

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



شیوه نامه اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در قالب توسعه نظام شبکه در کشور

قرارگاه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

فروردین ۱۴۰۲

پیشگفتار:

در کشور عزیز ما بعد از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی تلاش‌های زیادی برای استقرار یک نظام سلامت مطلوب که بتواند به تمامی نیازهای جامعه پاسخ دهد، انجام شده است. مهم‌ترین این تلاش‌ها، طراحی و استقرار نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور بوده است که در زمان خود انقلاب چشم‌گیری را در ارائه خدمات سلامت ایجاد کرد. اما با وجود تمام تلاش‌هایی که در راه بهبود ارائه خدمات سلامت و بهبود شاخص‌های مربوط به آن در زمینه‌های مختلف صورت گرفته است، ولی همچنان شاهد مشکلات و نارسائی‌هایی من جمله دگرگونی ساختار سنی جمعیت و جوانی جمعیت و..... با ارائه خدمات باکیفیت سلامت در این حوزه هستیم.

کشورهای پیشرو در سلامت توانسته‌اند با رویکرد سلامت‌نگر، کل‌نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی و ریشه‌یابی علل بیماری در روش و محیط زندگی و نیز تشخیص و درمان به موقع همراه با کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم، ضمن ارتقای سلامتی فرد، خانواده و اجتماع با هزینه‌کرد کارا و اثربخش منابع منجر به عدالت در سلامت و در نهایت ارتقای رضایت مردم و ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی شوند.

باتوجه به فرمایشات مقام عظمای ولایت مبنی بر ضرورت تقویت نظام شبکه و با توجه به قوانین و مقررات جاری مبنی بر تکالیف دولت در گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و نظر به اینکه لازمه توسعه پزشکی خانواده و نظام ارجاع تقویت زیر ساختهای ارائه خدمات در حوزه پیشگیری می باشد. "طرح پزشکی

خانواده و نظام ارجاع در قالب توسعه نظام شبکه در کشور"، با هدف رفع مشکلات زیر ساختی مناطق محروم و برطرف نمودن موانع اجرای پزشکی خانواده در مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر و توسعه زیر ساخت‌های ارائه خدمات در مناطق شهری بالای بیست هزار نفر به منظور تقویت نظام شبکه و ارتقاء سلامت جمعیت، در دولت سیزدهم اجرا خواهد شد.

بی تردید برای انجام چنین اقدام مهمی همراهی تمام اجزای نظام سلامت به خصوص سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ضرورت دارد. خوشبختانه در این مقطع از زمان همراهی فوق با دستور ریاست محترم جمهور در اجرایی شدن برنامه توسعه پزشکی خانواده و تاکیدات ایشان بر کاهش پرداخت از جیب مردم در قالب کاهش فرانشیز خدمات بستری تحت پوشش سازمانهای بیمه‌گر که در قالب نظام ارجاع پذیرش می‌گردند، شرایط اجرای طرح مذکور را به گونه‌ای فراهم آورده تا بتوانیم حول محور سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری (مدظله العالی) و تاکیدات معظم له در باز سازی و تقویت نظام شبکه به نحو احسن اجرا نماییم و گامی جدی در حل مشکلات و نارسائی‌هایی موجود در حوزه سلامت برداریم.

چشم انداز:

تحقق پوشش همگانی سلامت از طریق توسعه نظام شبکه مبتنی بر مراقبتهای اولیه سلامت

اهداف کلان:

- ارتقای سطح سلامت جامعه
- افزایش دسترسی عادلانه مردم و بهره مندی از خدمات سلامت فعال و با کیفیت
- کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم در پرداخت هزینه های سلامت
- افزایش مسئولیت پذیری و پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه
- ارتقای سواد سلامت جامعه
- توانمند سازی خانواده جهت خود مراقبتی
- افزایش فرزندآوری، حفظ و ارتقاء جوانی جمعیت
- افزایش امید زندگی و کاهش بار بیماریها

الزامات برنامه:

- تصویب مدل اجرایی برنامه در هیات دولت و هماهنگی دولت و مجلس در اجرای برنامه
- فرهنگ سازی در جامعه، تعهد مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره گیری از کلیه ظرفیتهای موجود
- الزام به تعهد به تأمین و تخصیص منابع پایدار به عنوان اصلی ترین شرط پیاده سازی برنامه
- تقویت و توسعه همکاریهای بین بخشی، مشارکت مردمی و خانواده محوری در تمامی فعالیت ها و برنامه ها و استفاده مناسب از ظرفیتهای در اجرای برنامه در سطوح مختلف حوزه حکمرانی

اهداف اختصاصی:

- افزایش دسترسی جمعیت تحت پوشش به خدمات سلامت از طریق انتخاب مراقب سلامت به اختیار فرد به میزان ۷۰ درصد تا پایان سال اول برنامه
- افزایش پوشش خدمات اولویت دار حوزه پیشگیری به جمعیت تحت پوشش تیم سلامت به میزان ۷۰ درصد تا پایان سال دوم
- ارتقای سطح کمی و کیفی پوشش بیمه همگانی برای آحاد مردم با تأکید بر ضمانت مناسب در پوشش رایگان گروههای آسیب پذیر و کم توان مالی
- افزایش نرخ باروری کلی به حداقل ۲,۵ از طریق اجرای دستورعمل های جوانی جمعیت و فرزندآوری (در طی ۵ سال)
- بازنگری و ارتقای بسته خدمات سلامت با توجه به نیازهای سلامت مردم به میزان ۱۰۰ درصد

- اصلاح الگوی مصرف دارو توسط مردم و خدمات سلامت به میزان حداقل ۱۰ درصد پایه تا پایان سال اول اجرای برنامه و ۵ درصد افزایش سالانه تا ۵ سال
- افزایش پوشش بیمه گروههای آسیب پذیر و کم توان مالی به میزان صد درصد حداکثر تا پایان ماه سوم از شروع برنامه
- افزایش ارایه خدمات سلامت با استفاده از پیگیری فعال به جمعیت تحت پوشش به میزان ۸۰ درصد در طی ۲ سال بعد از شروع برنامه
- بهبود تجویز منطقی دارو به میزان ۱۰ درصد در هر سال
- ارتقای عملکرد کیفی واحدهای ارایه خدمات سلامت در بخش دولتی و غیردولتی به میزان ۳۰ درصد تا پایان سال اول اجرای برنامه و افزایش ۱۰ درصدی در هر سال
- افزایش پاسخگویی به نیازهای منطقی مردم و رسیدگی به شکایات مربوط به دریافت خدمات به میزان ۱۰۰ درصد
- ارتقای آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد جامعه برای مراقبت از سلامت خود، خانواده و اجتماع در ترویج برنامه پزشکی خانواده به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان سال اول
- ارتقاء و بهبود زیرساخت واحدهای ارایه خدمات در سطوح مختلف ارایه خدمت به میزان ۲۰ درصد تا پایان سال اول و افزایش ۱۰ درصدی در هر سال
- کنترل و کاهش هزینه های سلامت به واسطه حذف یا کاهش تقاضای غیر ضروری (القایی) بیماران

راهبردهای اجرایی:

۱. فرهنگ سازی در جهت مشارکت حداکثری جامعه، ایجاد تعهد در مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره گیری از کلیه ظرفیتهای موجود
۲. برنامه ریزی جهت تامین منابع مورد نیاز به منظور لحاظ نمودن در بودجه سالانه در مجلس شورای اسلامی و تعیین ضمانت اجرایی در تخصیص به موقع و کامل منابع مصوب
۳. اصلاح و به روز رسانی بسته خدمات سلامت وزارت بهداشت و الزامات و ساز و کارهای اجرایی آن
۴. فرهنگ سازی در جهت افزایش فرزندخواهی و فرزندآوری
۵. الزام واحدهای ارایه خدمت در بخش دولتی و غیردولتی برای عقد قرارداد با سازمانهای بیمه گر و جانمایی واحدهای ارایه خدمت در نظام شبکه
۶. پوشش کامل جمعیت مناطق شهری از طریق دسترسی و بهره مندی بسته خدمات پایه در چارچوب ساختار نظام شبکه

۷. استقرار و تقویت نظام پایش و ارزشیابی، اعتباربخشی، ارتقاء و بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در واحدهای ارائه خدمات سلامت در بخش دولتی و غیردولتی
۸. افزایش دانش و مهارت ارائه دهندگان خدمات سلامت
۹. مدیریت داده های سلامت مبتنی بر پرونده الکترونیک سلامت
۱۰. برقراری نظام ارجاع و بازخورد الکترونیک بین سطوح ارائه خدمت

شیوه اجرا:

الف: تقویت برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر و رفع چالش های اجرایی برنامه پزشکی خانواده دو استان فارس و مازندران (تکمیل از یکم دیماه ۱۴۰۱)

۱. تقویت زیر ساختهای نظام شبکه

۱. تقویت نقلیه (اتومبیل و موتورسیکلت) مناطق روستایی به منظور پوشش کامل خدمات دهگردشی سلامت
۲. ۳۹۰۰ پروژه در سال ۱۴۰۱ شروع شده (۸۵۰ تا پایان سال اتمام و ۳۰۵۰ تا پایان خرداد به بهره برداری خواهد رسید)

۲. هماهنگی های برون بخشی

۳. برنامه ریزی و هماهنگی های درون بخشی

۴. تقویت و توانمندی نیروی انسانی

۱. صدور مجوز به کارگیری ۲۰۰۰ بهورز (بصورت قراردادی)
۲. صدور مجوز بکارگیری جایگزین بهورزان بازنشسته
۳. صدور مجوز بکارگیری ۸۰۰۰ نیروی بهداشتی با اولویت مناطق محروم
۴. بسترسازی آموزش و توانمندسازی اعضای تیم سلامت (آموزش مجازی و حضوری)
۵. بازنگری بسته های خدمتی متناسب با بار بیماریها
۶. تقویت آموزشگاههای بهورزی در راستای آموزش و توانمندسازی تیم سلامت
۷. برگزاری دوره های آموزش توانمندسازی مدیران نظام سلامت

۵. پایش و نظارت بر اجرای برنامه

۱. انجام پایش های جامع دانشگاهها
۲. ایجاد سامانه آنلاین پایش و ارزشیابی
۳. برنامه ریزی پایش مستقیم دانشگاه در راستای بررسی آمادگی دانشگاه در اجرای برنامه

۴. انتخاب ناظرین با سابقه و توانمند بعنوان بازرس ویژه کشوری اجرای برنامه

۶. کارآمدی پرونده الکترونیک و نظام ارجاع الکترونیک

۱. ایجاد سامانه گزارش ساز پرونده الکترونیک
۲. ایجاد سکوی مشترک نظام ارجاع الکترونیک برای تبادل داده های مرتبط با نظام ارجاع و خدمات پاراکلینیک، دارو و..
۳. ایجاد داشبوردهای مدیریتی شاخص های عملکردی به منظور رصد مستمر شاخص های عملکردی اجرای پزشکی خانواده
۴. ایجاد نرم افزار پدیدار ساز پرونده الکترونیک برای ارتباط مستقیم و دوطرفه با گیرنده خدمات
۵. اصلاح نظام توزیع منابع بر اساس شاخص های عملکردی
۶. ایجاد سامانه مناسب ارتباط مردم با مراقب سلامت به صورت الکترونیک

۷. ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

۱. استفاده از پزشکان پیام آور بهداشت در مناطق مرزی
۲. ایجاد شرایط انگیزشی در جهت افزایش ماندگاری پزشکان در مناطق روستایی
۳. پرداخت های ماندگاری ویژه مناطق محروم (تهیه دستورعمل پرداخت بر اساس شاخص های محرومیت مرکز ارائه خدمت، پراکندگی، ارائه خدمات شبانه روزی، جمعیت، بار مراجعه و ضریب ماندگاری)
۴. ایجاد تسهیلات برای افزایش ضریب ماندگاری (اسکان، امکانات رفاهی، شرایط ادامه تحصیل و...)

ب) اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در قالب توسعه نظام شبکه در مناطق شهری بالای بیست هزار نفر

اجرا از یکم اردیبهشت ۱۴۰۲

واحدهای ارائه خدمات سطح یک :

- ۱) پایگاههای سلامت / پایگاه پزشکی خانواده(در واحدهای دولتی دانشگاهی و غیر دانشگاهی، مطب ها و کلینیک های خصوصی و خیریه)

ترکیب نیروهای شاغل : پزشک، مراقب سلامت، کارشناس مامایی

تکالیف :

۱. شناخت و ثبت نام الکترونیک خانواده ها
۲. خدمات مراقبتی گروههای سنی
۳. خدمات گروه های آسیب پذیر
۴. خدمات مشاوره ای
۵. خدمات ویزیت سرپایی
۶. خدمات ویزیت بهداشتی ویژه پزشک

(۲) مراکز خدمات جامع سلامت (در واحدهای دولتی)

ترکیب نیروهای شاغل : مسئول فنی، دندانپزشک، دستیار دندانپزشک، کارشناس ناظر، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، کارشناس بهداشت محیط، کارشناس بهداشت حرفه ای، پذیرش، پرستار و نمونه گیر/کارشناس آزمایشگاه

تکالیف :

۱. مدیریت سلامت منطقه از طریق مداخلات موثر عوامل اجتماعی موثر بر سلامت
۲. ارائه خدمات سلامت دهان و دندان
۳. ارائه خدمات پاراکلینیکی (آزمایش های سطح یک)
۴. ارائه خدمات تخصصی مشاوره سلامت روان
۵. ارائه خدمات تخصصی مشاوره تغذیه
۶. نظارت بر اماکن عمومی و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی
۷. نظارت بر واحدهای صنفی صنعتی و کارخانجات در راستای سلامت محیط کار
۸. ارائه خدمات درمانی سرپایی ۲۴ ساعته (در مراکز خدمات جامع سلامت شبانه روزی)
۹. نظارت بر پایگاههای سلامت و بررسی عملکرد مراقبین سلامت و پزشکان
۱۰. تشکیل هیات امناء مرکز به منظور اتخاذ مداخلات SDH

(۳) مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی

ترکیب نیروهای شاغل : مسئول فنی، اعضای هیات علمی و مربیان، دندانپزشک، دستیار دندانپزشک، کارشناس ناظر، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه، کارشناس بهداشت محیط، کارشناس بهداشت حرفه ای، پذیرش، پرستار و نمونه گیر/کارشناس آزمایشگاه

تکالیف :

۱. آموزش پزشکی جامعه نگر (ادغام آموزش)
۲. آموزش جامعه
۳. تکالیف مراکز خدمات جامع سلامت (مورد دوم)

واحدهای ارائه خدمات سطح دو:

۱. بیمارستانهای دولتی (خدمات بستری)
۲. درمانگاههای تخصصی دولتی و کلینیک های ویژه (خدمات تشخیصی درمانی سرپایی)
۳. کلینیک های تخصصی بخش خصوصی و مطب های متخصصین (خدمات سرپایی)
۴. مراکز پاراکلینیک بخش خصوصی و دولتی
۵. مراکز خدمات تخصصی سرپایی (فیزیوتراپی ، ...)
۶. داروخانه های بخش دولتی و خصوصی

بکار گیری تیم سلامت در سطح یک :

- ۱) به ازاء هر ۳۰۰۰ نفر دو مراقب سلامت و یک پزشک خانواده (تیم پزشکی خانواده)
 - ۲) به ازاء هر ۲۰۰۰۰ نفر یک کارشناس تخصصی بهداشت روان و سلامت تغذیه
 - ۳) کارشناسان بهداشت محیط و حرفه ای متناسب با نیاز منطقه (به ازاء هر ۳۰۰ واحد صنفی و صنعتی)
- نامین نیروها: از ترکیب نیروهای موجود (استخدامی) و خرید خدمت از بخش خصوصی (پزشک، مراقب سلامت، کارشناسان روان و تغذیه و کارشناسان بهداشت محیط و حرفه ای)
- شیوه پرداخت اعضاء تیم سلامت: مبتنی بر عملکرد
- بسته های خدمتی سطح یک: بسته های خدمتی متناسب با نیاز گروه های سنی (خدمات مراقبتی، خدمات گروه های آسیب پذیر، خدمات ویزیت و خدمات کاهش آسیب)
- بسته های خدمتی سطح دو و سه: خدمات تخصصی و فوق تخصصی تشخیصی، درمانی و باز توانی سرپایی و بستری در قالب نظام ارجاع (بخش دولتی و عقد قرارداد با بخش خصوصی)

زمان اجرا: از یکم اردیبهشت در تمام کشور

مراحل اجرا:

۱. خودارزیابی دانشگاهها، شبکه های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت از نظر اجرای برنامه پزشکی خانواده روستایی
۲. خودارزیابی دانشگاهها، شبکه های بهداشت از نظر آمادگی و زیر ساخت های مرتبط با اجرای طرح
۳. ارزیابی انطباق نتایج خودارزیابی ها بواسطه راستی آزمایی از طریق ناظرین کشوری
۴. تهیه لیست شبکه های هر دانشگاه از نظر میزان آمادگی اجرای برنامه
۵. آموزش و اطلاع رسانی شعار طرح به جامعه: "هر فرد باید مراقب سلامت خود را بشناسد"

۶. آموزش و اطلاع رسانی " طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در قالب توسعه نظام شبکه در کشور " به ارائه دهندگان خدمات
۷. بازآموزی ارائه دهندگان خدمات بخش دولتی
۸. انتخاب اولویت اجرا بر اساس شاخص های میزان آمادگی و محرومیت شهرستان
۹. تامین فضای فیزیکی پایگاههای سلامت خانواده (فعال سازی شیفت های عصر ، اجاره مکان)
۱۰. فراخوان ثبت نام ارائه دهندگان خدمات بخش خصوصی در سامانه salamat.gov.ir
۱۱. برگزاری دوره آموزشی بدو انتصاب و آزمون
۱۲. مشخص کردن محل استقرار مراقبین سلامت و پزشکان داوطلب بدون مطب در مناطق شهری (پزشکان : مراکز خدمات جامع سلامت شهری، پایگاههای سلامت و کلینیک های دولتی و غیر دولتی **مراقبین سلامت**: پایگاههای سلامت دولتی و استیجاری **سایر اعضاء تیم سلامت** : مراکز خدمات جامع سلامت شهری)
۱۳. عقد قرارداد مراقبین سلامت توسط سازمان بیمه سلامت
۱۴. عقد قرارداد با پیمانکاران برای خرید خدمت سایر اعضاء تیم سلامت توسط دانشگاهها
۱۵. اطلاع رسانی " طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در قالب توسعه نظام شبکه در کشور " به جامعه
۱۶. انتساب جمعیت بصورت خانواده محور و محله محور به مراقبین سلامت تایید شده
۱۷. عقد قرار داد با پزشکان داوطلب توسط سازمانهای بیمه گر
۱۸. فراخوان خانواده ها توسط مراقبین سلامت برای ارائه خدمات گروه های سنی
۱۹. پیگیری مشکلات و در صورت نیاز ارجاع به سطوح بالاتر
۲۰. پایش و نظارت مستمر
۲۱. تثبیت برنامه
۲۲. ارزشیابی برنامه

معیارهای شروع برنامه در شهرستانها :

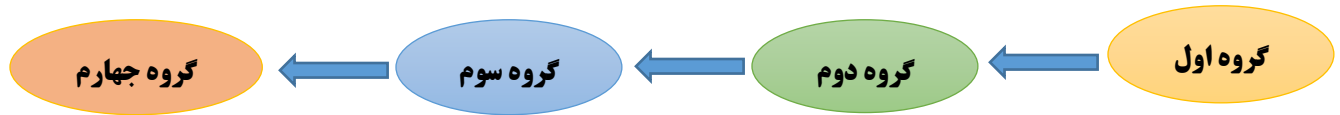
۱. مطلوبیت عملکرد شهرستان در اجرای پزشکی خانواده و نظام ارجاع الکترونیک مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر
 اخذ حد اقل ۷۰٪ نمره از عملکرد پزشکی خانواده روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر (نمره چک لیست اجرای برنامه پزشکی خانواده مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر)
۲. میزان آمادگی شهرستان از نظر استقرار برنامه پزشکی خانواده شهری (چک لیست استقرار برنامه شهری)
۳. میزان محرومیت شهرستان و فاصله از مرکز استان

مراحل اجرای برنامه در هر دانشگاه/استان :

شهرستانهای بالای بیست هزار نفر هر استان به یک تا چهار گروه (بر اساس میزان محرومیت و میزان آمادگی اجرا) تقسیم می شوند.

- **گروه اول** : شهرستانهای محرومی که وا جد امتیاز بالا در استقرار و عملکرد پزشکی خانواده هستند

- **گروه دوم** : شهرستانهای با محرومیت متوسط که واجد امتیاز بالا در استقرار و عملکرد پزشکی خانواده هستند
- **گروه سوم** : شهرستانی محروم تقویت شده و سایر شهرستانهای غیر محروم
- **گروه چهارم**: شهرستان مرکز استان



شرایط توسعه برنامه پزشکی خانواده از یک گروه به شهرستانهای گروه بعدی:

- ۱) نتایج کمی و کیفی مطلوب از اجرای برنامه در شهرستانهایی که برنامه را شروع کرده اند.
(شاخص های تبیین شده در هشت حیطة (راهبری و برنامه ریزی، مدیریت هماهنگی های درون بخشی و برون بخشی، مدیریت تامین و توانمند سازی نیروی انسانی، نظام پرداخت، مدیریت دارویی، مدیریت تجهیزات، مدیریت اطلاعات سلامت و نظام ارجاع الکترونیک، رضایتمندی)
- ۲) تامین اعتبار اجرای برنامه از محل منابع پایدار
- ۳) اطمینان از آمادگی استقرار برنامه در شهرستانهای گروه بعدی