



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت توسعه مدیریت و منابع



معتد

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران

فلسفه پزشکی خانواده و الزامات اجرایی

دستورالعمل برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع (بخش سیاسی)

۵ اردیبهشت ۱۴۰۵

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران (معتد)



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی - سازمان برنامه و بودجه کشور

هیئت وزیران در جلسه ۱۴۰۴/۱۰/۱۴ به پیشنهاد مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه کشور و به استناد اصل یکمصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و بند (پ) ماده (۷۰) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۴۰۳ تصویب کرد:

به منظور هماهنگی کامل دستگاه‌های اجرایی در اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، ستاد ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، با ریاست رئیس‌جمهور و دبیری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می‌گردد. آیین‌نامه طرز کار ستاد مذکور مشتمل بر ترکیب اعضا، شرح وظایف سطوح استانی و شهرستانی و سایر موارد مرتبط با تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور به تصویب وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی می‌رسد و با رعایت ماده (۱۹) آیین‌نامه داخلی هیئت دولت ابلاغ خواهد شد.

محمد رضا عارف
رئیس هیئت معاون اول رئیس جمهور

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رئیس‌جمهور، دفتر رئیس مجلس شورای اسلامی، دفتر رئیس قوه قضاییه، دفتر معاون اول رئیس‌جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، دبیرخانه ستاد کل نیروهای مسلح، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، معاونت‌های فواین و نظارت مجلس شورای اسلامی، امور تدوین، تنفیج و انتشار قوانین و مقررات، کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی، معاونت‌های رئیس‌جمهور، نهادهای انقلاب اسلامی، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع‌رسانی دولت و دفتر هیئت دولت.
(۲۰۶۵۹۳۵۹)

دستورالعمل برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع (بخش سیاسی)

مقدمه

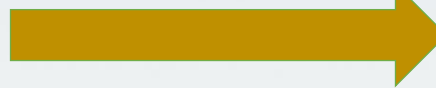
❑ عمده ترین چالش های ساختاری نظام های سلامت:

- رشد بار بیماریهای مزمن
- افزایش سن امید زندگی و پیرشدن جمعیت
- تغییرات پرشتاب فناوری
- هزینه روزافزون ناشی از گسترش روش های تشخیصی و درمانی

✓ راهبردهای محوری در نظام های سلامت:

- (۱) پوشش همگانی همراه با حفاظت مالی
- (۲) مراقبت هماهنگ، مستمر و نزدیک به محل زندگی (جامعه محور)، طولی، تیمی و مبتنی بر مدیریت خطر

مسیر پایدار برای دستیابی
به پوشش همگانی
سلامت (UHC)



نظام پزشک
خانواده قوی
و نظام ارجاع
ساختاریافته

هسته بنیادین
حکمرانی
عملکردی در
شبکه PHC
مدرن



آمار کشورهای موفق در برنامه پزشک خانواده

این یافته ها بیانگر این هستند که:
(۱) استقرار PHC مبتنی بر پزشک خانواده، قویترین مداخله سیستمیک برای بهبود کیفیت، کارایی و عدالت است.

(۲) هسته حکمرانی PHC = پزشک خانواده

(۱) عنصر محوری در تولیت و حکمران و مرجع بالینی = پزشک خانواده

❖ ۱۵ تا ۳۰ درصد کاهش در مراجعه های غیر ضروری به سطح تخصصی

❖ ۲۰ درصد صرفه جویی در هزینه های کل نظام سلامت

❖ بهبود ۱۲ تا ۱۷ درصدی در شاخص های عدالت سلامت و دسترسی جغرافیایی

❖ کاهش معنادار بستری های قابل پیشگیری (ACS conditions)

Source: Primary Health Care ۲۰۰۸: WHO World Health Report - Now More Than Ever



نقش کلیدی پزشک خانواده در:

- مسئولیت‌پذیری سلامت جمعیت
- مدیریت خطر سلامت
- هدایت بیمار در مسیرهای بالینی
- کاهش دوباره کاری‌ها و تقاضای القایی



PHC باید بر تحولات مهم زیر تکیه کند

- پرونده الکترونیک سلامت (EHR) یکپارچه و زیرساخت دیجیتال
- مسیرهای بالینی هوشمند
- پیش‌مجوز هوشمند برای خدمات پرهزینه
- نقطه ورود واحد و ارجاع استاندارد
- نظام پرداخت همسو با اهداف، پیامدها و نتایج مورد انتظار (سرانه تعدیل شده براساس ریسک + عملکرد + کیفیت)
- ارزیابی و پایش نتیجه‌محور



نظام سلامت کارآمد:

نظامی است که بتواند ساختار و شرایط ارائه خدمت در درون سازمان را با تغییرات موجود در محیط هماهنگ سازد و خدمتی با کیفیت مطلوب را در نزدیک‌ترین محل به زندگی و کار مردم، با هزینه‌ای مناسب و قابل پرداخت توسط آنها ارائه نماید.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی نظام سلامت کشور، تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی ایران را با اولویت مناطق کم برخوردار در اولویت خود قرار داده است و با تدوین دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در پی تحقق مأموریت‌های فوق است.



تاریخچه اجرای برنامه پزشک خانواده

- از سال ۱۳۸۱ تیمی ملی با مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر و کارشناسان برای مطالعه نظام‌های سلامت جهان و الگوبرداری از کشورهایمانند کانادا و انگلستان تشکیل شد.
- پنج استان خراسان رضوی، آذربایجان شرقی، چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و بوشهر به‌عنوان پایلوت برای استقرار پزشک خانواده انتخاب شدند.
- پیش‌نویس آیین‌نامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ تدوین شد.
- پس از زلزله بم (۱۳۸۲)، نسخه نهایی آیین‌نامه برای ساماندهی نظام سلامت بم عملیاتی شد و این تجربیات وارد لایحه برنامه چهارم توسعه گردید.
- در سال ۱۳۸۴ اعتبارات درمان روستاییان به سازمان بیمه خدمات درمانی منتقل شد تا مقدمات ایجاد صندوق واحد سلامت فراهم شود.
- از مرداد ۱۳۸۴ اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر آغاز شد و تا حدود ۲۰ سال ادامه یافت.
- در آبان ۱۳۸۹ تفاهم‌نامه اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر سه استان (چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان، خوزستان) بین وزارت بهداشت و وزارت رفاه منعقد شد.



تاریخچه اجرای برنامه پزشک خانواده

- برخلاف برنامه زمان‌بندی، رئیس‌جمهور وقت خواستار اجرای سراسری طرح تا پایان ۱۳۹۲ شد و در سال ۱۳۹۱ نسخه ۰۲ شیوه‌نامه اجرایی توسط شورای عالی سلامت تصویب گردید.
- اجرای نسخه ۰۲ از تابستان ۱۳۹۱ در فارس و از پاییز همان سال در مازندران آغاز شد.
- از سال ۱۳۹۳ هم‌زمان با طرح تحول سلامت، استاندارد جدیدی برای مراقبین سلامت تعریف شد اما به دلیل کمبود اعتبارات، پایداری طرح حفظ نشد.
- از سال ۱۴۰۱ اجرای برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر در سه فاز آغاز شد.
- با استقرار دولت چهاردهم، برنامه «پزشک خانواده و نظام ارجاع» و مبتنی بر برنامه هفتم پیشرفت ادامه یافت.





چشم انداز

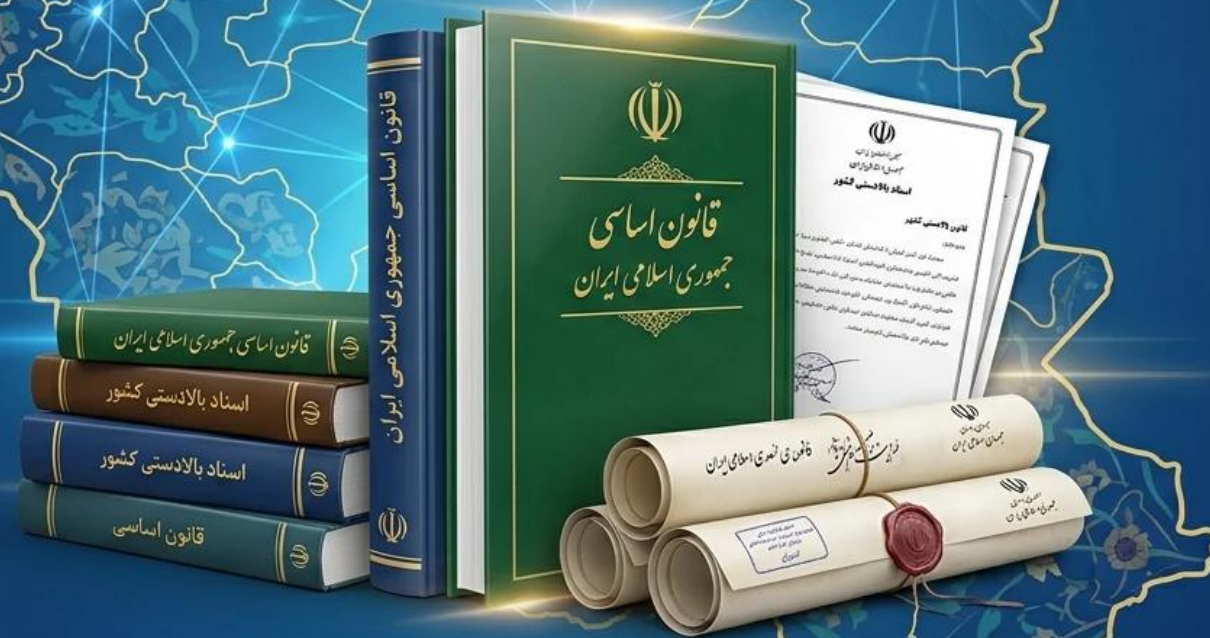


چشم انداز

در افق پیش رو، پزشک خانواده و نظام ارجاع ایران زیربنای حکمرانی هوشمند سلامت خواهند بود و با رویکردی جامع، مردم محور و عدالت گستر، دسترسی ایمن و متناسب همه شهروندان به خدمات سلامت را تضمین می کند. این نظام با بهره گیری از فناوری های نوین و داده های بالینی، فرآیند ارجاع و پیگیری مراقبت ها را هوشمند، منسجم و شفاف می سازد. پزشک خانواده به عنوان دروازه بان نظام سلامت، محور راهبری و اعتماد در مسیر سلامت مردم است و پیوندی مؤثر میان جامعه، خدمات و منابع سلامت برقرار می کند. حرکت نظام سلامت به سوی شفافیت، پاسخ گویی و استفاده بهینه از منابع، زمینه ساز گذار از درمان محوری به سلامت محوری می شود. در پرتو این تحول، ایران در افق پیش رو به الگوی ممتاز منطقه ای در حکمرانی سلامت عدالت محور، داده محور و مبتنی بر مراقبت اولیه هوشمند تبدیل می شود؛ الگویی که سلامت را سرمایه ای ملی و زیربنای توسعه انسانی و پایدار می داند و با اتکا بر صداقت حرفه ای، دانش و مشارکت مردمی، مسیر اعتلای نظام سلامت کشور را به سوی آینده ای سالم، کارآمد و پایدار هدایت می کند.



اسناد بالادستی و تکالیف قانونی



اسناد بالادستی و تکالیف قانونی

ردیف	نام قانون	شرح
۱	بند (۲-۸) سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری	افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها
۲	جدول شماره (۱۵) ماده (۶۸) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت	اهداف کمی سنج‌های عملکردی ارتقای نظام سلامت
۳	جزء (۱) بند «الف» ماده (۶۹) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با هدف ایجاد نظام هوشمند اطلاعات سلامت و استقرار کامل پزشک خانواده و نظام ارجاع در بستر الکترونیکی، ظرف دو سال از لازمالاجرا شدن این قانون، با آمادسازی مراکز امن داده و استقرار امضای الکترونیکی، کلیه سامانه‌های مراکز ارائه‌دهنده خدمات و کالای سلامت از جمله سامانه‌های بیمارستانی، نسخه‌نویسی و ... اقدام نماید.
۴	بند «الف» ماده (۷۰) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت	تقویت و کارآمدسازی نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت از طریق اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



اسناد بالادستی و تکالیف قانونی

ردیف	نام قانون	شرح
۵	بند «پ» ماده (۷۰) قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور مشتمل بر مراقبت‌ها و خدمات یکپارچه بهداشتی، تشخیصی، درمانی، مراقبتی، دارویی و توانبخشی سرپایی و بستری با اولویت بهداشت و پیشگیری تا پایان سال اول اجرای برنامه نسبت به استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای تمامی جمعیت کشور با استفاده از تمامی ظرفیت‌های حرف تخصصی دولتی و غیردولتی اقدام نماید. همزمان با استقرار کامل برنامه مذکور، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به هماهنگی پرداخت مشوق‌های تعیین شده در برنامه برای توسعه کمی و کیفی بسته بیمه پایه سلامت و اصلاح نظام پرداخت بیمه‌ای مطابق جزء (۷) بند (۹) سیاست‌های کلی سلامت اقدام قانونی لازم را اعمال نماید.
۶	تصویب نامه‌های سالیانه هیأت وزیران بر اساس بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور	-
۷	بند «الف» ماده (۷۳) قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت	پوشش بیمه پایه برای تمامی جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق بیمه سرپرست خانوار و افراد تحت تکفل وی از طریق ارزیابی وسع برای حداقل پنج‌دهک پایین درآمدی به صورت رایگان و برای سایر دهک‌ها با اخذ سرانه بر اساس ضوابط ذیل و آیین‌نامه‌ای است که به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می‌شود و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.



اسناد بالادستی و تکالیف قانونی

شرح	نام قانون	ردیف
سازمانهای بیمه گر پایه سلامت مکلفند در طول اجرای برنامه حداقل پنج درصد (۵) از اعتبارات مصوب سالانه خود را جهت ارتقای اصول پیشگیری در سطح جامعه در موارد خودمراقبتی پایش عوامل خطر متابولیک، ورزش، تغذیه سالم، بهداشت روان و مهار (کنترل) مصرف دخانیات بر اساس اطلاعات موجود در پایگاه ملی سلامت یا پرونده الکترونیکی سلامت در قالب مشوقهای مختلف برای بیمه شدگان از جمله تخفیف در حق بیمه هزینه نمایند. آیین نامه اجرائی این بند توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می شود و به تصویب هیأت وزیران می رسد.	بند «چ» ماده (۷۳) قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت	۸



راهبرد اول: استقرار حکمرانی هوشمند سلامت و نظام داده محور ملی

ایجاد زیربنای ملی حکمرانی سلامت با محوریت داده

شامل:

- توسعه شبکه ملی داده های سلامت
- پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان
- سامانه هوشمند ارجاع در کلیه سطوح خدمات

استقرار حکمرانی
هوشمند سلامت و
نظام داده محور
ملی

با هدف تصمیم سازی مبتنی بر شواهد، شفافیت، یکپارچگی اطلاعات و امکان نظارت لحظه ای بر عملکرد ارائه دهندگان خدمات سلامت.



راهبرد دوم: تحقق عدالت، مردم محوری و پاسخ‌گویی در نظام سلامت

پوشش جمعیتی پزشک خانواده در کلیه استانها و مناطق شهری و روستایی و تضمین دسترسی برابر و عادلانه همه آحاد جامعه به خدمات سلامت، فارغ از طبقه اجتماعی، منطقه جغرافیایی و سطح درآمدی، از طریق استقرار کامل برنامه پزشک خانواده در سراسر کشور

تکمیل زنجیره ارجاع در تمامی سطوح و پایش نظام مند میزان تحقق پوشش خدمات با اولویت‌بندی در گروه‌های آسیب‌پذیر (خانوارهای کم‌درآمد، سالمندان و مناطق محروم)

طراحی مدل پایش عدالت سلامت بر اساس شاخص‌های توزیع خدمات، هزینه و رضایت‌مندی مردم

ایجاد سازوکار رضایت‌سنجی مردمی از طریق سامانه ثبت بازخورد، شکایات و پیشنهادات خانواده‌ها

توسعه شبکه مراقبت اجتماعی و حمایتی با مشارکت نهادهای مدنی برای تقویت اعتماد عمومی.

تحقق عدالت،
مردم محوری و
پاسخ‌گویی در
نظام سلامت

پزشک خانواده مسئول پیگیری مستمر وضعیت سلامت فرد و خانواده است و نظام ارجاع نقش حفاظتی در برابر گسست مراقبت ایفا می‌کند تا هیچ شهروندی بدون مراقبت رها نشود.



راهبرد سوم: توانمندسازی سرمایه انسانی و نهادینه‌سازی شایستگی‌های حرفه‌ای

توانمندسازی
سرمایه انسانی و
نهادینه‌سازی
شایستگی‌های
حرفه‌ای

- جهت‌گیری اصلی این راهبرد: گذار از الگوی سنتی آموزش و خدمت‌رسانی به مدل شایستگی‌محور، یادگیرنده و پاسخ‌گو به نیاز جامعه است.
- نتیجه اجرای این راهبرد، شکل‌گیری جامعه حرفه‌ای پزشک خانواده توانمند، با هویت مستقل، مسئولیت‌پذیر و دارای فرهنگ یادگیری مستمر است؛ جامعه‌ای که کیفیت و عدالت در ارائه خدمات سلامت را تضمین کرده و شایستگی حرفه‌ای را به‌عنوان ارزش بنیادین نظام ارجاع نهادینه می‌سازد.

با هدف بازآفرینی نیروی انسانی نظام سلامت در تراز ملی، بر توسعه ظرفیت‌های علمی، مهارتی و نگرشی پزشک خانواده و اعضای تیم سلامت تمرکز دارد.



راهبرد چهارم: اصلاح و پایداری نظام مالی، اقتصادی و انگیزشی سلامت

• جهت‌گیری اصلی این راهبرد: حرکت از الگوی هزینه‌محور به سمت نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارزش خدمات است

- استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در تمامی سطوح ارائه خدمت
- طراحی و اجرا مدل مالی یکپارچه میان پزشک خانواده و بیمه‌ها
- تخصیص هدفمند و داده‌محور منابع میان سطوح مختلف نظام ارجاع
- کاهش نظام‌مند پرداخت از جیب مردم با گسترش پوشش بیمه‌ای کامل برای خدمات ارجاعی، مراقبتی و پیشگیرانه
- راه‌اندازی سامانه شفافیت هزینه-درمان
- استقرار نظام تشویق و پاداش مبتنی بر رضایت‌مندی بیماران و شاخص‌های سلامت جمعیت
- تقویت انگیزه‌های حرفه‌ای و اخلاقی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از طریق سازوکارهای تشویقی مبتنی بر عملکرد.

اصلاح و پایداری
نظام مالی،
اقتصادی و
انگیزشی سلامت

با هدف ایجاد ثبات، کارایی و عدالت اقتصادی در نظام سلامت، بر تحول در ساختار تأمین منابع، شیوه پرداخت و نظام انگیزشی تأکید دارد تا پایداری منابع مالی و بهبود کیفیت خدمات به صورت هم‌زمان تحقق یابد.



راهبرد پنجم: توسعه همکاری، هم‌افزایی و حکمرانی بین‌بخشی در سلامت

✓ این راهبرد بر استقرار حکمرانی یکپارچه و تقویت هم‌افزایی میان تمامی نهادهای مؤثر بر سلامت جامعه تأکید دارد

✓ سلامت، به عنوان محور توسعه پایدار و مسئولیتی مشترک میان بخش‌های مختلف کشور نهادینه شود.

توسعه همکاری،
هم‌افزایی و
حکمرانی
بین‌بخشی در
سلامت

هدف کلان آن، شکل‌دهی به ساختاری هماهنگ میان دولت، بیمه‌ها، سازمانهای عمومی، شوراهای محلی و جامعه مدنی است تا تصمیمات کلان اقتصادی، اجتماعی و شهری با ملاحظات سلامت‌محور اتخاذ شوند.



راهبرد ششم: الکترونیک‌سازی فرآیند ارجاع، پایش و تصمیم‌سازی در نظام سلامت

الکترونیک‌سازی
فرآیند ارجاع،
پایش و
تصمیم‌سازی در
نظام سلامت

□ چشم‌انداز این راهبرد:

- ایجاد زنجیره‌های هوشمند و داده محور از ثبت تا تحلیل و بازخورد

این راهبرد بر تحول ساختاری در نظام ارجاع و تصمیم‌سازی مبتنی بر داده، بر استقرار زیرساخت‌های فناورانه و یکپارچه‌سازی نظام اطلاعات سلامت کشور تمرکز دارد.



راهبرد هفتم: نهادینه‌سازی ارزیابی، پایش و پاسخ‌گویی ملی در نظام ارجاع

نهادینه‌سازی
ارزیابی، پایش و
پاسخ‌گویی ملی
در نظام ارجاع

□ اجرای این راهبرد منجر به:

- استقرار فرهنگ ارزیابی، یادگیری مستمر و پاسخ‌گویی
- تبدیل شبکه ملی پزشک خانواده به نهادی پویا، شفاف و خوداصلاحگر

هدف آن، ارتقای شفافیت، تضمین کیفیت مراقبت و تقویت مسئولیت‌پذیری در تمامی ارکان شبکه خدمات سلامت است تا نظام ارجاع بر پایه داده‌های واقعی، نتایج سلامت و بازخورد مردمی هدایت شود.



راهبرد هشتم: ارتقای فرهنگ سلامت و مشارکت آگاهانه مردم

ارتقای فرهنگ
سلامت و
مشارکت آگاهانه
مردم

□ اجرای این راهبرد منجر به:

- شکل‌گیری جامعه‌ای آگاه، توانمند و هم‌سو با اهداف عدالت‌محور نظام سلامت
- تشکیل جامعه‌ای که سلامت را مسئولیتی فردی و جمعی دانسته و در فرایند تصمیم‌سازی، اجرا و نظارت بر خدمات سلامت مشارکت مؤثر دارد

با هدف ایجاد ثبات، کارایی و عدالت اقتصادی در نظام سلامت، بر تحول در ساختار تأمین منابع، شیوه پرداخت و نظام انگیزشی تأکید دارد تا پایداری منابع مالی و بهبود کیفیت خدمات به‌صورت هم‌زمان تحقق یابد.



راهبرد نهم: ارتقای سلامت باروری و بارداری با تاکید بر ارتقای جوانی جمعیت

ارتقای سلامت
باروری و بارداری
با تاکید بر ارتقای
جوانی جمعیت

✓ تمرکز این راهبرد بر:

- ایجاد پیوند نظام مند میان رویکرد پزشک خانواده، خدمات باروری سالم و سیاست‌های کلان جمعیتی

با هدف تقویت بنیان های سلامت زنان، مادران و خانواده‌ها و حمایت از پایداری جوانی جمعیت کشور می باشد.





اهداف کلان

برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



اهداف کلان برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

۱

ارتقای سطح سلامت فرد، خانواده و جامعه ایرانی به بالاترین سطح امید به زندگی

۲

ارتقای مولفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت

۳

کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت

۴

افزایش دسترسی عادلانه مردم و بهره‌مندی از مراقبت‌ها و خدمات سلامت فعال و با کیفیت



۵

شفافیت فرایند گردش مالی و مدیریت بهینه منابع نظام سلامت در راستای افزایش دسترسی و مشارکت مالی عادلانه

۶

افزایش فرزندآوری، حفظ و ارتقاء جوانی جمعیت و «سلامت و تکریم مادران»

۷

استقرار نظام یکپارچه الکترونیکی و تسهیل ارتباط بین سطوح مختلف ارائه خدمت و سازمانهای بیمه‌گر



اهداف اختصاصی

برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



اهداف اختصاصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

اهداف اختصاصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

۱

کاهش پرداخت از جیب و دستیابی به شاخص پرداخت از جیب کمتر از ۳۰ درصد

۲

کاهش درصد خانوارهایی که دچار هزینه‌های تحمل ناپذیر (Catastrophic) سلامت می‌شوند به میزان ۲ درصد

۳

پوشش کامل (۱۰۰ درصد) بیمه پایه سلامت برای تمامی جمعیت ایرانی کشور

۴

دستیابی به سرانه یک پزشک خانواده به ازای هر ۳۰۰۰ نفر جمعیت

۵

کاهش درصد مرگ ناشی از سکته‌های قلبی در سنین زیر ۵۵ سال نسبت به سال پایه در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۷،۵ درصد



اهداف اختصاصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

کاهش دامی اِف.تی در ۱۲ ساله‌ها نسبت به سال پایه در قالب برنامه پزشک خانواده
از ۲,۱ به ۱,۴

۶

دستیابی به شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران قند (دیابتیک) در قالب برنامه پزشک
خانواده به میزان ۵۰ درصد

۷

دستیابی به شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران با فشار خون بالا افراد بالای ۳۰ سال
در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۶۰ درصد

۸

دستیابی به شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران با اختلالات چربی خون در قالب برنامه
پزشک خانواده به میزان ۸۵ درصد

۹

دستیابی به شاخص پایش (کنترل) سه عامل قند خون، فشار خون و چربی در بیماران قند
(دیابتیک) در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۴۰ درصد

۱۰

اهداف اختصاصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



اهداف اختصاصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

اهداف اختصاصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

کاهش شاخص مصرف دخانیات در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۱۰ درصد

۱۱

افزایش دسترسی جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده به مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال اول برنامه در شهرستانهای مجری

۱۲

افزایش ۱۰ درصدی سالیانه پوشش خدمات مراقبتی (گروه‌های سنی و هدف) تا حداقل ۶۰ درصد

۱۳

افزایش ۵ درصدی سالیانه آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد جامعه جهت مراقبت از سلامت خود، خانواده و جامعه

۱۴

دستیابی به شاخص‌های کنترل فاکتورهای خطر از جمله چاقی، کاهش فعالیت بدنی، رژیم غذایی ناسالم و استرس به میزان ۵۰ درصد

۱۵





ذینفعان کلیدی

برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



• وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

۱. انتشار دستورالعمل‌ها و بازخوردهای دوره‌های مبتنی بر داده از طریق سامانه ملی مدیریت ارجاع و پزشک خانواده
۲. تدوین سیاست‌ها، راهنماهای بالینی و چارچوبهای ارجاع و بازخورد
۳. ایجاد زیرساخت‌های اجرایی و اطلاعاتی برای استقرار پزشک خانواده و نظام ارجاع
۴. نظارت، پایش و ارزشیابی عملکرد و اصلاحات ساختاری در نظام ارائه خدمت
۵. طراحی و پشتیبانی از نظام ارجاع الکترونیک و ارائه داشبوردهای مدیریتی
۶. یکپارچه‌سازی داده‌ها جهت تحلیل نیاز و مدیریت جریان اطلاعات
۷. ارائه زیرساخت ایجاد نقشه ارجاع الکترونیک، انتساب جمعیت و ارائه سرویس‌های مربوطه



ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



سازمان تأمین اجتماعی



سازمان بیمه سلامت ایران



سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

• سازمانهای بیمه‌گر پایه (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی و نیروهای مسلح):

۱. ایجاد پوشش بیمه‌ای جهت آحاد جمعیت کشور (سازمان بیمه سلامت ایران) و رفع همپوشانی بیمه‌ای
۲. عقد قرارداد با شبکه‌های بهداشت و درمان و دانشگاه‌های علوم پزشکی در شهرستانهای مجری
۳. تسویه مطالبات دانشگاه‌های علوم پزشکی در شهرستانهای مجری و تامین منابع مالی به صورت به‌روز
۴. پرداخت مشوق‌های مالی در صورت رعایت فرآیند ارجاع و ارائه بازخورد و یا استفاده از ابزارهای تشویقی مالی برای ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات نظام سلامت
۵. تحلیل داده‌های سطح یک و ارجاع برای مدیریت هزینه و شناسایی تخلفات احتمالی
۶. خرید راهبردی خدمات بر اساس اعلام نیاز دانشگاه‌های علوم پزشکی در شهرستانهای مجری
۷. تعامل و همکاری با مراکز تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی در راستای بهبود دسترسی به خدمات در شهرستان‌های مجری (به‌طور اختصاصی سازمان بیمه تأمین اجتماعی)
۸. مشارکت در اجرای نظام ارجاع الکترونیک و تبادل سرویس‌های مورد نیاز
۹. نظارت، پایش و ارزیابی عملکرد دانشگاه/دانشکده و ارائه‌دهندگان خدمت



ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



• نهادهای سیاست‌گذار بالادستی (مجلس شورای اسلامی، سازمان برنامه و بودجه کشور، شورای عالی بیمه سلامت کشور)

۱. تصویب سیاست‌های تشویقی و تنبیهی برای رعایت نظام ارجاع

۲. تأمین پایدار منابع مالی و تنظیم بودجه و اعتبارات مورد نیاز براساس نیازسنجی مبتنی بر داده

۳. نظارت کلان بر تحقق اهداف کلیدی نظام سلامت و عدالت در دسترسی



ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

• دانشگاه های علوم پزشکی و شبکه های بهداشتی و درمانی:

۱. اجرای میدانی نظام ارجاع در سطح مناطق تحت پوشش
۲. آموزش و توانمندسازی تیم سلامت، به ویژه پزشک خانواده
۳. نظارت بر کیفیت ارجاعات، تحلیل داده ها و بازخورد به سطوح پایین تر
۴. ترسیم نقشه (مسیر) ارجاع
۵. عقد قرارداد با پزشکان خانواده، متخصص و فوق تخصص و برنامه ریزی جهت پرداخت به موقع با هدف بهبود ارائه خدمت در فرایند نظام ارجاع
۶. نظارت، پایش و ارزیابی عملکرد واحدهای تابعه و ارائه دهندگان خدمت



ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

• تیم سلامت در سطح اول:

۱. ایفای نقش «دروازه بان» نظام سلامت و تصمیم‌گیر اولیه برای ارجاع

۲. ارائه مراقبت‌های جامع بهداشتی و درمانی، تداومی و مستندسازی کامل سوابق بیمار

۳. ارجاع بر اساس راهنماهای علمی و پیگیری بازخورد

۴. پایش و کنترل بیمار و بازخوردهای ارجاع طی مسیر درمان بیمار



ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

• پزشکان متخصص و فوق تخصص در سطح دو و سطح سه (سرپایی و بستری):

۱. پذیرش بیماران ارجاعی طبق شاخص‌های مشخص شده و همکاری جهت تامین نیازهای درمانی بیماران ارجاعی
۲. ارائه بازخورد به سطح اول درباره تشخیص، درمان و ادامه مراقبت
۳. مشارکت در طراحی مسیرهای بهداشتی-درمانی استاندارد و بسته‌های خدمتی تخصصی



ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



• مراکز درمانی (مراکز سلامت، درمانگاه ها، بیمارستان ها):

۱. ایفای نقش در زنجیره خدمات با رعایت سطح بندی و ظرفیت مصوب

۲. تبادل اطلاعات با سطوح ارجاع دهنده و ارجاع گیرنده

۳. مشارکت در بهبود کیفیت و پاسخگویی به بازخوردها و شکایات



ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

• شرکتهای توسعه‌دهنده سامانه‌های اطلاعاتی سلامت:

۱. پیاده سازی کلیه وب سرویس‌های ابلاغی وزارت بهداشت مرتبط با فرایندهای نظام ارجاع الکترونیک
۲. مشارکت در ایجاد سیستم‌های بازخورد و پایش عملکرد هوشمند



ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

• گیرندگان خدمت:

۱. مشارکت در انتخاب پزشک خانواده

۲. مشارکت فعال در دریافت مراقبت‌ها و همکاری با تیم سلامت

۳. مشارکت در اجرای برنامه‌های خودمراقبتی و اجرای توصیه‌های درمانی

۴. مشارکت در پایش کیفیت خدمات از طریق سامانه‌های شکایت و رضایت‌سنجی

۵. مشارکت در رعایت مسیر ارجاع و مراجعه به مراکز تعیین‌شده



آشای ایران

ذینفعان کلیدی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

• سایر سازمان های همکار (سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و انجمن های علمی تخصصی):

۱. مشارکت در انتخاب پزشک خانواده
۲. مشارکت فعال در دریافت مراقبت ها و همکاری با تیم سلامت
۳. مشارکت در اجرای برنامه های خودمراقبتی و اجرای توصیه های درمانی
۴. مشارکت در پایش کیفیت خدمات از طریق سامانه های شکایت و رضایت سنجی
۵. مشارکت در رعایت مسیر ارجاع و مراجعه به مراکز تعیین شده





الزامات اجرایی برنامه



۱) فرهنگ‌سازی، اطلاع‌رسانی و مشارکت‌های اجتماعی

۱. فرهنگ‌سازی عمومی و ملی از طریق رسانه‌ها و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. جلب مشارکت و بکارگیری سایر بخش‌های سهیم در سلامت مانند سازمانهای بیمه‌گر پایه
۳. جلب مشارکت و حمایت قوای سه‌گانه و نمایندگان مجلس شورای اسلامی، قوه قضائیه و بدنه دولت
۴. ارتقای جایگاه مشارکت مردمی، خیرین، سمن‌ها، داوطلبان سلامت محله و رابطین سلامت سازمانها و ادارات
۵. فرهنگ‌سازی در مورد برنامه ملی خودمراقبتی و جذب سفیر سلامت خانواده
۶. فرهنگ‌سازی و ارتقای تعهد مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره‌گیری از همه ظرفیت‌های موجود
۷. فرهنگ‌سازی در جهت مشارکت حداکثری جامعه، از طریق ارتقاء سطح سواد سلامت آحاد جامعه فرهنگ‌سازی در بین کادر نظام سلامت در جهت مشارکت حداکثری در برنامه
۸. اطلاع‌رسانی در خصوص برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به گروه‌های هدف برنامه با بهره‌مندی از ظرفیت رسانه‌های ارتباط جمعی (شبکه‌های اجتماعی، صدا و سیما، رسانه‌های مکتوب، پویش‌های استانی و محلی و ...)



۱) فرهنگ‌سازی، اطلاع‌رسانی و مشارکت‌های اجتماعی

۹. طراحی و استقرار بسترها و فضاهای مشارکتی و بازخوردگیری (همایش، کمیته مردمی، کمیته‌های بین‌بخشی، صفحات مجازی، دستیار هوشمند پاسخگو و ...) به منظور جلب حمایت و مشارکت آگاهانه جامعه برای ایفای نقش در پیاده‌سازی برنامه
۱۰. شناسایی دستگاه‌های ذینقش، تبیین انتظارات فی‌مابین، طراحی بسته‌های انگیزشی و جلب همکاری بین‌بخشی جهت حمایت ذینقشان در تقویت و توسعه نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۱۱. همکاری با سایر نهادها به منظور مدنظر قراردادن ظرفیت‌های مردمی در طراحی و توسعه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و جهت‌دهی برنامه‌های این کمیته
۲۱. تهیه محتواهای ترویجی در خصوص برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مبتنی بر اطلاعات و شیوه‌نامه‌ها و بخشنامه‌های مصوب در ستاد اجرایی و در راستای نیازهای شناسایی‌شده در ذینقشان برنامه به تفکیک دریافت‌کنندگان خدمات و دستگاه‌های ذینقش
۳۱. معرفی و به اشتراک گذاری تجارب برتر در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (تعیین‌شده در سایر کمیته‌ها) به عنوان الگوهای موفق
۴۱. تدوین و ارائه گزارش از نتایج پیمایش‌های انجام شده در خصوص نگرش و میزان رضایت و مشارکت مردم در اجرای برنامه به ستاد اجرایی کشوری
۵۱. طراحی اجرای نام‌نما (برند) برنامه شامل: اصول پایه‌ای (ماموریت، چشم‌انداز، ارزشها و ...) و هویت بصری برند (لوگو، رنگ‌ها، آیکن‌ها، اشکال و ...)
۶۱. توانمندسازی مردم (سفیران سلامت خانواده) برای خودمراقبتی و مراجعه آگاهانه به منظور برخورداری بهینه از خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع



۲) آموزش، تامین و توانمندسازی منابع انسانی

۱. مشارکت در تدوین استانداردهای صلاحیت حرفه‌ای برای مدیران و نیروهای فعال در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۲. تدوین سرفصل‌ها و برنامه‌های آموزشی متناسب با بسته‌های خدمتی و نیازهای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۳. طراحی دوره‌های آموزش ضمن خدمت، کوتاهمدت و بلندمدت برای مدیران، پزشکان خانواده، واحدهای ارجاع و سایر نیروهای مرتبط
۴. شناسایی نیازهای نیروی انسانی در سطح کشور و تعیین کمبودها
۵. طراحی سازوکارهای جذب پزشکان خانواده و سایر اعضای تیم سلامت برای خدمت در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۶. ارائه مشوق‌های مالی و غیرمالی برای ترغیب نیروها به مشارکت در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۷. سفارش و حمایت از برگزاری دوره‌های آموزشی مهارتمحور (مانند ارتباط مؤثر با بیمار، مدیریت بیماری‌های شایع، پیشگیری و ارتقای سلامت)
۸. سفارش و حمایت از آموزش مربیان و اساتید جهت تربیت نیروهای متخصص در حوزه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



(۲) آموزش، تامین و توانمندسازی منابع انسانی

۹. حمایت از توسعه آموزش های مجازی و استفاده از فناوری های نوین و هوش مصنوعی برای دسترسی عادلانه و هزینه-اثربخش نیروها به منابع آموزشی
۰۱. طراحی شاخص های ارزیابی کیفیت آموزش های ارائه شده
۱۱. نظارت بر اجرا و ارزشیابی دوره های آموزشی در سطوح مختلف
۲۱. اصلاح و به روزرسانی برنامه های آموزشی بر اساس نتایج ارزیابی ها
۳۱. مشارکت در طراحی سیستم ارتقای مستمر حرفه ای نیروهای فعال در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۴۱. ارتباط مستمر با انجمن های علمی و تخصصی برای استفاده از تجربیات داخلی و بین المللی
۵۱. حمایت از تحقیقات کاربردی در زمینه آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی
۶۱. برگزاری جلسات مشترک پزشکان تمامی سطوح ارائه خدمت (یک، دو و سه) با هدف ارزیابی الگوهای ارجاع، یادگیری و تسهیل بازخورد



۳) بسته خدمات سلامت، ساختار، فرآیند نظام ارجاع و تعالی بالینی

۱. نهایی‌سازی بسته خدمات سلامت سطوح نظام شبکه مبتنی بر برنامه پزشک خانواده
۲. به‌روزرسانی نقشه راه ارجاع سطوح مختلف ارائه خدمات و ابلاغ به دانشگاه‌ها
۳. تصویب و ابلاغ فرآیندهای اجرایی مرتبط با زنجیره ارجاع شامل نوبت‌دهی، هدایت بیمار، ارائه خدمات، ارائه بازخورد
۴. ابلاغ فرآیندهای اجرایی تحلیل داده‌های مرتبط با نظام ارجاع و ارائه بازخورد عملکرد متخصصین و پزشکان خانواده
۵. بررسی موانع اجرایی نظام ارجاع الکترونیک و پیگیری رفع چالش‌های آن از طریق هماهنگی با کمیته فناوری اطلاعات
۶. تصویب و ابلاغ فرآیندهای اجرایی پزشکی از راه دور در زنجیره ارجاع ارائه خدمات سطح ۲ و ۳
۷. تصویب اصلاحات نظام ارائه خدمات سطح یک، توسعه و تقویت نظام شبکه مبتنی بر طرح گسترش شبکه
۸. تصویب اصلاحات نظام ارائه خدمات سطح ۲ و ۳ مشتمل بر سطح‌بندی و تقویت بخش سرپایی و بستری بخش دولتی



۴) مدیریت منابع مالی (تامین، تخصیص و نظام پرداخت)

۱. تامین مستمر منابع مالی پایدار و مکفی برای اجرای برنامه به‌ویژه تامین نیروی انسانی، منابع لازم برای احداث، بازسازی و استانداردسازی فضاهای فیزیکی واحدهای ارائه‌دهنده خدمت و ملزومات و تجهیزات مورد نیاز تامین پزشک موردنیاز و سایر اعضای تیم سلامت با پرداخت مناسب برای انگیزه و ماندگاری
۲. برنامه‌ریزی در راستای تامین منابع مورد نیاز به منظور لحاظ نمودن در بودجه سالیانه در مجلس شورای اسلامی و تعیین ضمانت اجرایی در تخصیص به موقع و کامل منابع مصوب
۳. ارزیابی منابع موجود (مصوب و قابل تخصیص) در وزارت بهداشت و سازمانهای بیمه‌گر پایه با تاکید بر موانع پیش رو
۴. ترسیم فرایند اجرایی، نشاندار نمودن و تخصیص به موقع و کامل منابع مالی
۵. برنامه‌ریزی در خصوص بازنگری، اصلاح و اجرای نظام پرداخت کارآمد و اثر بخش
۶. ترسیم فرایند اجرایی مدیریت منابع برنامه، اجرا از طریق سازمان های بیمه‌گر پایه
۷. برنامه‌ریزی اجرای نظام انگیزشی ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی برای استقبال از اجرای فرایندهای مرتبط با نظام ارجاع (عمودی و افقی)
۸. تعیین نحوه تعامل مالی میان شبکه بهداشت و درمان، دانشگاه علوم پزشکی، سازمانهای بیمه‌گر پایه و تکمیلی و ارائه‌دهندگان خدمات در شهرستانهای مجری



۵) مدیریت آمار و فناوری اطلاعات سلامت

۱. ایجاد بستر مناسب جهت بهره مندی از سامانه‌های موجود با هدف تسهیل فرایندهای اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط دینقشان (پایگاه ملی سلامت، پایگاه ملی بیمه‌های سلامت، پایگاه ملی رفاه ایرانیان، سامانه‌های سطح یک، سامانه‌های رسیدگی الکترونیک اسناد بستری، سیستم اطلاعات بیمارستانی، سیستم اطلاعات درمانگاهی، سامانه‌های نسخه الکترونیک، سامانه‌های نوبت‌دهی و سایر سامانه‌های مرتبط)
۲. استفاده از فناوری‌های نوین و مناسب به ویژه هوش مصنوعی
۳. ساماندهی داده‌ها و استفاده بهینه از آنها در برنامه‌ریزی و مدیریت
۴. ارتقای سواد سلامت الکترونیک گروه‌های هدف (ارائه‌کنندگان، گیرندگان و خریداران خدمت) و افزایش دانش الکترونیک در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع بر اساس برنامه‌های مدون
۵. ارتقای رصدخانه الکترونیک سلامت مبتنی بر داشبوردهای اطلاعاتی و پیگیری و پایش مستمر برنامه‌ها، برقراری نظام ارجاع و بازخورد الکترونیک بین سطوح ارائه خدمت
۶. تامین زیرساخت فناوری اطلاعات و مدیریت نگهداشت
۷. تامین الزامات مورد نیاز در جهت پیاده سازی پرونده الکترونیک سلامت، تبادل داده‌ها از طریق ساماندهی و ارتباط سامانه‌های موجود در سطوح ارائه خدمت
۸. تامین دسترسی به داشبوردهای مدیریت اطلاعات در سطوح ستادی و دانشگاهی
۹. ترسیم فرایندهای خدمات پشتیبانی فنی مستمر دانشگاه‌ها در خصوص مشکلات مرتبط با سامانه‌های نظام ارجاع الکترونیک سطوح ارائه خدمت
۱۰. فرایندهای الکترونیکی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به صورت برخط (آنلاین) و برون خط (آفلاین) و یا از طریق شبکه‌های محلی (اینترانت)



۶) پایش و نظارت و اعتباربخشی

۱. پیگیری و نظارت بر اجرای سیاست‌های ستاد اجرایی کشوری در پایش و نظارت بر برنامه پزشک خانواده
۲. تعیین شاخص‌های اعتباربخشی و ارزیابی عملکرد
۳. طراحی مدل ملی برای پایش و نظارت
۴. برنامه‌ریزی برای توانمندسازی تیم‌های پایش و نظارت ملی و منطقه‌ای
۵. نظارت بر عملکرد دانشگاه‌ها در خصوص پایش و نظارت از طریق داشبورد مدیریتی (شاخص‌های ورودی، فرآیند، برونداد و اثر) توسط ستاد هماهنگی کشوری
۶. اجرای پروژه‌های رصد و دیده بانی شاخص‌های سلامت قبل و بعد از استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۷. برنامه‌ریزی اجرای نظام انگیزشی ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی برای استقبال از اجرای فرایندهای مرتبط با نظام ارجاع (عمودی و افقی)
۸. تعیین نحوه تعامل مالی میان شبکه بهداشت و درمان، دانشگاه علوم پزشکی، سازمانهای بیمه‌گر پایه و تکمیلی و ارائه‌دهندگان خدمات در شهرستانهای مجری





ساختار اجرایی و نظارتی (کمیته‌های ملی و استانی)



کمیته های ملی



ستاد ملی

وظایف

- ❖ تصویب و بازنگری برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع
- ❖ سیاست‌گذاری و تعیین راهبردهای مورد نیاز در اجرای برنامه (فنی، اجرایی و پشتیبانی و ...)
- ❖ تعیین راهکارهای مناسب به منظور تأمین و تخصیص منابع مورد نیاز برای اجرای مناسب برنامه
- ❖ نظارت بر عملکرد سازمانهای ذیربط و ستادهای استانی و شهرستانی در اجرای برنامه با تشکیل کمیته‌های نظارتی
- ❖ جلب حمایت‌های مورد نیاز قانونی و مدیریتی
- ❖ تصمیم‌گیری در موارد ارجاعی از طرف ستاد اجرایی

اعضا

- ❑ رئیس جمهور (رئیس ستاد)
- ❑ رئیس کمیسیون بهداشت و درمان
- ❑ معاون اول (جانشین رئیس ستاد)
- ❑ رئیس کل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
- ❑ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر ستاد)
- ❑ رئیس سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران
- ❑ وزیر کشور
- ❑ وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ❑ مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی
- ❑ وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی
- ❑ رئیس سازمان برنامه و بودجه
- ❑ مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران
- ❑ معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مسئول دبیرخانه ستاد ملی)
- ❑ وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح



ستاد هماهنگی کشوری

وظایف

- ❖ تعیین تعداد و عناوین کمیته‌های تخصصی مورد نیاز
- ❖ بازدید از عملیات اجرایی در استانها و حفظ ارتباط پیوسته با عرصه‌های پایلوت
- ❖ نظارت بر طرح‌های پژوهشی مرتبط
- ❖ تصویب فرایندهای اجرایی و دستورالعمل‌های پیشنهادی ستاد اجرایی کشوری در سطح ملی، استانی و شهرستانی
- ❖ تصویب ترکیب اعضای کمیته‌های مورد نیاز برای اجرای برنامه
- ❖ سفارش انجام بررسی‌ها و مطالعه‌های مختلف و استفاده از نتایج آنها برای تدوین سیاست‌ها یا مداخله‌های مورد نیاز و پیشنهاد این سیاست‌ها یا مداخله‌ها به ستاد ملی
- ❖ تدوین گزارش‌های تحلیلی
- ❖ جلب همکاری صاحب‌نظران و ذینفعان برنامه از طریق اعضای واحد کشوری یا کمیته‌های فنی مربوط به هر مدیریت
- ❖ نظارت بر پیشرفت برنامه‌ها و عملیات
- ❖ ارزیابی فعالیت‌هایی که توسط مدیران برنامه‌های چهارگانه در سطح ملی یا در عرصه‌های پایلوت به اجرا گذارده می‌شود.
- ❖ ظرفیت‌سازی

اعضا

- ❑ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد) ایران
- ❑ مدیرعامل سازمان بیمه سلامت
- ❑ معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر و مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمان و آموزش پزشکی)
- ❑ مسئول دبیرخانه ستاد هماهنگی
- ❑ معاون حمایت و سلامت کمیته
- ❑ معاون درمان وزارت بهداشت، امداد امام خمینی (ره)
- ❑ رئیس کل سازمان نظام پزشکی
- ❑ معاون رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ❑ دبیر شورای عالی بیمه سلامت کشور
- ❑ معاون وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو
- ❑ رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ❑ معاون علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور
- ❑ رئیس مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ❑ مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی



ستاد اجرایی کشوری

وظایف

- ❖ تدوین و پیشنهاد تصویب فرایندهای اجرایی و دستورالعمل‌های مربوطه در سطح ملی، استانی و شهرستانی
- ❖ تصویب ترکیب اعضا و شرح وظایف ستادهای استان و شهرستان
- ❖ تعیین ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته‌های استانی و شهرستانی مورد نیاز برای اجرای برنامه (ترکیب اعضای کمیته‌ها متناسب با کمیته‌های ملی بوده و اختیار انتخاب درصدی از اعضا حسب نیاز به عهده استان گذاشته می‌شود)
- ❖ تخصیص منابع به دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی استانی

اعضا

- ❑ رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (رئیس ستاد) معاون درمان و خرید راهبردی سازمان بیمه سلامت ایران
- ❑ رئیس مرکز بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت (دبیر ستاد) معاون پیشگیری و خدمات پایه سلامت بیمه سلامت ایران
- ❑ معاون مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت معاون دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور
- ❑ مدیرکل دفتر بیمه‌های درمان وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی رئیس امور سلامت و رفاه اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور
- ❑ مدیر کل امور دارویی سازمان غذا و دارو مدیرکل بهداشت و بیمه‌های اجتماعی و درمانی امام خمینی (ره)
- ❑ رئیس مرکز جوانی جمعیت، سلامت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت رئیس مرکز توسعه فناوری اطلاعات، امنیت و هوشمندسازی سازمان بیمه سلامت ایران
- ❑ معاون درمان سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح رئیس مرکز فناوری اطلاعات، آمار و محاسبات سازمان تامین اجتماعی
- ❑ معاون درمان سازمان تامین اجتماعی



کمیته های استانی



ستاد راهبری استان

وظایف

- ❖ جلب حمایت دستگاههای اجرایی استان در تامین زیرساختها (فنی، اجرایی و ...) و پشتیبانی از اجرای برنامه پزشکی خانواده
- ❖ ارائه گزارشات فصلی به ستاد هماهنگی و اجرایی کشوری
- ❖ هماهنگی اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سطح استان برابر دستورالعملهای کشوری
- ❖ انجام هماهنگیهای مورد نیاز (در قالب برنامه عملیاتی) برای اجرای سیاستهای ابلاغی از سوی ستاد ملی (فنی، اجرایی و پشتیبانی و ...)
- ❖ تخصیص منابع مورد نیاز برای کمک به اجرای مناسب برنامه
- ❖ بررسی چالشها و پیشنهاد راهکارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات به ستاد اجرایی کشوری

اعضا

- ❑ استاندار (رئیس ستاد)
- ❑ مدیرکل بیمه سلامت استان
- ❑ رئیس دانشگاه مرکز استان
- ❑ مدیر درمان استان سازمان تامین اجتماعی
- ❑ رئیس سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان
- ❑ رئیس سازمان نظام پزشکی استان
- ❑ معاونین بهداشت (مسئول)
- ❑ نماینده تامالاختیار شورای دبیرخانه ستاد، درمان، غذا و دارو، آموزشی و توسعه مدیریت و منابع دانشگاه مرکز استان
- ❑ مدیر/ رئیس گروه توسعه شبکه مرکز بهداشت استان
- ❑ سایر روسای دانشگاه/ دانشکدههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان
- ❑ مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی



ستاد اجرایی استان

وظایف

- ❖ ایجاد شرایط مناسب جهت اجرای دستورالعمل برنامه و مصوبات ستاد هماهنگی و اجرایی کشوری
- ❖ اتخاذ تصمیمات اجرایی منطقه‌ای بر حسب موارد مندرج در شیوهنامه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع
- ❖ نظارت و پایش مستمر اجرای برنامه در سطح استان و ارائه گزارش به ستاد راهبری استان

اعضا

- ❑ رئیس دانشگاه علوم پزشکی و معاون درمان دانشگاه مرکز خدمات بهداشتی درمانی مرکز استان (رئیس ستاد) استان
- ❑ معاون غذا و دارو دانشگاه
- ❑ سایر روسای دانشگاه/دانشکده مرکز استان
- ❑ مدیر/رئیس گروه توسعه بهداشتی درمانی استان
- ❑ معاون بهداشت و رئیس مرکز مدیریت کل بیمه سلامت استان بهداشت استان (جانشین)
- ❑ مدیر درمان تامین اجتماعی استان (رئیس و دبیر ستاد)



ستاد اجرایی شهرستان

اعضا

- فرماندار (رئیس ستاد)
- رئیس دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهرستان/رئیس شبکه (جانشین رئیس ستاد و دبیر ستاد)
- رئیس مرکز بهداشت شهرستان
- معاون درمان شبکه شهرستان (در شهرستان تک بیمارستانی رئیس بیمارستان)
- نماینده هر یک از سازمانهای بیمه‌گر شهرستان با معرفی مدیریت/اداره کل مرکز استان
- مسئول واحد توسعه شبکه شهرستان



وظایف

- ❖ تحلیل وضعیت موجود
- ❖ سازماندهی لازم برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده و تیم سلامت
- ❖ تحلیل وضعیت سلامت شهرستان
- ❖ ترسیم وضعیت مطلوب شهرستان به منظور هدفگذاری عملیات اجرایی بر اساس توان شهرستان
- ❖ تدوین برنامه عملیاتی شهرستان
- ❖ هماهنگی آموزش همگانی، برقراری ارتباط و اطلاع رسانی
- ❖ هماهنگی برای آموزش نیروی انسانی



- ❖ اعلام آغاز طرح و شرایط همکاری و ثبت نام پزشکان با ستاد اجرایی شهرستان
- ❖ هدایت عملیات اجرایی طرح در شهرستان
- ❖ پایش عملکرد پزشکان، تیم سلامت
- ❖ پیش بینی سازوکار تلفیق نتایج پایش های مجزای انجام شده توسط واحدهای مختلف
- ❖ فراهم کردن شرایط اجرای تمام دستورالعمل های ابلاغی از سوی ستاد ملی و استانی
- ❖ نظارت بر عملکرد ادارات ذیربط در اجرای برنامه
- ❖ حمایت های مورد نیاز قانونی و مدیریتی در اجرای برنامه
- ❖ بررسی چالش ها و تعیین راهکارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات اجرای برنامه و هماهنگی با ستاد استانی





معمد

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران

با تشکر از توجه شما!

 آدرس: تهران-بلوار ایوانک شرقی- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- بلوک C طبقه ۱۳

راه‌های ارتباطی معمد  تلفن: ۰۲۱-۸۱۴۵۲۸۷۸ / ۰۲۱-۸۱۴۵۲۸۸۳

وبسایت و شبکه‌های اجتماعی:  <https://zil.ink/hmdi>

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران (معمد)