

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**دستورالعمل برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع
بخش سیاستی**



بایز ۱۴۰۴
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



شماره ۱۷۷۰۶۶
تاریخ ۱۴۰۴/۱۰/۲۱
ثبت ۶۵۲۵۱ هـ

جمهوری اسلامی ایران
رئیس جمهور
تصویب نامه هیئت وزیران

بسمه تعالی
«با صلوات بر محمد و آل محمد»

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 یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و بند (پ) ماده (۷۰) قانون برنامه پنج ساله 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 رئیس جمهور و دبیری وزیر 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 رئیس جمهور، دفتر رئیس مجلس شورای اسلامی، دفتر رئیس قوه قضاییه، دفتر معاون اول رئیس جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، دبیرخانه ستاد کل نیروهای مسلح، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، معاونت‌های قوانین و نظارت مجلس شورای اسلامی، امور تدوین، تنقیح و انتشار قوانین و مقررات، کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی، معاونت‌های رئیس جمهور، نهادهای انقلاب اسلامی، روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، دبیرخانه شورای اطلاع‌رسانی دولت و دفتر هیئت دولت.
(۲۰۶۵۹۳۵۹)

الف) مقدمه.....	۶
ب) تاریخچه اجرای برنامه پزشک خانواده.....	۸
پ) چشم انداز.....	۱۰
ت) اسناد بالادستی و تکالیف قانونی.....	۱۰
ث) راهبردهای کلان برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع.....	۱۲
راهبرد اول: استقرار حکمرانی هوشمند سلامت و نظام داده‌محور ملی.....	۱۲
راهبرد دوم: تحقق عدالت، مردم‌محوری و پاسخ‌گویی در نظام سلامت.....	۱۲
راهبرد سوم: توانمندسازی سرمایه انسانی و نهادینه‌سازی شایستگی‌های حرفه‌ای.....	۱۳
راهبرد چهارم: اصلاح و پایداری نظام مالی، اقتصادی و انگیزی سلامت.....	۱۳
راهبرد پنجم: توسعه همکاری، هم‌افزایی و حکمرانی بین‌بخشی در سلامت.....	۱۴
راهبرد ششم: الکترونیک‌سازی فرآیند ارجاع، پایش و تصمیم‌سازی در نظام سلامت.....	۱۴
راهبرد هفتم: نهادینه‌سازی ارزیابی، پایش و پاسخ‌گویی ملی در نظام ارجاع.....	۱۴
راهبرد هشتم: ارتقای فرهنگ سلامت و مشارکت آگاهانه مردم.....	۱۵
راهبرد نهم: ارتقای سلامت باروری و بارداری با تأکید بر ارتقای جوانی جمعیت.....	۱۵
ج) اهداف کلان برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع.....	۱۵
چ) اهداف اختصاصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع.....	۱۶
ح) ذی‌نفعان کلیدی در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع.....	۱۷
ح-۱) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.....	۱۷
ح-۲) سازمان‌های بیمه‌گر پایه (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح).....	۱۷
ح-۳) نهادهای سیاست‌گذار بالادستی (مجلس شورای اسلامی، سازمان برنامه و بودجه کشور، شورای عالی بیمه سلامت کشور).....	۱۸
ح-۴) دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشتی و درمانی.....	۱۸
ح-۵) تیم سلامت در سطح اول.....	۱۹
ح-۶) پزشکان متخصص و فوق‌تخصص در سطح دو و سطح سه (سرپایی و بستری).....	۱۹
ح-۷) مراکز درمانی (مراکز سلامت، درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها).....	۱۹
ح-۸) شرکت‌های توسعه‌دهنده سامانه‌های اطلاعاتی سلامت.....	۱۹
ح-۹) گیرندگان خدمت.....	۲۰
ح-۱۰) سایر سازمان‌های همکار (سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و انجمن‌های علمی تخصصی).....	۲۰

- خ) الزامات اجرایی برنامه..... ۲۰
- خ-۱) فرهنگ سازی، اطلاع رسانی و مشارکت های اجتماعی..... ۲۰
- خ-۲) آموزش، تامین و توانمندسازی منابع انسانی..... ۲۲
- خ-۳) بسته خدمات سلامت، ساختار، فرآیند نظام ارجاع و تعالی بالینی..... ۲۳
- خ-۴) مدیریت منابع مالی (تامین، تخصیص و نظام پرداخت)..... ۲۴
- خ-۵) مدیریت آمار و فناوری اطلاعات سلامت..... ۲۴
- خ-۶) پایش و نظارت و اعتباربخشی..... ۲۵
- د) ساختار اجرایی و نظارتی (کمیته های ملی و استانی)..... ۲۶
- د-۱) ستاد ملی..... ۲۶
- د-۲) ستاد هماهنگی کشوری..... ۲۷
- د-۳) ستاد اجرایی کشوری..... ۲۸
- د-۴) ستاد راهبری استان..... ۲۹
- د-۵) ستاد اجرایی استان..... ۳۰
- د-۶) ستاد اجرایی شهرستان..... ۳۱

الف) مقدمه

سلامت اساسی‌ترین حق و ارزشمندترین سرمایه همه اقشار و طبقات اجتماع است. نظام‌های سلامت در تمامی کشورها در دهه‌های اخیر با موجی از چالش‌های ساختاری مواجه شده‌اند. رشد بار بیماری‌های مزمن، افزایش سن امید زندگی و پیرشدن جمعیت، تغییرات پرشتاب فناوری و هزینه روزافزون ناشی از گسترش روش‌های تشخیصی و درمانی عمده‌ترین چالش نظام‌های سلامت در حاضر محسوب می‌شود. نظام‌های سلامت سنتی بیمارستان و درمان محور ناتوان از پاسخگویی عادلانه به مدیریت بیماری‌های مزمن، سالمندی، مخاطرات نوپدید و فشارهای مالی هستند و انتخاب راهبردهای محوری شامل پوشش همگانی همراه با حفاظت مالی، مراقبت هماهنگ، مستمر و نزدیک به محل زندگی (جامعه محور)، طولی، تیمی و مبتنی بر مدیریت خطر به عنوان تنها گزینه انتخابی قابل اتکا برای سیاستگذاری مبتنی بر شواهد محسوب می‌شود. در این شرایط، هیچ مسیر پایداری برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت (UHC) بدون استقرار یک نظام پزشک خانواده قوی و نظام ارجاع ساختاریافته وجود ندارد.

سازمان جهانی بهداشت در گزارش WHO World Health Report ۲۰۰۸: Primary Health Care Now More Than Ever – و نسخه‌های به‌روزشده آن در سال‌های ۲۰۱۸ و ۲۰۲۱، نظام پزشک خانواده را «هسته بنیادین حکمرانی عملکردی در شبکه PHC مدرن» معرفی می‌کند و تاکید می‌کند که کشورهایی که ساختار پزشک خانواده و نظام ارجاع را نهادینه کرده‌اند، به موفقیت‌های زیر دست یافته‌اند:

(۱) ۱۵ تا ۳۰ درصد کاهش در مراجعه‌های غیرضروری به سطح تخصصی

(۲) ۲۰ درصد صرفه‌جویی در هزینه‌های کل نظام سلامت

(۳) بهبود ۱۲ تا ۱۷ درصدی در شاخص‌های عدالت سلامت و دسترسی جغرافیایی

(۴) کاهش معنادار بستری‌های قابل پیشگیری (ACS conditions)

این یافته‌ها که در مرورهای نظام‌مند و متاآنالیزها نیز تأیید شده‌اند، نشان می‌دهند استقرار PHC مبتنی بر پزشک خانواده، قوی‌ترین مداخله سیستمیک برای بهبود کیفیت، کارایی و عدالت است. بنابراین پزشک خانواده به عنوان هسته حکمرانی شبکه PHC محسوب می‌شود و لذا پزشک خانواده را دیگر نباید صرفاً یک ارائه‌دهنده خدمات

در سطح اول دانست؛ بلکه عنصر محوری در تولیت (Stewardship) و حکمران و مرجع بالینی (Clinical Anchor) است.

مطالعات ساختارمند در سیستم‌های سلامت نشان می‌دهد که پزشک خانواده نقشی کلیدی در موارد زیر ایفا می‌کند:

(۱) مسئولیت‌پذیری سلامت جمعیت: انتساب و ثبت نام جمعیت باعث می‌شود که پزشک خانواده مسئول مراقبت از جمعیت مشخصی باشد.

(۲) مدیریت خطر سلامت: اغلب کشورهای عضو OECD از پزشک خانواده برای مدیریت خطر بیماران مزمن، پیش‌بینی خطر و مدیریت خانه‌محور (Home-based management) استفاده می‌کنند. این امر به طور مستقیم با کاهش بستری‌های تکراری مرتبط بوده است.

(۳) هدایت بیمار در مسیرهای بالینی: شواهد نشان می‌دهد که وجود مسیرهای بالینی استاندارد از طریق PHC باعث کاهش ۱۰ تا ۲۰ درصدی خطاهای تشخیصی و افزایش یکپارچگی در ارائه مراقبت می‌شود.

(۴) کاهش دوباره کاری‌ها و تقاضای القایی: پزشک خانواده به عنوان نقطه ورود واحد و تصمیم‌گیرنده و هماهنگ‌کننده اصلی نظام ارائه خدمت، میزان تقاضای القایی برای خدمات تشخیصی و پاراکلینیک را به طور معناداری کاهش می‌دهد.

نظام ارجاع در ادبیات بین‌المللی صرفاً «ارجاع بیمار» نیست؛ بلکه یک سازوکار حکمرانی تقاضا و مکانیسم تنظیم مسیر حرکت بیمار در سیستم سلامت است. کشورهایی با نظام ارجاع دو طرفه، مبتنی بر مسیرهای بالینی استاندارد، دیجیتال محور به جایگاه مناسبی برای پاسخگویی به نیازهای مردم خود دست یافته‌اند. به همین دلیل فناوری سلامت در پزشک خانواده نقش محوری دارد. شواهد نشان می‌دهد که PHC باید بر تحولات مهم زیر تکیه کند:

(۱) پرونده الکترونیک سلامت (EHR) یکپارچه و زیرساخت دیجیتال

(۲) مسیرهای بالینی هوشمند

(۳) پیش‌مجوز هوشمند برای خدمات پرهزینه

(۴) نقطه ورود واحد و ارجاع استاندارد

(۵) نظام پرداخت همسو با اهداف، پیامدها و نتایج مورد انتظار (سرانه تعدیل شده براساس ریسک + عملکرد + کیفیت)

(۶) ارزیابی و پایش نتیجه محور

بنابراین، 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 نزدیک ترین محل به زندگی و کار مردم، با هزینه ای مناسب و قابل پرداخت توسط آن ها ارائه نماید.

در همین راستا، 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 پزشک خانواده و نظام ارجاع در پی تحقق مأموریت های فوق است.

(ب) تاریخچه اجرای برنامه پزشک خانواده

از اواخر سال ۱۳۸۱، تیمی متشکل از تمامی سازمان های بیمه گر و کارشناسان بخش های مختلف دخیل در حوزه سلامت تشکیل گردید و پس از مطالعه ای جامع در مورد نظام های گوناگون سلامت در جهان و الگوبرداری از ساختار و روش های نظام سلامت برخی از کشورها از جمله کانادا و انگلستان، تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت تشکیل شد. از اقدامات اجرایی این تیم، تعیین پنج استان خراسان رضوی، آذربایجان شرقی، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان و بوشهر به عنوان استان های پایلوت در استقرار سیستم جدید سلامت مبتنی بر پزشک خانواده با هماهنگی سازمان های بیمه گر بود.

لازم به ذکر است که پیش نویس های آیین نامه پزشک خانواده و نظام ارجاع طی سال های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید. پس از وقوع زلزله فاجعه بار بم در سال ۱۳۸۲، نسخه نهایی این آیین نامه برای ساماندهی نظام سلامت شهرستان بم توسط مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت و همکاری واحد کشوری اصلاح نظام سلامت این وزارتخانه عملیاتی شد. این شواهد و تجربیات به عنوان پشتوانه علمی و اجرایی پیشنهادهای بخش سلامت وارد لایحه برنامه چهارم توسعه شد.

در سال ۱۳۸۴ نمایندگان مجلس در اقدامی بی‌نظیر، تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار دادند تا عملاً مقدمات تشکیل صندوق مالی واحدی برای اجرای برنامه‌های سلامت شکل گیرد. بدین ترتیب فرصتی فراهم شد تا از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام به گام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شود. پس از گذشت نزدیک به ۲۰ سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در کشور و بر اساس الزامات قانونی، دولت موظف به اجرای این برنامه در کشور گردید.

در آبان ۱۳۸۹ تفاهم‌نامه‌ای برای اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سه استان منتخب میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منعقد شد. موضوع این تفاهم‌نامه که با توجه به مفاد بند «ب» ماده (۳۷) قانون بودجه سال ۱۳۸۸، ماده (۹۱) قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه و تأکید هیأت محترم وزیران و مجلس شورای اسلامی، مبنی بر اجرای هر چه سریع‌تر برنامه پزشکی خانواده در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر تدوین گردید، اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در تمامی شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر استان‌های چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان بود.

برخلاف برنامه زمان‌بندی و تدوین شده، ریاست جمهور وقت اعلام کرد که تا پایان سال ۱۳۹۲ باید برنامه در کل کشور اجرا گردد. در ادامه این تصمیم، شورای عالی سلامت در تاریخ ۱۳۹۱/۰۱/۲۶ اقدام به تصویب شیوه‌نامه اجرایی نسخه (۰۲) و مصوبات آتی آن در هیأت محترم وزیران نمود و از این طریق سعی کرد پشتوانه سیاسی اجرای برنامه را که سیاست‌گذاران ارشد کشور بر اجرای سریع آن تأکید داشتند، تأمین نماید.

پس از تصمیم هیأت محترم وزیران مبنی بر اجرای برنامه، طی دو سال از تاریخ ۱۳۹۱/۰۱/۲۶ و همچنین متعاقب تصویب نسخه (۰۲)، از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه بر اساس نسخه (۰۲) شیوه‌نامه اجرایی برنامه در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد.

از سال ۱۳۹۳ با اجرای طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت و درمان و تعریف استاندارد جدید برای بکارگیری مراقبین سلامت و با هدف تقویت نظام شبکه‌های بهداشت و درمان در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر تلاش شد، دسترسی جمعیت به خدمات بهداشتی افزایش یابد ولیکن به دلیل عدم تخصیص اعتبارات پیش‌بینی شده در سال‌های بعد، دستاوردهای اجرای طرح پایدار نماند.

با توجه به تکالیف قانونی وزارت بهداشت در اسناد بالادستی و برنامه‌های توسعه کشور در خصوص اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، اجرای برنامه مذکور در ۳ فاز اجرایی در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر از سال ۱۴۰۱

تحت عنوان برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع آغاز شد که اینک با استقرار دولت چهاردهم تحت عنوان برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و بر مبنای برنامه هفتم پیشرفت به انجام خواهد رسید. اکنون سیاستگذار به دنبال آن است که با بازنگری در شیوه اجرای برنامه‌های سلامت، الگویی را طراحی نماید که در حین پاسخگویی به چالش‌های عمده نظام سلامت و استفاده از توان بخش خصوصی، بتواند در قالب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، مسیر دستیابی به اهداف برنامه پوشش همگانی سلامت (UHC) شامل پوشش کامل جمعیت، بسته خدمتی جامع و کاهش پرداخت از جیب مردم را در چهارچوب نظام شبکه‌های بهداشت و درمان کشور هموار سازد.

(پ) چشم‌انداز

در افق پیش رو، پزشک خانواده و نظام ارجاع ایران زیربنای حکمرانی هوشمند سلامت خواهند بود و با رویکردی جامع، مردم‌محور و عدالت‌گستر، دسترسی ایمن و متناسب همه شهروندان به خدمات سلامت را تضمین می‌کند. این نظام با بهره‌گیری از فناوری‌های نوین و داده‌های بالینی، فرآیند ارجاع و پیگیری مراقبت‌ها را هوشمند، منسجم و شفاف می‌سازد. پزشک خانواده به عنوان دروازه‌بان نظام سلامت، محور راهبری و اعتماد در مسیر سلامت مردم است و پیوندی مؤثر میان جامعه، خدمات و منابع سلامت برقرار می‌کند. حرکت نظام سلامت به سوی شفافیت، پاسخ‌گویی و استفاده بهینه از منابع، زمینه‌ساز گذار از درمان‌محوری به سلامت‌محوری می‌شود. در پرتو این تحول، ایران در افق پیش رو به الگوی ممتاز منطقه‌ای در حکمرانی سلامت عدالت‌محور، داده‌محور و مبتنی بر مراقبت اولیه هوشمند تبدیل می‌شود؛ الگویی که سلامت را سرمایه‌ای ملی و زیربنای توسعه انسانی و پایدار می‌داند و با اتکا بر صداقت حرفه‌ای، دانش و مشارکت مردمی، مسیر اعتلای نظام سلامت کشور را به سوی آینده‌ای سالم، کارآمد و پایدار هدایت می‌کند.

(ت) اسناد بالادستی و تکالیف قانونی

ت-۱) بند (۲-۸) سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی مقام رهبری (مدظله العالی): افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی و تعیین استانداردها

ت-۲) جدول شماره (۱۵) ماده (۶۸) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت: اهداف کمی سنجه‌های عملکردی ارتقای نظام سلامت

ت-۳) جزء (۱) بند «الف» ماده (۶۹) قانون برنامه پنج ساله 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 لازم الاجرا شدن این قانون، با آماده سازی مراکز امن داده و استقرار امضای الکترونیکی، کلیه سامانه های مراکز ارائه دهنده خدمات و کالای سلامت از جمله سامانه های بیمارستانی، نسخه نویسی و ... اقدام نماید.

ت-۴) بند «الف» ماده (۷۰) قانون برنامه پنج ساله هفتم پیشرفت: تقویت و کارآمدسازی نظام شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت از طریق اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

ت-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 مراقبت ها 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 ظرفیت های حرف تخصصی دولتی و غیردولتی اقدام نماید. همزمان با استقرار کامل برنامه مذکور، شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است نسبت به هماهنگی پرداخت مشوق های تعیین شده در برنامه برای توسعه کمی و کیفی بسته بیمه پایه سلامت و اصلاح نظام پرداخت بیمه ای مطابق جزء (۷) بند (۹) سیاست های کلی سلامت اقدام قانونی لازم را اعمال نماید.

ت-۶) تصویب نامه های سالیانه هیأت وزیران بر اساس بند «الف» ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور

ت-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 پنج دهک پایین درآمدی به صورت رایگان و برای سایر دهک ها با اخذ سرانه بر اساس ضوابط ذیل و آیین نامه ای است که به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می شود و به تصویب هیأت وزیران می رسد.

تبصره- کلیه ایرانیان فاقد بیمه پایه سلامت، بیمه شده سازمان بیمه سلامت ایران محسوب می شوند. مطالبات سازمان بابت حق بیمه و خسارات تأخیر تأدیه بر اساس مفاد این قانون، در حکم مطالبات مستند به اسناد لازم الاجراست و با اعلام سازمان بیمه سلامت ایران از محل مطالبات فرد از دستگاه های اجرائی از جمله یارانه نقدی به موجب

آیین‌نامه اجرائی که توسط بیمه سلامت ایران و همکاری سازمان هدفمندسازی یارانه‌ها تهیه شده و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد، دریافت می‌شود.

ت-۸) بند «ج» ماده (۷۳) قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت: سازمان‌های بیمه‌گر 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 بیمه‌شدگان از جمله تخفیف در حق بیمه هزینه نمایند. آیین‌نامه اجرائی این بند توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تهیه می‌شود و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ث) راهبردهای کلان برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع

راهبرد اول: استقرار حکمرانی هوشمند سلامت و نظام داده‌محور ملی

ایجاد زیربنای ملی حکمرانی سلامت با محوریت داده، شامل توسعه شبکه ملی داده‌های سلامت، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان و سامانه هوشمند ارجاع در کلیه سطوح خدمات، با هدف تصمیم‌سازی مبتنی بر شواهد، شفافیت، یکپارچگی اطلاعات و امکان نظارت لحظه‌ای بر عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت. استقرار این راهبرد زمینه‌ساز تحلیل کلان‌داده‌ها، سیاست‌گذاری علم‌پایه، ارتقاء شفافیت ساختار هزینه‌کرد و پاسخ‌گویی در نظام سلامت خواهد بود.

راهبرد دوم: تحقق عدالت، مردم‌محوری و پاسخ‌گویی در نظام سلامت

تکمیل 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 نظام‌مند 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.

در این راهبرد، 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 نهادهای سازشی شایستگی‌های حرفه‌ای

این راهبرد 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، به گونه‌ای که سرمایه انسانی به مثابه عامل تحول و نوآوری در نظام ارجاع ایفای نقش کند. 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 به عنوان ارزش بنیادین نظام ارجاع نهاده می‌سازد.

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

این راهبرد 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. جهت‌گیری اصلی آن، حرکت از الگوی هزینه‌محور به سمت نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارزش خدمات است، به گونه‌ای که رفتار ارائه‌دهندگان خدمات با اهداف عدالت، کارایی و رضایتمندی مردم هم‌راستا شود.

در این چارچوب، نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در تمامی سطوح ارائه خدمت استقرار می‌یابد تا پرداخت‌ها به صورت مستقیم بر مبنای شاخص‌های کیفیت، بهره‌وری و نتایج سلامت صورت پذیرد. به موازات آن، مدل مالی یکپارچه میان پزشک خانواده و بیمه‌ها طراحی و اجرا می‌گردد که در آن شاخص‌های هزینه-اثربخشی و کیفیت، مبنای تعامل مالی قرار گرفته و فرآیند تخصیص منابع میان سطوح نظام ارجاع به صورت هدفمند و مبتنی بر داده انجام می‌شود.

به منظور کاهش فشار مالی بر خانوارها، پرداخت از جیب مردم به شکل نظام مند کاهش یافته و تمامی خدمات ارجاعی، مراقبتی و پیشگیرانه ذیل پوشش بیمه‌ای جامع و فراگیر قرار می‌گیرند. در کنار آن، سامانه شفافیت هزینه - درمان طراحی و راه‌اندازی می‌شود تا امکان رصد عمومی هزینه‌ها، پایش مالی و کنترل فساد در نظام سلامت برای عموم شهروندان و نهادهای نظارتی فراهم آید.

در نهایت، با استقرار نظام تشویق و پاداش مبتنی بر رضایت‌مندی بیماران و شاخص‌های سلامت جمعیت، انگیزه‌های حرفه‌ای و اخلاقی در میان ارائه‌دهندگان خدمات تقویت می‌گردد؛ بدین ترتیب، سلامت‌محوری جایگزین درمان‌محوری شده و منابع نظام سلامت به صورت کارآمد، هدف‌دار و شفاف در خدمت ارتقای سلامت جامعه به کار گرفته می‌شود.

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

این راهبرد با هدف تحول ساختاری در نظام ارجاع و تصمیم‌سازی مبتنی بر داده، بر استقرار زیرساخت‌های فناورانه و یکپارچه‌سازی نظام اطلاعات سلامت کشور تمرکز دارد. چشم‌انداز این راهبرد، ایجاد زنجیره‌ای هوشمند و داده‌محور از ثبت تا تحلیل و بازخورد است که در آن تمامی فرآیندهای ارجاع، پایش و تصمیم‌گیری به صورت لحظه‌ای و شفاف انجام می‌شود.

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

این راهبرد بر استقرار نظامی فراگیر و پایدار برای ارزیابی عملکرد، پایش مستمر و پاسخ‌گویی چندسطحی در نظام پزشک خانواده و ارجاع تأکید دارد. 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.

اجرای این راهبرد به استقرار فرهنگ ارزیابی، یادگیری مستمر و پاسخ‌گویی منجر می‌شود و شبکه ملی پزشک خانواده را از یک نظام اجرایی صرف، به نهادی پویا، شفاف و خوداصلاح‌گر بدل می‌سازد که کیفیت خدمات و اعتماد عمومی را به صورت پایدار تضمین می‌کند.

راهبرد هشتم: ارتقای فرهنگ سلامت و مشارکت آگاهانه مردم

این راهبرد بر شکل‌گیری جامعه‌ای آگاه، توانمند و هم‌سو با اهداف عدالت‌محور نظام سلامت تأکید دارد؛ جامعه‌ای که سلامت را مسئولیتی فردی و جمعی دانسته و در فرایند تصمیم‌سازی، اجرا و نظارت بر خدمات سلامت مشارکت مؤثر دارد. تحقق این راهبرد تضمین‌کننده پایداری نظام پزشک خانواده و موفقیت نظام ارجاع در سطح ملی است.

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

این راهبرد با هدف تقویت بنیان‌های سلامت زنان، مادران و خانواده‌ها و حمایت از پایداری جوانی جمعیت کشور طراحی شده است. تمرکز آن بر ایجاد پیوند نظام‌مند میان رویکرد پزشک خانواده، خدمات باروری سالم و سیاست‌های کلان جمعیتی است تا سلامت باروری در چارچوب عدالت، آگاهی و مسئولیت اجتماعی ارتقا یابد.

ج) اهداف کلان برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

- ج-۱) ارتقای سطح سلامت فرد، خانواده و جامعه ایرانی به بالاترین سطح امید به زندگی
- ج-۲) ارتقای مولفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت
- ج-۳) کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت
- ج-۴) افزایش دسترسی عادلانه مردم و بهره‌مندی از مراقبت‌ها و خدمات سلامت فعال و با کیفیت
- ج-۵) شفافیت فرایند گردش مالی و مدیریت بهینه منابع نظام سلامت در راستای افزایش دسترسی و مشارکت مالی عادلانه
- ج-۶) افزایش فرزندآوری، حفظ و ارتقاء جوانی جمعیت و «سلامت و تکریم مادران»
- ج-۷) استقرار نظام یکپارچه الکترونیکی و تسهیل ارتباط بین سطوح مختلف ارائه خدمت و سازمان‌های بیمه‌گر

چ) اهداف اختصاصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

- چ-۱) کاهش پرداخت از جیب و دستیابی به شاخص پرداخت از جیب کمتر از ۳۰ درصد
- چ-۲) کاهش درصد خانوارهایی که دچار هزینه‌های تحمل ناپذیر (Catastrophic) سلامت می‌شوند به میزان ۲ درصد
- چ-۳) پوشش کامل (۱۰۰ درصد) بیمه پایه سلامت برای تمامی جمعیت ایرانی کشور
- چ-۴) دستیابی به سرانه یک پزشک خانواده به ازای هر ۳۰۰۰ نفر جمعیت
- چ-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
- چ-۶) کاهش دی.ام.اف.تی در ۱۲ ساله‌ها نسبت به سال پایه در قالب برنامه پزشک خانواده از ۲,۱ به ۱,۴
- چ-۷) دستیابی به شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران قند (دیابتیک) در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۵۰ درصد
- چ-۸) 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
- چ-۹) دستیابی به شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران با اختلالات چربی خون در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۸۵ درصد
- چ-۱۰) 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
- چ-۱۱) کاهش شاخص مصرف دخانیات در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۱۰ درصد
- چ-۱۲) افزایش دسترسی جمعیت تحت پوشش برنامه پزشک خانواده به مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال اول برنامه در شهرستان‌های معجری
- چ-۱۳) افزایش ۱۰ درصدی سالیانه پوشش خدمات مراقبتی (گروه‌های سنی و هدف) تا حداقل ۶۰ درصد

چ-۱۴) افزایش ۵ درصدی سالیانه آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد جامعه جهت مراقبت از سلامت خود، خانواده و جامعه

چ-۱۵) دستیابی به شاخص‌های کنترل فاکتورهای خطر از جمله چاقی، کاهش فعالیت بدنی، رژیم غذایی ناسالم و استرس به میزان ۵۰ درصد

ح) ذی‌نفعان کلیدی در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

اجرای موفق برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در جمهوری اسلامی ایران مستلزم هماهنگی پایدار، تعامل ساختاریافته و ارتقای اعتماد میان مجموعه‌ای از نهادهای حاکمیتی، اجرایی، مالی، فناورانه و مردمی است. شناسایی دقیق ذی‌نفعان و طراحی نظام تعامل مؤثر با آنان از ارکان اجرایی‌سازی واقعی حکمرانی سلامت و تضمین‌کننده عدالت، کارآمدی و پاسخ‌گویی در ارائه خدمات است.

ح-۱) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ح-۱-۱) انتشار دستورالعمل‌ها و بازخوردهای دوره‌ای مبتنی بر داده از طریق سامانه ملی مدیریت ارجاع و پزشک خانواده

ح-۱-۲) تدوین سیاست‌ها، راهنماهای بالینی و چارچوب‌های ارجاع و بازخورد

ح-۱-۳) ایجاد زیرساخت‌های اجرایی و اطلاعاتی برای استقرار پزشک خانواده و نظام ارجاع

ح-۱-۴) نظارت، پایش و ارزشیابی عملکرد و اصلاحات ساختاری در نظام ارائه خدمت

ح-۱-۵) طراحی و پشتیبانی از نظام ارجاع الکترونیک و ارائه داشبوردهای مدیریتی

ح-۱-۶) یکپارچه‌سازی داده‌ها جهت تحلیل نیاز و مدیریت جریان اطلاعات

ح-۱-۷) ارائه زیرساخت ایجاد نقشه ارجاع الکترونیک، انتساب جمعیت و ارائه سرویس‌های مربوطه

ح-۲) سازمان‌های بیمه‌گر پایه (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان

خدمات درمانی نیروهای مسلح)

ح-۲-۱) ایجاد پوشش بیمه‌ای جهت آحاد جمعیت کشور (سازمان بیمه سلامت ایران) و رفع همپوشانی بیمه‌ای

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

ح-۳) نهادهای سیاست‌گذار بالادستی (مجلس شورای اسلامی، سازمان برنامه و بودجه کشور،

شورای عالی بیمه سلامت کشور)

- ح-۳-۱) تصویب سیاست‌های تشویقی و تنبیهی برای رعایت نظام ارجاع
- ح-۳-۲) تأمین پایدار منابع مالی و تنظیم بودجه و اعتبارات مورد نیاز براساس نیازسنجی مبتنی بر داده
- ح-۳-۳) نظارت کلان بر تحقق اهداف کلیدی نظام سلامت و عدالت در دسترسی

ح-۴) دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های بهداشتی و درمانی

- ح-۴-۱) اجرای میدانی نظام ارجاع در سطح مناطق تحت پوشش
- ح-۴-۲) آموزش و توانمندسازی تیم سلامت، به‌ویژه پزشک خانواده
- ح-۴-۳) نظارت بر کیفیت ارجاعات، تحلیل داده‌ها و بازخورد به سطوح پایین‌تر
- ح-۴-۴) ترسیم نقشه (مسیر) ارجاع

ح-۴-۵) عقد قرارداد با پزشکان خانواده، متخصص و فوق تخصص و برنامه‌ریزی جهت پرداخت به موقع با هدف بهبود ارائه خدمت در فرایند نظام ارجاع

ح-۴-۶) نظارت، پایش و ارزیابی عملکرد واحدهای تابعه و ارائه دهندگان خدمت

ح-۵) تیم سلامت در سطح اول

ح-۵-۱) ایفای نقش «دروازه‌بان» نظام سلامت و تصمیم‌گیر اولیه برای ارجاع

ح-۵-۲) ارائه مراقبت‌های جامع بهداشتی و درمانی، تداومی و مستندسازی کامل سوابق بیمار

ح-۵-۳) ارجاع بر اساس راهنماهای علمی و پیگیری بازخورد

ح-۵-۴) پایش و کنترل بیمار و بازخوردهای ارجاع طی مسیر درمان بیمار

ح-۶) پزشکان متخصص و فوق تخصص در سطح دو و سطح سه (سرپایی و بستری)

ح-۶-۱) پذیرش بیماران ارجاعی طبق شاخص‌های مشخص شده و همکاری جهت تامین نیازهای درمانی بیماران ارجاعی

ح-۶-۲) ارائه بازخورد به سطح اول درباره تشخیص، درمان و ادامه مراقبت

ح-۶-۳) مشارکت در طراحی مسیرهای بهداشتی-درمانی استاندارد و بسته‌های خدمتی تخصصی

ح-۷) مراکز درمانی (مراکز سلامت، درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها)

ح-۷-۱) ایفای نقش در زنجیره خدمات با رعایت سطح‌بندی و ظرفیت مصوب

ح-۷-۲) تبادل اطلاعات با سطوح ارجاع دهنده و ارجاع گیرنده

ح-۷-۳) مشارکت در بهبود کیفیت و پاسخگویی به بازخوردها و شکایات

ح-۸) شرکت‌های توسعه‌دهنده سامانه‌های اطلاعاتی سلامت

ح-۸-۱) پیاده‌سازی کلیه وب سرویس‌های ابلاغی وزارت بهداشت مرتبط با فرایندهای نظام ارجاع الکترونیک

ح-۸-۲) مشارکت در ایجاد سیستم‌های بازخورد و پایش عملکرد هوشمند

ح-۹) گیرندگان خدمت

ح-۹-۱) مشارکت در انتخاب پزشک خانواده

ح-۹-۲) مشارکت فعال در دریافت مراقبت‌ها و همکاری با تیم سلامت

ح-۹-۳) مشارکت در اجرای برنامه‌های خودمراقبتی و اجرای توصیه‌های درمانی

ح-۹-۴) مشارکت در پایش کیفیت خدمات از طریق سامانه‌های شکایت و رضایت‌سنجی

ح-۹-۵) مشارکت در رعایت مسیر ارجاع و مراجعه به مراکز تعیین شده

ح-۱۰) سایر سازمان‌های همکار (سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و انجمن‌های

علمی تخصصی)

ح-۱۰-۱) مشارکت فعال در پیاده‌سازی موفق برنامه

ح-۱۰-۲) مشارکت در تدوین مسیرهای بالینی و راهنماهای بالینی

ح-۱۰-۳) تعامل و هماهنگی بین‌بخشی

خ) الزامات اجرایی برنامه

خ-۱) فرهنگ‌سازی، اطلاع‌رسانی و مشارکت‌های اجتماعی

خ-۱-۱) فرهنگ‌سازی عمومی و ملی از طریق رسانه‌ها و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

خ-۱-۲) جلب مشارکت و بکارگیری سایر بخش‌های سهیم در سلامت مانند سازمان‌های بیمه‌گر پایه

خ-۱-۳) جلب مشارکت و حمایت قوای سه‌گانه و نمایندگان مجلس شورای اسلامی، قوه قضائیه و بدنه دولت

خ-۱-۴) ارتقای جایگاه مشارکت مردمی، خیرین، سمن‌ها، داوطلبان سلامت محله و رابطین سلامت سازمان‌ها و

ادارات

خ-۱-۵) فرهنگ‌سازی در مورد برنامه ملی خودمراقبتی و جذب سفیر سلامت خانواده

- خ-۱-۶) فرهنگ‌سازی و ارتقای تعهد مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره‌گیری از همه ظرفیت‌های موجود
- خ-۱-۷) 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
- خ-۱-۸) 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 ...)
- خ-۱-۹) طراحی و استقرار بسترها و فضاهاى 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
- خ-۱-۱۰) 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
- خ-۱-۱۱) 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
- خ-۱-۱۲) 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 دریافت کنندگان خدمات و دستگاه‌های ذی‌نقش
- خ-۱-۱۳) معرفی و به اشتراک‌گذاری تجارب برتر در زمینه اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (تعیین شده در سایر کمیته‌ها) به عنوان الگوهای موفق
- خ-۱-۱۴) 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
- خ-۱-۱۵) طراحی اجرای نام‌نما (برند) برنامه شامل: اصول پایه‌ای (ماموریت، چشم‌انداز، ارزش‌ها و ...) و هویت بصری (لوگو، رنگ‌ها، آیکون‌ها، اشکال و ...)

خ-۱-۱۶) توانمندسازی مردم (سفیران سلامت خانواده) برای خودمراقبتی و مراجعه آگاهانه به منظور برخورداری بهینه از خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع

خ-۲) آموزش، تامین و توانمندسازی منابع انسانی

خ-۲-۱) مشارکت در تدوین استانداردهای صلاحیت حرفه‌ای برای مدیران و نیروهای فعال در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

خ-۲-۲) تدوین سرفصل‌ها و برنامه‌های آموزشی متناسب با بسته‌های خدمتی و نیازهای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

خ-۲-۳) طراحی دوره‌های آموزش ضمن خدمت، کوتاه‌مدت و بلندمدت برای مدیران، پزشکان خانواده، واحدهای ارجاع و سایر نیروهای مرتبط

خ-۲-۴) شناسایی نیازهای نیروی انسانی در سطح کشور و تعیین کمبودها

خ-۲-۵) طراحی سازوکارهای جذب پزشکان خانواده و سایر اعضای تیم سلامت برای خدمت در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

خ-۲-۶) ارائه مشوق‌های مالی و غیرمالی برای ترغیب نیروها به مشارکت در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

خ-۲-۷) سفارش و حمایت از برگزاری دوره‌های آموزشی مهارت‌محور (مانند ارتباط مؤثر با بیمار، مدیریت بیماری‌های شایع، پیشگیری و ارتقای سلامت)

خ-۲-۸) سفارش و حمایت از آموزش مربیان و اساتید جهت تربیت نیروهای متخصص در حوزه برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

خ-۲-۹) حمایت از توسعه آموزش‌های مجازی و استفاده از فناوری‌های نوین و هوش مصنوعی برای دسترسی عادلانه و هزینه-اثربخش نیروها به منابع آموزشی

خ-۲-۱۰) طراحی شاخص‌های ارزیابی کیفیت آموزش‌های ارائه شده

خ-۲-۱۱) نظارت بر اجرا و ارزشیابی دوره‌های آموزشی در سطوح مختلف

خ-۲-۱۲) اصلاح و به‌روزرسانی برنامه‌های آموزشی بر اساس نتایج ارزیابی‌ها

خ-۲-۱۳) مشارکت در طراحی سیستم ارتقای مستمر حرفه‌ای نیروهای فعال در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

خ-۲-۱۴) ارتباط مستمر با انجمن‌های علمی و تخصصی برای استفاده از تجربیات داخلی و بین‌المللی

خ-۲-۱۵) حمایت از تحقیقات کاربردی در زمینه آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی

خ-۲-۱۶) برگزاری جلسات مشترک پزشکان تمامی سطوح ارائه خدمت (یک، دو و سه) با هدف ارزیابی الگوهای ارجاع، یادگیری و تسهیل بازخورد

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

خ-۳-۱) نهایی‌سازی بسته خدمات سلامت سطوح نظام شبکه مبتنی بر برنامه پزشک خانواده

خ-۳-۲) به‌روزرسانی نقشه راه ارجاع سطوح مختلف ارائه خدمات و ابلاغ به دانشگاه‌ها

خ-۳-۳) تصویب و ابلاغ فرآیندهای اجرایی مرتبط با زنجیره ارجاع شامل نوبت‌دهی، هدایت بیمار، ارائه خدمات، ارائه بازخورد

خ-۳-۴) ابلاغ فرآیندهای اجرایی تحلیل داده‌های مرتبط با نظام ارجاع و ارائه بازخورد عملکرد متخصصین و پزشکان خانواده

خ-۳-۵) بررسی موانع اجرایی نظام ارجاع الکترونیک و پیگیری رفع چالش‌های آن از طریق هماهنگی با کمیته فناوری اطلاعات

خ-۳-۶) تصویب و ابلاغ فرآیندهای اجرایی پزشکی از راه دور در زنجیره ارجاع ارائه خدمات سطح ۲ و ۳

خ-۳-۷) تصویب اصلاحات نظام ارائه خدمات سطح یک، توسعه و تقویت نظام شبکه مبتنی بر طرح گسترش شبکه

خ-۳-۸) تصویب اصلاحات نظام ارائه خدمات سطح ۲ و ۳ مشتمل بر سطح‌بندی و تقویت بخش سرپایی و بستری بخش دولتی

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

خ-۴-۱) 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

خ-۴-۲) برنامه‌ریزی در راستای تأمین 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

خ-۴-۳) ارزیابی منابع موجود (مصوب و قابل تخصیص) در وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر پایه با تاکید بر موانع پیش رو

خ-۴-۴) ترسیم فرایند اجرایی، نشان‌دار نمودن و تخصیص به موقع و کامل منابع مالی

خ-۴-۵) برنامه‌ریزی در خصوص بازنگری، اصلاح و اجرای نظام پرداخت کارآمد و اثر بخش

خ-۴-۶) ترسیم فرایند اجرایی مدیریت منابع برنامه، اجرا از طریق سازمان‌های بیمه‌گر پایه

خ-۴-۷) برنامه‌ریزی اجرای نظام انگیزشی ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی برای استقبال از اجرای فرایندهای مرتبط با نظام ارجاع (عمودی و افقی)

خ-۴-۸) تعیین نحوه تعامل مالی میان شبکه بهداشت و درمان، دانشگاه علوم پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی و ارائه‌دهندگان خدمات در شهرستان‌های مجری

خ-۵) مدیریت آمار و فناوری اطلاعات سلامت

خ-۵-۱) ایجاد بستر مناسب جهت بهره‌مندی از سامانه‌های موجود با هدف تسهیل فرایندهای اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط ذی‌نقشان (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)

خ-۵-۲) استفاده از فناوری‌های نوین و مناسب به ویژه هوش مصنوعی

خ-۵-۳) ساماندهی داده‌ها و استفاده بهینه از آنها در برنامه‌ریزی و مدیریت

خ-۵-۴) ارتقای سواد سلامت الکترونیک گروه‌های هدف (ارائه‌کنندگان، گیرندگان و خریداران خدمت) و افزایش دانش الکترونیک در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع بر اساس برنامه‌های مدون

خ-۵-۵) ارتقای رصدخانه الکترونیک سلامت مبتنی بر داشبوردهای اطلاعاتی و پیگیری و پایش مستمر برنامه‌ها، برقراری نظام ارجاع و بازخورد الکترونیک بین سطوح ارائه خدمت

خ-۵-۶) تامین زیرساخت فناوری اطلاعات و مدیریت نگاهداشت

خ-۵-۷) تامین الزامات مورد نیاز در جهت پیاده‌سازی پرونده الکترونیک سلامت، تبادل داده‌ها از طریق ساماندهی و ارتباط سامانه‌های موجود در سطوح ارائه خدمت

خ-۵-۸) تامین دسترسی به داشبوردهای مدیریت اطلاعات در سطوح ستادی و دانشگاهی

خ-۵-۹) ترسیم فرایندهای خدمات پشتیبانی فنی مستمر دانشگاه‌ها در خصوص مشکلات مرتبط با سامانه‌های نظام ارجاع الکترونیک سطوح ارائه خدمت

خ-۵-۱۰) فرایندهای الکترونیکی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به صورت برخط (آنلاین) و برون‌خط (آفلاین) و یا از طریق شبکه‌های محلی (اینترنت)

خ-۶) پایش و نظارت و اعتباربخشی

خ-۶-۱) پیگیری و نظارت بر اجرای سیاست‌های ستاد اجرایی کشوری در پایش و نظارت بر برنامه پزشکی خانواده

خ-۶-۲) تعیین شاخص‌های اعتباربخشی و ارزیابی عملکرد

خ-۶-۳) طراحی مدل ملی برای پایش و نظارت

خ-۶-۴) برنامه‌ریزی برای توانمندسازی تیم‌های پایش و نظارت ملی و منطقه‌ای

خ-۶-۵) نظارت بر عملکرد دانشگاه‌ها در خصوص پایش و نظارت از طریق داشبورد مدیریتی (شاخص‌های ورودی، فرآیند، برونداد و اثر) توسط ستاد هماهنگی کشوری

خ-۶-۶) اجرای پروژه‌های رصد و دیده‌بانی شاخص‌های سلامت قبل و بعد از استقرار برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

خ-۶-۷) نظارت بر اجرای فرایندهای مرتبط با نوبت‌دهی، هدایت بیمار، ارائه خدمات، فرایند ارجاع و ارائه بازخورد

خ-۶-۸) بیمه‌های پایه و دانشگاه‌های علوم پزشکی به منظور اطمینان از بهبود مستمر فرایندهای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع و بازطراحی فرایندها براساس دیدگاه و نظرات جمعیت تحت پوشش، نسبت به سنجش منظم تجارب، بازخورد نتایج و بهبود اقدام می‌نمایند.

(د) ساختار اجرایی و نظارتی (کمیته‌های ملی و استانی)

(د-۱) ستاد ملی

(د-۱-۱) اعضای ستاد ملی

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

(د-۱-۲) وظایف ستاد ملی

- تصویب و بازنگری برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع
- سیاست گذاری 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

د-۲) ستاد هماهنگی کشوری

د-۲-۱) اعضای ستاد هماهنگی کشوری

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

د-۲-۲) وظایف ستاد هماهنگی کشوری

- 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

د-۳) ستاد اجرایی کشوری

د-۳-۱) اعضای ستاد اجرایی کشوری

- رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (رئیس ستاد)
- رئیس مرکز بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت (دبیر ستاد)
- معاون مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت
- مدیرکل دفتر بیمه‌های درمان وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- مدیرکل امور دارویی سازمان غذا و دارو
- رئیس مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس وزارت بهداشت
- معاون درمان سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

- معاون درمان سازمان تامین اجتماعی
- معاون درمان و خرید راهبردی سازمان بیمه سلامت ایران
- معاون پیشگیری و خدمات پایه سلامت بیمه سلامت ایران
- معاون دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور
- رئیس امور سلامت و رفاه اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور
- مدیر کل بهداشت و بیمه‌های اجتماعی و درمان کمیته امداد امام خمینی (ره)
- رئیس مرکز توسعه فناوری اطلاعات، امنیت و هوشمندسازی سازمان بیمه سلامت ایران
- رئیس مرکز فناوری اطلاعات، آمار و محاسبات سازمان تامین اجتماعی

د-۳-۲) وظایف ستاد اجرایی کشوری

- 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

د-۴) ستاد راهبری استان

د-۴-۱) اعضای ستاد راهبری استان

- استاندار (رئیس ستاد)
- رئیس دانشگاه مرکز استان (دبیر ستاد)
- رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان
- معاونین بهداشت (مسئول دبیرخانه ستاد)، درمان، غذا و دارو، آموزشی و توسعه مدیریت و منابع دانشگاه مرکز استان
- سایر روسای دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان
- مدیر کل بیمه سلامت استان

- مدیر درمان استان سازمان تامین اجتماعی
- رئیس سازمان نظام پزشکی استان
- نماینده تام‌الاختیار شورای سلامت صدا و سیما استان
- مدیر / رئیس گروه توسعه شبکه مرکز بهداشت استان
- مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی

د-۴-۲) وظایف ستاد راهبری استان

- جلب حمایت دستگاه‌های اجرایی استان در تامین زیرساخت‌ها (فنی، اجرایی و ...) و پشتیبانی از اجرای برنامه پزشک خانواده
- ارائه گزارشات فصلی به ستاد هماهنگی و اجرایی کشوری
- هماهنگی اجرای برنامه پزشک 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

د-۵) ستاد اجرایی استان

د-۵-۱) اعضای ستاد اجرایی استان

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

د-۵-۲) وظایف ستاد اجرایی استان

- 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 پزشک خانواده و نظام ارجاع
- نظارت و پایش مستمر اجرای برنامه در سطح استان و ارائه گزارش به ستاد راهبری استان

د-۶) ستاد اجرایی شهرستان

د-۶-۱) اعضای ستاد اجرایی شهرستان

- 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

د-۶-۲) وظایف ستاد اجرایی شهرستان

- تحلیل وضعیت موجود (واحدهای ارائه خدمت، تعداد و نوع واحدها در بخش دولتی و غیردولتی، نیروی انسانی موجود (ترکیب و تعداد) در بخش دولتی و غیردولتی و تطبیق فضای فیزیکی و تجهیزات موجود بخش دولتی و غیردولتی برابر ضوابط وزارت بهداشت)
- سازماندهی لازم برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده و تیم سلامت (تعیین وظایف واحدهای مرتبط ستادی شهرستان در استقرار و ارائه خدمات تیم سلامت با توجه به مصوبات ستاد هماهنگی شهرستان، برآورد و توزیع منابع مورد نیاز برای اجرای مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شامل فضا، تجهیزات، نیروی انسانی و منابع مورد نیاز برای فعالیت‌های اجرایی نظام ارائه خدمات سلامت در شهرستان با بیشترین استفاده از امکانات موجود (در شبکه‌ها،

سازمان‌های بیمه‌گر و بخش غیردولتی) و راه‌اندازی مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و استقرار تیم‌های سلامت

- تحلیل وضعیت سلامت شهرستان (ساختار جمعیت، وضعیت سنی، جنسی، اشتغال، بیمه، ترسیم وضعیت سلامت شهرستان، تحلیل بار بیماری‌های شهرستان و ایجاد نظام یکپارچه اطلاعات نظام سلامت در سطح شهرستان)

- ترسیم وضعیت مطلوب شهرستان به منظور هدف‌گذاری عملیات اجرایی بر اساس توان شهرستان
- تدوین برنامه عملیاتی شهرستان
- هماهنگی آموزش همگانی، برقراری ارتباط و اطلاع‌رسانی (برقراری ارتباط با مسئولان سیاسی و مذهبی شهرستان و جلب حمایت آنان با استفاده از دستورالعمل‌ها و متن‌هایی که واحد کشوری در اختیار می‌گذارد و آگاه‌سازی مردم از آرمان‌ها و اهداف نظام ارائه خدمات سلامت و پزشکان خانواده با استفاده از همه وسایل ارتباط جمعی و سایر امکانات استانی و شهرستانی)

- هماهنگی برای آموزش نیروی انسانی (آموزش کارشناسان شبکه شهرستان و سازمان‌های بیمه‌گر درباره آیین‌نامه براساس دستورالعمل‌های ستاد اجرایی نظام ارائه خدمات سلامت و شورای استانی نظام ارائه خدمات سلامت و برقراری ارتباط، اطلاع‌رسانی و بازآموزی پزشکان، به ویژه پزشکان عمومی شهرستان درباره آرمان‌ها و هدف‌های نظام ارائه خدمات سلامت و نیز آموزش نحوه اجرای آیین‌نامه سطح‌بندی، نظام ارجاع و تبیین نقش جامعه پزشکی در این زمینه)

- ۸-۲-۶-د- اعلام آغاز طرح و شرایط همکاری و ثبت‌نام پزشکان با ستاد اجرایی شهرستان (ثبت‌نام و تشکیل پرونده برای پزشکان واجد شرایطی که اعلام آمادگی کرده‌اند، صدور مجوز کار پزشکان خانواده پس از اعلام آمادگی آنان و اعلام فهرست آنان به ستاد اجرایی استان و اعلام فراگیر به مردم برای انتخاب پزشک خانواده خود و ثبت‌نام در نزد پزشک خانواده)

- هدایت عملیات اجرایی طرح در شهرستان
- پایش عملکرد پزشکان، تیم سلامت
- پیش‌بینی سازوکار تلفیق نتایج پایش‌های مجزای انجام‌شده توسط واحدهای مختلف
- فراهم کردن شرایط اجرای تمام دستورالعمل‌های ابلاغی از سوی ستاد ملی و استانی
- نظارت بر عملکرد ادارات ذی‌ربط در اجرای برنامه
- حمایت‌های مورد نیاز قانونی و مدیریتی در اجرای برنامه

- بررسی چالش‌ها و تعیین راه کارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات اجرای برنامه و هماهنگی با ستاد استانی