

فصل دوم :

آشنایی با سطوح پیشگیری و ارائه خدمات بهداشتی درمانی

و

اصول و اجزاء P.H.C

اهداف آموزشی :

انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

۱-خدمات بهداشتی درمانی را تعریف نموده و هدف نهایی ارائه این خدمات را شرح دهند.

۲-سطوح پیشگیری را نام برده و شرح دهند.

۳-مفهوم گروه هدف در برنامه های بهداشتی را شرح داده و این گروهها را نام ببرند.

۴-مراقبتهای اولیه بهداشتی را تعریف کرده ، اصول و اجزای آن را نام ببرند.

خدمات بهداشتی عبارتند از مجموع فعالیتهای بهم پیوسته که به منظور رسیدن به یک هدف مشخص طراحی شده است. این هدف ممکن است ایجاد ایمنی درمقابل یک بیماری عفونی، افزایش سطح آگاهی افراد، پیشگیری از بارداری ناخواسته و بسیاری از اهداف دیگر باشد. نکته مهم این است که پس از اجزاء، هدف آن برنامه حاصل شود. *هدف نهایی ارائه خدمات بهداشتی عبارت است از ارتقاء تندرستی، حفظ تندرستی و بازگردان تندرستی هنگامی که نقصی روی داده و به حداقل رساندن رنج و پریشانی فرد. پیشگیری از مشکلات سلامت ممکن است در تمامی سطوح تندرستی صورت گیرد. به همین جهت می توان پیشگیری را به سه دسته دسته بندی کرد:

- پیشگیری سطح اول

- پیشگیری سطح دوم

- پیشگیری سطح سوم

پیشگیری سطح اول را می توان چنین تعریف کرد :

حفظ تندرستی از طریق تغییراتی که در اشخاص یا اجتماع ایجاد می کنیم مانند حفظ تغذیه خوب، آموزش برای ترک سیگار و غیره که در اغلب موارد برای برنامه های پیشگیری سطح اول نیازمند به همکاری و زمینه سازی سایر بخشها هستیم. مشارکت سایر بخشها در امر بهداشت را اصطلاحاً مشارکت بین بخشی می گویند (مانند مشارکت سازمان آب و فاضلاب و بخش بهداشت در تامین آب آشامیدنی سالم و دفع فاضلاب در شهرها).

پیشگیری سطح دوم:

به منظور فراهم آوردن تدابیری برای افراد و جمعیت ها به منظور شناسایی زودرس و مداخله سریع و کارساز برای اصلاح مشکلات سلامت مانند پیدا کردن موارد بیماران کشف نشده دیابت و سرطان دهانه رحم. فعالیت شناسایی بیماران به ظاهر سالم با استفاده از آزمونها و معاینه ها و سایر رویه ها را اصطلاحاً غربالگری می گویند.

پیشگیری سطح سوم:

شامل تدابیر لازم برای کاستن یا از میان بردن نقص ها و ناتوانی های کوتاه مدت، خصوصاً دراز مدت و به حداقل رساندن رنجهای حاصل از مشکلات سلامت و ارتقاء قابلیت فرد بیمار درمان پذیر است. به این ترتیب مفهوم پیشگیری تا عرصه باز توانی گسترش می یابد. برنامه های مختلف اسهال و عفونتهای تنفسی و یا باز توانی معلولین از جمله برنامه های پیشگیری سطح سوم می باشد.

* برای اجرا برنامه های پیشگیری هماهنگی و مشارکت سطوح و بخشهای مختلف بهداشت و درمان ضروری است . این مشارکت را اصطلاحاً **مشارکت درون بخشی** می گویند . (مشارکت بخشهای درمانی تخصصی در پذیرش بیماران ارجاعی ، یک نوع مشارکت درون بخشی محسوب می شود .)

مفهوم گروه هدف در برنامه های بهداشتی :

افرادی که به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و می بایست آنها را دریافت کنند **گروه هدف** آن برنامه نامیده می شوند . سیاست گذاران بخش بهداشت در اولویت بندی برنامه های بهداشتی همواره سعی می کنند برنامه هایی را انتخاب نمایند، که برای پیشگیری از شدیدترین و فراوان ترین مشکلات سلامت در جامعه باشند . بدین لحاظ این برنامه ها همواره مشکلات سلامت خاص و گروه های ویژه از افراد جامعه را مورد هدف قرار می دهد . به عنوان مثال برخی از گروه های هدف که در برنامه های جاری نظام بهداشتی ما مدد نظر هستند عبارتند از گروه های کودکان زیر هشت سال ، گروه مادران باردار ، گروه دانش آموزان ، گروه بیماران مختلف مبتلایان به سل ، مالاریا ، فشارخون وغیره، گروه سالمندان ، گروه زوجیهایی که واجد شرایط فاصله گذاری بین تولد ها هستند و غیره .

تعریف مراقبتهای اولیه بهداشتی :

به مجموعه خدماتی که توسط خانه های بهداشت ، پایگاههای بهداشت شهری و نیز مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی به مردم ارائه می گردد . اصطلاحاً **مراقبتهای اولیه بهداشتی** یا خدمات بهداشتی درمانی اولیه می گویند . - سازمان جهانی بهداشت تعریف جامعی از مراقبتهای بهداشتی اولیه بیان می دارد . از نظر این سازمان مراقبتهای اولیه بهداشتی ، مراقبتهای بهداشتی ضروری است که با هزینه ای قابل پرداخت برای کشور و جامعه با روش های عملی ، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی باید به مردم ارائه کرد .

سطوح ارائه خدمات بهداشتی و مراقبتهای اولیه بهداشتی :

نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور ما از سطوح مختلفی تشکیل شده است . هر سطح به لحاظ توانایی های فنی و تخصصی و امکانات خود می تواند خدمات خاصی را ارائه نماید . واحد های بهداشتی درمانی طوری طراحی شده اند که مردم از طریق نظام ارجاع به تمامی خدمات دسترسی داشته باشد . به عبارت دیگر سطوح مختلف شبکه از طریق پذیرش موارد ارجاع ، خدمات خود را به عموم مردم ارائه می نمایند . ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی تابع اصول و اجزایی به شرح ذیل می باشد :

اصول مراقبتهای اولیه بهداشتی عبارتند از :

(۱) برقراری عدالت اجتماعی :

بر مبنای این اصل تمامی مردم باید به خدمات بهداشتی مورد نیاز دسترسی داشته باشند .

(۲) همکاری بین بخشی :

اجرای برنامه های بهداشتی منوط به هماهنگی همکاری واحدها و بخش های دیگر جامعه است .

(۳) مشارکت مردمی :

تحقق بسیاری از اهداف بخش بهداشت منوط به مشارکت جامعه و همکاری آنهاست .

۴) استفاده از تکنولوژی (فناوری) مناسب :

اجرای برنامه های بهداشتی با توجه به شرایط اقلیمی ، جغرافیایی و فرهنگی جوامع ، متفاوت بوده و با فناوری های مناسب محقق می شود .

***این اصول با اجرای طرح پزشک خانواده وبا مدیریت تحصیل کرده ترین فرد نظام سلامت به پویایی و توسعه یافتگی چند برابر خواهد رسید .**

اجزاء مراقبتهای اولیه بهداشتی :

- ۱ آموزش بهداشت
- ۲ جالابردن سطح بهداشت از طریق اصلاح و بهبود تغذیه و روش های نگهداری مواد غذایی
- ۳ تامین آب آشامیدنی سالم و بهسازی محیط (خدمات بهداشت محیط و حرفه ای)
- ۴ بهداشت خانواده (مراقبت مادران ، کودکان ، نوجوانان و جوانان ، سالمندان ، تنظیم خانواده و ...)
- ۵ ایمن سازی علیه بیماریهای عفونی مهم
- ۶ مبارزه با بیماریهای شایع وبومی
- ۷ درمان مناسب بیماریهای شایع و کمکهای اولیه وفوری در زمینه سوانح و حوادث
- ۸ تهیه و تدارک داروهای اولیه مورد نیاز خدمات بهداشتی درمانی اولیه
- ۹ خدمات بهداشت روانی

سطوح نظام بهداشتی کشور :

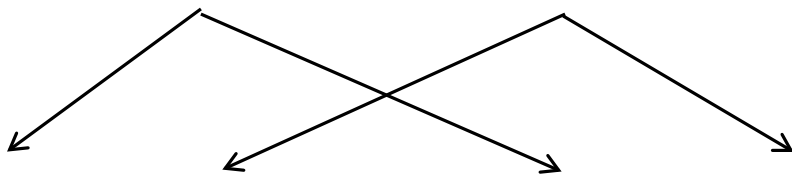
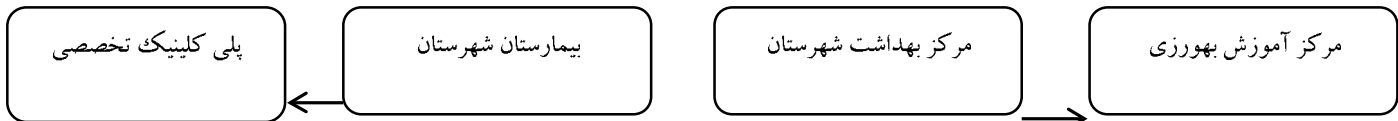
نظام بهداشتی کشور ایران را می توان در سه سطح شهرستان ، استان و کشور طبقه بندی نمود :

سطح شهرستان : واحد های اجرایی این سطح از پائین به بالا از خانه بهداشت و پایگاه بهداشت شهری ، مراکز بهداشتی درمانی (روستایی و شهری) و مدیریت شبکه بهداشت درمان شهرستان تشکیل می شود . مدیریت شبکه بهداشت درمانی شهرستان نیز خود از دو بخش اصلی مشتمل بر مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان شهرستان تشکیل شده است .

نمودار سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان شهرستان به شرح ذیل است :

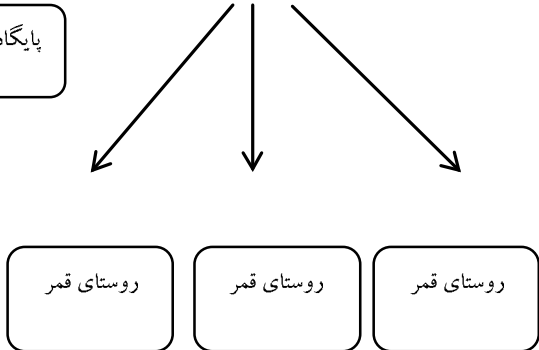
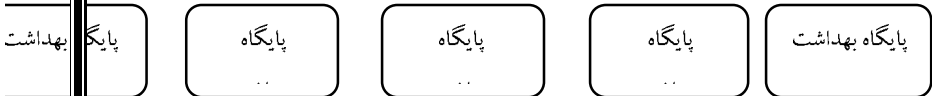
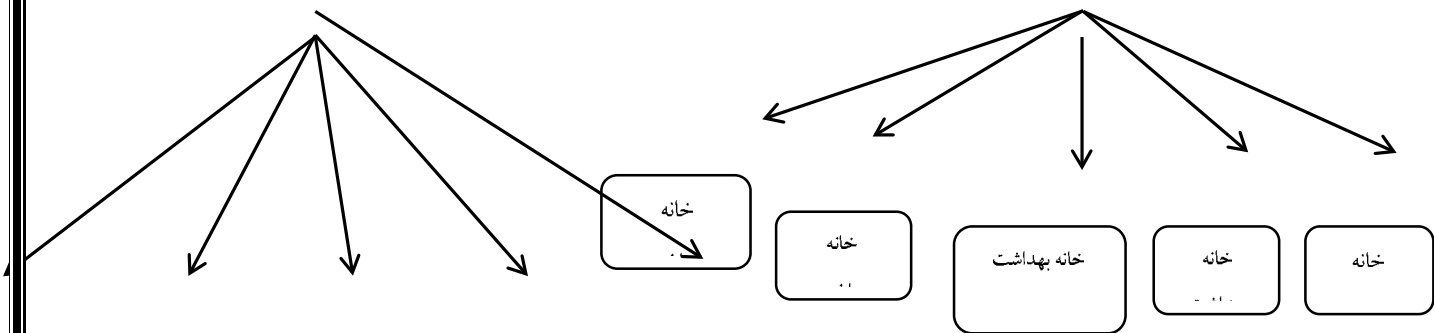
نمودار سطوح مختلف شبکه بهداشت و درمان شهرستان

مدیریت شبکه بهداشت و درمان شهرستان



مرکز بهداشتی درمانی شهری

مرکز بهداشتی درمانی روستایی



فصل ۳

واحدها و تیم خدمات بهداشتی درمانی

در مراکز و خانه های بهداشت

اهداف آموزشی :

انتظار است فراگیران پس از مطالعه این مطلب بتوانند اقدامات ذیل را انجام دهند :

۱- واحدهای بهداشتی درمانی روستایی و شهری را نام برده ووظائف این واحدها را شرح دهند.

۲- خدماتی که توسط کارکنان واحدهای بهداشتی مستقر در نقاط شهری و روستایی به مردم ارائه می شودرا به تفکیک واحد شرح دهند.

خانه بهداشت :

خانه بهداشت محیطی ترین واحد روستایی ارائه خدمت در نظام شبکه های بهداشتی درمانی کشور است که غالبا چند روستای دیگر از روستاهای اقماری را نیز پوشش می دهد . بهورزان زن و مرد ، کارکنان خانه بهداشت را تشکیل می دهند . بهورزان بومی هستند و این امر منجر به ارتباط مداوم آنها با مردم می گردد .

وظیفه خانه بهداشت اجرای برنامه های بهداشتی و ارائه خدمات موجود در آنها به گروه های مختلف است . به منظور ارائه خدمات بهداشتی باید چارچوب ذیل برای هر برنامه بهداشتی به منظور ترغیب آنها به ورود به برنامه و بهره مندی از خدمات در هر خانه بهداشت اجرا شود .

- شناسایی جمعیت هدف برنامه های بهداشتی (با آمار گیری جمعیتی و بازدید منازل و ...)
 - آموزش به جمعیت هدف
 - ارائه خدمات به جمعیت گروه های هدف برنامه ها
 - پیگیری و مراقبت (برنامه ها و بیماریها و ...)
 - ثبت اقدامات انجام شده و نتایج آن و ارسال گزارشات
- چارچوب فوق درمورد اکثر برنامه های بهداشتی لازم الاجراست .

پایگاه بهداشت شهری :

پایگاه بهداشت ، واحدی است مستقر در مناطق شهری که اقدام به ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی در جمعیت مشخصی از شهر می نماید. تعداد پایگاههای موجود در یک شهر بستگی به جمعیت آن شهر دارد ، پرسنل ارائه کننده مراقبت های اولیه بهداشتی در پایگاهها را کاردان های بهداشتی تشکیل می دهند . پایگاه بهداشت شهری اولین واحد عرضه کننده مراقبت های اولیه بهداشتی در شهر است . کلیه خدماتی که در روستا بعهده خانه بهداشت می باشد در مناطق شهری بعهده پایگاه بهداشت است تفاوت وظایف خانه بهداشت و پایگاه در سه نکته زیر است :

- ۱- علاوه بر خدمات خانه بهداشت امکان گذاردن IUD و تهیه پاپ اسمیر و... فراهم است .
- ۲- مراجعه کارکنان پایگاه به درب منازل برای پیگیری های خدمات الزامی است و می توانند از طریق داوطلبان سلامت ، تلفن و یا مکاتبه پیگیرها را انجام دهند .
- ۳- کارکنان پایگاهها وظیفه پرداختن به خدمات درمانی را عهده دار نبوده اما می توانند مراجعه کنندگان را به پزشک مرکز بهداشتی درمانی ارجاع دهند .

مراکز بهداشت درمانی :

مراکز بهداشتی درمانی شامل مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی است .

الف) - مرکز بهداشتی درمانی روستایی : واحدی مستقر در روستاست که یک خانه بهداشت را در همان روستا و اغلب چند خانه بهداشت از روستاهای دیگر را تحت پوشش خود دارد . در مرکز بهداشتی درمانی روستایی تیم سلامت مرکز مرکب از پزشک خانواده ، کاردان های بهداشتی ، مامای خانواده ، کاردان و کارشناس حرف پیراپزشکی (پرستاری ، آزمایشگاه و ...) با رهبری پزشک خانواده کار می کنند .

مرکز بهداشتی درمانی روستایی دو وظیفه اساسی زیر را بعهده دارد :

- ۱- ارائه بخشی از خدمات بهداشتی درمانی که درخانه های بهداشت امکان ارائه آن وجود ندارد . نظیر تشکیل پرونده سلامت برای جمعیت تحت پوشش و ویزیت دوره ای آنها . درمان برخی بیماریها و یا ارائه برخی از خدمات مانند گذاردن IUD ، گرفتن پاپ اسمیر ، انجام آزمایشات تشخیصی طبی و ... این خدمات اکثرا از طریق ارجاع بیماران یا افراد از خانه بهداشت به مرکز بهداشتی درمانی ارائه می شود . البته ممکن است در برخی موارد مرکز بهداشتی درمانی خود راسا اقدام به ارائه خدماتی خاص مانند نمونه گیری از مواد غذایی و ... بنماید .

۲- وظیفه مدیریت است این وظیفه مشتمل بر برنامه ریزی اجرایی ، سازماندهی منابع ، رهبری و هدایت واحدهای تابعه (خانه های بهداشت) و بالاخره کنترل و نظارت بر فعالیت ها است .
در زمینه ارایه خدمات ، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و وظیفه دارد در صورتیکه مراجعه کننده نیازمند خدمات تخصصی باشد وی را به سطوح بالاتر (پلی کلینیک تخصصی یا بیمارستان) ارجاع دهد . علاوه بر این در زمینه مدیریت نیز مرکز بهداشتی درمانی وظیفه دارد چنانچه حل مشکلی نیازمند مساعدت مرکز بهداشت شهرستان باشد از آنها استمداد نماید (بعنوان مثال در زمینه تامین منابع و نیز بررسی های خاص و ...)

پزشک خانواده ، دارای حداقل مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و موز معتبر کار پزشکی است و عهده دار خدمات پزشکی سطح اول است .

تعداد پزشک مورد نیاز برای ارایه خدمت در هر مرکز روستایی بر اساس یک پزشک به ازای حداکثر ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش تعیین می گردد. برای جمعیت بیش از ۴۰۰۰ نفر تا سقف ۸۰۰۰ نفر دو پزشک . برای جمعیت بیش از ۸۰۰۰ تا سقف ۱۲۰۰۰ نفر به سه پزشک و ... نیاز خواهد بود .
به ازای هر دو نفر پزشک باید یک ماما تعیین گردد .

در مراکز سه پزشک و بالاتر می توان به جای مامای دوم ، پرستار بکارگیری نمود .
برای مراکز بهداشتی درمانی که جمعیت ۴۰۰۰ نفر و کمتر در پوشش خود دارند، حداقل یک پزشک و یک ماما باید در نظر گرفت.

• اولین محل مراجعه بیمار و روستائیان باید خانه بهداشت باشد و پس از اینکه بهورز خدمات تعریف شده خود را برای مراجعه کننده انجام داد در صورت لزوم بر اساس دستور عمل های مربوطه فرد را به پزشک خانواده مربوطه ارجاع می دهد.
در هنگام ویزیت دوره ای تمامی روستائیان توسط پزشک خانواده ، ماما یا پرستار و یا بهورز باید حضور داشته باشند و برخی از اطلاعات فرم اولین ویزیت را از پرونده خانوادار موجود درخانه بهداشت استخراج نموده و کنترل نماید .

اگر حضور بهورز باعث ایجاد مشکل در خانه بهداشت مربوطه شود این فعالیت توسط ماما یا پرستار انجام خواهد گرفت . چنانچه فرد برای اولین ویزیت خود به پزشک مراجعه نکرد بهورز او را در زمان حضور پزشک به خانه بهداشت دعوت می کند تا پزشک او را ویزیت نماید .
حداقل هر سه سال یکبار ویزیت دوره ای برای کلیه افراد تحت پوشش توسط پزشک خانواده باید انجام گیرد

پزشکان خانواده و اعضای تیم سلامت موظفند به مردم تحت پوشش خود آموزش همد تا در شرایط نیاز به اقدام فوری، با مرکز فوریت های پزشکی ۱۱۵ تماس بگیرند تا افراد نیازمند به نزدیکترین واحد درمانی و بیمارستانی انتقال یابند (البته باید مشخص شود که بیماران در چه شرایطی باید از طریق پزشک خانواده خود اقدام کنند و در چه شرایطی مستقیماً خدمات را از طریق اورژانس ۱۱۵ دریافت کنند) .

مرکز تسهیلات زایمانی :

مرکز تسهیلات زایمانی واحدی است مستقر در روستا که یک حوزه جمعیتی بزرگ (حدود ۲۰۰۰۰ نفر) را تحت پوشش دارد. هر مرکز تسهیلات زایمانی توسط کاردانه‌های مامایی و یک راننده آمبولانس اداره می‌شود. وظیفه این کاردانه‌ها این است که در تمام ۲۴ ساعت به زایمان‌های طبیعی کمک کنند و موارد پیچیده و دشوار را به نزدیکترین بخش بیمارستانی اعزام نمایند و خدمات تنظیم خانواده از جمله کاشتن IUD، از خدمات دیگر هر مرکز تسهیلات زایمانی است.

در صورت وجود ماما در واحد تسهیلات زایمانی مرکز بهداشتی درمانی، می‌توان از مامای تسهیلات زایمانی برای ارائه خدمات مامایی استفاده کرد و در این صورت و در نبود بهیار یا پرستار در مرکز، می‌توان یک پرستار به جای مامای خانواده به کار گرفت.

منبع:

دستور عمل کشورهای برنامه بیمه روستایی پزشکی خانواده، ابلاغی از وزارت بهداشت اسفند ۱۳۹۰

ب) مرکز بهداشتی درمانی شهری :

این واحد بر حسب تراکم جمعیت، یک یا چند پایگاه بهداشت شهری را تحت پوشش دارد. کلیه وظایفی را که مرکز بهداشتی درمانی روستایی در مقابل خانه‌های بهداشت تابعه دارد این مراکز نیز در مقابل پایگاه‌های بهداشتی شهری دارند.

تفاوت عمده این واحد با مرکز بهداشتی درمانی روستایی در مراجعه مستقیم بیماران به این مرکز است. مراجعه بیمار به این مراکز لازم نیست حتماً از طریق ارجاع از پایگاه‌های بهداشت صورت گیرد. در بسیاری از شهرها، خانه‌های بهداشت مجاور شهر و یا روستاهای نزدیک به شهر، ناگزیر در پوشش یک یا چند مرکز بهداشتی درمانی شهری قرار داده شده‌اند. این گونه مراکز در واقع هر دونقش را بعهده دارد و مراکز بهداشتی درمانی شهری، روستایی نامیده می‌شوند. بطور خلاصه وظیفه مرکز بهداشتی درمانی شهری را میتوان در ۵ دسته خلاصه کرد:

- ۱- خدمات بهداشتی
- ۲- خدمات تشخیص طبی
- ۳- خدمات دندانپزشکی
- ۴- خدمات تکمیلی بهداشتی برای موارد ارجاع شده
- ۵- هدایت و پایش خدمات پایگاه‌های بهداشت شهری تابعه

*ترکیب و تعداد اعضای تیم سلامت مراکز بهداشتی درمانی شهری برای پوشش ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت بشرح ذیل است.

- ۱- پزشک خانواده ۴ نفر (به ازای حداکثر هر ۲۵۰۰ نفر جمعیت یک پزشک عمومی)
- ۲- پرستار و ماما (در هر پایگاه و مرکز یک ماما یا یک پرستار تمام وقت)
- ۳- کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده ۳ نفر

- ۴- کاردان یا کارشناس مبارزه با بیماریها ۱ نفر
- ۵- کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای ۱ نفر
- ۶- کاردان یا تکنسین اسناد پزشکی ۱ نفر
- ۷- خدمتگزار ۱ نفر

*خدمات روانشناسی بالینی و کارشناس تغذیه از محل دفتر کار ایشان یا مرکز مربوطه بر حسب درخواست پزشک خانواده، صرفاً در قالب مشاوره با ارجاع پزشک انجام می گیرد.

*تبصره: به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت یک مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در شهرها پیش بینی گردیده است. که یک یا چند پزشک به همراه تعدادی از اعضای تیم سلامت در آن مرکز مستقر هستند یک نفر از پزشکان بعنوان مدیر سلامت منطقه (پزشک خانواده مسئول محله) است. نظارت بر عملکرد پایگاه ها توسط تیم سلامت مرکز مجری برنامه پزشک خانواده انجام می گیرد.

سطح بندی خدمات در شهرها :

سطح یک: شامل پایگاه پزشک خانواده - مرکز بهداشتی درمانی منطقه

سطح دو: واحد تخصصی در نظام سلامت که خدمات درمانی و توانبخشی تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع شدگان سطح یک قرار می دهند.

خدمات تخصصی سرپایی، بستری، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی، درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیتهای این سطح است.

سطح سه: شامل خدمات درمانی و توانبخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری، تامین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک می باشد. بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده و پزشک خانواده وی قرار می گیرد..

* مرکز آموزش بهورزی :

در نظام خدمات بهداشت و درمان، مرکز آموزش بهورزی جایگاهی پر اهمیت و حساس دارد. اهمیت مرکز آموزش بهورزی در این است که جمعی از فرزندان محروم ترین نقاط کشور، برای خدمت به مردم همان نواحی، توسط مربیان تربیت می شوند.

دانش آموز بهورزی در طول مدت آموزش خود با مربیان مرکز آموزش بهورزی پیوندی دائمی و تعیین کننده دارد، از آنان تعلیم می گیرد، توسط آنان هدایت می شود و با راهنمایی آنان برای خدمت به جامعه آموزش های لازم را کسب می کند.

هر مرکز آموزش بهورزی علاوه بر مدیر، ۵ نفر مربی دارد. مرکز آموزش بهورزی وظیفه تربیت بهورزان شاغل در خانه های بهداشت و بازآموزی کارکنان تیم سلامت مراکز بهداشتی درمانی را بعهده دارد. این مرکز تحت پوشش مستقیم مرکز بهداشت شهرستان فعالیت می کند.

***مرکز بهداشت شهرستان :**

واحدی است خود گردان که سه مسئولیت اساسی زیر را بعده دارد :

- ۱- پشتیبانی واحدها و سطوح تحت پوشش به لحاظ نیروی انسانی ومالی
- ۲- پایش و ارزشیابی برنامه ها و مداخله متناسب با آن
- ۳- شناسایی مشکلات جدید ، برنامه ریزی و هدایت واحدها وسطوح در جهت حل آن واحدهای مختلف کارشناسی و پشتیبانی درمرکز بهداشت شهرستان وظیفه نظارت بر فعالیت مراکز بهداشتی درمانی و خانه های بهداشت و پشتیبانی آنها را بر عهده دارند .

***بیمارستان شهرستان :**

واحدی است خودگردان که به صورت بیمارستان عمومی حداقل با ۷ تخصص جراحی ، داخلی کودکان ، زنان و زایمان ، بیهوشی ، رادیولوژی و آزمایشگاه و با بخش های بستری ، پلی کلینیک تخصصی و اورژانس اداره می شود و باید محل قبول ارجاع شدگان از مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی باشد .