خدمات و ارائه خدمت از طریق نظام ارجاع

تا از این طریق ارائه خدمات به صورت زنجیره ای مرتبط و تکامل یابنده باشد و چنانچه مراجعه کننده ای از واحد محیطی به خدمات تخصصی تر نیازداشت، واحد محیطی بتواند او را به سطح بالاتر ارجاع دهد.

سطوح مختلف ارائه خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه بهداشت

سطح اول: شامل خدمات/مراقبتهای اولیه سلامت فرد و جامعه است.

خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی خانه بهداشت/ پایگاه سلامت تعریف میشود.

مراکز خدمات جامع سلامت روستایی و مراکز خدمات جامع سلامت شهری اعم از عادی، منتخب و شبانه روزی. زیر مجموعه هر یک از آنها شامل: خانه های بهداشت ، پایگاههای سلامت روستایی، تسهیلات زایمانی (به عنوان بخشی از مرکز)، واحد دندانپزشکی (به عنوان بخشی از مرکز)، واحدهای دارویی وپاراکلینیک (به عنوان بخشی از مرکز)

سطح دوم: شامل مرکز بهداشت شهرستان از نظر مدیریتی و فنی و کلینیک های ویژه / بیمارستانهای شهرستان از نظر ارائه خدمت

سطح دوم

مرکز بهداشت
شهرستان/کلینیک های
ویژه و بیمارستان

مرکز خدمات جامع
سلامت روستایی-
شهری/روستایی

مرکز خدمات جامع
سلامت شهری

سطح اول

پایگاه
سلامت
روستایی

پایگاه
سلامت
روستایی

خانه
بهداشت
ضمیمه

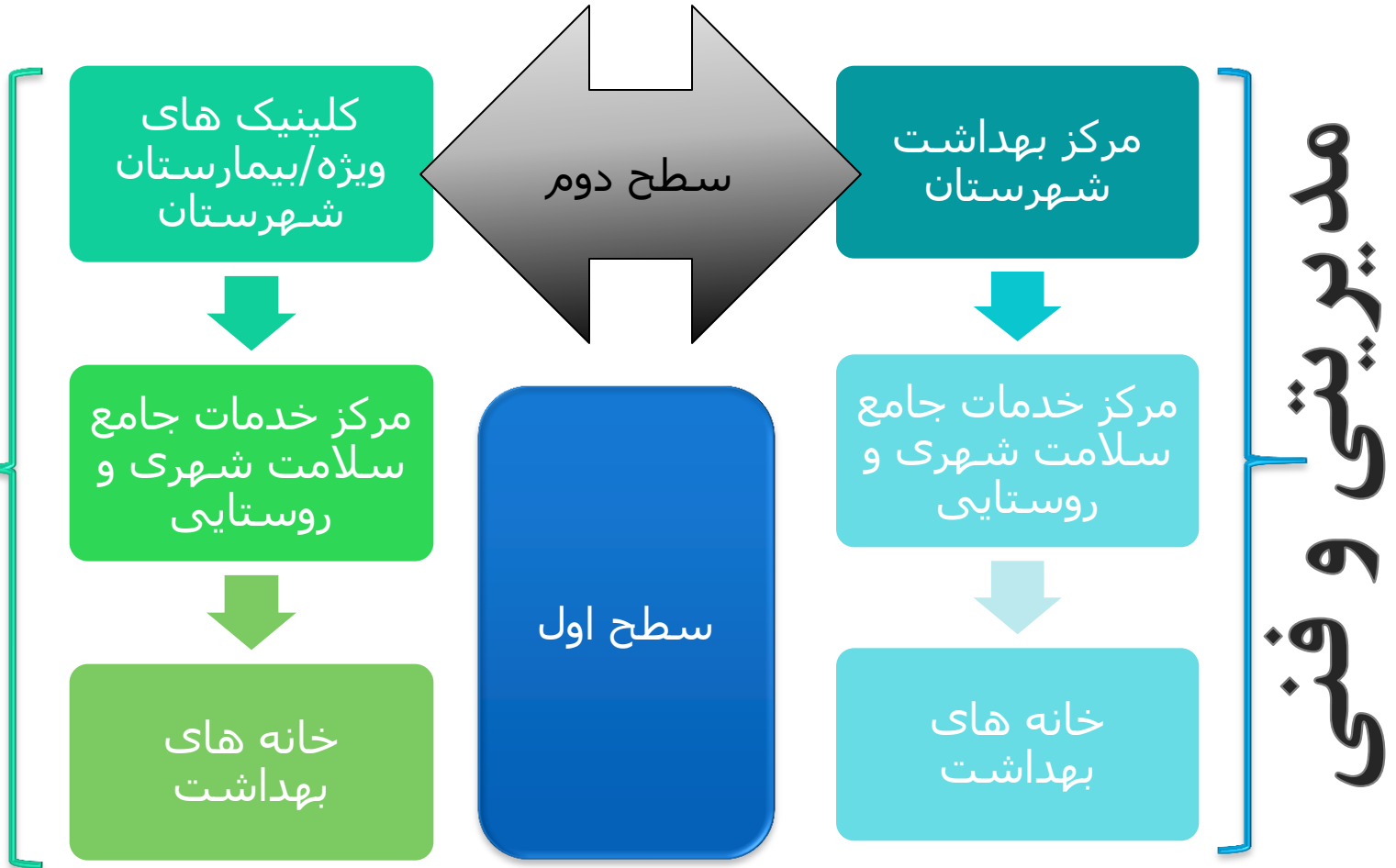
خانه
بهداشت

پایگاه
سلامت
شهری

روستای
قمر

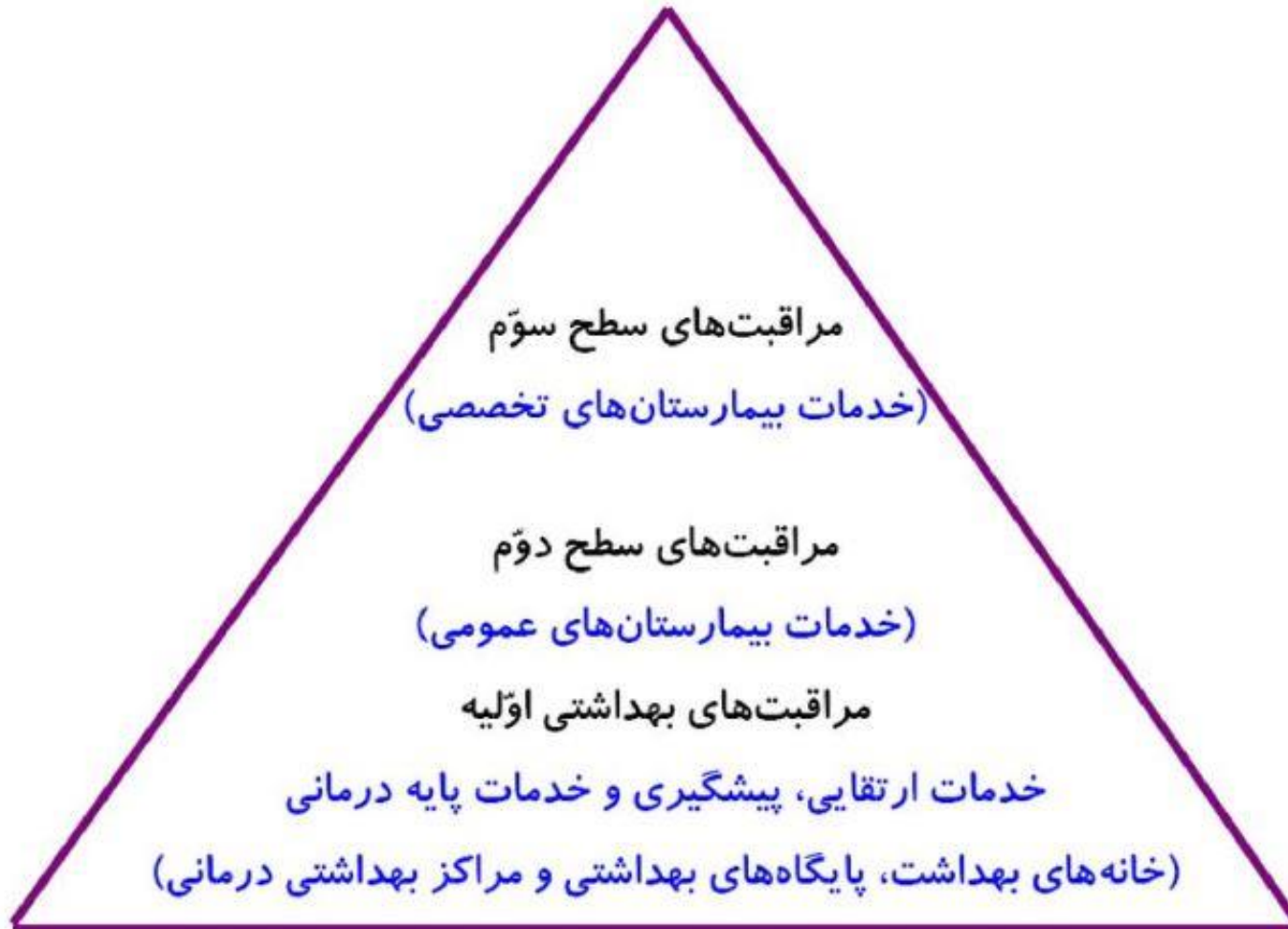
روستای
سیار

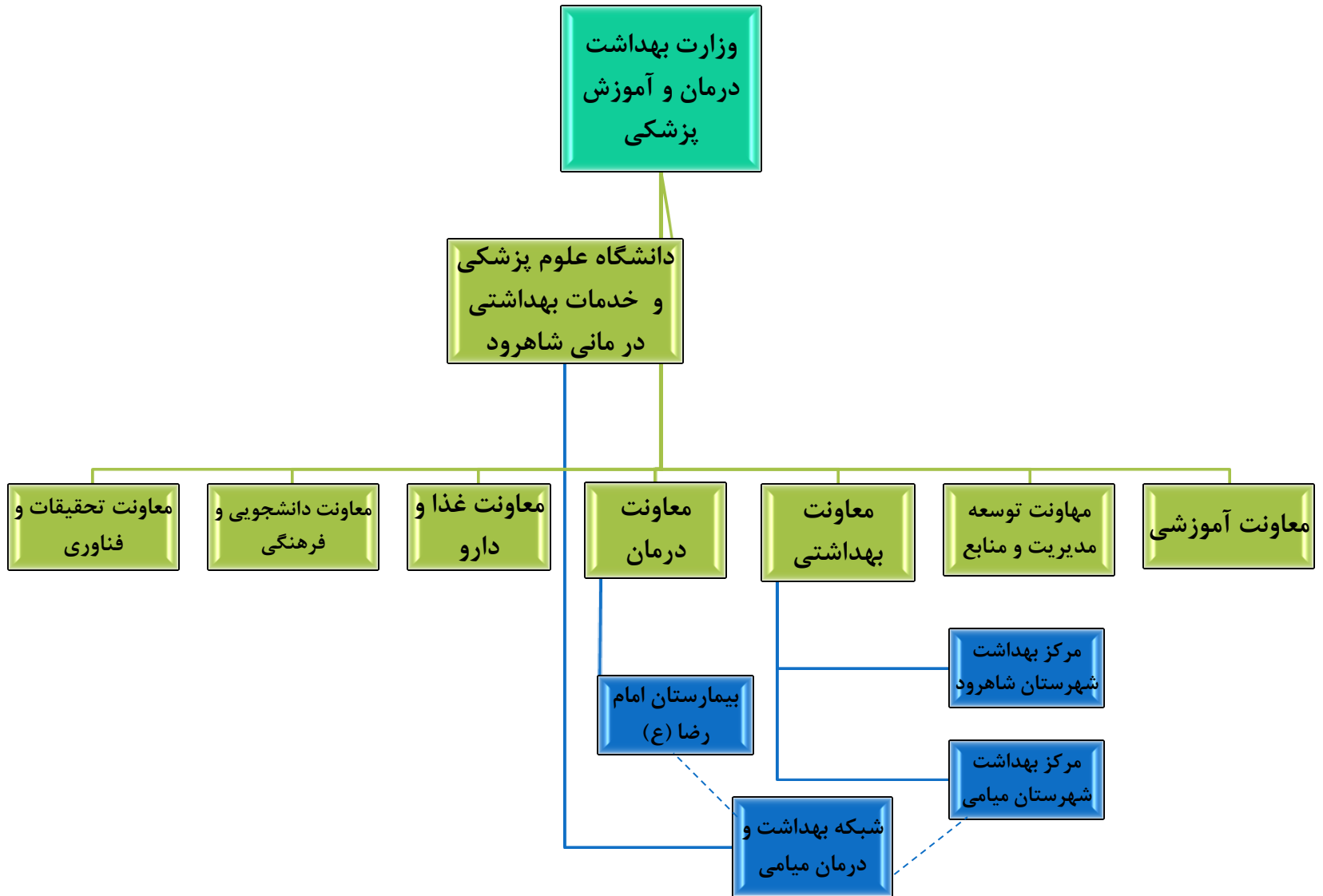
ارائه خدمت



مدیریتی و فنی

سطح بندی قدیم





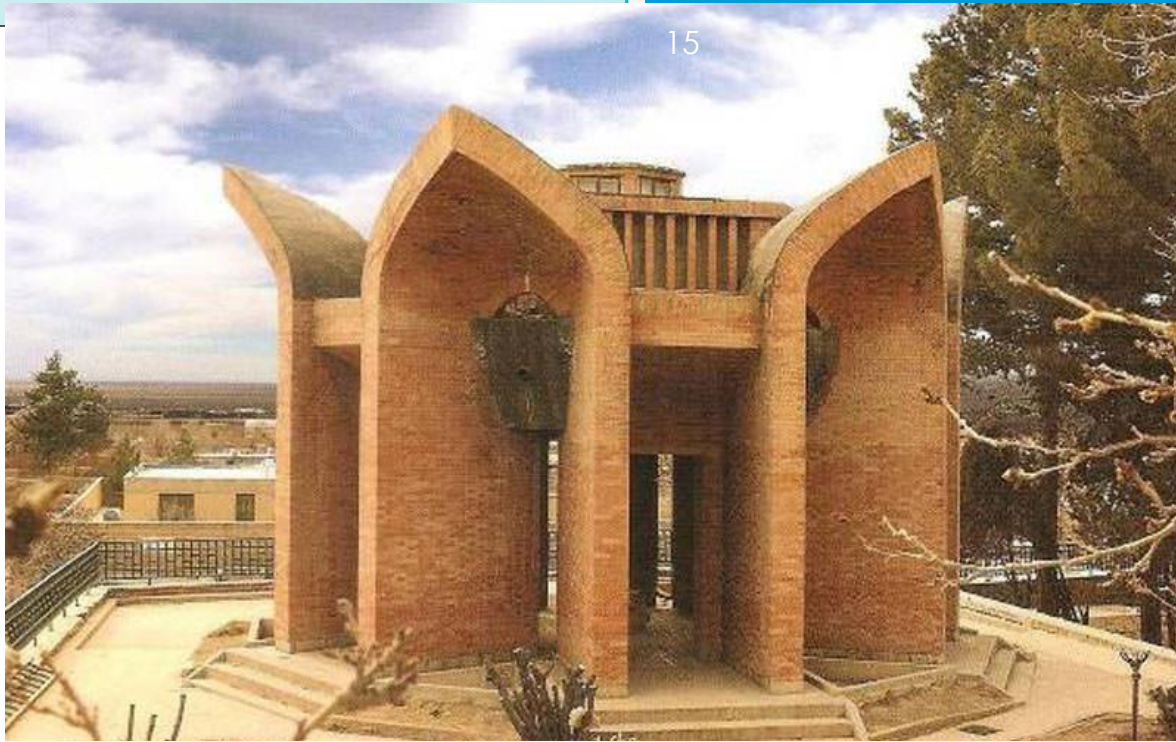
۳- ارائه خدمات از طریق سیستم ارجاع:

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.

۴- ادغام خدمات:

در طراحی شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی، برنامه ها به شکلی ادغام یافته ارائه می شوند.

این بدان مفهوم است که گیرنده خدمت در زمان واحد میتواند چندین خدمت مربوط به مشکلات سلامت را متنوع دریافت کند.



۵- سهولت دسترسی جغرافیایی

یعنی برآورده شدن امکان بهره مندی جمعیت ساکن در دورترین نقطه تحت پوشش از خدمات بهداشتی درمانی ارائه شده توسط محیطی ترین واحد.

۶- دسترسی فرهنگی

۷- تناسب کمی نیروی انسانی ارائه کننده خدمات با حجم خدمات
مورد انتظار.

۸- تناسب آموزشها با نیازهای اجرایی.

۹- جلب مشارکت مردم

۱۰- هماهنگی درون بخشی

۱۱- همکاری با سایر بخشهای توسعه.

۱۲- تدارک و ارائه خدمات بهداشتی درمانی به جمعیت عشایر کوچ رو

۱۳- عدم تمرکز در مدیریت

واحد های موجود در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور

مرکز خدمات جامع سلامت روستایی:

مراکز خدمات جامع سلامت روستایی، مراکزی مستقر در مناطق روستایی هستند که از یک تا چند خانه بهداشت و پایگاه سلامت روستایی را در پوشش خود دارند. این مراکز با مسوولیت پزشک عمومی / پزشک خانواده به همراه تیم سلامت مشغول ارائه خدمات سطح اول به جمعیت تعریف شده روستایی و عشایری است. در گذشته به نام مراکز بهداشتی درمانی روستایی شناخته می شدند.

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

ضوابط احداث یک مرکز خدمات جامع سلامت روستایی

- ۱- در مسیر طبیعی حرکت مردم بودن
- ۲- قرار داشتن در مسیر راه یا گلوگاه جاده اصلی روستاهای مجاور
- ۳- جمعیت زیاد
- ۴- وجود واحدهای اداری مثل: بخشداری، دهیاری، پاسگاه انتظامی و ...
- ۵- وجود مدرسه، دبیرستان، حمام و ... که مورد استفاده روستاهای مجاور باشد.
- ۶- داشتن آب، برق، تلفن و ...

نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت روستایی:

- یک نفر پزشک بازای جمعیتی حدود ۴۰۰۰ نفر
- بازای هر ۱۵ تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی (نیم ساعت با خودرو)، یک کارشناس سلامت روان و یک کارشناس تغذیه
- بازای هر ۱۵ تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز روستایی به شرط رعایت دسترسی جغرافیایی و دسترسی زمانی حداکثر نیم ساعت با خودرو، یک نفر دندانپزشک در نظر گرفته می شود.
- به ازای هر ۱۰ تا ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز سلامت جامعه یک نفر کاردان یا کارشناس علوم آزمایشگاهی (در صورت وجود آزمایشگاه فعال مرکز)

- ازای هر ۱۰ تا ۱۵ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز روستایی یک کاردان یا کارشناس علوم آزمایشگاهی (در صورت وجود آزمایشگاه در مرکز) تعیین خواهد شد
- برای مراکز روستایی غیرشبانه روزی با جمعیت تحت پوشش ۱۰ تا ۲۰ هزار نفر یک نیروی پرستار یا بهیار در نظر گرفته خواهد شد.
- در مراکز روستایی غیرشبانه روزی، یک نفر برای کارهای تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش تحت عنوان کارشناس فناوری اطلاعات سلامت در نظر گرفته میشود.
- (در تمام مراکز روستایی بازای هر ۳ تا ۴ خانه بهداشت تحت پوشش (اعم از ضمیمه و غیرضمیمه)، یک کاردان / کارشناس مراقب ناظر بدون تاکید بر زن یا مرد بودن آنان) حضور خواهد داشت.
- بازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز وجود داشته باشد. در مورد خدمات بهداشت حرفه ای نیز بازای ۳۰۰ واحد کارگاهی باید یک کاردان / کارشناس بهداشت حرفه ای وجود داشته باشد



- در صورت مشخص نبودن تعداد واحدها، بازای هر ۱۰ تا ۲۰ هزار نفر، یک کاردان یا کارشناس بهداشت محیط یا حرفه ای (انجام هر دو وظیفه توسط یک نفر) در نظر گرفته میشود
- یک نفر ماما بازای هر دو پزشک خانواده روستایی یا بازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز تعیین میشود.
- بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی حداقل یک نفر راننده وجود خواهد داشت.
- بازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک نفر سرایدار/نگهبان تعیین می شود.

نوع نیرو	جمعیت کمتر از ۴۰۰۰ نفر	جمعیت ۴۰۰۰ تا ۸۰۰۰ نفر	جمعیت ۸۰۰۱ تا ۱۲۰۰۰ نفر	جمعیت بیش از ۱۲۰۰۰ نفر
پزشک خانواده روستایی	۱	۲	۳	۱ - بازی هر ۴۰۰۰ نفر
دندانپزشک	۰	۰	۱ مشترک	۱
مراقب سلامت دهان	۰	۰	۱ مشترک	۱
بهبار / پرستار / نمونه گیر آزمایشگاه	۰	۱	۱	۱
کاردان / کارشناس آزمایشگاه	۰	۱ مشترک	۱ مشترک	۱
ماما	۱	۱	۲	۲
کارشناس تغذیه	۰	۰	۰	۱
کارشناس سلامت روان	۰	۰	۰	۱
کاردان / کارشناس بهداشت محیط و کار	۰	۰	۱ بر حسب تعداد	۲ بر حسب تعداد واحد
کاردان / کارشناس مراقب ناظر (بر حسب خانه بهداشت تحت پوشش)	۱	۱ تا ۲	۲ تا ۳	۳
کارشناس فناوری اطلاعات سلامت	۱	۱	۱	۱
راننده	۱	۱	۲	۳
سرایدار / نگهبان	۱	۱	۱	۱

وظایف مرکز خدمات جامع سلامت روستایی:

- ▶ نظارت بر فعالیتهای چند خانه بهداشت مجاور و رفع نیازهای درمانی عادی مردم روستاهای تحت پوشش
- ▶ ارجاع به بیمارستان شهرستان در مورد درمانهای تخصصی و بستری برای جمعیت تحت پوشش خود
- ▶ گردآوری، کنترل و طبقه بندی داده ها
- ▶ پایش و نظارت بر استقرار برنامه های مرتبط با سلامت
- ▶ ویزیت بیماران
- ▶ همکاری با گروه های اعزامی از مرکز بهداشت شهرستان
- ▶ مشارکت در فعالیتهای آموزشی
- ▶ اعزام گروه های سیار به روستاهای دورتر
- ▶ اجرای برنامه های مرتبط با سلامت عمومی
- ▶ انجام تحقیق

خانه بهداشت:

- محیطی ترین واحد عرضه خدمات بهداشتی درمانی در نواحی روستایی است و سطح اول مراقبت در روستاها به شمار می رود.
- هر خانه بهداشت ممکن است علاوه بر روستای اصلی به یک یا چند روستای قمر یا سیار خدمت رسانی نماید.
- تعداد روستاهای تحت پوشش یک خانه بهداشت به عوامل مختلفی از جمله جمعیت آنها، شرایط فرهنگی، آب و هوایی، جغرافیایی و به ویژه به مسیرهای ارتباطی بین آنها بستگی دارد.
- خانه های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی به طور متوسط برای حدود ۱۰۰۰ نفر (۵۰۰ تا ۳۵۰۰) راه اندازی خواهند شد.
- چنانچه جمعیت یک روستا ۳۵۰۰ نفر یا بیشتر (۳۵۰۰ تا ۸۰۰۰) نفر باشد می بایست خانه بهداشت موجود به پایگاه سلامت روستایی تبدیل شود.

- روستای اصلی: روستایی که دارای خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی است. (ضمیمه یا غیر ضمیمه)
- روستای قمر: روستایی که تحت پوشش خانه بهداشت است و فاصله کمتر از ۶ کیلومتر با خانه بهداشت را دارد.
- روستای سیار: روستایی که فاصله آن تا خانه بهداشت بیشتر از ۶ کیلومتر بوده و خدمات توسط تیم سیار انجام می گردد.

نیروی انسانی خانه بهداشت:

- بین ۸۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر جمعیت: یک بهورز زن و یک بهورز مرد و برای جمعیت کمتر از ۸۰۰ نفر، می توان بازای دو خانه بهداشت مجاور، یک بهورز مرد مشترک در نظر گرفت. همچنین، برای جمعیت‌های زیر ۵۰۰ نفر، خانه بهداشت در نظر گرفته نمیشود (مگر در شرایط خاص مثل فاصله بیش از ۱۵ دقیقه با وسیله جاری منطقه بین محل سکونت مردم و اولین خانه بهداشت با تایید مرکز مدیریت شبکه یا مناطق محروم).

● برای جمعیت از ۱۰۰۱ تا ۲۰۰۰ نفر: دو بهورز زن و یک بهورز مرد

● برای جمعیت بیشتر از ۲۰۰۰ نفر شرایط زیر ممکن خواهد بود:

۱- در صورتیکه وسعت روستا طولی یا طوری باشد که دسترسی مردم با یک ساعت پیاده روی یا ۱۵ دقیقه با وسیله نقلیه معمول منطقه، برای آنان مشکل ایجاد کند، بهتر است دو خانه بهداشت در نظر گرفته شود و بهورز مرد را مشترک بین دو خانه بهداشت قرار داد.

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

- خانه بهداشت بین ۳۰۰ تا ۵۰۰ نفر سه روز در هفته
- خانه بهداشت کمتر از ۳۰۰ به ازای هر ۱۰۰ نفر یک روز در هفته
- اگر تعداد روستاهای تحت پوشش خانه بهداشت بیش از یک روستا باشد، برای انجام دهگردشی به یک دستگاه موتورسیکلت نیاز است.
- بازدید از روستای قمر توسط بهورز حداقل هفته ای یک بار
- بازدید از روستای سیار توسط بهورز حداقل دوهفته یک بار



پایگاه سلامت روستایی:

- چنانچه، جمعیت یک روستا بیش از ۳۵۰۰ نفر (۳۵۰۱ تا ۸۰۰۰ نفر) باشد، میبایست خانه یا خانه های بهداشت موجود در آن روستا به پایگاه سلامت روستایی تبدیل شوند
- خدمات ارائه شده در پایگاههای سلامت روستایی مانند بسته خدمت پایگاههای سلامت شهری خواهد بود و به شکل فعال ارائه خواهند شد

نیروی انسانی پایگاه سلامت روستایی

- هر ۱۸۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر یک مراقب سلامت (یک نفر باید ماما باشد)
- به ازای هر (۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰) نفر یک مراقب سلامت اضافه می گردد.

مرکز خدمات جامع سلامت شهری / شهری روستایی

● تعریف مرکز خدمات جامع سلامت شهری: مراکز خدمات جامع سلامت شهری، مراکزی مستقر در منطقه شهری یا حاشیه شهرهاست. بطور متوسط برای حدود ۴۰۰۰۰ نفر (۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و در کلانشهرها تا ۸۰ هزار نفر) راه اندازی میشوند.

● تعریف مرکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی: مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی، مراکز مستقر در منطقه شهری هستند که علاوه بر جمعیت شهری، تعدادی از جمعیت روستایی را با واسطه خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی یا شهری در پوشش خود دارند. در واقع جزو مراکز سلامت شهری ثبت میشوند و اصطلاح شهری روستایی به آنان تعلق میگیرد.

نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت

تعداد جمعیت تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت شهری	پزشک	دندان پزشکی با کاردان بهداشت دهان	مراقب سلامت دهان	کاردان یا کارشناس آزمایشگاهی / نمونه گیر	کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای	کارشناس سلامت روان	کارشناس تغذیه	پنجر یا پرستار	کارشناس فناوری اطلاعات سلامت	راننده
مشابه مرکز خدمات جامع سلامت روستایی تحت پوشش برنامه بیمه روستایی و پزشک خانواده										
تا ۲۰۰۰۰ نفر										
۲۰۰۰۱ تا ۳۰۰۰۰	۲ تا ۳	۱ تا ۲ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۱	۲ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲ تا ۳	۱	۱	۱	۱	۲
۳۰۰۰۱ تا ۵۰۰۰۰	۳ تا ۵	۲ تا ۴ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲	۳ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۳ تا ۴	۱	۱	۲	۱	۳
۵۰۰۰۱ و بالاتر	۵ نفر و بیشتر	۴ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	۲	۴ (به شرط نبودن بخش خصوصی)	بیش از ۴	۲	۲	۲	۱	۴

پایگاه سلامت شهری:

- جمعیت تحت پوشش پایگاه سلامت شهری: پایگاههای سلامت شهری با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی بطور متوسط برای حدود ۱۲۵۰۰ نفر (۵۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ نفر و در کلانشهرها تا ۲۵۰۰۰ نفر) ایجاد خواهند شد.
- نیروی انسانی پایگاه سلامت شهری: بازای هر ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر می بایست یک نفر کاردان یا کارشناس مراقب سلامت بکارگیری شود. بدین ترتیب برای پایگاهی با ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت، ۵ نفر مراقب سلامت بکارگرفته خواهد شد. (حداقل ۲ نفر ماما باشد)



الگوی پایگاه سلامت در طرح تحول بهداشت



مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی

- مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی مراکزی هستند که در مناطقی که جمعیت تحت پوشش آنان بیش از ۱۲۰۰۰ نفر است و در گلوگاه جمعیتی واقع شده اند و فاصله محل استقرار آنان با خودرو بیش از نیم ساعت با اولین مرکز ارائه دهنده خدمات بستری یا بستری موقت شامل بیمارستان یا مرکز شبانه روزی دیگر می باشد، قرار دارند.
- برای ایجاد مراکز شبانه روزی، وجود هر دو شرط (جمعیت بیش از ۱۲ هزار نفر و فاصله محل استقرار آنان تا اولین مرکز خدمات بستری با خودرو بیش از نیم ساعت) الزامی است.
- جمعیت در نظر گرفته شده برای مراکز شبانه روزی بر خلاف سایر مراکز که صرفاً شامل جمعیت تحت پوشش خود مرکز میباشد، شامل کل جمعیتی است که امکان استفاده از این مرکز را خواهند داشت.

نیروی انسانی مراکز شبانه روزی:

- پزشک عمومی ۴ نفر (برای جمعیت بالای ۱۴۰۰۰ نفر ۵ پزشک)
- پرستار یا بهیار ۶ نفر (برای خدمات پرستاری و دارویی)
- کارشناس یا کاردان علوم آزمایشگاهی ۳ نفر
- کارشناس یا کاردان رادیولوژی ۲ نفر
- کارشناس فناوری اطلاعات سلامت (پذیرش) ۳ نفر
- سرایدار / خدمتگزار ۱ نفر
- دندانپزشک ۲ نفر
- مراقب سلامت دهان ۲ نفر
- کاردان / کارشناس بهداشت محیط ۱ نفر (برحسب تعداد واحد در منطقه)
- کاردان / کارشناس بهداشت کار ۱ نفر (برحسب تعداد واحد در منطقه)
- کارشناس سلامت روان ۱ نفر
- کارشناس تغذیه ۱ نفر
- مدیر مرکز ۱ نفر
- راننده ۱ تا ۲ نفر
- در مراکز شبانه روزی خدمات پزشکی، پرستاری، و پاراکلینیک بصورت ۲۴ ساعته ارائه خواهند شد.

سایر واحدهایی که میتوانند زیر مجموعه مرکز خدمات جامع سلامت شهری یا مرکز خدمات جامع سلامت روستایی باشند:

● تسهیلات زایمانی

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

مرکز خدمات جامع سلامت منتخب (۱۶ و ۲۴ ساعته)

○ از آنجا که کشور در مواجهه دایمی با بحرانها و بیماریهای مختلف است و امکان شیوع بیماریهای نوپدید و بازپدید وجود دارد، ضروریست برخی از واحدهای ارائه دهنده خدمت، آمادگی مستمر از نظر سازماندهی نیروی انسانی، برنامه کاری، تجهیزات، مواد و وسایل مصرفی را داشته باشند. به همین دلیل برخی از مراکز خدمات جامع سلامت به عنوان مراکز منتخب در نظر گرفته میشوند. این واحدها در شرایط عادی همانند سایر واحدها فعالیت میکنند ولی در زمان بحران براساس نوع بحران باید خدمات تعریف شده ای متناسب با شرایط پیش آمده را هم ارائه دهند.

- ۱. مناطق روستایی: مراکز شبانه روزی به عنوان مراکز منتخب تعیین می شوند. (نیروی انسانی ثابت، تجهیزات داده می شود)
- ۲. مناطق شهری: با توجه به جمعیت مراکز تعیین می گردد.



مرکز مشاوره و مراقبت بیماریهای رفتاری:

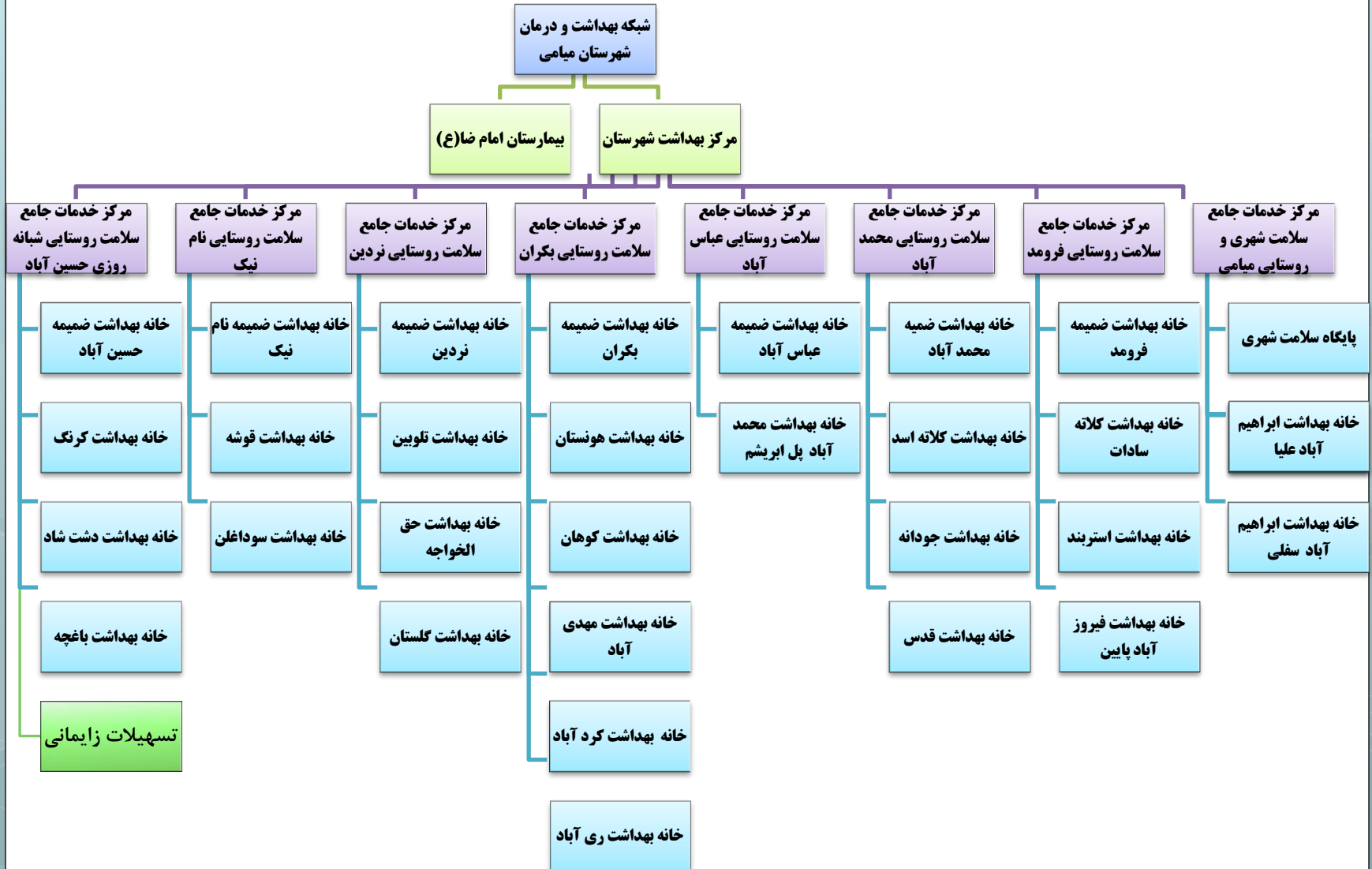
● مراکز مشاوره و مراقبت بیماریهای رفتاری مراکزی هستند که در زیر مجموعه مرکز بهداشت شهرستان با بسته خدمت مشخص به درمان مراجعین و بیماران مبتلا به بیماریهای عفونی خاص و بیماریهای ناشی از مشکلات رفتاری مانند ایدز، هیپاتیت ب و اعتیاد میپردازد. این واحد بازای ۵۰۰ هزار نفر جمعیت در ۱ تا چند شهرستان مجاور هم با رعایت دسترسی ایجاد میشود. در صورتیکه یکی از این شهرستانها، مرکز استان باشد، بایستی در مرکز استان راه اندازی شود.

مرکز بهداشت شهرستان (معاونت بهداشتی دانشگاه)

این واحد **پشتیبانی فنی** در زمینه خدمات بهداشتی درمانی و تمامی امور **مدیریتی** واحدهای بهداشتی شهرستان (مراکز شهری و روستایی، خانه ها و پایگاههای بهداشتی) را بر عهده دارد.

تعداد جمعیت و خانوار مراکز تحت پوشش

نام شهر/روستا	تعداد خانه بهداشت تحت پوشش	تعداد خانوار	جمعیت	بعد خانوار
نردین	۴	۲۲۹۴	۷۱۰۷	۳
میامی	۲+۱ پایگاه	۲۲۱۸	۷۱۹۵	۳.۱
حسین آباد	۴	۱۹۱۵	۶۷۷۲	۳.۵
نام نیک	۳	۱۴۵۹	۵۲۱۸	۳.۵
بکران	۶	۱۵۱۰	۴۵۶۸	۳
محمد آباد	۴	۱۰۰۹	۳۰۲۵	۲.۹
فرومد	۴	۹۸۱	۲۷۰۹	۲.۷
عباس آباد	۲	۲۷۴	۹۰۳	۳.۲





برنامه پزشکی خانواده

چند مورد از اولویت های نظام سلامت

- کاهش هزینه های تحمیل شده بر مردم
- گسترش بیمه و کار آ نمودن آن
- کاهش نابرابری در توزیع سلامتی
- برنامه ریزی بر حسب اولویتهای سلامت
- پاسخگویی به نیازهای مرتبط با سلامتی مردم
- حفظ دستاورد های نظام سلامت

مقدمه

● در اجرای بند (ث) ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و همچنین مطابق بند (الف) ماده ۱۷ قانون برنامه بودجه و ماده ۳۷ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت و تصمیم دولت دوازدهم مبنی بر ارتقاء خدمات سلامت روستاییان و لزوم ارائه خدمات بیمه پایه سلامت به تمامی جمعیت روستایی، عشایرو شهرهای زیربست هزار نفر کشور مقرر گردید، تا با استقرار تیم سلامت و محوریت نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده در سطح اول و تعیین مسیر ارجاع به منظور پذیرش بیماران در سطوح دو و سه، دسترسی و برخورداری مردم از خدمات سلامت ارتقاء یابد.

در برنامه پزشکی خانواده، پزشک خانواده (شامل پزشک عمومی/ متخصص پزشکی خانواده) به همراه اعضای دیگر تیم سلامت، مسئولیت مدیریت سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را بعهده داشته و در صورت ارجاع فرد به سایر سطوح، مسئولیت پیگیری اقدامات انجام شده را نیز به عهده دارند. همچنین، خدمات سلامت در برنامه پزشکی خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکل فعال (Active) ارائه می شود.

در قانون بودجه سال ۱۳۸۴

سازمان خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنین مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر امکان بهرمندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد

تعاریف

۱- پزشک خانواده: پزشک خانواده فردی است که دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول در مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر می باشد و از طریق عقد قرارداد/ ابلاغیه، در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه، بصورت تمام وقت و با شرح وظایف مشخص و بر اساس بسته خدمات سلامت، ارائه خدمت می نماید

۲- فرد روستایی: فرد روستایی فردی است که سکونت وی در روستا مورد تایید خانه بهداشت یا شورای اسلامی روستا بوده و دارای پرونده خانوار فعال باشد.

۳- خدمات سلامت: مجموعه فعالیتها و فرآیندهایی است که بستر لازم برای حصول سلامت همه جانبه را برای فرد و اجتماع فراهم میکند و در برگیرنده امور مربوط به بهداشت، پیشگیری، تشخیص، درمان و بازتوانی و پیگیری میباشد.

۳- تیم سلامت: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی شامل: پزشک، دندانپزشک، کاردان یا کارشناسان مامایی، پرستار، بهیار، بهداشت خانواده، مبارزه با بیماریها، بهداشت محیط و حرفه ای، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، بهداشتکار دهان و دندان و بهورز و سایر نیروهای مورد نیاز که با مدیریت پزشک خانواده، بسته ی خدمات سطح اول را در اختیار جامعه تعریف شده قرار می دهند.

تعیین نیروهای مورد نیاز تیم سلامت

۱-پزشک: برای ارائه خدمت در هر مرکز به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال یک پزشک خانواده (متخصص پزشکی خانواده/عمومی) تعیین می گردد. برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر به دوپزشک و برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ نفر تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و به همین شکل در جمعیت بیشتر از ۱۲۰۰۰ نفر نیز به حداقل ۴ پزشک نیاز خواهد بود.

۲-ماما: به ازای هر ۷۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش فعال جهت خدمات مامایی

۳-دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان: برای ارائه خدمات سلامت دهان و دندان، حداکثر تا ۱۵۰۰۰ نفر به ازای جمعیت ساکن فعال (در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت) یک دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان تعیین می گردد.

۵- کاردان / کارشناس آزمایشگاه: برای ارائه خدمات آزمایشگاهی به ازای حداکثر تا ۷۰۰۰ نفر جمعیت ساکن فعال (در یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت) یک نفر نیروی کاردان یا کارشناس آزمایشگاه تعیین می گردد.

۷- سایر نیروهای بهداشتی مورد نیاز تیم سلامت جهت به کارگیری در برنامه: جذب سایر نیروهای مورد نیاز با اولویت بر جذب پرستار / بهیار صرفاً در صورت وجود اعتبارات در نظر گرفته شده در تفاهم نامه (از محل بند ۱، ۳ و ۵ ماده ۵ تفاهم نامه خدمات سطح یک بیمه روستاییان، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر) و نیز وجود حداقل ۵۰ درصد از کلیه پست های مصوب بالتصدی رده های بهداشتی در مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده روستایی بر اساس چارت تشکیلاتی میسر است.

مهمترین محورهای اجرای برنامه پزشک خانواده

- تنها ساختار مناسب برای ارائه خدمات سلامت در قالب بیمه روستایی، شبکه های بهداشتی درمانی کشور است.
- وجود بسته خدمات درمان سرپایی و سایر خدمات سلامت در سطح پزشک خانواده که امکان بررسی کیفیت و کمیت عملکرد خدمات را فراهم مینماید نیز از محوری ترین بخشهای ارائه خدمات توسط پزشک خانواده است.
- تعیین جمعیت معین برای یک تیم پزشک خانواده نیز بعد از تدوین بسته های خدمتی از محورهای اجرای برنامه پزشک خانواده است.
- تبیین مسیر ارجاع که یکی دیگر از محورهای اصلی پزشک خانواده است

وظایف اعضای تیم سلامت

- ۱- تشکیل پرونده سلامت:
- ۲- سرکشی و نظارت (دهگردشی)
خانه بهداشت هفته ای یک بار (زیر ۵۰۰ نفر دو هفته یک بار)
روستای قمر ماهی یک بار
روستای سیار فصلی یک بار
تا ساعت ۱۱ مرکز خالی از پزشک نباشد
- ۳- ثبت روزانه آمار مراجعین
- ۴- ارائه خدمات در قالب بسته خدمت

با اجرای کامل پزشک خانواده می توان به نتایج زیر رسید :

- توسعه عدالت در برخورداری از خدمات سلامت
- تقویت همکاریهای بین بخشی
- تقویت مشارکت آگاهانه مردم در توسعه سلامت
- اصلاح نظام اقتصاد سلامت
- حرکت در راستای توانمند سازی مردم
- گسترش و تأمین نظام جامع تأمین اجتماعی در ابعاد جامعیت ، فراگیری و اثربخشی
- کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت

با پزشک خانواده ای که:

- قبول مسولیت در مقابل سلامت جمعیت تحت پوشش
- اشرافیت به مشکلات سلامت جمعیت تحت پوشش
- هماهنگ با سایر اعضای تیم سلامت
- تدوین برنامه های محلی لازم برای رفع مشکلات فوق و ارتقا سلامت جمعیت تحت پوشش به کمک خود آنها و معتمدین ،روحانیون و اعضا شوراهای اسلامی(هیات امنای بهداشتی)
- درمان عالمانه و ارجاع مناسب و پیگیری موارد ارجاع

پزشک پنج ستاره "طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت

۱. Care provider فراهم کننده مراقبت درمانی: کسی که هم برای پیشگیری از عوارض بیماریها و هم برای پیشگیری از بروز خود بیماریها تمهیداتی می اندیشد تا مردم از مراقبتهای بعداشتی مناسب برخوردار شوند.
۲. Decision maker تصمیم گیرنده: پزشک خوب، با توجه به شرایط خاص هر بیماری و با در نظر گرفتن مسائل انسانی تصمیم می گیرد که چه فن آوری و روش درمانی برای او مناسب است. این تصمیمات منحصر به فرد و شرایط هستند و قدرت تصمیم گیری قوی یکی از اساسی ترین ویژگیهای یک پزشک است.

- **Communicator-3** برقرار کننده ارتباط: پزشک نمونه کسی است که می تواند با ارتباط موثر با افراد و جامعه، یک سبک زندگی سالم را در جامعه گسترش دهد و اشخاص را تشویق به رعایت نکات بهداشتی و حفظ سلامتی خود و جامعه شان نماید. روابط عمومی خوب، جزئی از شخصیت یک پزشک موفق است

(۴) **Community leader** رهبر اجتماعی: یک پزشک با برخوردار بودن از اعتماد جامعه، مشکلات سلامت افراد و جامعه را در می یابد و می تواند حرکت صحیحی در این زمینه ایجاد و آن را رهبری کند. توانایی مدیریت جامعه و تیم درمانی یکی از اصلی ترین قابلیت های یک پزشک است. (شاید هم به همین دلیل است که یکی از اقشاری که بیشتر از سایرین در امور اجتماعی و سیاسی حضور دارند، پزشکان هستند. مثال های متعددی در کشور ما نیز وجود دارند.)

(۵) **Team member** عضو تیم: کسی که به راحتی می تواند با افراد، گروهها و سازمانهای دیگر هماهنگ شده و اهداف تعیین شده را در قالب یک کارجمعی تامین کند.

با تشکر از توجه همه عزیزان حاضر در جلسه

