



دروازه بانی نظام سلامت تعریف و کارکردهای پزشکی خانواده

گروه هدف: کلیه اعضای تیم سلامت

ساعت آموزش: ۱/۵ ساعت

واحد تهیه کننده: مدیریت شبکه و ارتقا سلامت

تاریخ تهیه: خرداد ماه ۱۳۹۷

فصل اول: تعاریف تیم سلامت

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توانبخشی که بسته‌ی خدمات سطح اول را در اختیار فرد، خانواده و جامعه تعریف شده قرار می‌دهند.

اعضای تیم سلامت شامل پزشک خانواده (رئیس مرکز)، مراقب سلامت، کاردان/کارشناس بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای، کارشناس تغذیه و رژیم درمانی، کارشناس سلامت روان، پرستار/بهیار، کاردان/کارشناس پذیرش، پزشک و در صورت لزوم دندانپزشک، مراقب سلامت دهان و نمونه‌گیر آزمایشگاهی یا کارکنان آزمایشگاه هستند. با توجه به اتخاذ راهکار خود مراقبتی، جمعیت تحت پوشش و افراد و نمایندگان مردم و سازمان‌ها از جمله سفیران سلامت، داوطلبین سلامت و داوطلبین متخصص نیز جزو این گروه محسوب می‌شوند.

نظام ارجاع

الف) تعریف ارجاع: فرآیندهایی است که نحوه ارتباط فرد با سایر بخش های 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.

ب) سازوکاری دریافت خدمات سلامت توسط افراد تحت پوشش: افراد برای دریافت خدمات مزبور به پایگاه سلامت مراجعه کرده و با ارائه کارت ملی تشکیل پرونده میدهند. مراجعه کننده در نقطه تماس اول، توسط تیم سلامت (کارشناس مراقب سلامت و در شرایط خاص، پزشک عمومی)، ویزیت شده و اقدامات الزم برای وی صورت می گیرد.



نظام ارجاع

در صورت نیاز به خدمات تخصصی تر(در همان سطح یا سطح بالاتر)، وی به صورت تسهیل شده با رعایت سلسله مراتب پس از تکمیل فرم ارجاع الکترونیک مطابق با فرمت هر برنامه موجود در بسته خدمت) برای دریافت آن خدمات در همان سطح(مانند خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روان) یا پس از هماهنگی الزم به سطوح بالاتر سرپایی و بستری)پزشک متخصص، فوق تخصص، مراکز پاراکلینیکی خاص و بیمارستان) ارجاع داده می شود و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات سلامت او در هر صورت با تیم سلامت است. سطح دوم خدمت (پزشک متخصص یا بیمارستان و ...) پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، اطلاعات مربوط به نتایج درمان، الگوی تشخیصی درمانی و سایر نیازها را به صورت بازخورد(در فرم بازخوراند)به ارجاع دهنده(در همان سطح یا سطوح پایین تر) در بستر سامانه پرونده الکترونیک سلامت منعکس میکند.

تعریف سطح بندی

ج) تعریف سطح بندی: چیدمان خاص واحدهای ارایه دهنده خدمات و مراقبتهای سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه ی خدمات مورد نیاز تا جایی که ممکن است سهل، 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/مراقبت های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات فرد محور عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری ها بر اساس بسته خدمت و پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت ها، و مدیریت افراد تحت پوشش و خدمات جامعه محور (بهدات عمومی) شامل خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماریهای واگیر و غیرواگیر و آسیب ها و جراحات در اپیدمی ها و بلایا، آب آشامیدنی سالم، بسیج اطلاع رسانی، و پیشگیری و ترویج سلامت هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی پایگاه سلامت تعریف می شود 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 می گردند.

سطح اول:

در ضمن، سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایشها و تصویربرداریهای پزشکی) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه ها، آزمایشگاه ها و مراکز تصویربرداری ارائه می شوند (به جزء آزمایشات غربالگری تعریف شده در بسته خدمات نوین سلامت که به صورت رایگان انجام میشوند و فهرست آنها در پیوست آمده است). پایگاههای سلامت به طور معمول در جایی با بیشترین دسترسی 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 به شرط نبود بخش دولتی با اولویت برونسپاری و خرید خدمت از بخش خصوصی فراهم و ارائه میگردد (خرید راهبردی خدمات) و در صورتی که، داوطلب برای واگذاری ارائه خدمات در بخش خصوصی وجود نداشته باشد، باید خدمات از طریق بخش دولتی ارائه شود.

سطح اول

ه) مرکز خدمات جامع سلامت با تبدیل مرکز بهداشتی درمانی موجود در منطقه (در صورت نبود، ایجاد)، پذیرای ارجاعات مربوط به پیشگیری، مراقبتها و بیماری های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی، سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، سلامت دهان و دندان، مشاوره ژنتیک، اختلالات تکاملی و بهداشت محیط و حرفه ای از پایگاه سلامت خواهد بود و علاوه بر آن نظارت و مدیریت سلامت منطقه و پایگاه های 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.

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

سطح دوم

شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می شود که توسط واحدهای سرپایی تخصصی و فوق تخصصی و واحدهای بستری موجود در نظام سلامت ارائه می گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، مشاوره، خدمات دارویی و فرآورده های مربوطه، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند. این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار می گیرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد کتبی، تیم سلامت ارجاع دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد. خدمات فوق در سطح تخصصی در نقطه ارجاع، در واحدهای دولتی و غیردولتی طرف تفاهم شکل می گیرند. اولویت با دریافت خدمت از بخش دولتی است.

مناطق حاشیه شهر (سکونتگاه غیر رسمی)

براساس تعریف ستاد ملی بازآفرینی شهری پایدار وزارت راه و شهر سازی ، "بافتهای فرسوده و تاریخی، کاربری های غیرمعمول شهری مانند زندان ها، خوابگاهها، پادگانها و مناطقی هستند که عمدتاً مهاجرین روستایی و تهیدستان شهری را در خود جای داده اند و بدون مجوز و خارج از برنامه ریزی رسمی و قانونی توسعه شهری (طرح های جامع و تفصیلی) در درون یا خارج از محدوده قانونی شهرها بوجود آمده اند، عمدتاً فاقد سند مالکیت هستند و از نظر ویژگیهای کالبدی و برخورداری از خدمات رفاهی، اجتماعی و فرهنگی و زیرساخت های شهری شدیداً دچار کمبود می باشند".

جمعیت این مناطق براساس سرشماری سال ۱۳۹۳ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیش از ۱۰ میلیون نفر است.

معاونت بهداشت

شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر و کلانشهرها

براساس آمار اخذ شده از مرکز آمار ایران و برآورد انجام شده برای سال ۱۳۹۴ این دسته از شهرها در کلیه استان های کشور وجود دارد و برآورد جمعیتی بالغ بر ۴۳ میلیون نفر را شامل است.



معاونت بهداشت

پرونده الکترونیکی سلامت و پرونده خانوار

پرونده الکترونیکی سلامت (خانوار مبتنی بر شناسه کد(شنا سه) ملی برای هر ایرانی و غیرایرانی ایجاد می شود و همه اطلاعات مربوط به سلامت) وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت می گردد و با استفاده از رمز عبور و الزامات ضروری و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی طبقه بندی شده به این اطلاعات توسط فرد، مراقب سلامت وی، پزشک معالج او یا سایر افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع در سراسر کشور ایجاد خواهد شد. پرونده توسط مراقب سلامت مسوول آن خانوار در سامانه تشکیل و تکمیل میشود و فرم های هر پرونده برحسب شرایط افراد تشکیل دهنده خانوار منطبق با برنامه های خدمتی تعریف شده در بسته خدمت خواهد بود.

معاونت بهداشت

مشارکت بخش دولتی با بخش خصوصی

خرید خدمات در قالب قرارداد پیمانکاری از بخش خصوصی ، تعاونی ها، نهادها و موسسات عمومی غیردولتی تعیین صلاحیت شده با نظارت و حمایت دولت و با استفاده از شیوه های مختلف قانونی اما صرفاً به منظور خرید خدمات به شکل برون سپاری خدمت (Outsourcing) (نه بصورت بکارگیری نیرو) بصورت پیمانکاری انجام میشود.

معاونت بهداشت

فصل دوم: گستره اجرای برنامه

گستره جغرافیایی برنامه

- ا. محیط اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع کشور جمهوری اسلامی ایران می باشد.
- ب. با توجه به اینکه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق روستایی و شهرهای زیر بیست هزار نفر با مدل و نظام پرداخت خاص خود در حال اجراست لذا اولویت اجرای این برنامه مناطق شهری بالای بیست هزار نفر و حاشیه شهرها می باشد.
- ت. پس از استقرار موفق برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری و ... مدل روستایی نیز بر این مدل منطبق خواهد شد.



گستره اداری و اجرایی برنامه

برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برنامه محوری دولت جمهوری اسلامی ایران بوده و کلیه وزارتخانه ها و دستگاه های اجرایی باید به اجرای آن کمک کنند، بدیهی است دستگاه تخصصی این برنامه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بوده و سایر وزارتخانه ها و ... موظف به همکاری با این وزارتخانه خواهند بود.

معاونت بهداشت

مشمولین برنامه در بخش سلامت

الف. این برنامه نافذ در کلیه اجزای بخش و نظام سلامت بوده و کلیه ارائه دهندگان بخش دولتی، عمومی، خصوصی و ... مشمول برنامه می باشند

ب. این برنامه در کلیه سطوح سلامت شامل سطح یک، سطح دو، سطح سه و ... برابر برنامه زمانی لازم الاجرا می باشد.



فصل سوم: ساختار مدیریت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مدیریت کلان برنامه

الف) اجرای برنامه پزشک خانواده در کشور برعهده دولت جمهوری اسلامی ایران بوده که از طریق مصوبات دولت و شورای عالی سلامت و امنیت غذایی در سطح ملی و از طریق واحدهای متناظر در استان ها و شهرستان ها زمینه اجرای آن فراهم می شود.

ب) مدیریت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و کلیه ذینفعان (از جمله کلیه بیمه های سلامت اعم از دولتی و غیردولتی و کلیه ارائه دهندگان و خریداران خدمات سلامت) موظف به رعایت خط و مشی وزارت بهداشت در اجرای این برنامه می باشند. پیگیری برنامه در سطح اول برعهده معاونت بهداشت و پیگیری برنامه در سطح دوم و سوم برعهده معاونت

درمان می باشد.

مدیریت کلان برنامه

ج) تعیین جزئیات برنامه در سطح یک بر عهده معاونت بهداشت وزارت بهداشت، در سطل دو و سه بر عهده معاونت درمان و در حوزه بیمه بر عهده شورای عالی بیمه می باشد که پس از ابلاغ توسط وزیر بهداشت لازم الاجرا خواهد بود.

د) در شروع هر گام با توجه به شرایط اقتصادی اجتماعی و ... حسب نیاز جزئیات اجرایی برنامه توسط واحد مسئول تعیین و پس از تصویب و ابلاغ وزیر بهداشت اجرا خواهد شد.

فصل چهارم: گام های استقرار برنامه :

با استفاده از دانش و تجارب ملی و بین المللی سعی شده است مدل اجرایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع دارای ویژگی های زیر باشد:

- ا) مبتنی بر داشته ها و امکانات موجود طراحی شده است
- ب) از کلیه منابع، ساختار و امکاناتی که طی سال های قبل فراهم شده برای بسترسازی و پیشبرد برنامه استفاده می شود:
 ۱. با توجه به تأمین و بکارگیری مراقبین سلامت در اکثر نقاط شهری در طی چند سال گذشته اولین گام های برنامه پزشک خانواده را از خدمات مراقبین سلامت شروع می کنیم
 ۲. با سازماندهی مجدد و مناسب امکانات شبکه بهداشت زیر ساخت اجرای برنامه را فراهم می کنیم.

گام های استقرار برنامه :

ج) برنامه به گونه ای طراحی شده که در گام های متعدد زیر ساخت و شرایط استقرار برنامه را به گونه ای فراهم می کنیم که اولاً متناسب با منابع تخصیص یافته بوده و ثانیاً هر گام بطور مستقل محصول و خدمت ارزشمند تولید نماید.

۱. هر گام به گونه ای طراحی شده که اگر به هر علت برخی از گام های برنامه اجرا و گام های بعدی اجرا نشد، گام های اجرا شده منافع قابل سنجش در بخش سلامت ایجاد نمایند

۲. تا فراهم نشدن منابع و اجرای هر گام از اجرای گام بعدی پرهیز می نمایم

۳. اما در مناطقی که به دلایل قانونی برخی از گام های برنامه اجرایی شده است برای پیشگیری از هدر رفت منابع و

جلوگیری از احساس شکست، اجازه ادامه آن گام را صرفاً در سقف انجام شده خواهیم داد.

گام های استقرار برنامه :

د) با عنایت به الزام قانونی هر گام را در کل کشور اجرا می نماییم و از اجرای منطقه ای و غیر منسجم برنامه خودداری می کنیم

ه) با توجه به پیشرفت پرونده الکترونیک سلامت در حوزه بهداشت با استفاده از اختیارات قانونی و فراهم کردن پیش نیازها کاربرد پرونده الکترونیک سلامت در سطح یک کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی را همگانی می کنیم.

و) کلیه اقدامات به صورت painless انجام می شود

۱. مردم آزادانه مراقب سلامت خود را انتخاب می کنند

۲. در گام های اول منافع داشتن پزشک خانواده را نشان می دهیم. مردم و پزشکان پس از درک و دریافت منافع و تسهیالت برنامه راحت تر محدودیت های اندک این برنامه را خواهند پذیرفت.

۳. نظام پرداخت تا اصلاح فرهنگ همان نظام پرداخت جاری است

۴. به علت پرداخت متناسب با خدمت و حداکثر برابر سرانه، صرفه جویی در منابع رخ می دهد

۵. ارائه دهندگان خدمت داوطلبانه وارد برنامه می شوند.



معاونت بهداشت

دوازده گام

تبيين الزامات قانونی، برنامه ریزی برای تأمین منابع و تصویب برنامه اجرایی	گام اول
برقراری نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با سقف بسته و نظام پایش و ارزشیابی مرتبط با نظام پرداخت	گام دوم
کاربرد پرونده الکترونیک سلامت توسط کلیه مراقبین سلامت و پزشکان شاغل در بخش بهداشت	گام سوم
تعیین مراقب سلامت هر فرد و برقراری خدمات مراقب سلامت برای همه شهرنشینان با نظام پرداخت سرانهای تعدیل شده با خدمات ارائه شده	گام چهارم
فراهم کردن اینترفیس خود مراقبتی الکترونیک	گام پنجم
اجبار کاربرد پرونده الکترونیک سلامت برای همه ارائه دهندگان سطح یک با اهرم قانون	گام ششم

دوازده گام

انتخاب پزشك عمومى يا ساير پزشكان مجاز و برقراري ارجاع مراقب به پزشك عمومى	گام هفتم
استقرار پرونده الكترونيك سطح 2 و 3 و ارجاع الكترونيك به متخصص بدون حذف مراجعه مستقيم	گام هشتم
تهيه گايدلاين خدمات گران و استقرار آن اعمال سياست در اجراي گايدلاين ها با ابزار نظام پرداخت	گام نهم
تغيير نظام پرداخت پزشك خانواده (كلييه پزشكان عمومى و متخصصين پزشكى خانواده و متخصصين مجاز) در كل بخش و مراجعه انحصارى به مراقب و پزشك خانواده خود با اجازه مراجعه به متخصص با يا بدون ارجاع CPA سلامت به	گام دهم
الزامى كردن ارجاع الكترونيك از سطح يك به دو و سه	گام يازدهم
مشاركت پزشك خانواده و متخصصين بالينى در ريسك مالى تحميلي به بخش و اصلاح نظام پرداخت سطح دو و سه	گام دوازدهم

فصل پنجم: اصلاح، تکمیل و بازنگری برنامه :

الف) فرآیند اصلاح، تکمیل و بازنگری این برنامه در واحدها و معاونت های مرتبط در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام می شود و در مورد مصوباتی که حوزه اجرای آن بخش سلامت و بیمه های سلامت اعم از خصوصی و دولتی و ... می باشد با تصویب و ابلاغ وزیر بهداشت لازم الاجرا می باشد و در مواردی که نیاز است سایر وزارتخانه ها و دستگاه های اجرایی اقدامی را انجام دهند موضوع در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی مطرح و پس از تصویب و ابلاغ ریاست جمهور لازم الاجرا خواهد بود.

ب) این دستورعمل در پنج فصل و ۱۳ صفحه تهیه که کلیه صفحات آن ممهور به مهر بوده در تاریخ ... به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی رسیده و به شرح فوق جهت اجرا توسط کلیه بخش های دولتی، عمومی غیر دولتی و خصوصی ابلاغ می گردد.