



جمهوری اسلامی ایران

رئیس جمهور

تصویب نامه هیئت وزیران

بسمه تعالی

"با صلوات بر محمد و آل محمد"

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۱/۱۶ بنا به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تصویب نمود:

۱- نقشه تحول نظام سلامت به شرح پیوست که تأیید شده به مهر "دفتر هیئت دولت" است تعیین می شود.

۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ظرف دو سال از تاریخ ابلاغ نسخه (۰۲) برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به شرح پیوست که تأیید شده به مهر "دفتر هیئت دولت" است و اصلاحات بعدی آن که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می رسد، نسبت به توسعه برنامه مذکور در کلیه مناطق شهری اقدام نماید. همه وزارتخانه ها، سازمانها و دستگاههای مربوط موظف به تأمین زیرساختها و همکاری لازم جهت استقرار برنامه یادشده می باشند.

۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ظرف شش ماه سامانه جامع اطلاعات بهداشت محیط کشور را راه اندازی نماید. کلیه مؤسسات و سازمانهای دولتی از جمله سازمان حفاظت محیط زیست، وزارتخانه های نیرو، جهاد کشاورزی، راه و شهرسازی، صنعت، معدن و تجارت، شهرداریها و دانشگاهها موظفند داده های خود را در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دهند تا در این سامانه مورد استفاده قرار گیرد.

۴- دستگاههای ذی ربط نسبت به اجرای کامل مقررات بهداشتی بین المللی مصوب سال (۲۰۰۵) میلادی تا پایان دی ماه ۱۳۹۱ اقدام نموده و برنامه عملیاتی سازمان متبوع خود را در چارچوب راهبردها و اهداف مندرج در آن تدوین و جهت اجرا به ادارات استانی خود ابلاغ نمایند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر حسن اجرای این بند نظارت می نماید.

۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارتخانه های جهاد کشاورزی، صنعت، معدن و تجارت و سایر سازمانهای ذی ربط نسبت به تدوین سند ملی ایمنی و سلامت روغنهای خوراکی و اصلاح الگوی مصرف اقدام نماید.

۹. سطح بندي خدمات (Rationnig of Health Services):

چيدمان خاص واحدهای تامین کننده خدمات ومراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه‌ی خدمات تا جایی که ممکن است سهل و سریع ، عادلانه ، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد.

خدمات و مراقبت‌های سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه گذارده می‌شود :

سطح یک:

شامل پایگاه پزشك خانواده (مطب تطابق یافته پزشك عمومی از نظر استاندارد فضا، نیروی انسانی، محتوای خدمت، تجهیزات، ساعت کار و...)

مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع (محل استقرار پزشك خانواده مسئول و قسمت بهداشت عمومی تیم سلامت مثل کاردان/کارشناس بهداشت محیط، مبارزه با بیماریها و ... و پایگاه پزشك خانواده ضمیمه بوده) که به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد، و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشك خانواده یا تیم سلامت اتفاق می‌افتد. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان‌های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پی‌گیری بیمار، اجرای برنامه های آموزشی جهت ارتقای سلامت عمومی عمده‌ی خدمات این سطح را تشکیل می‌دهد که در چارچوب خدمت‌های واحد پزشکی خانواده اقدامات پیشگیرانه، ارائه درمانهای اولیه، تجویز دارو، درخواست انجام خدمات پاراکلینیک، درخواست مشاوره، ارجاع بیماران و پیگیری بیماران ارجاعی و همچنین ثبت و ضبط اطلاعات بیماران در پرونده الکترونیک سلامت آنها می باشد که در چارچوب خدمات تیم سلامت و پزشك خانواده شکل می گیرد.

هر پزشك خانواده جمعیتی مشخص را (که نمی بایست از حدی معین تجاوز کند) در پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش هر پزشك بایستی حداقل ۵۰۰ نفر باشد(سه ماهه اول بدون در نظر گرفتن حداقل مجاز سرانه پرداخت می شود). تقریباً به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک مرکز مجری برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع که فضای فیزیکی آن می تواند متعلق به وزارت بهداشت و یا سایر ارگانها وسازمانهای بیمه و بخش خصوصی باشد، وجود خواهد داشت که یک یا چند پزشك(در مواردیکه پزشكان بخش خصوصی داوطلب ارائه خدمات خود در این مرکز باشند) به همراه تعدادی از اعضای تیم سلامت در مرکز بهداشتی درمانی منطقه مستقر می گردند. پزشك مستقر در آن مرکز به عنوان مدیر سلامت منطقه و مسئول فنی شناخته می شود.

در دستورالعمل حداقل افرادی که باید همراه پزشك خانواده کار کنند مشخص شده است. برای مرکز خدمات سلامت مجری برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع شرایطی از نظر حداقل‌های فضا، تجهیزات و ساعت های کار تعیین شده است. بدین ترتیب سایر پزشكان خانواده ای که از بخش خصوصی وارد برنامه پزشك خانواده شده اند در همان محل مطب خود که به پایگاه مجری برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع تغییر نام خواهد داد، به ارائه خدمت به جمعیت تحت پوشش خواهند پرداخت.یک ماما/ پرستار (پرستار یا مامائی که بتواند خدمات پرستاری سرپایی را به همراه مراقبت های مادران و گروههای سنی انجام دهد) به همراه پزشك در پایگاه مجری برنامه به ارائه خدمت می پردازد. نظارت بر عملکرد پایگاهها توسط مرکز مجری برنامه پزشك خانواده انجام خواهد شد.

مدیریت سلامت : از پزشك خانواده مسئول مستقر در مرکز خدمات سلامت مجری برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع انتظار می رود برای اجرای برنامه های سلامت کشوری، ارزیابی، مدیریت و کاهش عوامل خطر سلامتی در سطح فردی، خانوادگی و جامعه و نیز انجام وظایف محوله به عنوان مسئول سلامت محله برنامه ریزی کند، بر اجرای این برنامه ها نظارت کند و هدایت (رهبری) تیم سلامت مستقر در مرکز و پایگاههای مجری برنامه پزشك خانواده تحت پوشش را برعهده گیرد. مجموعه ی این کارها به مدیریت سلامت تعبیر می شود. سطح دو: واحدی تخصصی در نظام سلامت که خدمات درمانی و توانبخشی تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع‌شدگان از سطح یک قرار می‌دهد و سپس پزشك خانواده‌ی ارجاع کننده را از نتیجه کار خویش مطلع می‌سازد. خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیت‌های این سطح است.

سطح سه: شامل خدمات درمانی و توانبخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری ، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک می‌باشد. بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع‌کننده و پزشك خانواده وی قرار می‌گیرد

شرح وظایف

• طرح ریزی ۵ ساله

یکی از اهم وظایف هماهنگ کننده‌ها، طراحی برنامه‌های ۵ ساله توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است که اولویت‌های نظام سلامت را به تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران اعلام کرده تا در تدوین برنامه‌های توسعه‌ای کشور مورد توجه قرار گیرند.

• طرح ریزی سالانه

وزارت بهداشت و واحدهای تابعه آن می‌بایست برنامه عملیاتی سالانه خود را متناسب با برنامه‌های تحول نظام سلامت تهیه و تدوین نمایند.

• کنترل و نظارت کلان

از آنجا که کلیه برنامه‌ها تحت نظارت هماهنگ کننده اجرا می‌شوند و هر ۶ ماه یکبار توسط او مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، وی می‌بایست یک دسته شاخص‌های کلان برای ارزیابی تمامی فرایندها تهیه کند. این شاخص‌ها راهنمای پایش پیاده‌سازی نقشه هستند و باید کلیه فرایندها و اقدامات، نتایج و خروجی‌های نهایی برنامه‌ها را مورد سنجش قرار دهند.

• تهیه فهرست شاخص‌های اجرای نقشه (راهنمای پایش نقشه)

• تدوین پروتکل چگونگی انجام کنترل و نظارت

• بازخورد

مدیران بصورت ماهیانه گزارش‌های پیشرفت برنامه‌ها را به هماهنگ کننده اعلام می‌دارند. در این گزارش‌ها کلیه موانع، مشکلات و اصلاحات و تغییرات برنامه‌ها مشخص می‌گردند. هماهنگ کننده با بررسی آن‌ها، اصلاح و بازبینی در اسناد نقشه و یا قوانین را به شورای سیاست‌گذاری پیشنهاد می‌دهد.

• پیشنهاد اصلاح و بازبینی در اسناد نقشه

دفتر هیئت دولت

• پیشنهاد اصلاح و بازبینی در قوانین و مقررات

• کمیته اطلاع رسانی

کلیه فعالیت‌هایی که در سطوح مختلف در راستای پیاده‌سازی نقشه تحول نظام سلامت انجام می‌شوند، باید به گروه‌های مختلف هدف و ذینفع معرفی گردند. این امر با استفاده از ابزارهای مختلف اطلاع رسانی شامل وب‌سایت، خبرنامه، همایش و کنفرانس و ... انجام می‌گیرد.

- راه‌اندازی یک وب‌سایت اختصاصی برای پیاده‌سازی نقشه تحول سلامت با ذکر روزآمد پیشرفت‌ها
- تهیه اسناد و مفاهیم نقشه با توجه به گروه‌های مختلف هدف
- تهیه یک خبرنامه الکترونیک با موضوع پیاده‌سازی نقشه برای کارمندان سراسر کشور
- برگزاری همایش سالانه برای ارائه گزارش عملکرد توسط مدیران برنامه‌های ملی تحول سلامت به سیاست‌گذاران، مدیران، کارمندان و جامعه

ه) مدیران برنامه‌های ملی تحول سلامت

اعضا

برای هر یک از برنامه‌های تحول نظام سلامت، یک مدیر با ابلاغ وزیر بهداشت تعیین می‌گردد. این مدیران زیر نظر هماهنگ‌کننده فعالیت می‌نمایند و کلیه امور مربوط به پیاده‌سازی برنامه را برنامه‌ریزی، هدایت و کنترل می‌نمایند و گزارش‌های پیشرفت برنامه را به هماهنگ‌کننده اعلام می‌دارند.

شرح وظایف

- تشکیل شورای بین بخشی برنامه با مشارکت مؤثر ذینفعان کلیدی
- مشارکت و توانمندسازی جامعه جهت پیاده‌سازی برنامه
- تهیه جزییات اجرایی برنامه سالانه شامل؛ فعالیت‌ها، مجریان، زمان بندی و برآورد هزینه‌ها و منابع

دفتر هیئت دولت



- تامین و تخصیص منابع شامل: انسانی، مالی، دانشی، فیزیکی و
- تدارک و اجرای توانمندسازی منابع انسانی متناسب با پیش‌نیازها یا اهداف برنامه
- عقد تفاهم‌نامه با دانشگاه‌های مجری
- عقد قرارداد با سایر سازمان‌ها و نهادهای دولتی و خصوصی
- تدوین راهنمای کنترل و نظارت هر برنامه ملی
- تهیه فهرست شاخص‌های اجرا برنامه تحول نظام سلامت (راهنمای پایش پیشرفت برنامه)
- تدوین پروتکل چگونگی انجام کنترل و نظارت

و) پایش^۱ و ارزشیابی^۲

پایش به معنی سنجش درجه انطباق فعالیت‌ها با استانداردها در حین اجراست و سه قسمت درونداد، فرایند و برونداد را مورد بررسی قرار می‌دهد.

ارزشیابی به معنای بررسی تحقق اهداف با اجرای برنامه در عمل است. در ارزشیابی اثربخشی، پیامد و تاثیر نهایی برنامه در جامعه، مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

در این مرحله سه نوع نظارت تعریف شده است. هر یک از عناصر درگیر در ساختار پیاده‌سازی طبق مدل مشخصی گزارش‌های خود را به سطح بالاتر می‌فرستند.

در جدول زیر هر یک از مراحل را ملاحظه می‌کنید:

پایش	زمان‌بندی: ماهانه موضوع: گزارش پیشرفت	تهیه‌کننده: مدیر برنامه دریافت‌کننده: هماهنگ‌کننده‌ها
ارزیابی	زمان‌بندی: ۶ ماه یکبار موضوع: گزارش موانع	تهیه‌کننده: هماهنگ‌کننده دریافت‌کننده: رئیس شورای سیاست‌گذاری
ارزشیابی	زمان‌بندی: سالانه موضوع: گزارش موفقیت‌ها، چالش‌ها، فرصت‌ها و تغییرات برنامه‌ها	تهیه‌کننده: رئیس شورای سیاست‌گذاری دریافت‌کننده: وزیر بهداشت، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
ارزشیابی	زمان‌بندی: ۵ ساله موضوع: گزارش موفقیت و منابع	تهیه‌کننده: وزیر بهداشت دریافت‌کننده: مجلس



مراحل مختلف پیاده سازی در یک نگاه

مرحله	توضیحات	اقدامات	توضیحات اقدامات	مسئولیت
مرحله اول: آماده سازی قبل از اجرا	در این مرحله کلیه اقدامات مورد نیاز جهت ایجاد آمادگی برای اجرای گام های پیاده سازی، صورت می پذیرند. یعنی کلیه قوانین و مقررات مورد نیاز تصویب شده، برنامه های ملی تحول سلامت شناسایی و مورد تصویب قرار گرفته، نیروی انسانی مورد نیاز در سطوح مختلف با شرح وظایف گوناگون تامین شده و پیش بینی منابع مالی مورد نیاز انجام می گیرد.	نظام سلامت به سند پیاده سازی تبدیل سند نقشه تحول	تبدیل اقدامات به برنامه های ملی تحول سلامت	دبیرخانه تدوین نقشه تحول نظام سلامت
			تصویب عناوین برنامه های ملی تحول سلامت	دبیرخانه تدوین نقشه تحول نظام سلامت
			تهیه طرح های اجرایی (با جزییات) به ازای هر یک از برنامه های ملی تحول سلامت	مدیران برنامه های تحول نظام سلامت
			تعیین وابستگی های درونی کلیدی ^۱ بین برنامه های ملی تحول سلامت	همه انگ کننده
	تصویب اسناد	تصویب اسناد	تهیه و تصویب قوانین و مقررات به ویژه پیش نیازها، تصویب چشم انداز، اهداف ویژه، سیاست ها، راهبردها و جزییات برنامه های ملی تحول سلامت	شورای معاونین، شورای سیاست گذاری، شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
			برآورد منابع مورد نیاز پیاده سازی برنامه های ملی تحول سلامت	دبیرخانه تدوین نقشه تحول نظام سلامت
			تصویب منابع مورد نیاز پیاده سازی برنامه های ملی تحول سلامت	شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
			تامین منابع مورد نیاز پیاده سازی نقشه	وزیر بهداشت
		تامین منابع مالی و انسانی	برقراری ارتباط بین نقشه تحول سلامت با برنامه های ۵ ساله توسعه ای کشور	همه انگ کننده های برنامه

مرحله	توضیحات	اقدامات	توضیحات اقدامات	مسئولیت
مرحله دوم: اجرا	در قسمت فرآیند اجرا دو گروه بطور عمده درگیر می‌شوند: ۱- هماهنگ کننده ۲- مدیران برنامه‌های ملی تحول نظام سلامت	طرح ریزی ۵ ساله	برقراری ارتباط بین برنامه‌ها و برنامه‌ریزی عملیاتی سالانه وزارت بهداشت	هماهنگ کننده پیاده‌سازی برنامه
		طرح ریزی سالانه	راه‌اندازی یک وب‌سایت اختصاصی برای پیاده‌سازی نقشه تحول سلامت با ذکر روزآمد پیشرفت‌ها	کمیته اطلاع رسانی
	اطلاع‌رسانی		تهیه اسناد و مفاهیم نقشه با توجه به گروه‌های مختلف هدف	کمیته اطلاع رسانی
			تهیه یک خبرنامه الکترونیک با موضوع پیاده‌سازی نقشه برای کارمندان سراسر کشور	
			برگزاری همایش سالانه برای ارائه گزارش عملکرد توسط مدیران برنامه‌های ملی تحول سلامت به سیاست‌گذاران، مدیران، کارمندان و جامعه	
			تهیه فهرست شاخص‌های اجرای نقشه (راهنمای پایش نقشه)	
	تدوین راهنمای کنترل و نظارت کلان	تدوین پروتکل چگونگی انجام کنترل و نظارت	پیشنهاد اصلاح و بازبینی در اسناد نقشه	هماهنگ کننده پیاده‌سازی برنامه هماهنگ کننده پیاده‌سازی برنامه
				هماهنگ کننده پیاده‌سازی برنامه

مرحله	توضیحات	اقدامات	توضیحات اقدامات	مسئولیت
مرحله دوم: اجرا			تشکیل شورای بین بخشی برنامه با مشارکت مؤثر ذینفعان کلیدی	پیاده سازی برنامه مدیران برنامه های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	مشارکت و توانمندسازی جامعه جهت پیاده سازی برنامه	مدیران برنامه های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	تهیه جزییات اجرایی برنامه سالانه شامل؛ فعالیت ها، مجریان، زمان بندی برآورد هزینه ها و منابع	مدیران برنامه های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	تامین و تخصیص منابع شامل؛ انسانی، مالی، دانشی، فیزیکی و ...	مدیران برنامه های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	تدارک و اجرای توانمندسازی منابع انسانی متناسب با پیش نیازها یا اهداف برنامه	مدیران برنامه های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	عقد تفاهم نامه با دانشگاه های مجری	مدیران برنامه های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	عقد قرارداد با سایر سازمان ها و نهادهای دولتی و خصوصی	مدیران برنامه های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	تهیه فهرست شاخص های اجرای برنامه تحول نظام سلامت (راهنمای پایش پیشرفت برنامه)	مدیران برنامه های ملی تحول نظام سلامت
		اجرا	تدوین پروتکل چگونگی انجام کنترل و نظارت	مدیران برنامه های ملی تحول نظام سلامت

مرحله	توضیحات	اقدامات	توضیحات اقدامات	مسئولیت
مرحله سوم: کنترل	در این مرحله سه نوع نظارت تعریف شده است. هر یک از عناصر درگیر در ساختار پیاده سازی، طبق مدل مشخصی گزارش های خود را به سطح بالاتر می فرستند.	پایش	زمانبندی: ماهانه موضوع: گزارش پیشرفت	تهیه کننده: مدیر برنامه دریافت کننده: هماهنگ کننده
		ارزیابی	زمانبندی: ۶ ماه یکبار موضوع: گزارش موانع	تهیه کننده: هماهنگ کننده دریافت کننده: رئیس شورای سیاستگذاری
		ارزشیابی	زمانبندی: سالانه موضوع: گزارش موفقیت ها، چالش ها، فرصت ها و تغییرات برنامه ها	تهیه کننده: رئیس شورای سیاست گذاری دریافت کننده: وزیر بهداشت
		ارزشیابی	زمانبندی: ۵ ساله موضوع: گزارش موفقیت و منابع	تهیه کننده: وزیر بهداشت دریافت کننده: مجلس

دفتر هیئت دولت

پیوست ۱ - تعریف واژه‌ها

سیاست (Policy): جهت‌گیری‌های عمده برای دستیابی به اهداف کلان و راهبردی می‌باشد.

برنامه ملی تحول: مجموعه‌ای از خدمات و فعالیت‌های مرتبط با یکدیگر است که برای مقابله با یک یا چند مشکل سلامت و یا ارتقای آن طراحی و اجرا می‌شود. امید می‌رود که این برنامه‌های ملی تحول در صورت تصویب، بتوانند مصدر بسته‌های اجرایی برنامه‌های توسعه پنج ساله فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور باشند.

چشم انداز: ارائه دهنده یک تصویر مطلوب، آرمانی و قابل دستیابی است که منظر و دورنمایی در افق بلندمدت فراوری مدیریت عمومی جامعه قرار می‌دهد و دارای ویژگی‌های جامع‌نگری، آینده‌نگاری، ارزشگرایی و واقع‌گرایی می‌باشد.

شاخص: در این مستند، منظور ابزار سنجش لازم جهت تعیین وضعیت آتی نظام سلامت کشور نسبت به مسیر تعیین شده در نقشه نظام سلامت و میزان دستیابی به اهداف مقرر نقشه می‌باشد.

ارزش‌ها: عقاید و باورهایی که مبنای اصلی جهت‌گیری‌ها هستند. هیچ یک از سیاست‌ها و یا اقدامات طراحی شده در هنگام اجرا نباید از ارزش‌ها تخطی کنند و باید مجموعه آن‌ها نیز در جهت ارزش‌ها قرار گیرند. در نتیجه انتظار می‌رود ارزش‌ها آن دسته از باورهایی باشند که ناظر به مدت زمان طولانی بوده و به راحتی تغییر نکنند.

اصول: قوانین و قواعدی پایدار در سطح عالی که چارچوبی را برای تحکیم ارزش‌ها، تعیین اهداف و مسیر دستیابی به آن‌ها مشخص می‌کنند.

دفتر هیئت دولت

اهداف کلان: اهداف کلی مؤید جهت‌گیری راهبردی کل نظام سلامت بوده و نقاط مطلوبی در آینده هستند که نظام سلامت تمایل به دستیابی به آن‌ها دارد. اهداف کلان مسیر حرکت نظام سلامت را مشخص کرده و علی‌رغم اینکه در حوزه‌های خاص نوشته می‌شوند، به اندازه کافی عمومی و کلی هستند که منجر به تقویت خلاقیت و نوآوری می‌گردند. اهداف کلان همچنین مشکلات جدی یا فوری و یا مسائل با اولویت را نشان می‌دهند.

تأمین مالی: تأمین مالی یعنی ساز و کارهایی که پول در نظام سلامت از طریق آن‌ها جمع‌آوری، انباشت و صرف خرید خدمات می‌شود.

پاسخگویی: منظور میزان پاسخ به نیازهای غیر سلامت افراد می‌باشد که در آن موارد مهمی نظیر حفظ کرامت انسانی مطرح می‌شود.

عدالت: عدالت در سلامت دلالت بر این مطلب دارد که هر کسی باید به طور آرمانی فرصت‌های عادلانه‌ای برای دستیابی به ظرفیت کامل سلامت خود یعنی سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی داشته باشد و واقع بینانه‌تر این که هیچ‌کسی نباید از به دست آوردن این ظرفیت‌ها محروم گردد.

ارتقای سلامت: طراحی و اجرای برنامه‌ها و فرآیندهایی که اشخاص و سازمان‌ها را قادر می‌سازد تا بر سلامت خود نظارت کنند و آن را ارتقا دهند.

توسعه پایدار: پاسخگویی به نیازهای کنونی افراد جامعه بدون تضعیف توانایی نسل‌های آینده در تأمین نیازهای خود می‌باشد. توسعه پایدار در حقیقت ما حاصل تعادل میان جامعه، محیط زیست و اقتصاد است و تنها بر جنبه‌های زیست محیطی تمرکز نداشته و علاوه بر پایداری منابع طبیعی؛ پایداری سیاسی، اجتماعی و اقتصادی را نیز در بر می‌گیرد.

تولیت: بخشی از کارکرد یک حکومت که مسئول سلامت و رفاه جامعه می باشد و به میزان اعتماد و مشروعیتی که شهروندان برای فعالیت های حکومت قائل هستند اهمیت می دهد.

سرمایه اجتماعی: پیوند رسمی و غیر رسمی بین افراد و میزان اعتماد آن ها به یکدیگر. سرمایه اجتماعی منبعی است که افراد و گروه ها از طریق پیوند با یکدیگر و نوع این ارتباطات به دست می آورند. در سطح فردی به معنی میزان سرمایه گذاری افراد در شبکه های اجتماعی شخصی تلقی شده و در سطح عمومی به میزان اهمیت و توجه اعضای جامعه نسبت به امور مدنی و ترویج هنجارهای اجتماعی جمعی و میزان اعتماد به نهادهای عمومی است.

سلامت: سلامت نداشتن بیماری نیست بلکه برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است.

سلامت معنوی: دیدگاه معنوی، بر روی باورها، ارزش ها و رفتارها تاثیر عمیق دارد. این تاثیر از طریق رفتارهای بهداشتی، حمایت اجتماعی و سایکو نوروفیزیولوژی بر سایر ابعاد سلامت اثر گذار است.

سعادت انسانی: سعادت هر چیزی عبارت است از رسیدنش به خیر وجودش تا بوسیله آن، کمال خود را یافته و در نتیجه متلذذ شود و سعادت در انسان که موجودی است مرکب از روح و بدن، عبارت است از رسیدن به خیرات جسمانی و روحانی اش و متنعم شدن به آن (علامه طباطبائی)^۱.

سواد سلامت: توانایی دستیابی، درک و تحلیل اطلاعات و خدمات سلامت مورد نیاز به منظور تصمیم گیری و انتخاب آگاهانه در مورد فرصت های سلامت و مراقبت از خود.

۱- از دیدگاه اسلام در سایه ایمان است که اعمال معنا پیدا می کند و ایمان اسلامی یعنی تسلیم قلبی و تصدیق زبانی و بندگی مطلق در برابر خدا و انجام فرمان های او و عبودیت، راه رسیدن به سعادت است. استاد مطهری رسیدن به سعادت را متکی به حرکت و سیر تکامل انسان و رسیدن او به کمالات می داند و می گوید سعادت به حرکت و مسیر تکاملی انسان بستگی دارد. هر موجودی به تناسب ظرفیت و سعه وجودی که دارد از سعادت بهره مند است و ظرفیت و سعه وجودی هر کس متناسب با قرب آن فرد به سرچشمه لایزال هستی است (استاد مطهری، مجموعه مقالات، قم دفتر انتشارات اسلامی ۱۳۶۲).

۱۰. خدمات سلامتی اورژانس

معاونت های درمان دانشگاه / شبکه موظف هستند دسترسی به خدمات اورژانس (اعم از پیش بیمارستانی و...) را در تمام ساعات شبانه روز برابر نظام سطح بندی برای کلیه ساکنین هر شهرستان تأمین نمایند.

وضعیت اورژانس: دارای دو تعریف عمومی و بالینی می باشد:

تعریف بالینی بیمار اورژانسی: به بیماری گفته می شود که باید بدون فوت وقت و در حداقل زمان ممکن نسبت به ارائه خدمات تشخیصی درمانی برای او اقدام نمود و برای بیمار اورژانسی سرعت عمل و زمان در ارائه خدمات درمانی نقشی اساسی دارد (نظیر زایمان، MI، ضربه مغزی، شکستگیهای باز، مسمومیت و ...).

تعریف عمومی بیمار اورژانسی: هر وضعیتی که باعث شود تا بیمار شخصاً و یا توسط افراد دیگر به بخش اورژانس مراجعه نماید. بنابراین تعریف وضعیت اورژانس با تصور شخص بیمار یا همراهان او قابل تعریف بوده و باید هر بیمار مراجعه کننده پذیرش و تحت مراقبتهای اولیه قرار گیرد.

بیمار الکتیو: بیماری که فوریت زمانی برای دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی ندارد و می تواند جهت دریافت خدمات سلامت بر اساس نوبت مراجعه نماید.

کلیه افراد در صورتی که احساس کنند وضعیت اورژانس دارند می توانند به پزشک خانواده خود و یا بدون رعایت نظام ارجاع به مراکز اورژانس مراجعه و این مراکز باید آنان را بپذیرند. بدین ترتیب فوریت ها از قاعده الزام ارجاع مستثنی هستند و مراجعه مستقیم افراد دچار فوریت به واحدهای اورژانس یا بیمارستان ها مانعی ندارد

خدمات اورژانس ۱۱۵ کلاً رایگان بوده لیکن هزینه خدمات اورژانس بیمارستانی بصورت فی فورسرویس پرداخت می گردد و سهم بیمه ها در پرداخت این هزینه ها در موارد تحت نظر ۹۰٪، بستری در بیمارستان ۹۵٪ و مراجعات غیر ضروری به اورژانس ۷۰٪ تعرفه بخش دولتی خواهد بود. اما در صورتیکه فرد مراجعه کننده به اورژانس نیازمند خدمات اورژانس نباشد حداقل اقدامات تشخیصی (جهت R/O حالات اورژانس) و حداقل اقدامات درمانی (جهت تسکین درد و مشکل) برای او انجام می شود (در این موارد ۷۰٪ درصد از هزینه دارو و سایر اقدامات تشخیصی درمانی (بجز ویزیت) از طریق بیمه پرداخت خواهد شد) و به پزشک خانواده خودش هدایت می شود. میزان مراجعات غیر اورژانس افراد تحت پوشش هر پزشک به اورژانس که می تواند نشانه عدم حمایت پزشک از فرد باشد در پایش عملکرد پزشک خانواده لحاظ می گردد.

کلیه ارجاعات و مشاوره های درخواست شده توسط پزشک اورژانس فقط در خصوص بیماران تحت نظر و بستری نافذ خواهد بود. در موارد غیر بستری نمی تواند به سطوح ۲ و ۳ ارجاع دهد

۱۱. ارائه خدمات پزشکی عمومی در روزهای تعطیل و ساعت غیر اداری:

مشاوره (تلفنی):

پزشک خانواده موظف است در تمام ساعات شبانه روز (بجز ساعات ۱۰ شب تا ۷ صبح که با درخواست ستاد استانی و تأیید ستاد کشوری قابل تغییر است) با در اختیار گذاردن تلفن ثابت و همراه خود به کلیه تماس های تلفنی افراد تحت پوشش پاسخ داده و نسبت به ارائه مشاوره و راهنمایی لازم اقدام نماید.

برای ارائه خدمت در روزهای تعطیل و ساعات غیر فعال برنامه پزشک خانواده

۱- درمانگاه های فعلی روزها حسب نیاز و آمادگی به عنوان مرکز یا پایگاه ها مجری برنامه پزشک خانواده خدمت خواهند کرد در اینصورت در این ساعات تابع مقررات پزشک خانواده هستند

۲- به ازاء هر ۳۰ هزار نفر جمعیت این مراکز (فقط ساعت غیر برنامه پزشک خانواده و روز های تعطیل) با حضور حداقل یک پزشک و دو پرستار/بیمار در درمانگاه های فوق ارائه خدمت خواهند کرد برابر نظر ستاد شهرستان

دفتر هیئت دولت



فرهنگ سازمانی: الگویی از فرضیات بنیادی مشترک که توسط گروه در هنگام حل مشکلات، سازگاری با محیط خارج و یکپارچگی در محیط داخل آموخته می‌شود و چنان خوب کار کرده است که معتبر در نظر گرفته شده و به اعضای جدید آموخته می‌شود تا به عنوان شیوه درست فهم، تفکر و درک مشکلات به کار گرفته شود.

فناوری: حاصل ترکیب موزون مهارت، دانش و اطلاعات، سخت افزار و مدیریت مربوط به تهیه و تولید کالا و عرضه خدمات است که می‌تواند به صورت فناوری نرم یا سخت باشد. از مثال‌های فناوری نرم می‌توان به روش‌های مدیریت و دستورالعمل‌ها اشاره کرد. ابزار نیز نمونه‌ای از فناوری سخت می‌باشد.

فناوری مطلوب: فناوری است که از نظر کارایی، بی‌خطری، هزینه اثربخشی، ملاحظات اخلاقی، اجتماعی، امکان برخورداری آحاد نیازمندان و قانون، مناسب‌ترین باشد و ملاک مناسب بودن آن، ساده و یا پیچیده بودن، موجود بودن و یا نوین بودن دانش آن، سخت افزاری و یا نرم افزاری بودن نیست.

نوآوری: تبدیل ایده به کاربرد، محصول، خدمت اجتماعی، فرآیند صنعتی و یا تجاری جدید یا بهبودیافته که قابل عرضه و دارای مشتری باشد.

نظام سلامت: افراد، سازمان‌ها و منابعی که با رویکردهای تأیید شده در کنار یکدیگر قرار گرفته‌اند تا سلامت جمعیت تحت پوشش خود را ارتقا دهند و از طریق انواعی از فعالیت‌ها که هدف اصلی آن‌ها ارتقای سلامت است به انتظارات منطقی مردم پاسخ دهند و از آن‌ها در برابر هزینه سلامت نامطلوب محافظت نمایند.

دفتر هیئت دولت



پیوست ۲- موضوعات کلیدی و اقدامات پیشنهادی کارگروه‌های تدوین نقشه

چنانچه در ابتدای سند در خصوص روش شناسی گفته شد، بر اساس مطالعات مقدماتی انجام شده برای تدوین نقشه تحول نظام سلامت، نقاط تمرکزی تعریف گردید تا فعالیت در کارگروه‌ها، حول تاثیرگذارترین حوزه‌ها متمرکز گردد. کارگروه‌ها برای هریک از این نقاط تمرکز اهداف و مداخلات پیشنهادی خود را تدوین نمودند. در ادامه فهرست این نقاط تمرکز، اهداف و اقدامات برای هر گروه آورده شده است.

خروجی کارگروه نظام مراقبت تعیین کننده‌های سلامت / عوامل تهدید کننده سلامت

موضوعات کلیدی:

- ۱- کنترل و کاهش عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر، کنترل و کاهش (مدیریت) مخاطرات فردی (ژن‌های نامناسب، شیوه زندگی)
- ۲- استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات
- ۳- کنترل و کاهش مخاطرات اجتماعی
- ۴- استفاده از داده‌ها و نظام‌های اطلاعاتی بخش خصوصی و دیگر نهادها
- ۵- کنترل و کاهش مخاطرات شرایط زندگی و کار (کشاورزی و تولید غذا، آموزش، محیط کار، بیکاری، آب و گندزدایی، خدمات مراقبت سلامت و مسکن)
- ۶- کنترل و کاهش مخاطرات سیاسی
- ۷- کنترل و کاهش مخاطرات اقتصادی
- ۸- کنترل و کاهش مخاطرات زیست محیطی

هدف ۱: ارتقای نظام یکپارچه، سطح بندی شده و جامع اطلاعات تعیین کننده‌ها و تهدید کننده‌های سلامت

دفتر هیئت دولت

اقدامات:

- ۱-۱) معماری نظام مراقبت
 - ۱-۲) بررسی و شناخت نیازهای مشتریان داخلی و خارجی جهت سطح بندی و طبقه بندی اطلاعات، گزارش‌ها و خدمات (با تاکید بر مفاد پیمان‌های بین‌المللی و تفاهم‌نامه‌های ملی در نظام مراقبت)
 - ۱-۳) تدوین استانداردهای جمع‌آوری و آنالیز و گزارش داده‌ها
 - ۱-۴) الکترونیکی نمودن اقدامات و فعالیت‌ها در تمامی سطوح برنامه‌ریزی و اجرا
 - ۱-۵) ایجاد سامانه الکترونیک برخط (آن‌لاین) سطح‌بندی شده در خصوص عوامل تعیین‌کننده و تهدیدکننده تاثیرگذار بر سلامت
 - ۱-۶) استاندارد سازی نظام مراقبت در زمینه‌های مختلف (با تاکید بر قابلیت ادغام در برنامه‌های سلامت محور و استفاده از رویکردهای جدید مراقبتی مانند سندرمیک و ارائه خدمت مبتنی بر ویژگی‌های فرد)
 - ۱-۷) به روز رسانی قوانین لازم جهت الزام ارگان‌های درگیر در به اشتراک گذاشتن اطلاعات سلامت
 - ۱-۸) پالایش و آنالیز داده‌ها و انتشار اطلاعات
 - ۱-۹) انتشار میزان شاخص‌های ملی و سندهای سیاستی مبتنی بر اطلاعات نظام مراقبت (با تاکید بر شواهد بومی)
- هدف ۲: استفاده بهینه (مطلع از شواهد) از خروجی‌های مفهوم دار (برمبنای سامانه تصمیم یار) نظام مراقبت توسط تصمیم گیرندگان

- ۲-۱) طراحی خروجی‌های مفهوم دار بر اساس استفاده کنندگان و به تفکیک نظام‌های مراقبت (از جمله ترسیم نقشه جغرافیایی تعیین کننده‌ها و تهدیدکننده‌های سلامت به طور مرتب)
- ۲-۲) تهیه بسته تصمیم‌گیری برای برنامه‌ریزی و اجرا و ارزیابی برنامه‌های بین بخشی سلامت در سطح شوراهای سلامت و امنیت غذا از سطح ملی تا شهرستان با تاکید بر نظام مراقبت تعیین کننده و تهدید کننده سلامت
- ۲-۳) توانمندسازی تصمیم‌گیران در هماهنگی جهت اتخاذ سیاست‌های مرتبط با سلامت همگانی و بکارگیری

دفتر هیئت دولت

آن

هدف ۳: توسعه و تقویت مشارکت بخش خصوصی و مردم به همراه ایجاد نظام مراقبت سلامت برای همه طرح‌های کلان توسعه‌ای اعم از دولتی، غیردولتی و مردمی و... (پوشش حداکثری نظام مراقبت تعیین‌کننده‌ها و تهدیدکننده‌های سلامت)

اقدامات:

۳-۱) ایجاد و به روز رسانی قوانین لازم جهت الزام سازمان‌های همکار در به اشتراک گذاشتن اطلاعات سلامت

۳-۲) ایجاد راهکارهای مناسب برای تشویق بخش دولتی و خصوصی و الزام آن‌ها به مشارکت

۳-۳) ایجاد پتانسیل علمی و اجرایی جهت ایجاد "دیدبانی سلامت عمومی"

دفتر هیئت دولت



خروجی کارگروه نظام تأمین مالی سلامت

موضوعات کلیدی:

- ۱- نظام پرداخت سلامت نگر - خرید راهبردی خدمات
- ۲- تعرفه گذاری واقعی - مبتنی بر ارزش افزوده و قیمت تمام شده
- ۳- تعریف بسته پایه خدمات و حمایت بیمه‌های پایه از آن (گنجاندن خدمات گران قیمت و دارای هزینه‌های کمرشکن در بسته‌ی خدمتی)
- ۴- مشارکت مالی خانواده (تأمین مالی عادلانه)
- ۵- عادلانه شدن نظام گردآوری منابع
- ۶- گسترش کمی بیمه‌های سلامت (بیمه همگانی در خدمات پایه)
- ۷- جدا کردن نقش بیمه‌ای دولت از نقش حمایتی آن در تأمین منابع سلامت
- ۸- توجه به سلامت حاشیه نشین‌ها و آسیب پذیرها

اقدامات:

- ۱- مدیریت پشتیبانی منابع مالی، انسانی و تجهیزاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید به مدیریت راهبردی مجموعه هزینه‌های بخش و مجموعه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت (شامل مراقبت‌های اولیه بهداشتی، سرپایی، بستری، نگهداری سالمندان و معلولین و سایر خدمات) گسترش یابد.
- ۲- بیش از نیمی از هزینه‌های بخش سلامت، فاقد شرایط تأثیرپذیری از سیاست‌ها و اقدامات دولت هستند و نگرانی‌های عمومی نسبت به موضوع عدالت در بخش سلامت و خطر تحمیل هزینه‌های خطر بیماری به بیماران را می‌افزاید. لذا باید پرداخت غیرمنصفانه کنونی حذف گردد و کل مبلغ آن به نسبت یک چهارم سهم خانوارها به عنوان مشارکت مستقیم در پرداخت و سه چهارم سهم بیمه اجتماعی سلامت تقسیم شود.

دفتر هیئت دولت

۳- تأمین منابع از طریق تلفیق دو روش صرفه‌جویی و ساز و کارهای مبتنی بر پیش پرداخت‌ها طی یک دوره ۳ تا ۵ ساله، سبب حذف یا کاهش پرداخت مستقیم و هزینه‌های مصیبت‌بار می‌شود.

۴- ایجاد منابع از طریق اختصاص سهمی از رشد سالانه درآمد خانوارها (یا یارانه نقدی سهم خانوار) به حساب پیش‌پرداخت‌ها در چارچوب نظام بیمه اجتماعی سلامت، امکان‌پذیر می‌باشد. در این حالت منابع پیش‌پرداخت‌ها از یکی از روش‌های مالیات بر درآمد عمومی یا اختصاصی، پس‌انداز اختصاصی برای سلامت، کسر سهمی از یارانه نقدی خانوار، حق بیمه اجتماعی تکمیلی یا خاص و نظایر آن تأمین می‌گردد.

۵- برای افزایش نقش بیمه‌ها در بخش و اثرگذاری آن‌ها بر وضعیت مبادلاتی و رقابت در بخش خصوصی، سهم بیمه‌های اجتماعی باید حداقل به بیش از ۴۰ درصد افزایش یابد. در این صورت گسترش نقش بیمه‌های اجتماعی براساس سه هدف‌گذاری هم‌زمان: پوشش جمعیتی کامل (بیش از ۹۰ درصد)، سهم از هزینه‌های مصرفی بخش (بیش از ۵۰ درصد) و سهم از دریافتی‌های بخش خصوصی (بیش از ۴۰-۵۰ درصد) ضروری می‌باشد.

۶- نظام بیمه اجتماعی سلامت، باید برای تمام گروه‌های شایسته پوشش، پیش‌پرداخت‌ها را بر اساس درآمدهای افراد یا گروه‌ها مقرر کند.

۷- نظر به این‌که از سال ۱۳۷۳ که قانون بیمه همگانی درمان تصویب شد، تأمین پوشش بیمه درمانی در تمامی سیاست‌ها و برنامه‌های بخش، یک پیش‌فرض دائمی بوده و با توجه به این‌که تاکنون ارزیابی مناسبی از عملکرد آن برای تصمیم‌گیری در مورد ادامه نظام فعلی بیمه برای تأمین خدمات سلامت به عمل نیامده است، به نظر می‌رسد ضروری است که این ارزیابی با هدف تعیین نظام مناسب برای پوشش همگانی خدمات سلامت انجام شود.

دفتر هیئت دولت

۸- برای گسترش پوشش همگانی بیمه سلامت و به دنبال آن پوشش خدمات سلامت، باید تجدید ساختار راه‌های کسب درآمد و هماهنگ ساختن آن‌ها در سازمان‌های بیمه‌گر صورت گیرد. دست یافتن به بخش غیررسمی تولید اقتصادی، از چالش‌های عمده در این موضوع خواهد بود. چرا که عمده این گروه‌های شاغل در پوشش خدمات و پوشش بیمه‌ای قرار نمی‌گیرند. به منظور رعایت عدالت در پرداخت حق بیمه و تحت پوشش بیمه درآوردن شاغلین غیررسمی، لازم است مالیات دستمزدی را کاهش داد و همراه آن حق بیمه دریافتی را ابتدا به صورت درصدی ثابت از دستمزد و در بلندمدت به صورت صعودی طراحی و اجرا نمود.

۹- تعیین اجزا و معیارهای بهای واقعی خدمات (مانند جبران خدمات و حاشیه سود ارائه کنندگان خدمات سلامت) با مشارکت ذینفعان، از ابزارهای مناسب برای توسعه و گسترش بیمه‌های اجتماعی سلامت در جمعیت خدمت گیرنده و مجموعه وسیع‌تری از ارائه کنندگان خدمات و مؤسسات خصوصی می‌باشد.

۱۰- تعیین حق سرانه واقعی بیمه‌ها متناسب با هدف‌گذاری آن برای گسترش پوشش جمعیتی، پوشش عمق خدمات، پوشش هزینه‌های بخش و پوشش گروه‌های ارائه کننده خدمت، مبتنی بر محاسبات بیمه‌ای و با لحاظ نمودن شرایط مناسب جهت افزایش رقابت در گروه یاد شده، با تاکید بر تامین حق سرانه از محل حق بیمه پرداختی توسط سازمان بیمه‌گر و کمک دولت و سایر منابع عمومی، از دیگر ابزارهای مناسب برای توسعه بیمه‌های اجتماعی سلامت می باشد.

۱۱- از ابزارهای اثرگذار در توسعه بیمه‌های اجتماعی سلامت، تعیین میزان منافع ناشی از برخی ملاحظات سیاسی- اجتماعی و منابع و الزامات لازم برای جبران هزینه‌های تامین این گونه ملاحظات و منافع حاصل از آن‌ها در گسترش سطح سلامت جامعه است.

۱۲- تنظیم سبد خدمات سلامت یکسان برای تمامی بیمه‌شدگان در صندوق‌های موجود بیمه سلامت و دریافت عملکرد مالی درباره هزینه صندوق‌ها و درآمد دریافتی آن‌ها بابت حق بیمه و ایجاد بیمه اتکایی برای

پوشش صندوق‌هایی که با زیان عملکرد مواجه هستند، از الزامات توسعه بیمه سلامت محسوب می‌شود. این مجموعه اقدامات با حفظ مدیریت و مسئولیت فعلی صندوق‌های بیمه درمانی در محدوده وظایف جاری آن‌ها، ایجاد وحدت رویه در ارائه خدمات آن‌ها را امکان‌پذیر می‌سازد.

۱۳- باید هرچه سریعتر بستر راه‌اندازی سازمان بیمه سلامت و اصلاح اساسنامه شورای عالی بیمه درمان (با تغییر عنوان به شورای عالی بیمه سلامت) را فراهم نمود. به نظر می‌رسد مسئولیت این شورا، ایجاد تعادل و تناسب میان اختیار، وظیفه و قدرت تصمیم‌گیری کلیه ذینفعان اصلی به ویژه ارائه دهنده، خریدار، گیرنده و سیاست‌گذار و ناظر است و باید در وزارت بهداشت به عنوان متولی بخش سلامت تمرکز یابد.

۱۴- به جهت سهم محدود بودجه دولت از کل منابع بخش سلامت و نیز سهم محدود بودجه دولتی بیمه اجتماعی سلامت در پرداخت به بخش خصوصی، ضروری است هزینه سرباری دولت به شدت کاهش یابد، مؤسسات دولتی ارائه کننده خدمات سلامت با کارایی و اثربخشی مورد انتظار راهبری شوند، نظارت بر عملکرد فعالیت‌های خصوصی، تأثیرگذارتر و عمیق‌تر شود و انجام به موقع تعهدات هزینه‌ای دولت و بیمه‌ها برای افزایش کارایی نظام مبادلاتی بخش مورد توجه قرار گیرد.

۱۵- کنترل بهای خدمات و سپس پیش‌بینی جبران افزایش آن از طریق منابعی غیر از پرداخت مستقیم و از جمله یارانه‌ها، از سیاست‌های ضروری برای کاهش شدت نابرابری محسوب می‌شود.

۱۶- اجرای دقیق و صحیح قانون مالیات‌ها در بخش، در قالب رویکرد وصول مالیات براساس کارت تجمیع درآمد، ضمن شفاف سازی منابع درآمدی افراد و میزان آن‌ها، هدف سودآوری را تحت کنترل درخواهد آورد و نظام بازرسی را تعدیل خواهد نمود.

۱۷- پیاده سازی قانون تجارت در واحدهای ارائه خدمات اعم از دولتی و غیردولتی در جهت ثبت دقیق

اطلاعات مالی و شفاف سازی ارزش اسمی سهام و اعتبار هر برگ سهم، از ضروریات است. در همین رابطه تبعیت واحدهای ارائه خدمات سلامت دولتی، به ویژه بیمارستان‌ها از قانون تجارت، امکان سهم‌بندی دقیق فعالیت‌ها، منابع و سرمایه واحدها را به درستی و مطابق قانون فراهم می‌نماید. در این صورت با بهره‌گیری از ظرفیت‌های قانونی سیاست‌های اصل ۴۴، باید به واگذاری سهام این واحدها به کارکنان و مردم در قالب شرکت‌های سهامی عام نگاه ویژه‌ای داشت. بالطبع اجرای این پیشنهاد مستلزم تغییر در نظام و ساختار مدیریت واحدها خواهد بود.

۱۸- پیاده‌سازی سیستم‌های عملیاتی از جمله سیستم بهای تمام شده خدمات بهداشتی، درمانی، توانبخشی، آموزشی، پژوهشی و پشتیبانی واحدهای ارائه خدمت، مستلزم طراحی و بعضاً بهینه‌سازی سایر سیستم‌های مرتبط است که بعنوان پیش‌نیاز و مقدمه کار، الزامی می‌باشد. از ضروری‌ترین این نیازها تدوین نظام مالی جدید و تغییر رویکرد حسابداری از روش نقدی به تعهدی است.

۱۹- برای افزایش کارایی حاصل از مصرف منابع مالی، باید سهم قابل ملاحظه‌ای از هزینه سرانه سلامت کشور از محل پیش‌پرداخت‌ها و انباشت ریسک حاصل شود. این نوع کارایی در بخش سلامت کشور، زمانی حاصل می‌آید که سهم بیمه‌ها از سبد مصرفی خانوار، از سطح محدود پیش‌پرداخت‌های فعلی حداقل تا دو برابر سطح فعلی آن افزایش یابد. این نیز در نتیجه بهبود خدمات بیمه‌ها برای مشتریان و دریافت منابع مالی بیشتر از مشتریان می‌باشد.

۲۰- در خصوص بیمه در گروه‌های دولتی با امتیازات ویژه و نهادهای عمومی با ماهیت بیمه‌ای و برخی بیمه‌های خصوصی، باید حق بیمه سرانه خدمات سلامت در تمامی گروه‌ها یکسان شود، افراد تحت پوشش این بیمه‌ها باید در تامین مالی بیمه پایه مشارکت عادلانه داشته باشند و باید اولویت تسویه حساب بیمه‌ها واحدهای ارائه خدمات دولتی باشند. بنابراین برای تجمیع منابع و ریسک باید به سمت یکپارچگی منابع

بیمه‌ای حرکت نماییم. همچنین همه صندوق‌ها یا نهادهای بیمه‌ای به طور مشخص به شورای عالی بیمه سلامت پاسخگو باشند.

۲۱- برای افزایش کارایی منابع بخش، رفع مشکل پراکندگی در میان منابع و صندوق‌های بیمه‌ای؛ سیاست همگرایی صندوق‌ها می‌تواند جایگزین ادغام صندوق‌ها گردد. منظور از سیاست همگرایی این است که هر تصمیمی در یک صندوق با توجه به امکانات صندوق‌های دیگر برای دنباله روی، نبود تبعیض بین صندوق‌ها در عرضه خدمات و جبران زیان صندوق(هایی) که برای اجرای طرح‌های مشترک با دیگر صندوق‌ها با مشکلات مالی مواجه شوند، اتخاذ می‌گردد.

۲۲- با فرض مناسب بودن وضعیت فعلی مؤسسات دولتی، عمومی غیردولتی و مؤسسات غیرانتفاعی و در نظر داشتن حفظ یکپارچگی در نظام سلامت، گسترش نظام و ساز و کار ارجاع و یا مراقبت مدیریت شده، می‌تواند امکان عرضه خدمات با بیشترین مزایا را با مجموع منابع بخش دولتی و خصوصی فراهم نماید. همچنین در برابری از جهت نیازها، توجه اصلی به تخصیص خدمات، براساس نیازها همراه با برقراری مناسب‌ترین شیوه-های عرضه خدمات پس از کاهش هزینه‌های غیرضروری می‌باشد. مناسب‌ترین شیوه‌های عرضه نیز به طور عمومی با تأکید بر ساز و کار ارجاع طراحی و اجرا می‌شود. در شرایط نبود چنین ساز و کاری در کشور، منابع اختصاص یافته به این نوع برابری در کشور را می‌توان محدود به خدمات مؤسسات دولتی دانست.

۲۳- یکی از مشکلات مهم برای ارزیابی عرضه خدمات توسط بیمارستان‌های دولتی، شرایطی است که در این مؤسسات پس از برقراری روش مدیریتی موسوم به خودگردانی ایجاد شده است. در این شرایط شفاف‌سازی مصارف برای منابع دوگانه شامل خودگردانی و جبران هزینه‌های اجتماعی ضروری می‌باشد.

۲۴- برای افزایش سالانه ظرفیت خدمت‌دهی نیروی انسانی در بودجه دولت، ضروری است به طور اختصاصی برای اشتغال نیروی انسانی و پرداخت‌های جبران خدمت در سطح مناسب و با توجه به موقعیت جغرافیایی

۳- انتخاب كليه پزشكان شاغل در اين مراكز با تأييد ستاد شهرستان خواهد بود، ترجيحاً اين گروه از پزشكان نبايد پزشك خانواده باشند و بايد اصول معايينه، تشخيص و تجويز دارو را رعايت كنند و برآين اساس ارزشيابي و دريافتي آنان تعديل گردد، اين پزشكان بايد واجد پروانه دائم بوده و پزشكان خانواده در صورت تأييد ستاد عملياتي شهرستان مي توانند در اين مراكز خدمت نمايند (حداكثر ۳ شب درماه). اين مراكز بايد حداقل امكانات درمانگاه اورژانس را داشته باشند

۴- پرداخت به اين مراكز براي كشيک شب و روزهاي تعطيل به صورت FFS خواهد بود

۵- در موارد استثنا اگر بيمار اجازه دسترسی به پرونده سلامت الكترونيك او را نداد فقط اقدامات اورژانس دريافت مي كند

۶- در كشيکهاي فوق بابت هزينه هاي خدمات پاراكلينيك، دارو و ويزيت بيماران سهم بيمه برابر ۷۰ درصد تعرفه دولتي خواهد بود

۷- درمان در اين مراكز براي حداكثر ۴۸ ساعت (اولين دسترسی بعدي به پزشك خانواده بوده مگر آنكه مدت تعطيلات بيش از ۴۸ ساعت باشد كه حداكثر برابر اين مدت خواهد بود) بقيه ادامه درمان به عهده پزشك خانواده فرد مي باشد

۱۲. ارجاع

شبکه ارجاع (نظام ارجاع):

كليۀ پزشكان خانواده همراه با مراکزى (دولتى يا غير دولتى) كه در سطح دوم و سوم به ارائه خدمات بهداشتى، تشخيصى، درمانى و توانبخشى بصورت سرپائى يا بسترى مي پردازند، شبكۀ ارجاع را مي سازند. كليۀ اين مراكز بعنوان همكاران (اعضاء) شبكۀ ارجاع خوانده مي شوند و ارجاع مجموعه فرايندهايي است كه مسير حرکت و ارتباط فرد رادر سطوح سه گانه براي دريافت خدمات مورد نياز به منظور تأمين جامعيت و تداوم خدمات سلامت تعيين مي كند. اطلاعات راجع به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت نهايتاً در پرونده سلامت الكترونيك شخص نزد پزشك خانواده يا تيم سلامت از طريق ارسال پس خوراند از سطوح تخصصى تر ثبت مي شود. بديهي است برابر برنامه زمانى اى كه بعداً ارائه خواهد شد كليۀ ارائه دهندگان خدمت بايد اقدامات خود و نتايج حاصل را رأساً و بطور مستقيم در پرونده سلامت الكترونيك فرد درج نمايد

تبصره: بيماران خاص و شيمي درمانى و صعب العلاج (برابر ليست مورد تأييد ستاد اجرايى كشورى) جهت خدمات درمانى بيمارى خاص خود نياز به ارجاع مكرر نخواهند داشت

فرم (كاغذى يا فرم الكترونيك) ارجاع: منظور برگه يا فرمى است كه مشخصات، مشكل بيمار، مداخلات انجام شده و اقدامات درخواستى در آن ثبت و به استناد آن بيمار به سطوح بالاتر يا فراهم كننده ديگرى (در همان سطح) براي دريافت خدمات سلامت مورد نياز مراجعه مي كند.

ارجاع عمودى: حرکت بيمار از يك سطح به سطح بالاتر يا پائين تر

مهمترين ارجاعات:

ارجاع پزشك خانواده به پزشك متخصص / بيمارستان عمومى،

ارجاع از متخصص به فوق تخصص: ارجاع مستقيم پزشك متخصص به پزشك فوق تخصص مقدور نبوده مگر با اعلام و موافقت (تلفنى) پزشك خانواده يا با بازگشت از ارجاع و اخذ موافقت حضورى پزشك خانواده. يادآور مي شود در ارجاعات فوري و يا در ارجاع به مراكز دولتى و عمومى، بسترى بيمار در بيمارستان به صورت اورژانس و الكتيو در مسير ارجاع برابر اين دستورالعمل مقدور خواهد بود.

مشاوره گروهى (معمولاً بصورت كميسيون هاى پزشكى) مي تواند افقى يا عمودى و يا تركيبى از هر دو باشد.

مشاوره متخصص با ساير تخصص هاى پزشكى (ارجاع افقى)

ارجاع بيمار به داروخانه و پاراكلينيك شامل: آزمایشگاه، تصويربرداری، فیزیوتراپی و ... (ارجاع افقى)

ارجاع بيمار توسط پزشك خانواده به مراكز پيراپزشكى كه نيروى ارائه دهنده خدمت آن برابر اين دستورالعمل در تيم سلامت وجود ندارد (شامل: شنوايى سنجى و بينايى سنجى، تغذيه و روانشناس بالينى)

دفتر هیئت دولت

محل خدمت، منابع مالی مورد نیاز در بودجه دولت پیش‌بینی و تأمین گردد و تنها یک حوزه در امر تخصیص و توزیع منابع انسانی در سطوح مختلف عمومی و تخصصی اعم از هیئت علمی یا غیر آن تصمیم‌گیری نماید.

۲۵- کاهش فشار ناشی از نابرابری‌های عمودی در بخش، از طریق تسهیل در پرداخت‌های بیمه‌ای، برای افرادی که در زمان بروز بیماری با مراجعه به مؤسسات دولتی، در پوشش بیمه سلامت قرار می‌گیرند، به جهت نبود استمرار بعد از اتمام دوره درمان و بیمه سلامت، نمی‌تواند پیش‌پرداخت از سوی گروه‌های یاد شده بابت کاهش هزینه ریسک بیماری قلمداد شود. باید با شفاف‌سازی هزینه این تسهیلات به عنوان هزینه خدمات اجتماعی درمان مستقیم دولتی و منظور داشتن محدودیت‌ها در شرح عملیات بیمه سلامت، این بیمه‌ها را از گرفتاری در عملیات غیربیمه‌ای دور نگاه داشت.

۲۶- با توجه به راهبرد جداسازی سریع و شفاف خریدار و ارائه‌کننده خدمات در بخش عمومی و ایجاد حمایت سازمانی از تجمیع همه منابع عمومی سلامت و کاهش هزینه‌های سربار اداری و وحدت رویه در تنظیم قرارداد با همه ارائه‌کنندگان، ایجاد "صندوق عمومی خرید خدمات" مستقل از ارائه‌کنندگان خدمات در بازار سلامت، ضرورت می‌یابد.

۲۷- راه‌اندازی «مرکز» یا «مجمع» خاصی برای هماهنگ‌سازی کلی نظام اطلاعات مدیریت بخش سلامت ضرورت دارد. در شرایط امروز که ساخته شدن نرم‌افزاری مشخص در بیش از یک جا غیرمنتظره نیست؛ باید «مرکز» ویژه‌ای در کار باشد تا تضمین کند اجزای مختلفی که در پایگاه‌های مختلف ساخته یا تدوین می‌شوند، سرانجام و در شکل نهایی، سازگار با هم خواهند بود.

۲۸- باید نظام‌های ادغام یافته آمار و اطلاعات و پایش و ارزشیابی را که میان عوامل تعیین‌کننده سلامت، بهره‌مندی، هزینه‌ها و پیامدها ارتباط برقرار کنند، طراحی و اجرا نمود. چنین نظام‌هایی برای پرداخت و

ارتقای کیفیت مفید خواهند بود و زیرساختی دائمی برای راهنماها و دستورالعمل‌های متکی به شواهد فراهم می‌آورند.

۲۹- تکرار و بهنگام سازی مطالعه حساب‌های ملی سلامت هر چهار یا پنج سال یک بار در محیطی با این همه تغییرات سریع، کافی نیست. دولت باید از اطلاعات هرچه دقیق‌تر جداول حساب‌های ملی سلامت استفاده کند و در هر سال یا حداکثر هر دو سال یکبار آن‌ها را بهنگام سازد. حساب‌های ملی سلامت را باید با بررسی واحدهای ارائه خدمات و بررسی‌های خانوار تکمیل کرد و از آن برای ارزشیابی عملکرد نظام‌های بهداشتی و تاثیر آن‌ها بر ذینفعان، از نظر بهره‌مندی از خدمات، وضعیت مالی و اقتصادی، و سرانجام سلامت و رفاه آنان بهره گرفت.

۳۰- بخش عمده‌ای از منابع مالی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی دولتی از طریق بودجه عمومی تأمین می‌گردد. دانشگاه‌های علوم پزشکی بنابر ضرورت‌های عملیاتی در استان‌ها، دارای استقلال مالی- عملیاتی هستند. ارتباط و تعامل بین این دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت در مبادله اطلاعات مالی و هزینه‌ای در حال حاضر در سطح رضایت‌بخشی برقرار می‌باشد. در چنین شرایطی باید ترتیباتی فراهم شود که بر اساس آن جزئیات اطلاعات تنظیم شده برای تعامل بین دانشگاه‌ها و وزارت بهداشت، با جزئیات استاندارد در جداول حساب‌های ملی سلامت و شاخص‌های مالی برای سیاست‌گذاری انطباق بیشتری حاصل نماید. همچنین، این ساز و کار باید برای مجموعه دیگر منابع دانشگاه‌ها، که درآمد اختصاصی از بیمه‌های درمانی، خانوارها و قراردادهای با سایر مؤسسات نامیده می‌شود، برای ایجاد انطباق با جزئیات اطلاعاتی مورد نیاز در حساب‌های ملی سلامت فراهم آید.

۳۱- در بخش دولتی مجموعه دیگری از مؤسسات وجود دارند که یا خود عامل هزینه‌های سلامت هستند و یا با استفاده از سازوکار بیمه‌ای، خریدار خدمات سلامت محسوب می‌شوند. اطلاعات مرتبط با هزینه‌های سلامت در این مؤسسات، با توجه به استقلال مالی- عملیاتی و عدم ارتباط سازمانی آن‌ها با وزارت بهداشت،

در شرایط سازمان یافته به دست نمی‌آید. برای رفع این مشکل، تنظیم ارتباطات منظم برای دریافت اطلاعات تخصیص اعتبار و پذیرش هزینه‌های درمان به طور مستقیم توسط آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد.

۳۲- برای یکپارچه‌سازی نظام مبادلاتی در بخش سلامت، ضروری است بیمارستان‌ها و مؤسسات سلامت دولتی، با توسعه فعالیت‌های خود برای عرضه خدمات شبیه به نوع خصوصی، برای آنان که مایل به دریافت این نوع خدمات با تمایل به پرداختی بیش از نرخ دولتی هستند، خدمات رقابت‌پذیر با بخش خصوصی و با نرخ‌های غیرانتفاعی، عرضه نمایند.

۳۳- سهم بسیار بالای دریافتی‌های مؤسسات خصوصی انتفاعی در حوزه سلامت کشور، از موضوعات نگران‌کننده می‌باشد. ضروری است با تأکید بر تعریف جبران خدمت پزشکان و حاشیه سود در بخش خصوصی، روند اعطای مجوز برای ایجاد مؤسسات خصوصی غیرانتفاعی و حمایت مالی و عملیاتی از آن‌ها، سریعاً تسهیل گردد، تا چنین مؤسساتی گسترش یابند. در یک هدف‌گذاری طولانی مدت باید نسبت سهم مؤسسات غیرانتفاعی و انتفاعی خصوصی از کل دریافتی‌ها در بخش خصوصی سلامت به ترتیب به حدود ۶۰ و ۴۰ درصد تغییر یابد.

۳۴- با توجه به سهم بسیار بالای مؤسسات سلامت بخش خصوصی انتفاعی از مجموع هزینه‌های مصرفی بخش به خصوص برای خدمات بیمارستانی، می‌توان به روشنی سهم بالای دریافتی‌ها برای این مؤسسات را ناشی از بالا بودن نرخ خدمات آن‌ها دانست. در چنین شرایطی، اتخاذ سیاست‌های لازم برای کنترل نرخ خدمات در این مؤسسات با مشارکت سازمان نظام پزشکی الزامی به نظر می‌رسد. این کنترل باید برای تأثیرگذاری بر اجزای اصلی درآمدها به خصوص جبران خدمت پزشکان و حاشیه سود مؤسسات خصوصی تسری یابد. در چنین شرایطی، نظام پزشکی مسئولیت حسن اجرای تفاهم دوجانبه و وزارت بهداشت مسئولیت نظارت بر آن را بر عهده خواهند داشت.

دفعه. ر همت دوات



۳۵- استفاده از ساز و کار قراردادهای یک موضوع حائز اهمیت در توسعه نظام مبادلاتی و بهره‌گیری از مزایای مشارکت بخش خصوصی در طرح‌های بهداشتی-درمانی دولتی در نظام یکپارچه می‌باشد. برای سازمان‌دهی چنین شرایطی در نظام مبادلاتی بخش، توضیح قراردادهای با الزامات موسوم به "حالت منطقی" از مهم‌ترین موضوعات برای سیاست‌گذاری محسوب می‌شود. یکی از موضوعات مهم دیگر، استفاده از ساز و کار روش‌های پرداخت برای واگذاری ارائه خدمات سلامت به فراهم‌کنندگان بخش خصوصی است. مناسب‌ترین روش‌های پرداخت در قراردادهای روش‌هایی هستند که علاوه بر ایجاد انگیزه در افراد و مؤسسات خصوصی، برای مراقبت‌های مدیریت شده نیز مناسب دانسته می‌شوند.

۳۶- با توجه به محدودیت موجود در دسترسی جامعه روستایی و حاشیه نشین به خدمات درمان سرپایی عمومی و تخصصی، و این که در شهرها نیز این خدمات در مطب‌ها و مؤسسات خصوصی حتی پس از عقد قرارداد با بیمه‌ها، بدون الزام به رعایت تعرفه‌های مقرر ارائه می‌شوند، وجود مؤسسات دولتی برای ارائه خدمات یاد شده، هم به عنوان یک رقیب برای مؤسسات خصوصی، توان بیمه‌ها را در چانه‌زنی با این مؤسسات افزایش می‌دهد و هم این که با افزایش دسترسی‌ها از این طریق، افزایش ظرفیت خدمت‌دهی و دیگر نتایج حاصل از آن امکان‌پذیر می‌گردد.

۳۷- در سیاست توسعه بیمه‌های اجتماعی سلامت و همگرایی صندوق‌های بیمه سلامت، لازم است نقش این بیمه‌ها در برقراری و پشتیبانی از نظام ارجاع در چارچوب ساز و کار قراردادهای، با تعهدات طرفین یعنی بیمه‌ها و عاملان بخش خصوصی در نظام ارجاع، نسبت به یکدیگر و تعهدات هر دو، نسبت به طرح کلی برای یکپارچگی نظام عرضه خدمات شفاف گردد. توضیح شرایط قراردادهای و نظارت بر تعهدات طرفین باید توسط دولت و در چارچوب طرح نظام یکپارچه بخش سلامت تبیین و ابلاغ شود.

۳۸- تخصیص کلان منابع دولتی در دهه اخیر طبق یک فرمول تخصیص جغرافیایی انجام شد که مبتنی بر اصول سرانه یا "سمت تقاضا" می‌باشد. در جریان تخصیص سرانه جغرافیایی (استانی)، نوسانات مهمی در

هر استان با توجه به نرخ فقر در آن استان مشاهده می شود و بین میزان تخصیص و نرخ فقر استانی همخوانی کمی وجود دارد. اما اگر این تعادل برقرار شود، در امر تخصیص منابع مالی، فرمول تخصیص جغرافیایی با رعایت نرخ فقر به عنوان یک ابزار سیاستی می تواند مفید باشد. اما این نوع تخصیص، برخلاف تخصیص مبتنی بر "سمت عرضه" است. این موضوع می تواند از طریق تنظیم کننده های ریسک در حق بیمه ها یا در تخصیص و یا در نظام های پرداخت اجرا شود.

۳۹- نظام های پرداخت گوناگونی به ارائه کنندگان خدمات در برنامه های بیمه اجتماعی و تکمیلی کشور وجود دارد که بر کیفیت و کارایی اثر منفی دارد. علاوه بر این، اتکای زیادی بر نظام پرداخت کارانه^۱ وجود دارد. مطالعات نشان می دهد که دولت باید از اتکا به نظام پرداخت کارانه در خدمات درمانی سرپایی خارج شود و به تدریج به سمت سرانه حرکت کند. اما برای تشویق مصرف خدمات پیشگیری و اولیه توسط مردم، باید از حقوق ثابت و بودجه خطی به سمت پرداخت کارانه حرکت کند.

۴۰- مطالعات نشان می دهد که دولت باید از پرداخت بودجه بر اساس نهاده ها به مراکز ارائه خدمت دور شود. دولت با جدا کردن خریدار از ارائه کننده و واگذاری خرید خدمت به بیمه ها و نگهداشت جبران خدمت در بودجه، کاری خواهد کرد تا نظام پرداخت به سمت بهبود کیفیت خدمات سوق پیدا کند و نظام پرداخت با محصولات و پیامدها سنجیده شود.

۴۱- با توجه به ظرفیت های قابل توجه بخش سلامت در ارائه خدمات درمانی، تشخیصی، آموزشی، تحقیقاتی و تولید دارو و تجهیزات پزشکی، گسترش مبادلات بین المللی مربوط به این حوزه و افزایش سهم منابع ناشی از صادرات در کل منابع سلامت، باید به عنوان اولویت در تامین مالی در نظر گرفته شود.

۴۲- علاوه بر تحولات مستقیمی که می بایست در ساختار، ساز و کارها و روش های تامین مالی صورت گیرد،

ایجاد تحول در ساختار تصمیم‌گیری و نظام مدیریتی واحدهای ارائه دهنده خدمات دولتی الزامی است. از آنجا که بیمارستان‌ها بیشترین و پرهزینه‌ترین واحدهای ارائه خدمت هستند، به نظر می‌رسد اصلاح نظام مدیریت و ساختار تصمیم‌گیری این واحدها در اولویت اول برای بهبود قرار دارد. استقرار نظام مدیریت امنایی بیمارستان‌ها (اعم از آموزشی-درمانی و درمانی) و اصلاح روند کنونی با شفاف‌سازی قدرت و اختیار لایه‌های تصمیم‌گیر وزارتی و دانشگاهی، گام اول را تشکیل خواهد داد. بدیهی است با تحکیم شرایط و ثبات نظام جدید مدیریتی، در بلندمدت زمینه پیاده سازی این الگو در سایر واحدهای ارائه خدمات بهداشتی-درمانی و توانبخشی فراهم خواهد شد.

۴۳- با توجه به وجود منابع انسانی توانمند و آماده و وجود ظرفیت بالقوه برای پذیرش قدرت و اختیار تصمیم‌گیری متناسب با مسئولیت و همچنین ظرفیت‌های قانونی بوجود آمده در چارچوب سیاست‌های کلی اصل ۴۴ و کنترل فضای سودآوری بخش خصوصی در نظام ارائه خدمات سلامت، توسعه تعاونی‌های ارائه دهنده خدمات سلامت در کلیه سطوح نظام مراقبت سلامت کشور الزامی است. در این صورت لازم است توان نرم افزاری و سخت افزاری و همچنین ساختار پایش، نظارت و ارزشیابی واحدهای ارائه دهنده خدمات تقویت شود.

۴۴- تهیه برنامه مداخله خیرین در نظام ارائه خدمات سلامت و همچنین در نظام آموزشی-تحقیقاتی-دانشجویی از یک طرف و مبادله توافق نامه‌های قانون‌مند با نهاد «خیرین سلامت» استان‌ها با نظارت عالیه واحد هماهنگ کننده آن در سطح ملی و ثبت قانونی این توافق نامه‌ها و ارقام ریالی آن‌ها در قانون بودجه کل کشور، ضروری به نظر می‌رسد.

۴۵- به منظور اطمینان از ثبات منابع مالی بخش سلامت و افزایش قدرت تصمیم‌گیری متولی بخش (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) متناسب با مأموریت و وظایف محوله و امکان عمل به مسئولیت حاکمیتی (سیاست‌گذاری، استانداردسازی، تنظیم روابط و مناسبات، تخصیص منابع و نظارت) ایجاب می‌کند کلیه

دفتر هیئت دولت

اعتبارات بخش در صندوق واحدی تحت عنوان «صندوق ارتقای سلامت» تجمیع یابد. انجام چنین پیشنهادی امکان توسعه سرمایه‌گذاری از طریق بورس و ورود به بازار سهام و همچنین تشکیل «بانک سلامت» را فراهم خواهد ساخت.

۴۶- اصلاح نظام بودجه‌ریزی از اقدامات اساسی در روند ارتقای تأمین مالی بخش سلامت است. در حال حاضر گام‌های اساسی برای اصلاح بودجه‌بندی (از بودجه افزایشی به بودجه‌ریزی عملیاتی) برداشته شده و در قالب نظام نوین مالی، اصلاحاتی در کدگذاری مراکز هزینه، ثبت اموال و دارایی‌ها، روش گردش اسناد حسابداری، تأمین اعتبار، انبارداری، حقوق و مزایا، تنظیم صورت‌های مالی استاندارد و تعیین قیمت تمام شده خدمات و عملیات برداشته شده است. دستیابی به قیمت تمام شده، گامی محکم و اساسی برای استقرار حسابداری تعهدی، تعرفه‌گذاری مبتنی بر شواهد، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بودجه‌ریزی عملیاتی و در نهایت استقرار الگوی DRG خواهد بود. چنانچه این الگو عملیاتی شود، تنظیم بودجه مبتنی بر برنامه‌های متکی به قوانین توسعه خواهد بود و تخصیص و توزیع بودجه براساس برنامه و عملکرد واحدها صورت خواهد گرفت و پرداخت به افراد از الگوی پرداخت مبتنی بر عملکرد تبعیت خواهد کرد.

۴۷- شناسایی صنایع و حرف آسیب‌رسان به سلامت فرد یا جامعه و تعیین درصد آسیب و شیوه‌های جبران آن از طریق پرداخت مستقیم یا غیرمستقیم مالی و یا ارائه خدمات ویژه و یا برنامه‌ریزی برای کنترل و حذف کامل آسیب‌ها از اقدامات اساسی است که می‌بایست در یک همکاری مشترک بین دستگاه‌های اجرایی، عملیاتی شود. در این رابطه تعیین عوارض سنگین و تجمیع آن در درآمدهای مالیاتی با گردش مشخص، برای برداشت آن توسط دستگاه‌های متولی و مسئول امر سلامت جامعه و تعیین شاخص‌های توزیع درآمدهای کسب شده در اولویت قرار دارد.

دفتر هیئت دولت

خروجی کارگروه نظام ارائه خدمات

موضوعات کلیدی:

- ۱- تقویت نظام ارجاع، سطح بندی خدمات و پزشک خانواده
- ۲- استفاده از فناوری‌های مناسب شامل تجهیزات، دارو و روش‌ها
- ۳- استفاده از طب ایرانی
- ۴- توجه به سلامت حاشیه نشین‌ها و آسیب پذیرها
- ۵- تقویت نقش نظارت نظام‌مند وزارت بهداشت بر ارائه خدمات در سطوح مختلف
- ۶- کنترل عوامل تعیین کننده سلامتی
- ۷- کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر و عوارض ناشی از مسن شدن جمعیت (قلب و عروق، سرطان‌ها، اسکلتی- عضلانی و افسردگی)
- ۸- تقویت عادلانه و متعادل هر سه سطح پیشگیری
- ۹- ارائه خدمات فرد محور، خود مراقبتی
- ۱۰- استفاده از توانایی‌های بخش خصوصی و غیر دولتی برای ارائه خدمات
- ۱۱- اصلاح الگوی تجویز و مصرف دارو
- ۱۲- حفظ و تکمیل سیستم مدیریت بیماری‌های واگیردار

زیر گروه دارو

هدف ۱: دسترسی عادلانه آحاد مردم به داروهای مؤثر، با کیفیت و قیمت مناسب براساس الگوی سطح بندی

نظام ارائه خدمات

دفتر هیئت دولت

اقدامات:

- ۱-۱) تدوین و بازنگری سیاست‌های ملی دارویی در نظام سلامت
- ۱-۲) اصلاح نظام قیمت‌گذاری دارو و بازپرداخت هزینه‌های دارویی
- ۱-۳) بازنگری سامانه ثبت دارو به منظور شفاف سازی و تسریع دسترسی به داروها
- ۱-۴) توسعه بسترهای رقابت و حذف کامل انحصار در زمینه تولید، توزیع و واردات داروها
- ۱-۵) تدوین برنامه راهبردی و شرح وظایف سازمان غذا و دارو

هدف ۲: ساماندهی نظام ارزیابی‌های اقتصاد دارو در انتخاب داروهای مورد نیاز نظام سلامت

اقدامات:

- ۲-۱) تدوین فهرست داروهای "اساسی" و نیز اصلاح ضوابط تدوین و بازنگری مستمر "فهرست داروهای ایران" و انتشار سالانه آنها
- ۲-۲) بازنگری فهرست "داروها و تجهیزات اساسی" مورد نیاز نظام سلامت و نیز استفاده مناسب از داروهای جدید براساس مطالعات ارزیابی فناوری‌های سلامت
- ۲-۳) بازنگری فهرست داروهای مشمول بیمه و یارانه به منظور بهینه سازی تخصیص منابع

هدف ۳: تضمین کیفیت، اثربخشی و ایمنی داروهای موجود در بازار دارویی (قبل و بعد از ورود به بازار دارویی کشور)

اقدامات:

- ۳-۱) تقویت و توسعه سیستم نظارت و ثبت دارو به منظور تضمین کیفیت در سطح تولید، توزیع، ذخیره سازی و عرضه دارو
- ۳-۲) توسعه و تقویت آزمایشگاه‌های کنترل دارو

دفتر هیئت دولت



۳-۳) تدوین و اعمال استانداردهای بهینه تولید، توزیع و ذخیره دارو

۳-۴) توسعه آموزش‌های عمومی در زمینه مصرف منطقی داروها

۳-۵) آموزش و توانمندسازی نیروی انسانی مرتبط

۳-۶) تدوین شرح وظایف و خدمات داروسازان در نظام ارائه خدمات

۳-۷) روزرسانی فرآیندهای مدیریتی، اجرایی و پشتیبانی در ارائه خدمات دارویی

هدف ۴: توسعه و ترویج تجویز و مصرف منطقی داروها

اقدامات:

۴-۱) تدوین و انتشار شاخص‌های تجویز و مصرف داروها در سطوح استانی و کشوری و نظارت مستمر، جامع

و مؤثر بر نحوه تجویز و ارائه خدمات دارویی با بهره‌برداری از این شاخص‌ها

زیرگروه ارائه خدمات

هدف ۱: ارائه عادلانه خدمات سلامت

اقدامات:

۱-۱) توزیع هدفمند نیروی انسانی تخصصی از طریق جذب و توزیع بومی / منطقه‌ای نیروی متخصص در

سطح کشور با محوریت عدالت

۱-۲) سطح بندی خدمات سلامت در هر سه سطح

۱-۳) تبیین جایگاه و سهم بخش خصوصی در عرصه ارائه خدمات سلامت (طراحی مدل مناسب خرید

راهبردی خدمات سلامت)

۱-۴) بازنگری در ساز و کار تعرفه گذاری بخش‌های مختلف متناسب با نحوه ارائه خدمات

۱-۵) نظارت کامل و یکپارچه بر اجرای تعرفه‌های خدمات سلامت

دفتر هیئت دولت

ارجاع بیمار به توانبخشی اعم از: کار درمانی، روان درمانی، گفتار درمانی، رفتار درمانی، فیزیوتراپی می تواند هم توسط پزشک خانواده و هم توسط پزشک متخصص برای بیمار ارجاعی از طرف پزشک خانواده انجام شود.

مشاوره درمانی: استفاده و بهره گیری پزشک از نقطه نظرات و ایده های تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار می باشد. جهت مشاوره لزوماً بیمار ارجاع نمی گردد و شاید فقط اطلاعات بیمار مورد نظر به پزشک مشاور منتقل می شود. بدیهی است در مشاوره درمانی مسئولیت استفاده یا عدم استفاده از نظرات پزشک مشاور بر عهده پزشک مشاوره کننده می باشد.

مشاوره پزشکی اجتماعی: مواقعی است که به منظور بهبود شاخص های سلامت اجتماعی، یا به هدف رفع مشکل سلامت عمومی، پزشک خانواده موضوع را به پزشک خانواده مسئول منتقل و از آن طریق حسب ضرورت از مداخلات تخصصی، بصورت حضوری یا غیرحضوری استفاده می نماید. این مشکلات می تواند مثل اقدامات لازم در کنترل یک اپیدمی، تغییر عادات تغذیه ای و اصلاح شیوه های زندگی برای ارتقاء شاخص های سلامتی، بهسازی منابع آب، پژوهشهای کاربردی و ... باشد. اعتبارات و هزینه های این دسته از اقدامات باید توسط دانشگاه علوم پزشکی و از محل منابع HSR با اولویت تأمین گردد.

برگشت ارجاع (بازخورد): انتقال اطلاعات لازم از نحوه ارائه خدمات و پیگیری بیمار از سطح ارجاع شده به ارجاع دهنده را برگشت ارجاع (بازخورد ارجاع) می نامند. این اطلاعات باید شامل شرح بیماری، اقدامات انجام شده، داروهای تجویز شده، خدمات پاراکلینیکی مورد نیاز، اقداماتی که احیاناً پزشک خانواده باید انجام دهد، نحوه پیگیری، تعیین تاریخ مراجعه مجدد بیمار و..... باشد.

برگشت مشاوره: در مواردی که مشاوره درمانی یا مشاوره پزشکی اجتماعی انجام می یابد انتقال و ثبت اطلاعات مشاوره ای از نحوه حل مشکل بیمار یا جامعه را، برگشت مشاوره می نامیم. این اطلاعات می تواند شامل اقدامات لازم برای حل مشکل فرد یا جامعه، یا لزوم ارجاع فرد، نحوه پیگیری موضوع و..... باشد.

ارزشیابی مراکز ارائه کننده خدمات سلامت: برآورد وضعیت عملکرد مراکز ارائه کننده خدمات سلامت به صورت مقطعی و با استفاده از چک لیست های ارزیابی مبتنی بر شاخص های مورد انتظار می باشد.

۱۳. مرکز هدایت و راهنمایی بیماران callcenter :

در هر شهرستان با داشتن شماره تلفن ترجیحاً ۳ یا ۴ رقمی منحصر بفرد با تعداد خطوط و اپراتور کافی در تمام مدت ۲۴ ساعت پاسخگوی مردم بوده و در کلیه مراحل انتخاب پزشک خانواده تا استفاده از خدمات اورژانس و حتی کمک به دریافت خدمات ویژه آنان را راهنمایی کرده و نقش هماهنگ کننده را در مواردیکه ناهماهنگی به هر دلیل وجود دارد بین ارائه کننده خدمت و دریافت کننده خدمت به عهده خواهد داشت. راه اندازی این مرکز از وظایف دانشگاه/شبکه بهداشت و درمان بوده و مسئولیت دریافت شکایت مردم، ارائه آن به واحد مربوطه و دریافت و ارائه پاسخ به شاکی از وظایف این مرکز است. این مرکز با نظر مرکز مدیریت، مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده، وظیفه حل مشکلات بیماران را در ارجاع به سطوح بالاتر بطور شبانه روزی بر عهده دارد. منابع مورد نیاز اجرای این قسمت باید توسط دانشگاه علوم پزشکی تأمین گردد.

۱۴. مرکز مدیریت، مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده:

این مرکز سخنگوی رسمی ستاد عملیاتی است در سه سطح شهرستانی، استانی و کشوری با حضور و همکاری کلیه صاحبان فرآیند در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ایجاد شده و با داشتن خطوط تلفن، حداقل در کلیه ساعت کاری مسئولیت هدایت و راهنمایی رده های زیر مجموعه خود را بر عهده دارد به گونه ای که واحد شهرستانی این مرکز مسئولیت راهنمایی و هدایت ارائه دهندگان خدمت را بر عهده داشته مسئولیت رسیدگی به شکایات ارائه کنندگان از صاحبان فرآیند را بر عهده دارد. منابع مورد نیاز اجرای این قسمت باید توسط دانشگاه های علوم پزشکی تأمین گردد

دفتر هیئت دولت

- ۱-۶) ارائه خدمات بی قید و شرط به مراجعه کنندگان اورژانس
- ۱-۷) ایجاد ساز و کار مناسب به منظور فعالیت پزشکان صرفاً در یک مرکز
- ۱-۸) متناسب سازی نرخ خرید خدمت (دولتی و غیردولتی)
- ۱-۹) خرید عملکردی کلیه خدمات با هدف توزیع عادلانه امکانات در سراسر کشور
- ۱-۱۰) توسعه دوره‌های طب اورژانس متناسب با نیازهای کشور
- ۱-۱۱) طراحی و استقرار مدل ارتقای سلامت حاشیه نشین‌ها و افراد آسیب پذیر (در قالب پزشک خانواده) و افزایش دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت
- ۱-۱۲) تعیین نحوه تعامل شفاف و مثبت با بخش خصوصی در سطوح مختلف ارائه خدمت
- ۱-۱۳) تعیین بسته پایه خدمات و ارائه آن به تمامی افراد جامعه (در قالب پزشک خانواده)، پوشش کامل بیمه برای بسته خدمات پایه (۱۰۰ درصد) و توجه به تمامی نیازها حتی موارد خارج از بسته خدمات پایه (تعیین فرد/ واحد ارائه کننده، تعرفه، پوشش بیمه و...)

هدف ۲: تعالی کیفیت و ایمنی خدمات (اعم از خدمات تشخیصی، مراقبت‌ها، دارو و...) و ارائه مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت

اقدامات:

- ۲-۱) طراحی و استقرار مدل‌های مناسب ارتقای کیفیت در تمامی مراکز ارائه خدمات
- ۲-۲) استقرار نظام جامع و یکپارچه ارزیابی عملکرد مراکز ارائه خدمات سلامت با محوریت خود ارزیابی
- ۲-۳) استاندارد سازی فرآیندهای تمامی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت
- ۲-۴) استاندارد سازی ساختار و فضای فیزیکی تمامی مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت
- ۲-۵) استقرار نظام حاکمیت بالینی
- ۲-۶) استقرار کامل منشور حقوق بیمار در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت

دفتر هیئت دولت

۲-۷) بررسی رضایتمندی ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات سلامت و اقدام برای بهبود مستمر این دو شاخص

۲-۸) اداره مراکز ارائه خدمات سلامت با روش‌های مختلف و نوین (مانند بیمارستان‌های هیئت امنایی یا واگذاری ارائه خدمات در سطوح ۱ و ۲ و ۳)

۲-۹) معرفی و بومی سازی بیمارستان‌های مروج سلامت^۱ در نظام ارائه خدمت

۲-۱۰) اصلاح و بازنگری قوانین حقوقی و قضایی حاکم در ارائه خدمات سلامت

۲-۱۱) تدوین و استفاده از راهنماهای طبابت بالینی در نظام ارائه خدمات سلامت و ملاک قرار دادن آن‌ها در مراجع قضایی

۲-۱۲) ارتقای اعضای هیئت علمی و دستیاران تخصصی و فوق تخصصی بر مبنای کیفیت خدمات ارائه شده در بخش درمانی مربوطه

۲-۱۳) استقرار نظام جامع و یکپارچه ثبت خطاها، تخلفات و شکایات پزشکی و همچنین هماهنگ سازی نظام‌های رسیدگی کننده به آن‌ها

۲-۱۴) خودکفایی در عرصه ارائه خدمات سلامت مورد نیاز (تأمین کلیه خدمات سلامت در داخل کشور شامل روش‌های نوین درمانی)

۲-۱۵) هماهنگی درون بخشی و بین بخشی در حوزه‌های ارائه خدمت

هدف ۳: استفاده بهینه از فناوری اطلاعات در ارائه خدمات سلامت

اقدامات:

۳-۱) استقرار نظام جامع مدیریت اطلاعات سلامت

۳-۲) دسترسی عادلانه و طبقه بندی شده مردم و ذینفعان اصلی به اطلاعات مرتبط با خدمات سلامت

۳-۳) استقرار پرونده الکترونیک سلامت در مدیریت سلامت

هدف ۴: تمرکز زدایی از ارائه خدمت در بیمارستان

۴-۱) ارتقای ارائه خدمات در منزل^۱

هدف ۵: توسعه نظام ارائه خدمت با توجه به تغییرات جمعیتی و همه‌گیر شناختی

اقدامات:

۵-۱) تربیت متخصص و تیم تخصصی درمان جهت ارائه خدمات طب سالمندان

۵-۲) توانمند سازی جامعه در خصوص مراقبت از سالمندان

هدف ۶: ساماندهی وضعیت ارائه خدمت به گروه‌های مختلف بیماران (بیماران خاص و صعب‌العلاج و اقشار

آسیب‌پذیر) با هدف کاهش خانواده‌های مواجه با هزینه‌های کمرشکن بیماری

اقدامات:

۶-۱) ساماندهی وضعیت ارائه خدمت به گروه‌های مختلف بیماران (بیماران خاص و صعب‌العلاج و اقشار

آسیب‌پذیر) از طریق تدوین نظام پویای تعیین مصادیق، اصلاح نظام تأمین مالی (جمع‌آوری، تجمیع،

انباشت و توزیع منابع مالی)، کاهش سهم پرداختی هزینه‌های ایشان، ایجاد صندوق واحد و تجمیع منابع

مالی پراکنده جهت تأمین داروهای مورد نیاز با مشارکت مؤسسات خیریه و سازمان‌های مردم نهاد

هدف ۷: کاهش بار ناشی از حوادث ترافیکی، غیرترافیکی (حوادث ناشی از کار و حوادث خانگی) و حوادث غیرمترقبه

دفتر هیئت دولت

اقدامات:

۷-۱) اعتلای آگاهی عمومی و آموزش همگانی جهت تقویت خودمراقبتی و دیگر مراقبتی در حوادث ترافیکی

۷-۲) اجرای برنامه جامعه ایمن در کلیه شهرها و روستاها

۷-۳) آموزش کارکنان حوزه سلامت و بهبود دانش و مهارت آنها در اورژانس‌های پیش بیمارستانی و

بیمارستانی

۷-۴) بهبود و توسعه برنامه‌های پیشگیری از حوادث عمدی و غیر عمدی

۷-۵) استقرار کامل نظام کشوری مراقبت از حوادث (اعم از ترافیکی و غیرترافیکی)

۷-۶) سیستم یکپارچه ساماندهی آمبولانس‌های اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی و مراکز بهداشتی

درمانی کل کشور

۷-۷) آگاه سازی عمومی در ارتباط با ایمن سازی غیر سازه‌ای اماکن عمومی (منازل، محیط‌های آموزشی،

کاری و تفریحی)

۷-۸) استقرار نظام مدیریت بحران و هشدار سریع در تمام سطوح ارائه کننده خدمات

هدف ۸: توانمندی اورژانس پیش بیمارستانی در ارائه خدمات با کیفیت قابل قبول در تمام گستره جغرافیایی کشور

اقدامات:

۸-۱) گسترش پایگاه‌های اورژانس شهرها و جاده‌های اصلی به منظور افزایش پوشش حوادث و فوریت‌ها

۸-۲) توسعه زیرساخت‌های نرم افزاری و سخت افزاری پایگاه‌ها و سیستم یکپارچه اطلاعاتی

۸-۳) توسعه اورژانس هوایی جهت پوشش راه‌های فرعی و روستایی

دفتر هیئت دولت

زیر گروه خود مراقبتی

هدف ۱: ارتقای خود مراقبتی برای حفظ و ارتقای سلامت (با مد نظر قرار دادن محورهای: دانش، آگاهی، مهارت و عملکرد)

اقدامات:

- ۱-۱) طراحی مدل اجرای خدمات خودمراقبتی در سطح کشور و تهیه بسته‌های خدمتی
- ۱-۲) ادغام مدل اجرای خدمات خودمراقبتی در نظام شبکه، پزشک خانواده و سایر سازمان‌های ارائه خدمات
- ۱-۳) طراحی فراورده‌های رسانه‌ای و خدمات الکترونیک مرتبط با خدمات خودمراقبتی
- ۱-۴) شناسایی ظرفیت‌های موجود در کشور به منظور تأمین خدمات خودمراقبتی
- ۱-۵) استاندارد سازی و ارزشیابی خدمات خودمراقبتی ارائه شده در جامعه
- ۱-۶) پژوهش و تهیه مستندات و شواهد مورد نیاز جهت اجرای کامل برنامه خودمراقبتی
- ۱-۷) تدوین و تأمین الزامات ادغام خدمات خودمراقبتی در نظام سلامت کشور

هدف ۲: توانمندسازی جامعه

اقدامات:

- ۲-۱) طراحی مؤسسات پاسخگویی به درخواست‌ها و پیام‌ها
- ۲-۲) شفاف سازی همکاری بین بخشی و نظام‌مند کردن مشارکت جامعه با ارائه و آموزش راهنماهای بالینی لازم
- ۲-۳) برنامه‌ریزی گسترده برای افزایش سواد سلامتی جامعه

دفتر هیئت دولت

زیر گروه بیماری‌های واگیر

هدف ۱: ارتقای خدمات پیشگیری، شناسایی، مراقبت و درمان افراد در معرض ابتلا یا مبتلا به بیماری‌های واگیر

اقدامات:

۱-۱) پوشش افراد در معرض ابتلا به بیماری‌های واگیر با تقویت واکسیناسیون، آموزش بهداشت و درمان این

بیماری‌ها

۱-۲) مشخص کردن سندرم‌های بالینی قابل گزارش و آموزش دادن آن‌ها به مسوولین مبارزه با بیماری‌های

واگیر

۱-۳) مراقبت ادغام یافته مبتلایان به بیماری‌های واگیر

۱-۴) فراهم کردن وسایل آزمایشگاهی و پاراکلینیکی برای تشخیص به موقع بیماری‌های واگیر

هدف ۲: ارتقای خدمات شناسایی زودرس همه‌گیری‌ها با راه اندازی «سامانه پایش سندرمیک»^۱ در کنار

سیستم مراقبت معمول

اقدامات:

۲-۱) راه‌اندازی «سامانه پایش سندرمیک» در کنار سیستم مراقبت معمول

زیر گروه بیماری‌های غیر واگیر

هدف ۱: ارتقای خدمات شناسایی افراد در معرض عوامل خطر اصلی، واسطه‌ای و ژنتیکی بیماری‌های غیرواگیر

دفتر هیئت دولت

اقدامات:

(۱-۱) شناسایی افراد در معرض عوامل خطر اصلی، واسطه‌های و ژنتیکی بیماری‌های غیرواگیر به منظور کنترل عوامل، انجام اقدامات پیشگیرانه و درمان زودرس

هدف ۲: ارتقای خدمات مراقبت مبتلایان به بیماری‌های غیر واگیر بر مبنای دستورالعمل‌های استاندارد کشوری

اقدامات:

(۲-۱) اصلاح نظام آموزشی گروه علوم پزشکی (پزشک عمومی و اعضای تیم سلامت) متناسب با نیازهای نظام ارائه خدمات سلامت و مبتنی بر جامعه^۱ ()

زیر گروه خدمات سطح اول

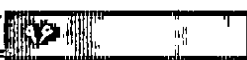
هدف ۱: افزایش بهره‌مندی آحاد مردم جامعه از خدمات جامع سلامت و ارتقای کیفیت خدمات با اجرای کامل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بستر خدمات اولیه بهداشتی در کل کشور

اقدامات:

(۱-۱) تقویت و گسترش نظام آموزش ضمن خدمت و مداوم جهت کارکنان نظام سلامت
(۱-۲) استقرار نظام آموزش و توانمند سازی مدیران نظام سلامت از طریق طراحی و استقرار راهنماهای بالینی

اجرائی

دفتر هیئت دولت



- ۱-۳) تربیت و به کارگیری متخصصین پزشکی اجتماعی (یک نفر به ازای هر پنجاه هزار نفر) به منظور نظارت بر عملکرد تیم‌های سلامت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- ۱-۴) تکمیل برنامه آموزشی رشته تخصصی پزشکی اجتماعی به منظور ایجاد توانمندی لازم برای پایش و ارزشیابی برنامه
- ۱-۵) تکمیل طراحی و استقرار سیستم ادغام یافته ارائه خدمات با رعایت سطح بندی متناسب با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- ۱-۶) اعزام کارشناسان و سیاست‌گذاران کلیدی برای طی دوره‌های آموزشی مرتبط در کشورهای با تجربه در این زمینه
- ۱-۷) ایجاد دپارتمان تخصصی پزشک خانواده، تدوین برنامه آموزشی و راه‌اندازی دوره تخصصی مربوطه^۱، ایجاد بورد تخصصی FP
- ۱-۸) تعیین اهداف آموزشی و نظام بازآموزی پزشک خانواده
- ۱-۹) اصلاح نظام پرداخت به مدل مطلوب و قابل اجرا
- ۱-۱۰) بازاریابی اجتماعی (با هدف اصلاح رفتار ارائه دهنده و دریافت کننده خدمت)
- ۱-۱۱) تنظیم بازار سلامت با توجه به گردش بیمار، تنظیم طبابت بالینی، مسئولیت و تعهد
- ۱-۱۲) ارزیابی میزان اثربخشی برنامه پزشک خانواده در مقاطع مختلف
- ۱-۱۳) تامین زیرساخت‌ها و لحاظ نمودن همه اجزای برنامه پزشک خانواده قبل از اجرا
- ۱-۱۴) طراحی راهنماهای ارائه خدمات جهت برنامه پزشک خانواده و فرایندهای پشتیبان آن‌ها
- ۱-۱۵) برآورد مستمر نیروی انسانی مورد نیاز اجرایی شدن برنامه پزشک خانواده
- ۱-۱۶) ارزیابی اقتصادی برنامه پزشک خانواده
- ۱-۱۷) طراحی و اجرای پروتکل‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت در ابعاد پاسخگویی، عدالت و کارایی
- ۱-۱۸) راه اندازی HOT Line جهت پاسخگویی و راهنمایی افراد تحت پوشش به صورت منطقه‌ای در تعامل با ۱۱۵ و ستاد هدایت

دفتر هیئت دولت

۱-۱۹) تعیین بسته پایه خدمات و ارائه آن برای تمامی افراد جامعه (در قالب پزشک خانواده)، پوشش کامل بیمه برای بسته خدمات پایه (۱۰۰ درصد) و توجه به تمام نیازها حتی موارد خارج از بسته خدمات پایه (تعیین فرد/واحد ارائه کننده، تعرفه، پوشش بیمه و...)

۱-۲۰) گسترش پوشش بیمه به ویژه در حوزه خدمات پیشگیری و توانبخشی

۱-۲۱) تعیین نحوه تعامل شفاف و مثبت با بخش خصوصی در سطوح مختلف ارائه خدمت

۱-۲۲) شفاف سازی همکاری بین بخشی و نظام مند کردن مشارکت جامعه با ارائه و آموزش راهنماهای بالینی لازم

۱-۲۳) طراحی و استقرار مدل ارتقای سلامت حاشیه نشین ها و افراد آسیب پذیر (در قالب پزشک خانواده) و افزایش دسترسی و بهره مندی از خدمات سلامت

۱-۲۴) تداوم ارائه خدمات سلامت در هر سه سطح پیشگیری

۱-۲۵) طراحی و استقرار گروه تخصصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ساختار مرکز مدیریت شبکه

۱-۲۶) طراحی و استقرار گروه تخصصی تأمین و ارتقای سلامت مهاجرین در ساختار مرکز مدیریت شبکه

۱-۲۷) برنامه ریزی گسترده برای افزایش سواد سلامتی جامعه

۱-۲۸) استقرار پرونده الکترونیک سلامت در مدیریت سلامت

۱-۲۹) بازآموزی های حضوری و غیرحضوری (با تخصیص ۲۵ درصد کل امتیاز بازآموزی مداوم به محتواهای آموزشی پزشک خانواده)

زیرگروه نظارت و اعتباربخشی

هدف ۱: اعتبار بخشی ملی تمامی مراکز ارائه خدمات سلامت کشور اعم از سرپایی و بستری

اقدامات:

۱-۱) ایجاد ساز و کار مناسب در طراحی کمیسیون مشترک (دولتی و غیردولتی) و واگذاری اعتباربخشی ملی

به آن

دفتر هیئت دولت

۱-۲) رتبه بندی مراکز و ارائه دهندگان خدمات براساس مدل‌های مبتنی بر شاخص‌های کیفی

۱-۳) افزایش اطلاع رسانی به جامعه درخصوص کیفیت ارائه خدمات

هدف ۲: کسب رتبه بین‌المللی برای نظام اعتبار بخشی ملی مراکز ارائه خدمات درمانی

اقدامات:

۲-۱) بهبود نظام اعتبار بخشی ملی و کسب تأییدیه توسط سازمان‌های بین‌المللی مرتبط

هدف ۳: نظارت اثربخش بر تمامی فعالیت‌های مرتبط با سلامت

اقدامات:

۳-۱) تدوین شاخص‌های متوازن در سطوح ملی و منطقه‌ای

۳-۲) تدوین ساختار و قوانین نظارت بر بیمارستان‌های هیئت امنایی

۳-۳) افزایش نظارت غیرمستقیم بر مراکز ارائه خدمات با استفاده از شاخص‌های عملکردی

۳-۴) اصلاح و بروزرسانی کلیه قوانین، دستورالعمل‌ها و ضوابط در حوزه نظارت بر مراکز ارائه خدمات درمانی

۳-۵) تهیه دستورالعمل‌ها و قوانین نظارتی قدرتمند و تاثیرگذار

۳-۶) نهادینه کردن مشارکت سازمان‌ها و نهادهای دولتی و مردمی خارج از وزارت بهداشت در نظارت بر

مراکز ارائه خدمات درمانی

دفتر هیئت دولت

تبصره: تلفيق مركز هدايت و راهنمایی بيماران callcenter و مركز مديريت، مشاوره و راهنمایی پزشكان خانواده در سطح شهرستان بلامانع است

۱۵. نحوه ارائه خدمات سلامت به مسافران

مسافران در موارد اورژانس مانند ساير بيماران اورژانسی بدون الزام به رعايت نظام ارجاع به مراكز اورژانس مراجعه خواهند نمود. ليكن ساكنين موقت و مسافران می توانند بطوريكه در اين دستور العمل (ماده ۲۰) آمده برای دریافت خدمات با راهنمایی callcenter از خدمات پزشكان خانواده يا كشيک تيم سلامت محل سفر استفاده نمایند كه در اين حالات ۳۰٪ فرانشيز را بيمار و ۷۰٪ آن را بيمه به پزشك مذکور پرداخت می نمایند.

۱۶. استحقاق درمان

افراد بيمه شده (و افراد تحت سرپرستی آنان) در برابر حق بيمه‌ای كه ماهانه پرداخت می‌كنند، استحقاق برخوردار شدن از حمايت سازمان بيمه‌گر در درمان خویش يا ديگر مزيت‌های مربوط را می‌يابند. استحقاق درمان محدوده‌ی زمانی مشخصی دارد كه در حال حاضر با تاريخ اعتبار دفترچه‌های بيمه تعيين می‌شود.

۱۷. پزشك جانشين و پزشك جايگزين

هر پزشك خانواده در هنگام عقد قرارداد بايد پزشك خانواده ديگری را به عنوان جانشين خویش معرفی كند تا در شرايط خاص به جای او مراجعان تحت پوشش را پذيرفته و خدمات سلامتی لازم را برابر دستور العمل به ايشان ارائه دهد. پزشك جانشين بايد از بين پزشكان خانواده همان محله معرفی شود. در صورت نبود پزشك واجد شرايط در همان محله با كسب موافقت ستاد عملياتی شهرستان پزشك جانشين می تواند از بين پزشكان خانواده محله مجاور براساس اين دستور العمل انتخاب گردد.

تا آنجا كه ممكن است فاصله‌ی جغرافيايی پزشك خانواده و پزشك جانشين او بايد كم باشد تا مراجعه به پزشك جانشين برای مردم دشواری پديد نياورد. ستاد عملياتی شهرستان نظارت بر اين امر را برعهده دارد.

استفاده پزشك خانواده از پزشك جانشين بطور ميانگين ۲.۵ روز در ماه معادل ۲۰ ساعت كاری با هماهنگی ستاد عملياتی است. و در هر نوبت و در هر ۶ ماه نمی تواند بيش از ۱۵ روز از پزشك جانشين استفاده نمايد. در صورتيكه به هر علت پزشك خانواده نخواهد و يا نتواند بيش از ۱۵ روز در محل كار خود به ارائه خدمت بپردازد با هماهنگی ستاد عملياتی از يك پزشك واجد شرايط بطور موقت به عنوان پزشك جايگزين در همان محل استفاده خواهد شد. مدت استفاده از پزشك جايگزين حداكثر دو ماه در هر سال خواهد بود. چنانچه پزشك خانواده بيش از اين مدت (دو ماه در سال) در محل ارائه خدمت حضور نداشته باشد، در صورت وجود پزشك واجد شرايط ستاد عملياتی بايد ايشان را از برنامه حذف نموده، و پزشك جديد را به برنامه وارد نمايد، در غير اينصورت بايد به گونه ای كه ارائه خدمات به مردم مختل نشود حسب صلاحديد و مقررات تصميم گيری نمايد.

هر پزشك خانواده می‌تواند حداكثر به عنوان جانشين دو پزشك خانواده معرفی شود. با اينحال هر پزشك خانواده (جانشين) در هر زمان می تواند فقط به جانشینی از يك پزشك خانواده ارائه خدمت نمايد و عدم حضور دو پزشك خانواده كه يك پزشك را به عنوان پزشك جانشين معرفی کرده اند مقدور نمی باشد.

از آنجا كه در زمان مجاز استفاده از خدمت پزشك جانشين و جايگزين همچنان سرانه به پزشك اصلی پرداخت می گردد لذا جبران خدمت پزشكان جانشين و جايگزين در اين مدت به عهده پزشك خانواده اصلی خواهد بود.

۱۸. تداوم خدمات و جامعيت خدمات

ارتباط دو سويه و مستمر ميان پزشك خانواده و کسی كه او را به عنوان پزشك خویش انتخاب کرده است سبب می‌شود كه مراقبت از او پيوستگی يابد و بسادگی قطع نشود. حفظ تداوم خدمات از مسئوليت‌های پزشك خانواده و از جمله انتظارات مهمی است كه از او می‌رود.

خروجی کارگروه فناوری اطلاعات

موضوعات کلیدی:

- ۱- پوشش خدمات اداری
- ۲- پوشش خدمات سلامتی
- ۳- پوشش خدمات آموزشی
- ۴- پوشش خدمات پژوهشی
- ۵- پوشش نظام تصمیم سازی
- ۶- پوشش اطلاع رسانی و اطلاع گیری
- ۷- پرونده الکترونیکی سلامت
- ۸- سلامت از راه دور

هدف ۱: دسترسی سریع، ارزان، پایدار و امن به حداکثر سوابق سلامت کلیه افراد جامعه

اقدامات:

- ۱-۱ طراحی شبکه گسترده سلامت
- ۱-۲ پیاده سازی شبکه گسترده سلامت
- ۱-۳ ایجاد مرکز ملی داده های سلامت در ستاد وزارت بهداشت و مراکز منطقه ای داده های سلامت در سطح کشور
- ۱-۴ تدوین و انتشار استانداردهای حوزه سلامت الکترونیکی و استانداردهای جمع آوری و آنالیز و گزارش داده ها
- ۱-۵ پایش و ارزشیابی پیاده سازی استانداردهای منتشر شده
- ۱-۶ تدوین الگوی معماری کلان سامانه های یکپارچه اطلاعات سلامت

دفتر هیئت دولت



- ۱-۷) ایجاد و توسعه پرونده الکترونیکی سلامت
- ۱-۸) طراحی مدل معماری کلان امنیت اطلاعات سلامت
- ۱-۹) پیاده سازی نظام مدیریت و پایش امنیت اطلاعات سلامت
- ۱-۱۰) پیاده سازی سرویس مدیریت اتفاقات و پشتیبانی خدمات متمرکز
- ۱-۱۱) تدوین قوانین، مقررات و دستورالعمل های رعایت اخلاقیات و رازداری داده های سلامت
- ۱-۱۲) به رسمیت شناختن امضای الکترونیکی (خدمت دهنده جهت موارد قانونی- مالی و گیرنده)

هدف ۲: دسترسی عادلانه به منابع و خدمات پیش خوان سلامت

اقدامات:

- ۲-۱) ایجاد سامانه کمک به تصمیم برای توزیع منابع انسانی و خدمات سلامت در کشور بر اساس شرایط جغرافیایی، جمعیتی، امکانات و بار و الگوی بیماری ها و غیره
- ۲-۲) برقراری سطوح پزشکی از راه دور با اولویت ارائه کننده خدمات سلامت و بیمار
- ۲-۳) ایجاد پایگاه روز آمد از منابع انسانی- تجهیزاتی و خدمات (بالقوه و بالفعل) نظام سلامت
- ۲-۴) ایجاد سامانه آموزشی جهت افزایش سواد سلامت برای کلیه افراد جامعه
- ۲-۵) تدوین قوانین و مقررات جزایی انتشار اطلاعات غلط پزشکی (با مرجع مشخص) برای سایت های عمومی
- ۲-۶) ایجاد سامانه های عمومی اطلاع رسانی منابع و خدمات سلامت برای مردم
- ۲-۷) تجهیز واحدهای ارائه کننده خدمات به ابزارهای نوین با ساختار قابلیت ارائه الکترونیکی خدمات سلامت (ابزارهای پزشکی از راه دور)
- ۲-۸) ارتقای فرهنگ دسترسی الکترونیکی مردم به منابع و خدمات سلامت
- ۲-۹) قانونمند کردن خدمات پزشکی از راه دور در کشور
- ۲-۱۰) ارائه حمایت های مالی - تجهیزاتی از بخش خصوصی که خدمات پزشکی از راه دور استاندارد ارائه می کنند

۲-۱۱) تدوین قوانین و مقررات تاسیس اداره پیش خوان سلامت الکترونیک و اولویت‌گذاری، ارائه منابع و

خدمات گام به گام الکترونیکی در حوزه سلامت به مردم

۲-۱۲) طراحی سامانه سنجش میزان توسعه خدمات الکترونیکی سلامت

۲-۱۳) استقرار نظام پایش و ارزیابی عدالت در سلامت در کشور

۲-۱۴) ایجاد بانک اطلاعاتی تعیین کننده‌های اجتماعی و عدالت در سلامت ایرانیان

هدف ۳: توسعه مدیریت دانش علوم پزشکی و بهداشتی در راستای ارتقای سلامت و حفظ ایمنی افراد جامعه

با استفاده از فناوری اطلاعات

اقدامات:

۳-۱) طراحی نرم افزارهای آموزشی و سرگرمی رایانه‌ای با محوریت سلامت در فضای مجازی

۳-۲) ایجاد و توسعه رشته‌های تخصصی در حوزه فناوری‌های مشترک (نانوتکنولوژی، بیوتکنولوژی،

انفورماتیک و علوم شناختی)

۳-۳) مدل‌سازی و شبیه‌سازی در بانک‌های ژنتیکی با استفاده از فناوری اطلاعات

۳-۴) توسعه آزمایشگاه‌های مجازی

۳-۵) اجرای دوره‌های آموزشی ویژه در زمینه ارتقای عملکرد - کارکرد در حوزه نرم‌افزاری ماموریتی

۳-۶) طراحی و اجرای مدل مدیریت اشتراک اطلاعات ضمنی سلامت

۳-۷) طراحی ابزارهایی جهت استفاده کاربر نهایی در فضای مجازی در راستای توسعه نیازمندی‌های جدید

۳-۸) گسترش شرکت‌های مادر دانشی

۳-۹) توسعه مراکز رشد و پارک‌های فناوری اطلاعات سلامت به منظور تقویت بخش غیردولتی و شرکت‌های

دانش‌بنیان

۳-۱۰) تولید و توسعه سیستم‌های پشتیبان تصمیم‌گیری بالینی

۳-۱۱) به‌کارگیری سیستم‌های شناسایی پیشرفته در حوزه سلامت

دفتر هیئت دولت

- ۳-۱۲) به کارگیری راهنماهای بالینی در سیستم‌های بهداشتی، تشخیصی و درمانی
- ۳-۱۳) ایجاد و توسعه شبکه‌های علمی تخصصی سلامت (جهت اشتراک دانش و تجربیات متخصصین و دست‌اندرکاران سلامت)
- ۳-۱۴) ایجاد، توسعه و هدایت شبکه‌های اجتماعی عمومی در حوزه سلامت (بیماران، خانواده‌های بیماران و سایر شهروندان)

هدف ۴: توسعه خدمات الکترونیکی حاکمیتی (پشتیبان) در نظام سلامت

اقدامات:

- ۴-۱) توسعه سازمان الکترونیکی / مجازی
- ۴-۲) توسعه نظام های ثبت و مراقبت ملی
- ۴-۳) توسعه نظام مراقبت‌های سندرمیک مبتنی بر فناوری اطلاعات
- ۴-۴) توسعه ثبت عوامل تعیین کننده یا تهدید کننده سلامت
- ۴-۵) ترسیم نقشه جغرافیایی تعیین کننده‌ها و تهدید کننده‌های سلامت به طور پیوسته
- ۴-۶) توسعه سامانه‌های هشدار سریع و تصمیم یار
- ۴-۷) توسعه آموزش از راه دور - محتواها و دوره‌های الکترونیکی
- ۴-۸) توسعه بیمه الکترونیکی در تعامل با سپاس
- ۴-۹) توسعه زیر ساخت اطلاعاتی مدیریت بحران
- ۴-۱۰) توسعه سامانه ملی پایش غذا
- ۴-۱۱) توسعه سامانه جامع اطلاعات دارویی
- ۴-۱۲) توسعه نظام‌های اطلاعاتی ارزشیابی و سنجش کیفیت عملکرد در حوزه سلامت (پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد)

۴-۱۳) ارزیابی فناوری‌های اطلاعات سلامت^۱

دفتر هیئت دولت



- ۴-۱۴ توسعه نظام اطلاعاتی هدفمند سازی یارانه‌ها و منابع مالی سلامت
- ۴-۱۵ برنامه‌ریزی برای قرار گرفتن پایگاه‌های اطلاع‌رسانی دانشگاه‌های علوم پزشکی توانمند کشور در رتبه‌بندی مناسب جهانی (وب سنجی)
- ۴-۱۶ تسهیل دسترسی به منابع الکترونیکی پژوهشی
- ۴-۱۷ توسعه شبکه‌های تحقیقاتی الکترونیکی
- ۴-۱۸ توسعه نظام الکترونیکی نظارت و ارزیابی و رتبه‌بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی
- ۴-۱۹ استقرار نظام الکترونیکی یکپارچه پایش و ارزیابی علم و فناوری کشور
- ۴-۲۰ توسعه سامانه اطلاعاتی داده‌های مکانی
- ۴-۲۱ تامین دسترسی تمامی فعالان نظام سلامت به پایگاه مقالات مورد نیاز ملی و بین‌المللی (منابع و کتابخانه‌های الکترونیکی)
- ۴-۲۲ برقراری ارتباطات الکترونیکی حوزه سلامت با دیگر حوزه‌ها مانند بیمه، بانکداری، گمرک و غیره
- ۴-۲۳ ارائه خدمات الکترونیکی و از راه دور به تمامی مجوزهای صادره در نظام سلامت (صدور پروانه‌های مطب، پروانه بهداشتی کسب و کار، مرگ و تولد و غیره) دفترچه‌ها و کارت‌های بیمه و استعلام‌ها)
- ۴-۲۴ توسعه سامانه یکپارچه ثبت و مدیریت داده‌های پژوهش در سلامت
- ۴-۲۵ انتشار میزان شاخص‌های ملی و سند‌های سیاستی مبتنی بر اطلاعات نظام مراقبت (با تاکید بر شواهد بومی)
- ۴-۲۶ توسعه نظام پالایش و آنالیز داده‌ها و انتشار اطلاعات سلامت
- ۴-۲۷ توسعه دانشکده‌های مجازی
- ۴-۲۸ ایجاد زیرساخت‌های لازم برای استقرار برنامه خودمراقبتی مبتنی بر فناوری اطلاعات
- ۴-۲۹ راه اندازی شبکه ایده پردازی
- ۴-۳۰ طراحی و استقرار نظام پاسخگویی و بازخورد در کلیه بخش‌های حوزه سلامت کشور
- ۴-۳۱ ایجاد بانک اطلاعاتی تعیین کننده‌های اجتماعی و عدالت در سلامت ایران
- ۴-۳۲ راه اندازی ساز و کار (نظام) جمع آوری اطلاعات محله محور

دفتر هیئت دولت

خروجی کار گروه تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

موضوعات کلیدی:

- ۱- محیط زیست
- ۲- مدیریت و کاهش خطر بلایا و فوریت‌ها
- ۳- پیشگیری از صدمات
- ۴- سلامت در همه سیاست‌ها
- ۵- همکاری‌های بین بخشی
- ۶- مشارکت مردم و توانمند سازی جامعه
- ۷- ارائه خدمات سلامت اجتماعی

هدف ۱: استقرار نظام پایش و ارزیابی عدالت در سلامت در کشور

اقدامات:

- ۱-۱) ایجاد بانک اطلاعاتی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت و عدالت در سلامت ایران با همکاری بخش‌های متولی و با قابلیت استفاده و به روز شدن توسط کلیه بخش‌های مرتبط
- ۱-۲) راه اندازی ساز و کار (نظام) جمع آوری اطلاعات محله محور^۱
- ۱-۳) راه اندازی بانک اطلاعات SDH در کلیه استانداری‌ها (بانک اطلاعات روزآمد)
- ۱-۴) ایجاد مرکز تحلیل اطلاعات SDH و عدالت در سلامت و ارائه پسخوراند به دست‌اندرکاران
- ۱-۵) بازنگری نظام اطلاعاتی تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت به منظور ادغام شاخص‌های بیشتر
- ۱-۶) طراحی سامانه و فرآیند انتشار اطلاعات
- ۱-۷) ایجاد بانک اطلاعاتی پیرامون مطالعات انجام شده در کشور در خصوص SDH به منظور جمع‌آوری شواهد

دفتر هیئت دولت

۱-۸) طراحی و اجرای مطالعات وسیع و عمیق در خصوص شناخت ساز و کارهای ایجاد بی‌عدالتی در هر پیامد سلامتی

۱-۹) ایجاد نظام نظارت و پایش مستمر بر دقت و صحت داده‌های ثبت شده و نتایج

۱-۱۰) ایجاد ساختار در نظام مدیریت شبکه سلامت برای امر پایش و نظارت

۱-۱۱) ایجاد نظام دیدبانی سلامت در استانداری‌ها و نهاد ریاست جمهوری

۱-۱۲) تدوین سند سیاستی بین بخشی

۱-۱۳) بازنگری سیستم اطلاعات سلامت به منظور ادغام نیازمندی‌های اطلاعاتی مرتبط

هدف ۲: اصلاح نظام مراقبت‌های اولیه سلامت بر اساس رویکرد تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت

۲-۱) بازنگری وظایف و ساختار PHC^۱ بر اساس رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

۲-۲) انجام مداخله پایلوت و ارزیابی نتایج

۲-۳) طراحی بسته خدمات و فرآیندها بر اساس رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

۲-۴) انجام ارزیابی میزان عدالت در ارائه خدمات PHC در کشور^۲

۲-۵) طراحی و اجرای بازاریابی اجتماعی رفتارهای سالم

۲-۶) طراحی و اجرای طرح حمایتی پوشش بیمه همگانی به ویژه برای اقشار محروم و کم درآمد

۲-۷) آموزش و توانمندسازی

هدف ۳: ترویج لحاظ کردن SDH در کلیه سیاست‌ها

۳-۱) طراحی ساز و کار ارزیابی اثرات سیاست‌ها، قوانین و برنامه‌ها بر سلامت^۳ با تمرکز بر عدالت در سلامت

دفتر هیئت دولت

1 - Primary Health Care
2 - Benefit- Incidence Analysis
3 - Health Impact Assessment

۳-۲) تدوین سند ملی و بخشی سیاست‌های تعیین کننده اجتماعی سلامت در ایران

۳-۳) طراحی و به‌کارگیری پیوست سلامت برای تمام پروژه‌ها در سطوح مختلف ملی، استانی و پایین‌تر

۳-۴) طراحی و به‌کارگیری پیوست سلامت برای سیاست‌های سطوح مختلف ملی، استانی و پایین‌تر

۳-۵) آموزش و توانمند سازی جهت به کارگیری پیوست سلامت

دفتر هیئت دولت

خروجی کارگروه امنیت غذا و تغذیه

موضوعات کلیدی:

۱- اصلاح الگوی تغذیه‌ای سالم جامعه

۲- غذای سالم و ایمن

۳- سبد غذایی مطلوب و در دسترس

۴- سواد تغذیه‌ای

هدف کلان ۱: کاهش ناامنی غذا و تغذیه در کشور

هدف کلان کمی ۱-۱: افزایش درصد خانوارهای دارای امنیت غذایی در کشور به بیش از ۹۰ درصد تا سال ۱۴۰۴

هدف راهبردی ۱-۱-۱: کاهش درصد خانوارها با عدم دسترسی اقتصادی به سبد غذایی مطلوب در هر یک

از استان‌های کشور به کمتر از ۱۰ درصد

اقدامات:

۱- مبارزه با فقر و توانمندسازی در جهت مدیریت صحیح منابع خانوار

۱-۱) ساماندهی و هدفمندسازی تسهیلات اشتغال زایی با تاکید بر سه دهک اول درآمدی به ویژه زنان

۱-۲) به کارگیری سازمان‌های غیردولتی (خصوصی و مردم نهاد) جهت اجرای برنامه‌های کاهش فقر و

توانمندسازی

۱-۳) اجرای برنامه‌های حمایتی خانوارهای نیازمند به منظور افزایش دسترسی مستقیم به مواد غذایی سالم و

مغذی

دفتر هیئت دولت



۱-۴) اجرای پروژه‌های توانمندسازی محلی و منطقه‌ای به منظور شکوفایی قابلیت‌ها و الگوسازی مدل جدید توسعه و امنیت غذایی

۱-۵) برنامه استفاده از ظرفیت شبکه تعاونی‌های روستایی کشور در آموزش‌های تغذیه، بهداشت مواد غذایی و عرضه غذای سالم

۱-۶) ایجاد تعاونی‌های بازاریابی و فروش محصولات کشاورزی به منظور حذف واسطه‌ها

۱-۷) تقویت دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و انتخاب متخصصین باتجربه برای هدایت برنامه‌های مرتبط با تغذیه و سلامت و ایجاد اتاق فکر با حضور کلیه دست‌اندرکاران اجرایی در سطح کلان و وزارتخانه‌های مرتبط مانند جهاد کشاورزی و بازرگانی، سازمان‌هایی نظیر حمایت از مصرف‌کننده، متولیان تنظیم بازار، سازمان دامپزشکی، اداره غذا و دارو، صدا و سیما و ... که برای غذا و تغذیه تصمیم‌سازی می‌کنند.

۱-۸) تدوین و به روز نمودن ماموریت‌ها، اهداف و راهبردهای شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

۲- تقویت جایگاه زنان در مدیریت منابع اقتصادی خانوار

۲-۱) گسترش سوادآموزی و آموزش دختران و زنان

۲-۲) اشتغال‌زایی برای زنان

۲-۳) تقویت جایگاه تصمیم‌گیری زنان در خانواده

۲-۴) تقویت پروژه‌های CBI^۱ (با تاکید بر توانمندسازی زنان)

۳- نظارت و کنترل قیمت‌ها با تاکید بر مواد غذایی

۳-۱) بازنگری سیاست‌ها و فرآیندهای تنظیم بازار در جهت هماهنگی با سیاست‌های امنیت غذا و تغذیه

۳-۲) ایجاد سیستم پایش و نظارت و تثبیت قیمت مواد غذایی اساسی

۳-۳) هدفمند کردن یارانه‌های تولید و به کارگیری و اصلاح ابزارهای قیمتی به منظور کاهش هزینه تولید و

دفتر هیئت دولت

قیمت محصولات غذایی

رابطه مبتنی بر اعتماد متقابل بین پزشک و بیمار که پایه تشخیص و درمان است در مراجعات متعدد، صرف زمان و با اقدامات حرفه ای پزشکی ایجاد می شود. از جمله اقداماتی که به این تداوم خدمت کمک کرده و از وظایف پزشک است عبارتند از: ارائه مشاوره تلفنی به افراد تحت پوشش با ثبت موارد آن در پرونده الکترونیک بیمار، دقت در تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و استفاده از آن در هر وبزیت و مراقبت به منظور ارتقاء کیفیت خدمات، نظارت بر ارائه خدمات سلامت توسط سایر اعضای تیم سلامت و نیز پیگیری فعال بیماران ارجاعی، ارائه کلیه خدمات سلامتی برابر برنامه های سلامت کشوری به افراد تحت پوشش بطور فعال با استفاده از تلفن و سیستم پیام کوتاه و در صورت عدم مراجعه فرد پیگیری از طریق callcenter و ...

نظام سلامت باید هر سه نوع خدمت پیشگیری، درمان و توانبخشی را فراهم کند تا بتوان از جامعیت خدمات سخن گفت. برای تامین این مقصود از سازوکار ارجاع استفاده می شود. معنای دیگر جامعیت آنست که علاوه بر درمان بیماری جسمی، نیازهای روانی و اجتماعی شخص نیز در نظر گرفته شود.

۱۹. ثبت نام

در هر شهری که برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اجرا می شود هریک از افراد تحت پوشش یکی از بیمه های پایه حق دارند یکی از پزشکان خانواده را که توسط ستاد عملیاتی معرفی می شوند (شرایط و فرآیند شناسایی و معرفی پزشکان توسط بیمه ها و ستاد در ادامه خواهد آمد) به عنوان پزشک خانواده خود انتخاب کنند و با ثبت نام نزد آن پزشک، علاقه مندی خود را اعلام دارند. شخص می تواند تا دوبار در سال نظر خود را تغییر دهد و پزشک خانواده خود را عوض کند. فاصله دوبار تغییر پیاپی هیچ گاه نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص با نظر ستاد شهرستان این مدت قابل کاهش است.

۲۰. محله، محدوده دسترسی و جامعه تحت پوشش

محله: محدوده خاص جغرافیایی از شهر است که جمعیت آن حدود ده هزار نفر باشد و امکانات و توانمندی های حوزه سلامت (اعم از خصوصی، دولتی، عمومی و...) در آن برای ارائه خدمت در قالب پزشک خانواده و نظام ارجاع حداقل در سطح یک کفایت کند. بدیهی است در صورت عدم کفایت افراد می توانند در کوتاه مدت از خدمات محدوده های مجاور برخوردار شده لیکن سیاستهای تشویقی به گونه ای خواهد بود که توزیع عادلانه منابع رخ دهد.

محدوده دسترسی به پزشک خانواده: خانوار ها باید پزشک خانواده خود را از بین پزشکانیکه حداکثر در فاصله ۱.۵ کیلومتری محل زندگی یا کار ایشان مستقر هستند انتخاب نمایند. ستاد شهرستان با هماهنگی ستاد استان می تواند در صورت ضرورت این فاصله را تعدیل کند و مردم موظف به انتخاب پزشک خانواده خود در همان شعاع هستند. همچنین در شرایطی که در محدوده ۱.۵ کیلومتری محل خانوار پزشک واجد شرایط وجود نداشته باشد با نظر ستاد شهرستان می توان از محدوده مجاور پزشک را انتخاب نمود.

پزشک خانواده مسئول، علاوه بر جمعیت تحت پوشش، مسوولیت هایی در برابر سلامت عمومی از جمله سلامت محیط، مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، مدارس و دیگر اماکن عمومی نیز دارد که از آنها به عنوان محله تحت پوشش پزشک خانواده مسئول یاد می شود.

محدوده دسترسی به خدمات سطح دو و سه : معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی طی دستورالعملی که به تصویب ستاد

اجرایی کشوری می رسد، مسیر مشخصی برای دسترسی حداکثری مردم برای ارجاع به سطح دو و سه را طراحی و ارائه نموده است جمعیت تحت پوشش : در مناطق مجری، هر خانوار بر اساس نظر سرپرست خانوار، یکی از پزشکان خانواده مرکز مجری برنامه پزشک خانواده یا پایگاه پزشک خانواده نزدیک محل سکونت را به عنوان پزشک خانواده انتخاب و نزد او ثبت نام خواهد کرد. کسانی که نزد پزشک خانواده ثبت نام می کنند جمعیت تحت پوشش او به حساب می آیند. با توجه به واقعیت های جامعه، جمعیت تحت پوشش هر پزشک اندازه ای محدود دارد تا پزشک بتواند به همه مسوولیت های خود در برابر آنان عمل کند.

دفتر هیئت دولت

۴- حمایت از تولیدکنندگان مواد غذایی

۴-۱) توسعه و تجهیز امکانات تولید محصولات غذایی در قطب‌های تولید و عرضه با توجه به سیاست‌های غذا و تغذیه‌ای کشور

۴-۲) حمایت از توسعه کشاورزی صنعتی

۴-۳) توسعه و تدوین برنامه جامع کاهش ضایعات مواد غذایی از تولید تا مصرف

۴-۴) حمایت از توسعه مراکز خدمات در بخش کشاورزی و صنایع غذایی به ویژه از نظر توسعه بازار و فناوری

۴-۵) پشتیبانی از تأمین کافی و به موقع نهاده‌های کشاورزی

۴-۶) افزودن مواد آلی به ترکیبات خاک شامل کمپوست‌ها بر اساس استانداردهای بهداشتی

هدف راهبردی ۱-۲-۱: ارتقای ایمنی غذا و دسترسی به غذای سالم به میزان حداقل ۳۰ درصد

اقدامات:

۱- تدوین، تصویب و اجرای برنامه ملی ایمنی غذا از مزرعه تا سفره یا همکاری دستگاه‌های اجرایی

۱-۱) سازماندهی مجدد سیستم نظارت بر مراکز تهیه، تولید، نگهداری، توزیع و حمل و نقل غذا

۱-۲) ساماندهی حمل و نقل بهداشتی مواد غذایی از تولید تا مصرف

۱-۳) پیاده‌سازی سیستم بهبود کیفیت، HACCP^۱ در واحدهای عرضه و توزیع مواد غذایی

۱-۴) گسترش و بهسازی مراکز نگهداری و ذخیره‌سازی مواد غذایی (سیلو، انبار، سردخانه)

۱-۵) ارتقای کیفیت استانداردهای ملی مواد غذایی بر مبنای استانداردهای بین‌المللی نظیر کدکس و ایزو

۱-۶) بازنگری و تقویت نظارت بر اجرای قوانین و استانداردهای ملی بسته‌بندی مواد غذایی و ظروف یکبارمصرف

دفتر هیئت دولت

۷-۱) ایجاد سیستم و تقویت اجرای نظارت و کنترل قوی بر واردات مواد غذایی و مواد اولیه مورد استفاده در صنایع غذایی (سیستم بارکد)

۸-۱) توسعه و بهبود سیلوهای نگهداری غذای دام

۹-۱) ایجاد و تقویت سیستم خوداظهاری جهت نظارت بر مراکز عرضه مواد غذایی

۱۰-۱) ارتقای کنترل و ارزیابی آلودگی‌های غذایی اعم از زیستی و شیمیایی در سطح کشور

۱۱-۱) شناسنامه‌دار کردن باغها و مزارع و دامداری‌ها و دامپروری‌ها و دریاچه‌های پرورش ماهی (محصولات کشاورزی)

۲- سیاست‌های تشویقی در نوآوری و بهینه‌سازی صنایع غذایی و سرمایه‌گذاری در تحقیقات بخش کشاورزی

۱-۲) حمایت از پروژه‌های اصلاح فناوری و روش‌های فرآوری به ویژه در صنایع روغن

۲-۲) تقویت ساز و کارهای مناسب تشویقی و حمایتی جهت تولید غذاهای ارگانیک

۳- استفاده از رویکردهای ادغام‌یافته در دفع آفات و حاصل‌خیز کردن خاک در کشاورزی

۱-۳) برنامه استفاده از ظرفیت بخش ترویج وزارت جهاد کشاورزی در تولید مواد غذایی سالم

۲-۳) ترویج و تشویق روش‌های بیولوژیک برای دفع آفات نباتی به جای استفاده از سموم

۳-۳) تقویت اجرای قانون عدم آبیاری مزارع با فاضلاب خام

هدف کلان کمی ۱-۲: افزایش درصد خانوارهای برخوردار از امنیت تغذیه‌ای به بالاتر از ۷۰ درصد

هدف راهبردی ۱-۲-۱: کاهش شیوع کمبود ریزمغذی‌ها به میزان ۷۰ درصد وضع موجود

دفتر هیئت دولت

اقدامات:

۱- غنی‌سازی^۱ و بازیابی^۲ غلات به صورت اجباری

۱-۱) غنی‌سازی خاک کشاورزی با ریزمغذی‌ها

۱-۲) بازیابی غلات در مرحله سبوس‌گیری

۱-۳) مصرف کودهای میکرو برای تقویت ریزمغذی‌های خاک

۱-۴) کنترل کیفیت محصولات غذایی غنی شده

۲- غنی‌سازی مواد غذایی خاص با ریزمغذی‌ها

۲-۱) توسعه روش‌های زیست فناوری در تولید مواد غذایی

۳- افزایش دسترسی دهک‌های پایین درآمدی به مواد غذایی حاوی ریز مغذی‌ها

۳-۱) مغذی سازی مواد غذایی عمده با افزایش دسترسی گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای

۳-۲) توزیع کالا برگ‌های غذایی^۳ برای مواد غذایی غنی از ریزمغذی‌ها و با کاهش درآمدی بالا برای خانوارهای آسیب‌پذیر

۳-۳) توسعه و گسترش بخش خصوصی دست‌اندرکار با هدف تسهیل دسترسی فیزیکی به میوه و سبزی در مناطق شهری و روستایی

۳-۴) تدوین برنامه جامع برای کاهش ضایعات مواد غذایی

۳-۵) استفاده از فناوری مناسب در بسته‌بندی مواد غذایی

۳-۶) هدفمندسازی یارانه‌های غذایی در جهت تامین ریزمغذی‌ها (سبزی، میوه، گوشت، شیر و لبنیات) در

اقشار کم درآمد (دهک ۱ تا ۳)

دفتر هیئت دولت

۴- بهبود دسترسی به مراقبت‌های تغذیه‌ای و بهداشتی مناسب در سطوح مختلف پیشگیری برای گروه‌های آسیب‌پذیر

۴-۱) ارتقای برنامه‌های مکمل یاری گروه‌های آسیب‌پذیر با تولید مکمل‌هایی کم‌هزینه‌تر و با قابلیت پذیرش بهتر (اسپرینکل، فودلت)

۴-۲) تدوین برنامه جامع مراقبت تغذیه‌ای خانواده در سطح ملی، منطقه‌ای و محلی

۴-۳) استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کل کشور

۴-۴) تدوین ساز و کارهای حمایت از برنامه‌های نوآورانه در زمینه ترویج تغذیه با شیر مادر و تغذیه تکمیلی مناسب

۴-۵) گسترش بهسازی محیط (آب و فاضلاب و زباله) با تاکید بر مناطق محروم

۴-۶) مدیریت صحیح بازیافت زباله و آموزش آن در جامعه

۴-۷) گسترش برنامه عدالت در سلامت

۴-۸) گسترش آموزش همگانی به ویژه دختران و زنان و تقویت جایگاه زنان در خانواده

۴-۹) برنامه حمایت‌طلبی برای کاهش میزان مواجهه با آلاینده‌های حاوی سرب در محیط

هدف راهبردی ۲-۲-۱: کاهش درصد شیوع سوء تغذیه انرژی - پروتئین به میزان ۵۰ درصد وضع موجود

۱- بهبود دسترسی به مراقبت‌های تغذیه‌ای و بهداشتی مناسب در سطوح مختلف پیشگیری و درمانی برای گروه‌های آسیب‌پذیر

۱-۱) تقویت جایگاه مشاور تغذیه در نظام ارائه خدمات

• ادغام خدمات مشاوره تغذیه‌ای در مراکز بهداشتی - درمانی (تیم سلامت)

• ارائه مراقبت‌های تغذیه‌ای با کیفیت بالا به بیماران بستری در سطوح بالینی

• گسترش خدمات مشاوره‌ای تغذیه‌ای از راه دور

• گسترش مراقبت‌های اولیه بهداشتی

۱-۲) ساماندهی تغذیه در مهدکودک‌ها، مدارس و مراکز آموزشی و مراکز نگهداری سالمندان

۳-۱) تدوین پروتکل‌ها و استانداردهای تغذیه در سطح ملی

۴-۱) ارتقای دسترسی حاشیه‌نشین‌ها به خدمات تغذیه‌ای استاندارد از طریق شبکه‌های بهداشتی - درمانی کشور

۲- گذر تدریجی و تغییر دسترسی به مراقبت‌های اولیه از خانه بهداشت به خانواده

۱-۲) تقویت جایگاه زنان در خانواده

۳- اجرای برنامه‌های حمایت تغذیه‌ای و توانمندسازی خانوارهای نیازمند

۱-۳) تدوین برنامه غذا برای کار^۱ با بهره‌گیری از ظرفیت‌های خیرین و مراکز خیریه

۲-۳) کانالیزه کردن امکانات و منابع خیریه‌ها به فعالیت‌های اجتماعی هدفمند در جهت تحصیل و اشتغال

اعضای خانوارهای نیازمند

۳-۳) ارتقای وضعیت تغذیه رایگان در مدارس و استفاده از مواد غذایی مغذی شده (از جمله مغزدا نه‌ها،

میوه‌ها و سبزی‌ها) و منع فروش و یا ارائه مواد غذایی کم ارزش در بوفه‌های مدارس

۴-۳) هدفمندسازی یارانه‌های غذایی

هدف کلان ۲: ارتقای سلامت تغذیه‌ای جامعه

هدف کلان کمی ۱-۲: کاهش میزان عوامل خطر تغذیه‌ای بیماری‌های مزمن به میزان ۵۰ درصد وضع

موجود تا سال ۱۴۰۴

اقدامات:

۱- تعادل مصرف انرژی

دفتر هیئت دولت

۱-۱) گسترش استفاده از سبد غذایی مطلوب و راهنماهای غذایی کشور

۱-۲) گسترش فضاهای ورزشی به خصوص برای دختران و بانوان

۱-۳) توسعه تسهیلات ورزشی در محل کار

۲- تقویت مراقبت‌های تغذیه‌ای دوران جنینی و دو سال اول زندگی

۲-۱) توسعه و تقویت برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر

۲-۲) کاهش ساعت کاری مادران باردار شاغل

۲-۳) افزایش مرخصی زایمانی تا یکسال برای مادران

۲-۴) قانون مرخصی همسران به مدت ۲ ماه پس از زایمان مادر برای حمایت از مادر و شیرخوار

۲-۵) تولید غذاهای کمکی غنی شده بر پایه غذاهای بومی

۲-۶) توسعه کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و تغذیه‌ای در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور

۳- مقابله با عوامل مختل‌کننده سیستم متابولیسم و اندوکراین

۳-۱) جایگزین کردن رنگ‌های طبیعی به جای رنگ‌های مصنوعی

۴- گسترش تنوع محصولات غذایی کم چرب و کم کالری

۴-۱) تولید محصولات غذایی رژیمی برای گروه‌های خاص جامعه

۴-۲) کاهش میزان قند، چربی و نمک در فرآورده‌های غذایی

۵- تصویب قوانین و مقررات بازدارنده

۵-۱) برنامه توسعه و حمایت از رستوران‌های حامی سلامت

۵-۲) ارتقای کیفیت تولید و عرضه فست‌فودها و غذاهای آماده

دفتر هیئت دولت

۳-۵) تدوین، تصویب و اجرای افزایش مالیات برای کلیه غذاهای کاهنده سلامت و اختصاص درآمد حاصله برای یارانه به گروه‌های آسیب پذیر در تامین غذاهای سالم

۴-۵) تقویت برنامه نظارت بر عرضه مواد غذایی در اماکن آموزشی، اداری و در اماکن و مراسم مذهبی

۶- تشویق تولیدکنندگان جهت تولید مواد غذایی سالم ساز

۱-۶) بهبود کیفیت روغن‌های مصرفی و به حداقل رساندن میزان اسیدهای چرب اشباع و ترانس در آنها

۲-۶) حمایت و جلب همکاری صنایع غذایی برای تولید غذاهای کم قند و بدون قند، کم نمک و کم چربی یا بدون چربی و غذاهای پر فیبر و نوشابه‌های سالم

۳-۶) حمایت از تولید غذاهای فراسودمند^۱

۴-۶) دستیابی به تکنولوژی‌های نوین در صنایع غذایی تولیدکننده اسنک‌ها و تنقلات سالم

هدف کلان کمی ۲-۲: افزایش رفتارهای سالم تغذیه‌ای تا ۷۰ درصد وضع موجود در سال ۱۴۰۴

اقدامات:

۱- توسعه برنامه‌های تغییر رفتار تغذیه‌ای

۱-۱) آموزش استفاده از برچسب‌های تغذیه‌ای کالاهای غذایی

۲-۱) تدوین و اجرای برنامه‌های توانمندسازی محلی و منطقه‌ای در زمینه رفتارهای سالم تغذیه‌ای

۳-۱) مطالعه در زمینه شناخت باورها و رفتارهای غذایی هر منطقه

۲- آموزش همگانی ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای در جامعه به ویژه زنان

۱-۲) برنامه‌ریزی آموزشی و اجرایی جهت ارائه خدمت هدفمند به جامعه توسط کارشناسان تغذیه در تیم سلامت

دفتر هیئت دولت

- ۲-۲) ارائه مشاوره‌های تغذیه‌ای با بهره‌گیری از فناوری‌های جدید ارتباطی
- ۲-۳) ساماندهی آموزش تغذیه و شیوه زندگی سالم در مقاطع تحصیلی آموزش و پرورش و آموزش عالی و تعیین حداقل دانش مورد انتظار به تفکیک هر یک از مقاطع تحصیلی
- ۲-۴) ایجاد مهارت‌های تغذیه‌ای در دختران در مقاطع بالای تحصیلی به منظور اصلاح الگوی مصرف خانواده
- ۳- توسعه سیاست‌های اجرایی حمایتی در جهت تسهیل رفتارهای سالم و ممانعت از رفتارهای مخاطره‌آمیز تغذیه‌ای
- ۳-۱) بومی‌سازی سبد غذایی مطلوب
- ۳-۲) آموزش همگانی بر اساس سبد غذایی محلی
- ۳-۳) مطالعه و شناسایی غذاهای سنتی و تعیین ارزش تغذیه‌ای آن‌ها به منظور ترویج غذاهای سنتی سالم در منطقه

دفتر هیئت دولت

خروجی کارگروه مدیریت منابع انسانی

موضوعات کلیدی:

- ۱- فرار مغزها (خروج از سیستم دولتی، خروج از کشور)
- ۲- کمیت و کیفیت سطوح مختلف نیروی انسانی لازم برای سلامت
- ۳- تربیت نیروی انسانی کارآمد و پاسخگو
- ۴- حفظ و نگهداشت (عوامل نارضایتی، عوامل رضایتمندی)
- ۵- تضاد منافع

هدف ۱: تامین، تربیت و کاربست نیروی انسانی شایسته برای پاسخگویی به نیازهای نظام سلامت

اقدامات:

۱-۱) تحول در نظام آموزش بخش سلامت و تربیت نیروی کارآمد، شایسته و اثربخش در کلیه سطوح ارائه دهنده خدمات

• تشکیل کمیته تحول نظام آموزشی با مشارکت معاونت آموزشی، اداره کل منابع انسانی و بخش ارائه خدمات جهت تدوین سناریوهای مختلف برای تعیین نیازهای بخش سلامت

• به روز رسانی طرح درس‌های آموزشی، مبتنی بر شایستگی‌ها و متناسب با نیازهای بخش سلامت

• باز تعریف رشته‌های تحصیلی مورد نیاز بر اساس نیازهای نظام سلامت (تعیین رشته‌های مازاد و برنامه ریزی برای ایجاد رشته‌های جدید متناسب با نیازهای سلامت در افق ۱۴۰۴)

• تلفیق آموزش با تربیت، پژوهش و مهارت در تولید علم

۱-۲) برآورد عرضه نیروی انسانی بخش سلامت در مناطق مختلف جغرافیایی به تفکیک رشته تحصیلی

• برآورد وضعیت موجود عرضه نیروی انسانی

دفتر هیئت دولت

- پیش بینی عرضه نیروی انسانی مورد نیاز به تفکیک رشته‌های مورد نیاز در مناطق مختلف جغرافیایی

۱-۳) تدوین سند راهکارهای جلب مشارکت سازمان‌های جهانی جهت بهره‌گیری از تجارب موفق آن‌ها در حوزه آموزش، نوسازی و توانمندسازی نیروی انسانی (نظام یادگیرنده سلامت)

۱-۴) تدوین سیاست‌های ملی برای تامین منابع انسانی سلامت

۱-۵) تدوین سندی جهت تقویت مشارکت بخش غیر دولتی در بخش آموزش با توجه به اصل ۴۴ قانون اساسی

۱-۶) طراحی و استقرار چارچوبی برای تکمیل و تقویت نظام اعتبار بخشی آموزشی

- ارتقای حضور مؤثر هیئت علمی در دانشگاه‌ها از طریق نظام پایش و پرداخت مبتنی بر توانمندی‌ها، عملکرد و ... (تدوین استانداردهای ارزیابی و پاداش به اعضای هیئت علمی و تشکیل کمیته پایش حضور اساتید)

- ممیزی فعالیت‌های تضمین کیفیت تدوین شده

- افزایش کیفیت تدریس (به روز رسانی دانش اعضای هیئت علمی متناسب با علوم نوین در حوزه مربوطه (بر اساس محتوای دروس بازتعریف شده)، تشکیل کمیته تضمین کیفیت آموزش)

۱-۷) ایجاد مرکز پژوهش و برنامه ریزی منابع انسانی نظام سلامت (راه اندازی مرکز تحقیقات منابع انسانی بخش سلامت، به شکل مستقل و یا به صورت یکی از دپارتمان‌های مؤسسه ملی تحقیقات سلامت کشور)

هدف ۲: تنظیم عرضه و تقاضای نیروی انسانی نظام سلامت با هدف ارتقای پاسخگویی، عدالت محوری و کارایی

اقدامات:

۲-۱) برآورد تقاضای نیروی انسانی بخش سلامت در مناطق مختلف جغرافیایی به تفکیک مشاغل

- برآورد وضعیت موجود تقاضای نیروی انسانی

- پیش بینی تقاضای نیروی انسانی مورد نیاز به تفکیک رشته‌های مورد نیاز در مناطق مختلف جغرافیایی

- برقراری تعادل نسبی میان تعداد و ترکیب نیروهای ارائه دهنده خدمت در سطوح اول، دوم و سوم

دفتر هیئت دولت

به صورت کلی پزشک خانواده، پزشک همه اعضای خانوار یک فرد خواهد بود مگر در مواردی که به دلایل خاص این امر برای یک یا چند نفر از اعضای خانوار مقدور نباشد، در این موارد با نظر ستاد شهرستان یکی دیگر از پزشکان همان محدوده به عنوان پزشک خانواده فرد معذور انتخاب خواهد شد.

هر فرد خارج از شهرستان محل استقرار پزشک خانواده خود در موارد اورژانس بدون هیچ مانع ای به اورژانس مراجعه و اگر بیماری او اورژانس بود همانند سایر مراجعه کنندگان از خدمات کامل استفاده می کند و در موارد غیر اورژانس و در صورت ضرورت می تواند به پزشک سطح یک محل سفر (در پایگاه، مرکز مجری، مرکز کشیک) مراجعه و در این شرایط توسط پزشک موقت نمی تواند به سطوح بالاتر ارجاع گردد (مگر ارجاع برای بستری به بخش دولتی و عمومی پس از تماس تلفنی با پزشک خانواده فرد و دریافت فرم ارجاع الکترونیک). بدیهی است در این موارد ۷۰٪ هزینه های دولتی سطح یک توسط بیمه پرداخت خواهد شد.

تعدادی از برگه های دفترچه بیمه به ترتیبی که بیمه ها اعلام می کنند به عنوان برگه سفر در نظر گرفته می شود. در دفترچه های جدید که در آینده صادر خواهد شد برگ سفر اختصاصی درج خواهد شد. یادآور می شود ارائه خدمات غیر اورژانس به این دسته از بیماران با کسب مجوز دسترسی (از بیمار) به پرونده الکترونیک فرد مقدور بوده و باید کلیه اقدامات گروه پزشکی در پرونده فرد منعکس گردد.

۲۱. فرانشیز

بخشی از هزینه های خدمات درمانی ارائه شده توسط خود بیمار به ارائه کننده ی خدمت پرداخت می شود. در برنامه پزشک خانواده فرانشیز دارو و ویزیت پزشک خانواده و تیم سلامت سطح یک رایگان خواهد بود. برای جلوگیری از تجویز غیر متعارف دارو و پاراکلینیک عملکرد پزشک در این زمینه در پایش او بطور محسوس لحاظ می گردد.

دفتر هیئت دولت



- تعیین تکلیف مشاغل حساس و چند حرفه‌ای (بهورزان و...)
- تدوین استانداردهای کمی و کیفی نیروی انسانی مورد نیاز در نظام سلامت کشور
- تدوین نقشه توزیع عادلانه و مبتنی بر نیاز نیروی انسانی نظام سلامت کشور
- ۲-۲) متعادل سازی عرضه و تقاضای نیروی انسانی بخش سلامت
- ۲-۳) بازنگری در مرزهای حرفه ای و ترکیب مهارت‌های کارکنان بهداشتی و درمانی به منظور دسترسی کلیه اعضای جامعه به خدمات به شیوه ای عادلانه و اثربخش.
- شفاف سازی حدود مسئولیت‌ها و اختیارات مشاغل حساس طبق استانداردهای حرفه‌ای مربوطه در دنیا
- هدف ۳: تصدی ۱۰۰ درصد مشاغل و حرف نظام سلامت توسط نیروی انسانی شایسته
- ۳-۱) بازنگری مشاغل تعریف شده و طراحی مشاغل جدید، متناسب با نیازهای بخش سلامت در افق ۱۴۰۴
- تدوین سناریوهای متفاوت بر اساس نیازهای شناسایی شده بخش سلامت در افق ۱۴۰۴ با توجه به پیش فرض‌های پیش رو از جمله خصوصی سازی، ایجاد دولت الکترونیک و...
- بازنگری مشاغل بخش سلامت با توجه به نیازها و سناریوهای تعریف شده
- ۳-۲) طراحی مجدد و استقرار ساختار سازمانی با توجه به نیازهای شناسایی شده در افق ۱۴۰۴
- ۳-۳) ارزشیابی مبتنی بر شایستگی کلیه مشاغل و حرف نظام سلامت کشور
- تعیین ویژگی‌های شغلی برای مشاغل مختلف، متناسب با نیازهای بخش سلامت
- ایجاد پایگاه‌های داده در خصوص دانش، مهارت و نگرش و شایستگی‌های شاغلین در کلیه سطوح بخش سلامت به منظور ارزیابی مستمر نیازهای آموزشی
- باز تعریف شرایط احراز مشاغل با توجه به شایستگی‌های تعریف شده
- ۳-۴) به روزرسانی ساختار نظام سلامت بر اساس سطح بندی خدمات و مبتنی بر تخمین کمیت و کیفیت نیروی انسانی تربیت شده (خروجی ارزیابی مشاغل) متناسب با نیازهای بخش سلامت
- ۳-۵) تحول در نظام جذب و به کارگیری مؤثر نیروی انسانی شایسته، متناسب با نیاز بخش سلامت

• طراحی و استقرار مراکز ارزیابی منابع انسانی جهت جذب و به کارگیری نیرو، آموزش، توسعه و ارتقای

نیروی انسانی

(۳-۶) ایجاد مراکز مستقل ارزیابی و اعتبار بخشی نیروی انسانی بخش سلامت

• افزایش حضور مؤثر متخصصین (به ویژه اعضای هیئت علمی) در محل کار (بررسی سالانه نیازها،

ضرورت‌ها و ترجیحات جهت حضور مؤثر متخصصین، تشکیل کمیته پایش حضور متخصصین،

تدوین استانداردهای ارزیابی و پاداش به متخصصین جهت حضور فعال)

• بازنگری و تدوین نظام نظارت بر عملکرد حرفه‌ای پزشکان، متخصصین و شاغلین نظام سلامت به ویژه

در بخش خصوصی در سطح ملی و استانی با مشارکت مستقیم انجمن‌های حرفه‌ای مربوطه

(۳-۷) تدوین نظام‌های جامع استخدام، آموزش حین خدمت، مسیر ارتقای شغلی، ارزیابی عملکرد، جبران

خدمت، حمایت و رفاه، رسیدگی به تخلفات و خروج از خدمت کارکنان غیر هیئت علمی و اعضای هیئت

علمی، متناسب با نیازهای بخش سلامت

(۳-۸) آموزش و توسعه مداوم حرفه‌ای نیروی انسانی

• بازبینی و استقرار نظام نوین و جامع آموزش (بدو و ضمن خدمت) مبتنی بر شایستگی‌های مشاغل

مختلف و بر اساس نیازهای بخش سلامت

• به روزرسانی توانایی‌ها و مهارت‌های کارشناسان بخش‌های ستادی در جهت تبدیل ستاد به یک مرکز

صرفاً سیاست‌گذار

• بسترسازی به منظور تبدیل بخش سلامت به یک بخش یادگیرنده از طریق ایجاد فرصت‌های

آموزشی مستمر برای کلیه نیروهای شاغل در بخش

(۳-۹) سنجش مستمر بازگشت سرمایه^۱ آموزش‌های ارائه شده به نیروی انسانی

• طراحی و استقرار نظامی برای سنجش مستمر بازگشت سرمایه (Return on Investment) آموزش‌های

ارائه شده به نیروی انسانی

دفتر هیئت دولت

۳-۱۰ تهیه سیاست‌های نحوه تعامل و استفاده از ظرفیت‌های هیئت امنای دانشگاه‌ها به منظور تحول در نظام‌های اداری، استخدامی و تشکیلاتی، مالی و معاملاتی، و آموزشی - پژوهشی و تصویب مقررات تسهیل کننده و چابک ساز.

۳-۱۱ بازنگری و اصلاح آیین نامه‌های (اداری، استخدامی و تشکیلاتی) کارکنان غیر هیئت علمی و اعضای هیئت علمی، متناسب با نیازهای بخش سلامت

۳-۱۲ بسترسازی جهت استقرار نظام حاکمیت بالینی در بخش سلامت از طریق تغییر رویکرد سنتی مدیریت منابع انسانی به رویکرد سیستمی و مشارکتی

- اتخاذ رویکرد سیستماتیک در فرآیندهای مربوط به استخدام و نگهداشت نیروی انسانی
- ارزیابی مستمر شایستگی‌های مورد نیاز سطوح مختلف نیروی انسانی براساس نیازهای بازار سلامت در افق ۱۴۰۴

- هدایت فرهنگ سازمانی به سمت فرهنگ کاری با رویکرد تیم‌های چند تخصصی

هدف ۴- حداقل میزان رضایت شغلی منابع انسانی شاغل در نظام سلامت ۸۵ درصد باشد.

اقدامات:

- ۴-۱ تدوین و اجرای سیاست‌های ارتقای میزان رضایتمندی منابع انسانی سلامت
- طراحی و استقرار نظام رفاهی - انگیزشی برای منابع انسانی مختلف در نظام سلامت
- شناسایی عوامل بهداشتی و غیر بهداشتی دخیل در تامین و ارتقای میزان رضایت منابع انسانی و تلاش در جهت رسیدن به شرایط مطلوب

- ۴-۲ طراحی و استقرار نظام مدیریت عملکرد و سیستم پاداش و پرداخت مبتنی بر عملکرد
- ۴-۳ افزایش میزان ارزش افزوده اقتصادی مشاغل در فعالیتهای تحقیقاتی و علوم پایه و رشته‌های مدیریتی

به منظور جذب نیروهای تخصصی

دفتر هیئت دولت

۴-۴) در نظر گرفتن پاداش در سه حیطه کار در مناطق جغرافیایی خاص، ساعات خاص (خارج از زمان اداری) و شرایط خاص

۴-۵) بسط و توسعه عدالت اجتماعی در روابط رسمی و غیررسمی، افقی، عمودی و موازی سازمانی در شبکه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی

هدف ۵- حداقل میزان انگیزش و تعهد سازمانی منابع انسانی شاغل در نظام سلامت ۷۵ درصد باشد.

اقدامات:

۵-۱) بازبینی و متناسب سازی اختیارات و مسئولیت‌های تفویض شده به کارشناسان جهت ایجاد انگیزه کافی در انجام وظایف محوله

۵-۲) بازبینی نظام ارزیابی عملکرد نیروی انسانی

• طراحی و استقرار نظام اثر بخش و پویای ارزیابی عملکرد نیروی انسانی متناسب با ماهیت مشاغل مختلف

۵-۳) تهیه مسیر ارتقای شغلی کارآمد برای کلیه نیروی انسانی شاغل در نظام سلامت بر پایه نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل مشاغل

۵-۴) تحول در فرهنگ سازمانی و تبدیل آن به فرهنگ پشتیبان تعهد، وفاداری و پایبندی به اصول و ارزش‌های رفتار حرفه ای

• ترویج فرهنگ کار شایسته در بخش سلامت

۵-۵) تدوین برنامه ملی ارتقای سلامت نیروی انسانی و کاهش عوامل خطر شغلی نیروی انسانی بخش سلامت

۵-۶) تدوین و اجرای برنامه‌های غنی سازی شغلی / نظام جانشین پروری

۵-۷) تدوین و به کارگیری کدهای رفتاری، اخلاقی و شغلی برای نیروی انسانی

۵-۸) فراهم سازی امکان مشاوره برای پیشرفت نیروی انسانی در مسیر شغلی و حرفه ای ترسیم شده

۵-۹) ارزیابی سالانه علایق و استعدادهای حرفه‌ای نیروی انسانی و ابلاغ وظایف بر اساس آنها

هدف ۶- رساندن میزان رشد بهره وری نیروی انسانی بخش سلامت به حداقل ۳ درصد در سال

اقدامات:

۶-۱) طراحی نظام بهره وری نیروی انسانی مختص نظام سلامت

۶-۲) ایجاد مرکز سنجش بهره وری نیروی انسانی بخش سلامت

هدف ۷- افزایش نرخ ماندگاری نیروی انسانی متخصص (اشتغال به کار تمام وقت) در بخش دولتی سلامت به میزان ۹۰ درصد

اقدامات:

۷-۱) بهبود وضعیت نگهداشت نیروی انسانی متخصص و مورد نیاز در بخش سلامت

• افزایش امکان اشتغال نیروی انسانی در حرفه مرتبط با تحصیل

• افزایش میزان برخورداری نیروی انسانی متخصص از تسهیلات اقتصادی، رفاهی و...

۷-۲) طراحی و استقرار نظامی جهت افزایش منزلت نیروی کار

• افزایش سهم نیروی انسانی از ارزش افزوده نظام سلامت

هدف ۸- کاهش نرخ مهاجرت دانش آموختگان علوم پزشکی (نخبگان، متخصصان، مدیران و کارشناسان) از کشور به میزان ۸۵ درصد

اقدامات:

۸-۱) راه اندازی شبکه ایده پردازی

۸-۲) تهیه و اجرای سیاست‌های افزایش میزان ارزش افزوده اقتصادی مشاغل در فعالیتهای تحقیقاتی و علوم

پایه و رشته‌های مدیریتی به منظور جذب نیروهای تخصصی

دفتر هیئت دولت

۸-۳) فراهم سازی بستر مناسب جهت جذب و بازگرداندن نیروی انسانی از خارج از کشور

• ایجاد زیر ساخت‌های لازم برای تحقیق و تولید فناوری

هدف ۹- تبادل نیروی انسانی مورد نیاز در بازار سلامت منطقه چشم انداز

اقدامات:

۹-۱) تدوین و اجرای سیاست‌های تشویقی کاربست تحقیقات معتبر بومی و بین المللی منابع انسانی سلامت

هدف ۱۰- کاهش شاخص سوء استفاده مالی (فساد اداری) در کارکنان سلامت به میزان ۵۰ درصد سال پایه

تا پایان سال ۱۴۰۴

اقدامات:

۱۰-۱) الزام به تمام وقت بودن نیروی انسانی مورد نیاز در یکی از بخش‌های دولتی یا غیر دولتی

۱۰-۲) تدوین و استقرار سند سیاست تشویق رقابت و حذف انحصار در بین ارائه دهندگان نظام سلامت

هدف ۱۱- افزایش عدالت در نظام نگهداشت منابع انسانی نظام سلامت

اقدامات:

۱۱-۱) منطقی نمودن نسبت پرداخت‌ها بین بخش‌ها (دولتی و غیر دولتی)

۱۱-۲) منطقی نمودن نسبت پرداخت‌ها بین سطوح مختلف شغلی

دفتر هیئت دولت

هدف ۱۲- پایش حصول اهداف

اقدامات:

۱۲-۱) یکپارچگی تولید منابع انسانی نظام سلامت

- تشکیل کمیته یا ستاد تولید منابع انسانی بخش سلامت، مشتمل بر نمایندگان معاونت توسعه‌ی مدیریت و منابع (مدیرکل منابع انسانی و رئیس مرکز توسعه مدیریت و تحول اداری)، معاونت بهداشتی، معاونت درمان، معاونت آموزشی و شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت (معاونت پژوهشی و مرکز آمار و فناوری اطلاعات)

- شبکه سازی بین کمیته‌ی تولید با دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر ذینفعان

۱۲-۲) توسعه نظام مراقبت و دیدبانی منابع انسانی

- دیدبانی منابع انسانی در بخش دیدبانی کل نظام سلامت کشور
- ایجاد سیستم جامع اطلاعات منابع انسانی برای بخش سلامت کشور
- ۱۲-۳) الزام کلیه اسناد سیاستی نظام سلامت به داشتن پیوست منابع انسانی
- تدوین استانداردهای پیوست منابع انسانی برای سیاست‌های نظام سلامت

دفتر هیئت دولت

خروجی کار گروه توانمند سازی جامعه

موضوعات کلیدی:

- ۱- مشارکت مردمی در سلامت
- ۲- سواد سلامت
- ۳- سواد تغذیه
- ۴- مهارت‌های زندگی
- ۵- توجه به سلامت حاشیه نشین‌ها و آسیب پذیرها

اهداف راهبردی مشارکت مردم و سواد سلامت در افق ۱۴۰۴

۱- حداقل ۵۰ درصد از گروه‌های جمعیتی تحت پوشش مراکز سلامت شهری و روستایی از مهارت‌های لازم برای کار گروهی در نهادهای مرتبط با سلامت برخوردار باشند و به عنوان عضو فعال در این نهادها مشارکت داشته باشند. اهم این گروه‌ها عبارتند از:

- نوجوانان و جوانان پسر و دختر (۱۰-۲۴ سال)
- میانسالان زن و مرد (۲۵-۶۴ سال)
- سالمندان زن و مرد (۶۵ سالگی به بالا)

۲- حداقل ۷۵ درصد افراد جامعه یا ولی آن‌ها از حداقل سواد سلامت متناسب با نیاز فرد برخوردار باشند (دسترس، درک، تجزیه و تحلیل اطلاعات و خدمات و تصمیم‌گیری درست در مورد سلامت خود، خانواده و جامعه)

۳- ۱۰۰ درصد از افراد جامعه، نهادها و سازمان‌های سلامت محلی حداقل در یکی از محورهای زیر فعال باشند

- فرایند حل مشکل سلامت در جامعه شامل: نیازسنجی، تعیین اولویت، تدوین مداخله، اقدام و ارزشیابی

دفتر هیئت دولت

- آموزش موضوعات سلامت به جامعه به خصوص گروه‌های آسیب‌پذیر
 - تدوین و ترویج سیاست‌ها و برنامه‌های ارتقای سلامت و عدالت در سلامت از طریق وسایل ارتباط جمعی و گفتگو با سیاست‌مداران، برنامه‌ریزان و مدیران نظام سلامت
 - تشویق نیکوکاران برای تامین منابع مالی نظام سلامت
- ۴- حداقل ۸۰ درصد مطالبات مردم در زمینه سلامت با نیازهای واقعی تطابق داشته باشد
- ۵- حداقل ۵۰ درصد مشارکت خیرین سلامت در راستای ارتقای سلامت، پیشگیری و غربالگری بیماری‌های شایع در جامعه باشد
- ۶- حداقل ۹۰ درصد افراد جامعه از حضور خود یا نمایندگان آن‌ها در عرصه سلامت احساس رضایت نمایند.

سطح ملی

- ۱- انتصاب نمایندگان مردم در گروه‌های مختلف شغلی، قومی، سنی و جنسی در کلیه شوراهای تصمیم‌گیری از سطح ستادی تا شهرستان و محلات
- ۲- تقویت توانمندسازی جامعه و ارتقای سلامت در محیط‌های کار و سایر اجتماعات از قبیل مدارس، سربازخانه‌ها، مساجد و...
- ۳- تدوین و اجرای «برنامه‌های جلب حمایت» برای تغییر در مقررات و قوانین با هدف ارتقای مشارکت مردم
- ۴- توانمندسازی شوراهای اسلامی شهر و روستا در مشارکت شبکه‌ای مردم برای توسعه
- ۵- ایجاد شوراهای مردمی مشارکت در سلامت محلات و مناطق شهری
- ۶- تدوین و استقرار برنامه بازاریابی اجتماعی در مورد «ارزش کار داوطلبانه و مشارکت» برای مردم
- ۷- طراحی و اجرای برنامه‌های جلب حمایت ساختارهای قدرت در جامعه از جمله مسئولان قوای سه‌گانه و مدیران سطوح میانی برای گنجاندن عملی مفاهیم مشارکت مردم در کلیه عرصه‌ها
- ۸- تقویت همکاری‌های بین بخشی
- ۹- توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع در جوامع محلی

دفتر هیئت دولت

- ۱۰- طراحی و اجرای برنامه‌های جلب حمایت ساختارهای قدرت در جامعه از جمله مسئولان قوای سه‌گانه و مدیران سطوح میانی برای گنجاندن عملی مفاهیم مشارکت مردم در کلیه عرصه‌ها
- ۱۱- نهادینه کردن «ساختار مشارکت مردم و همکاری بین بخشی» در کلیه سازمان‌های دولتی
- ۱۲- طراحی و استقرار سازوکار مناسب به منظور تسهیل مشارکت مردم در رفع نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه
- ۱۳- تدوین سازوکار هدایت مسئولیت اجتماعی «شرکت‌ها» در ارتقای سلامت جامعه
- ۱۴- ترویج الگوهای موفق توانمندسازی اجتماع - محور برای مردم و مجریان
- ۱۵- تهیه، تولید و انتشار برنامه‌های ترویجی پایدار برای ارتقای مشارکت و سواد سلامت از طریق رسانه‌های جمعی
- ۱۶- طراحی و استقرار نظام پاسخگویی و بازخورد در کلیه بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی
- ۱۷- تهیه و به روز رسانی بانک‌های اطلاعاتی از توانایی‌های مردمی و میانجیان مشارکت مردم
- ۱۸- اولویت دادن به پروژه‌های اعتمادسازی در تخصیص اعتبارات در کلیه دستگاه‌ها
- ۱۹- توانمندسازی سیاستگذاران، برنامه‌ریزان، مدیران و ارائه‌کنندگان خدمات
- ۲۰- تقویت ارتباطات منطقه‌ای و بین‌المللی در زمینه تبادل تجارب و شبکه سازی
- ۲۱- طراحی و توسعه و به روزآمدی شاخص‌ها و استانداردها و معیارهای مناسب به منظور سنجش سطح توانمندی مردم و سواد سلامت
- ۲۲- تقویت تمرکززدایی و دادن اختیار و مسئولیت به واحدهای محیطی به منظور تسهیل در امر توانمندسازی جامعه
- ۲۳- توسعه برنامه‌ها و پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت جامعه
- ۲۴- ارزیابی و استانداردسازی رسانه‌ها در ارتباط با مباحث سواد سلامت و مشارکت مردم
- ۲۵- ایجاد انجمن‌های علمی و مرتبط با مشارکت مردم و سواد سلامت

دفتر هیئت دولت

فصل دوم: بسته خدمات سلامت

۲۲. بسته خدمات سلامت:

- بسته خدمات تیم سلامت (در سطح اول): در ادامه به آن اشاره شده است
- بسته خدمات سلامت سطح دوم: برابر با بسته خدمات بیمه پایه
- بسته خدمات سلامت سطح سوم: برابر با بسته خدمات بیمه پایه

۲۳. گروه هدف: در سطح اول خدمات تمامی افراد جمعیت تحت پوشش در قالب گروههای سنی ذیل:

- نوزادان و کودکان
- نوجوانان و جوانان
- میانسالان
- سالمندان
- مادران باردار

می باشند و خدمات سلامت باید بر اساس حیطه های محیط خانواده، محیط عمومی جامعه و محیط های جمعی به گروه های هدف ارائه گردد.

۲۴. راهنمای بالینی ارائه خدمات استاندارد:

- خدمات مورد نیاز مراجعین با اختلالات و شکایات زیر در قالب راهنماهای مربوطه ارائه خواهد شد.

- آکنه
- رنیت آلرژیک
- اضطراب
- نارسایی قلب
- سردرد
- کم کاری تیروئید
- افسردگی
- درد گردن
- استئوآرتریت
- اوتیت گوش میانی
- پنومونی
- صرع
- سینوزیت
- سنکوپ
- خونریزی دستگاه گوارش فوقانی و

اقدامات اساسی برای دستیابی به اهداف راهبردی مشارکت مردم و سواد سلامت در افق ۱۴۰۴

سطح بخشی (وزارت بهداشت)

- ۱- تدوین و استقرار نقشه مهندسی فرهنگ سلامت کشور با مشارکت دستگاه‌ها
- ۲- تعیین سهم و نقش دستگاه‌ها (همکاری بین‌بخشی) در ارتقای سواد سلامت و مشارکت مردم در سلامت و تصویب آن در شورای عالی سلامت
- ۳- مشارکت دادن مردم با سازوکارهای مناسب در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور و کارگروه‌های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها و شهرستان‌ها
- ۴- طراحی و اجرای برنامه‌های ارتقای نگرش و آگاهی‌های عمومی در مورد مزایای مشارکت در برنامه‌های سلامت برای گروه مخاطب مردم و مسئولین (در رده‌های سنی، سازمان و...)
- ۵- آموزش سازمان‌های مردم نهاد و شوراهای اسلامی شهر و روستا در زمینه ارتقای مشارکت آنان در سلامت
- ۶- اطلاع رسانی به مردم در خصوص تسهیلات و شیوه‌های مشارکت در بخش سلامت
- ۷- تدوین و استقرار سیاست مشارکت بخش خصوصی و صنعت در فرآیند ارتقای مشارکت مردم و سواد سلامت با مشارکت دستگاه‌های ذیربط
- ۸- ارزشیابی، اعتبارگذاری و رتبه‌بندی سازمان‌های دولتی، غیردولتی و سمن‌ها در ارتباط با مشارکت مردم و ارتقای سواد سلامت
- ۹- پایش و ارزیابی مستمر قابلیت کمی و کیفی مشارکت مردم، سواد سلامت و به کارگیری نتایج آن در طراحی الگوهای مناسب فرهنگ و رفتار فردی
- ۱۰- ایجاد مراکز رشد و پارک‌های فناوری مرتبط با ارتقای مشارکت مردم و سواد سلامت آموزش
- ۱۱- شبکه‌سازی نهادهای اجتماع محور به منظور انتقال تجارب
- ۱۲- ارتقای کیفیت خدمات بخش سلامت به منظور اعتمادسازی و جلب مردم برای مشارکت
- ۱۳- برگزاری جشنواره‌های مستمر برای معرفی و تقدیر از افراد و نهادهای موفق در جلب مشارکت همه جانبه

مردم و سواد سلامت

دفتر هیئت دولت

- ۱۴- توانمندسازی گروه‌های آسیب‌پذیر جهت جلب مشارکت و ارتقای سواد سلامت آن‌ها
- ۱۵- توسعه محیط‌های حامی سلامت (مساجد، فرهنگسراها، حوزه‌های علمیه، مدارس، پایگاه‌های بسیج و...)
- ۱۶- شناسایی، احیا و ترویج هنجارهای موجود در فرهنگ دینی و بومی کشور مرتبط با سلامت (از قبیل زکات، وقف و نذورات و...)

دفتر هیئت دولت

خروجی کارگروه سلامت اجتماعی، روانی و اعتیاد

هدف ۱: ایجاد ساختارهای هماهنگ که در آنها سهم و نقش دستگاه‌ها برای مدیریت آسیب‌های اجتماعی و ارتقای شاخص‌های سلامت اجتماعی نهادینه شده است.

اقدامات:

۱-۱) ارتقای سطح دانش و نگرش سیاست‌گذاران و قانون‌گذاران

۱-۲) تدوین پیش‌نویس لایحه ارتقای سلامت اجتماعی و مدیریت آسیب‌های اجتماعی هیئت دولت

۱-۳) تدوین اسناد سیاست و همکاری بین بخشی پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت اجتماعی

هدف ۲: در تدوین سیاست‌ها و برنامه‌های کلان کشور «پیوست سلامت اجتماعی» نهادینه شود.

اقدامات:

۲-۱) تدوین پیش‌نویس لایحه پیوست سلامت اجتماعی در هیئت دولت

هدف ۳: بروز رفتارهای سالم اجتماعی در گروه‌های مختلف جامعه افزایش یابد.

اقدامات:

۳-۱) تهیه اسناد سیاست و همکاری بین بخشی بازاریابی رفتارهای اجتماعی سالم

۳-۲) تهیه راهنماها و متون آموزشی مناسب

دفتر هیئت دولت

هدف ۴: مشارکت میانجیان مردم در حوزه سلامت اجتماعی نهادینه شود.

اقدامات:

۴-۱) تدوین سند سیاست ارتقای مشارکت عمومی

۴-۲) تدوین برنامه و سازماندهی سمن‌های کشور برای مشارکت در پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی و

ارتقای سلامت اجتماعی

هدف ۵: شاخص سرمایه اجتماعی در روند افزایشی قرار گیرد.

اقدامات:

۵-۱) تدوین سند سیاست سرمایه اجتماعی

۵-۲) تدوین ابزار و مقیاس‌های پایش سرمایه اجتماعی و انجام بررسی‌های ادواری

هدف ۶: شاخص‌های آسیب‌های اجتماعی به کمتر از یک سوم وضعیت فعلی تنزل یابد.

اقدامات:

۶-۱) ایجاد نظام یکپارچه پایش و مراقبت آسیب‌های اجتماعی

۶-۲) تدوین برنامه ساماندهی سمن‌های کشور در جهت مشارکت مؤثر برای پیشگیری و کاهش آسیب‌های

اجتماعی با استفاده از تجارب داخلی و بین‌المللی

۶-۳) ارتقای سیستم‌های حمایتی گروه‌های آسیب‌دیده و در معرض خطر موجود

هدف ۷: شاخص‌های سلامت معنوی در روندی افزایشی قرار گیرند.

دفتر هیئت دولت

اقدامات:

۷-۱) تدوین اسناد همکاری بین بخشی

۷-۲) تدوین ابزار و مقیاس‌های پایش سلامت معنوی و انجام بررسی‌های ادواری

هدف ۸: ارتقای سلامت روان در افق ۱۴۰۴

- کاهش بار اختلالات روانی حداقل به میزان ۵۰ درصد سال پایه تا ۱۴۰۴
- سهم و نقش وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی، استان‌ها و میانجیان مردم در ارتقای سلامت روان نهادینه شود.
- سواد سلامت روان در گروه‌های جمعیتی کودکان، نوجوانان و جوانان، میانسالان و سالمندان زن و مرد به سه برابر فعلی ارتقا یابد.
- بهره‌مندی، تداوم و کیفیت مراقبت از بیماران روانی اورژانس و شدید در سطح روستا و شهر به سه برابر فعلی ارتقا پیدا کند.

اقدامات پیشگیری سطح اول:

۸-۱) تشکیل گروه جلب حمایت‌کننده و مشورت‌دهنده در وزارت بهداشت برای تاثیرگذاری در تصویب سیاست‌های عمومی سالم (به‌طور ویژه سلامت روان)، مداخله مشورتی در مواقع تنش‌های اجتماعی، تدوین پیوست‌های سلامت و همکاری در ارتقای سلامت اجتماعی و معنوی (نقش این گروه در تنظیم سهم و نقش دستگاه‌ها و تفاهم‌نامه‌های همکاری مهم است).

۸-۲) تعیین سهم و نقش دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی، بخش خصوصی و غیردولتی (سمن‌ها و شوراهای اسلامی) در ارتقای سلامت روان

۸-۳) تصویب قانون سلامت روان و پایش استقرار آن

۸-۴) تدوین برنامه جامع پیشگیری از خشونت اجتماعی و جلب حمایت برای تصویب و استقرار آن

دفتر هیئت دولت

۵-۸) بازطراحی برنامه‌های سلامت روان در قالب استاندارد «برنامه‌های سلامت» و شروع اجرای کشوری آن‌ها در شش حیطه اولویت‌دار: مهارت‌های زندگی (براساس آموزه‌های فرهنگ ایرانی و اسلامی)، فرزند پروری و روابط خانوادگی، حمایت روانی اجتماعی در بلایا، پیشگیری از خودکشی و خشونت (کودک‌آزاری، همسرآزاری و سالمندآزاری) و انگ‌زدایی

۶-۸) تدوین منشور «سلامت روان ایرانیان» حاوی دانش، نگرش و مهارت‌های ارتقای سلامت روان فردی و خانوادگی و ترویج آن در مدارس، دانشگاه‌ها، محل‌های کاری، میانجیان مردمی، رسانه‌ها و محلات

۷-۸) استمرار و تکمیل برنامه ادغام سلامت روان در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور و سایر برنامه‌های جاری بر اساس نتایج حاصل از ارزشیابی‌ها

۸-۸) طراحی و اجرای برنامه آموزشی ارتقای آگاهی و نگرش سیاست‌گذاران و مدیران ارشد کشور در زمینه‌های اولویت‌دار سلامت روان

۹-۸) همکاری در طراحی برنامه‌های سلامت باروری، سلامت مدارس و تکامل دوران کودکی جهت گنجاندن ملاحظات سلامت روان در این برنامه‌ها (سلامت باروری، سلامت مدارس و تکامل دوران کودکی مناسب به عنوان سه عامل پیشگیری از بروز بیماری‌های روانی)

۱۰-۸) طراحی و استقرار برنامه‌های ارتقای سلامت روان در محل کار از طریق همکاری با دفاتر مربوطه در وزارت بهداشت و سایر دستگاه‌ها

اقدامات پیشگیری سطح دوم:

۱-۸) طراحی و استقرار راهنماهای پیشگیری، مراقبت و ارجاع بیماران روانی جهت به کارگیری در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

۲-۸) طراحی و اجرای بسته غربالگری و مراقبت از بیماران روانی در موارد اولویت‌دار

۳-۸) بررسی سلامت روان ساکنان حاشیه شهرها، تعیین اقدامات هزینه اثربخش و استقرار آن‌ها (از جمله ایجاد کلینیک‌های سیار سلامت روان)

۴-۸) طراحی و استقرار راهنماهای مشاوره و مداخله در مواقع بحرانی برای اقدامات اورژانس روانی

۸-۵) طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی ارتقای سواد سلامت روان در کلیه گروه‌های مراقبت پزشکی (تغییر در طرح درس‌های آموزشی)

۸-۶) طراحی و استقرار مراکز توانمندسازی مراقبان سلامت روان در سطح استان

۸-۷) طراحی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر و استقرار یا ادغام آن در نظام شبکه بهداشتی و درمانی و پزشک خانواده

اقدامات پیشگیری سطح سوم:

۸-۱) تدوین یا بازنگری بسته حمایتی بیماران روانی و جلب حمایت برای استقرار این بسته در کشور (تلفیق با بسته مراقبت‌های پس از ترخیص)

۸-۲) طراحی و اجرای برنامه‌های جلب حمایت برای افزایش پوشش بیمه مراقبت از بیماران مزمن روانی

۸-۳) اجرای برنامه‌های جلب حمایت و تشویق بیمارستان‌ها در اختصاص ۱۰ درصد تخت‌های بیمارستانی به بخش‌های سایکوسوماتیک

۸-۴) تدوین و ابلاغ شیوه نامه گروه‌های خودیار ویژه بیماران روانی و طراحی بسته‌های آموزشی لازم

۸-۵) راه‌اندازی بیمارستان ویژه بزه‌کاران دچار بیماری‌های روانپزشکی

۸-۶) اعتباربخشی بیمارستان‌های سلامت روان، رتبه‌بندی آن‌ها و استقرار نظام نظارت هم‌تایان

۸-۷) طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت بر عملکرد بخش خصوصی مراقب سلامت روان

هدف ۹: ارتقای پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد و الکل در افق ۱۴۰۴

- تثبیت / کاهش بار اعتیاد حداقل به میزان ۵۰ درصد سال پایه تا پایان برنامه
- سهم و نقش سازمان‌های دولتی و استان‌ها و میانجیان مردم در تثبیت و کاهش بار بیماری اعتیاد و سوء مصرف الکل نهادینه شود.
- مردم در گروه‌های سنی مختلف از علل ریشه‌ای، عوامل خطر و پیامدهای اعتیاد و مصرف الکل آگاه

شوند.

دفتر هیئت دولت

- بهره‌مندی، تداوم و کیفیت مراقبت از بیماران معتاد و سوء مصرف‌کنندگان الکل در سطح روستا و شهر ارتقا پیدا کند.

اقدامات پیشگیری سطح اول:

۹-۱) استقرار بسته‌های استاندارد «آموزش و ترویج مهارت‌های زندگی» برای گروه‌های سنی مختلف و جلب حمایت برای گنجاندن آن در برنامه‌های رسمی و غیررسمی (با پوشش ۱۰۰ درصد جمعیت تا پایان برنامه از کلیه موقعیت‌های مهد کودک، مدارس، دانشگاه‌ها، سربازخانه‌ها، محل‌های کاری خصوصی و دولتی، مراکز فنی و حرفه‌ای، اتحادیه‌ها و سندیکاها، زندان‌ها و ...)

۹-۲) طراحی و استقرار بسته خدمتی پیشگیری، درمان و کاهش آسیب در حاشیه هشت شهر بزرگ کشور
 ۹-۳) تدوین و استقرار بسته خدمتی برای بیماریابی و درمان اختلالات زمینه‌ای در کودکی که زمینه‌ساز سوء مصرف هستند.

۹-۴) تدوین و استقرار برنامه عملیاتی ارتقای سواد جامعه در زمینه سوء مصرف مواد و الکل از طریق رسانه
 ۹-۵) تدوین منشور ارتقای سواد جامعه در مورد علل ریشه‌ای، عوامل خطر و پیامدهای اعتیاد و مصرف الکل و ترویج آن

۹-۶) تدوین بسته خدمتی پیشگیری، درمان و کاهش آسیب سوء مصرف مواد و الکل برای ادغام در شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور و استقرار آن

۹-۷) تدوین استانداردها و الزامات پیشگیری از سوء مصرف مواد و ابلاغ به دستگاه‌ها و آموزش آن‌ها (استفاده از مدل‌های ارتقای همکاری بین بخشی مانند پیام‌گزاران و ...)

۹-۸) تدوین بسته خدمتی پیشگیری از اعتیاد و شناسایی افراد در معرض خطر از طریق اقدامات محله محور و استقرار آن با مشارکت شوراهای اسلامی شهر و روستا

۹-۹) تدوین برنامه و سازماندهی سمن‌ها و سام‌های کشور برای مشارکت در پیشگیری، درمان و کاهش

آسیب‌های ناشی از سوء مصرف مواد و الکل

دفتر هیئت دولت

۹-۱۰ جلب حمایت همه جانبه ارتقای عملکرد مدیریت آسیب‌های اجتماعی به ویژه کاهش خشونت‌های خانگی، طلاق و جرم

۹-۱۱ جلب حمایت برای تدوین سیاست پیشگیری و مدیریت ترک تحصیل دانش‌آموزان در تمام مقاطع

۹-۱۲ جلب حمایت برای تدوین برنامه جامع تفریحات جامعه و تعیین متولی

۹-۱۳ جلب حمایت از طریق ایجاد ائتلاف برای توسعه و ارتقای سیاست کاهش دسترسی به مواد، افزایش مجازات برای مصرف کننده و توزیع کننده

۹-۱۴ جلب حمایت برای ارتقای سیاست‌های اشتغال (کاهش بیکاری)، آموزش و حمایت از افراد دارای مشاغل سنگین

۹-۱۵ جلب حمایت برای تدوین و استقرار برنامه جامع ارتقای سرمایه اجتماعی کشور

۹-۱۶ جلب حمایت برای استقرار بهینه برنامه‌های ارتقای سلامت روان و برنامه کاهش مصرف سیگار

۹-۱۷ جلب حمایت برای تدوین قانونی به منظور ارتقای اختیارات وزارت بهداشت در زمینه مدیریت پیشگیری، درمان و کاهش آسیب

اقدامات پیشگیری سطح دوم:

۹-۱ مطالعه برای تدوین بسته خدمتی پیشگیری، درمان و کاهش آسیب در قالب تیم سلامت برنامه پزشک خانواده و جلب حمایت برای ادغام آن

۹-۲ تدوین و استقرار برنامه‌های بازآموزی برای ارتقای سطح علمی گروه علوم پزشکی در خصوص درمان

۹-۳ تدوین و استقرار پروتکل سوء مصرف محرک‌ها

۹-۴ تدوین و استقرار بسته خدمتی برخورد با مادر باردار و شیرده معتاد

۹-۵ امکان‌سنجی برای راه‌اندازی مراکز اورژانس و اقامت ۱۰ روز تا ۱۲ روزه کوتاه مدت برای درمان و تدوین

و تصویب سیاست مرتبط با آن

دفتر هیئت دولت

۹-۶) ارزشیابی برنامه‌های جاری، بازبینی و ارتقای دوره‌ای پروتکل‌های درمانی بر اساس یافته‌های جدید و مواد جدید مصرفی (توجه به درمان‌های ریشه‌ای به جای درمان‌های تسکینی و زودگذر و با توجه به اقدامات برای گروه‌های خاص مانند کودکان و زنان)

۹-۷) طراحی و استقرار نظام پایش و نظارت مراکز ارائه دهنده خدمات و جلوگیری از فعالیت مراکز غیر مجاز NA و کمپها (به ویژه تشویق و آگاه‌سازی برای اجرای پروتکل)

۹-۸) بررسی و ارائه راهکار عملیاتی به منظور افزایش دسترسی به خدمات درمان سوء مصرف مواد و عملیاتی کردن نتایج مطالعه

۹-۹) توسعه درمان در واحدهای درمانی بیمارستانی فعلی

۹-۱۰) طراحی و استقرار سیستم مراقبت و دیده‌بانی از سوء مصرف مواد و الکل

۹-۱۱) تربیت کادر تخصصی مورد نیاز در بخش درمان

۹-۱۲) فراهم کردن دسترسی عادلانه به درمان کیفی و اثربخش با هزینه منطقی

۹-۱۳) تدوین بسته‌های آموزشی خودمراقبتی مرتبط

اقدامات پیشگیری سطح سوم:

۹-۱) کاهش آسیب از طریق: برنامه‌ریزی مناسب، مشارکت در اجرای برنامه مصوب، فرهنگ‌سازی

۹-۲) تعیین داروهای مناسب برای جایگزینی مواد در درمان، تدوین و استقرار بسته حمایت اجتماعی از افراد در حال درمان

۹-۳) تدوین بسته خدمتی مشاوره تخصصی بعد از ترک و استقرار آن

۹-۴) همسویی برنامه‌های درمان و کاهش اثرات درمان‌های متفاوت با یکدیگر

۹-۵) ارتقا وضعیت توانبخشی از طریق: تدوین و استقرار استانداردهای مراکز توانبخشی، بازتوانی بر مبنای رویکردهای علمی، بازسازی مراکز دانشگاهی، توسعه بیمه در توانبخشی، تدوین بسته خدمتی توانبخشی

دفتر هیئت دولت

مبثنی بر جامعه و استقرار آن

▪ سایر موارد مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

راهنمای ارجاع بین سطوح سه گانه:

- ارجاع درون سطح اول و بین ارائه کنندگان خدمات در این سطح و از سطح اول به سطح دوم: در مراقبتهای تعیین شده بر اساس منابع معرفی شده بسته‌های خدمات به گروههای هدف و راهنماهای بالینی تدوین شده، زمان و شرایط ارجاع مشخص شده و ارائه کنندگان خدمت غیر پزشک باید بر این اساس به پزشک به سطح دوم ارجاع دهند. در مورد خدماتی که در این بسته‌ها تعریف نشده اند، ارجاع بر اساس تشخیص پزشک صورت خواهد گرفت.
- ارجاع به سطح دوم و سطح سوم بر اساس ضوابط ذکر شده دستورالعمل مصوب ستاد اجرایی کشوری خواهد بود.

۲۵. بسته خدمات تیم سلامت

الزامات بسته خدمت:

▪ رویکرد بسته خدمت: آموزش، پیشگیری اولیه، مراقبت، غربالگری، درمان سرپایی عمومی، ارجاع و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند

▪ حفظ جامعیت و یکپارچگی خدمات در ارائه و دسترسی به بسته خدمت:

○ گیرنده خدمت باید به کلیه خدمات (به جز خدمات پاراکلینیک و داروخانه) به گونه‌ای دسترسی داشته باشد که کلیه خدمات پیش‌بینی شده سطح یک را در حداقل زمان ممکن در پایگاه مجری برنامه پزشک خانواده (مطب تطابق یافته با الزامات) یا مرکز مجری برنامه پزشک خانواده بصورت کامل دریافت نماید.

○ ارائه دهنده خدمت باید قابلیت لازم را بر اساس لزوم حفظ جامعیت خدمت دارا بوده تا بتواند تمام خدمات پیش‌بینی شده را با حداقل مراجعه گیرنده خدمت به واحد ارائه کننده خدمت بر اساس بسته خدمت ارائه نماید.

○ توجه خاص بر هزینه‌اثر بخشی و هزینه‌فایده بودن خدمات در بسته خدمت

○ استانداردهای استقرار واحدهای ارائه کننده داروخانه و پاراکلینیک برابر ضوابط موجود

خدمات و مراقبت‌هایی که در سطح یک، برای اعضای تیم سلامت در نظر گرفته شده به شرح زیر است و هر کدام از پرسنل هماهنگ با سایر همکاران و در چهارچوب سامانه جامع و همگانی سلامت ایرانیان نقش خود را ایفا می نماید. پزشک مرکز نقش نظارتی و مدیریتی بر پایگاه ها و پرسنل داشته و وظایف سلامت محیط و کار، ارتباطات بین بخشی و مبارزه با بیماریها را در سطح جامعه پیگیری می کند. پرستار یا ماما در پایگاه پزشک خانواده موظف است کلیه وظایف پرستار یا ماما را منطبق بر بسته های خدمت مصوب وزارت بهداشت برای جمعیت تحت پوشش پزشک پایگاه خود انجام دهد

الف- مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش

ب- آموزش و ارتقای سلامت

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت

د- پذیرش موارد ارجاعی و ارائه پس‌خوراند مناسب

ه- درمان اولیه و تدبیر فوریت‌ها

و- ارجاع مناسب و به موقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر

ز- دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند

دفتر هیئت دولت

خروجی کارگروه علم و فناوری

هدف ۱: پاسخگویی و پوشش کامل نیازهای تحقیقاتی و فناوری نظام سلامت

اقدامات:

- ۱-۱) تعیین و تدوین اولویتهای تحقیقاتی نظام سلامت
- ۱-۲) تخصیص حداقل ۵۰ درصد اعتبارات تحقیقاتی به اولویتهای نظام سلامت
- ۱-۳) حمایت ترجیحی از ثبت پتنتهای بینالمللی
- ۱-۴) حمایت از انتشار ملی و بینالمللی نتایج تحقیقات حوزه سلامت
- ۱-۵) تدوین و اجرای نظام جامع حقوق مالکیت فکری

هدف ۲: دستیابی به جایگاه برتر منطقه در تحقیق، توسعه و تولید فرآوردههای سلامت با فناوری بالا (بیو، نانو، منوکلونال، سلولهای بنیادی و ...) در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان سریع و مؤثر بیماریهای قلب و عروق، سرطان، دیابت، آسم، اعتیاد، افسردگی و بیماریهای نورودژنراتیو

اقدامات:

- ۲-۱) تعیین و تدوین سیاستها و برنامههای تشویقی حوزه علم و فناوری
- ۲-۲) تقویت زیرساختهای تحقیق، توسعه و تولید در حوزههای با فناوری بالا (آزمایشگاهها و مراکز تحقیقاتی، مراکز رشد، پارکهای علم و فناوری)
- ۲-۳) حمایتهای دولتی از سرمایهگذاریهای خطرپذیر در حوزههای با فناوری بالا
- ۲-۴) توسعه شرکتهای دانش بنیان

دفتر هیئت دولت



هدف ۳: افزایش نسبت نیروی داروساز از ۲۰ به ۴۰ نفر در یکصد هزار نفر جمعیت کشور

اقدامات:

۳-۱) بازنگری دوره‌های آموزش داروسازی مبتنی بر سطوح ارائه خدمات

۳-۲) اصلاح ظرفیت پذیرش دانشجوی داروسازی مبتنی بر امکانات آموزشی و نیازهای کشور

۳-۳) تاسیس و توسعه دانشکده‌های داروسازی مبتنی بر نیازهای کشور و بهره‌گیری از ظرفیت‌های بخش

خصوصی

هدف ۴: ایجاد اشتغال در بخش دارو (تولید، توزیع، واردات، ارائه خدمات، آموزش و تحقیقات) به میزان یکصد

و شصت هزار نفر (حداقل ۲۵ درصد داروساز)

اقدامات:

۴-۱) توسعه ساز و کارهای رقابت و حذف انحصار در صنعت داروسازی

۴-۲) تدوین ضوابط و دستورالعمل ملی مبتنی بر استانداردهای بین‌المللی در حیطه‌های جدید کاری از جمله

کارآزمایی بالینی، تحقیق و توسعه و بازرسی دارویی

۴-۳) تدوین ضوابط حمایتی برای جلب سرمایه‌گذاری شرکت‌های بین‌المللی در صنعت دارویی

۴-۴) اتخاذ سیاست‌های توسعه بازار دارویی و اصلاح اقتصاد دارو

۴-۵) حذف تصدی‌گری دولتی و نهادهای عمومی از بنگاه‌های دارویی (کاهش سهام به کمتر از ۵۰ درصد)

۴-۶) توسعه صادرات به میزان حداقل ۵۰ درصد واردات دارو

دفتر هیئت دولت



زیر گروه پیشگیری علم و فناوری

هدف ۱: ارتقای آموزش عمومی جامعه با تأکید بر پیشگیری به میزان ۲ برابر وضع موجود در حوزه سلامت

اقدامات:

(۱-۱) تعیین وضعیت موجود

(۱-۲) بهبود روش‌های آموزش

(۱-۳) ارائه برنامه‌های جدید بر اساس مسائل مهم و کلیدی

(۱-۴) حمایت صدا و سیما از برنامه‌های پیشنهادی

هدف ۲: آموزش گروه تخصصی با تأکید بر پیشگیری به میزان دو برابر وضع موجود

اقدامات:

(۲-۱) بازنگری دروس پزشکی عمومی

هدف ۳: ارائه روش‌های نوین در عرصه جدید پیشگیری مبتنی بر پژوهش در حوزه سلامت به گونه‌ای که

فناوری سلامت در حوزه پیشگیری به دو برابر وضعیت موجود برسد

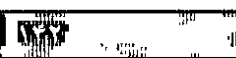
اقدامات:

(۳-۱) تهیه و تدوین سیاست استفاده از فناوری‌های نوین

(۳-۲) توسعه شرکت‌های دانش بنیان

(۳-۳) تحول مدیریت تجهیزات

دفتر هیئت دولت



هدف ۴: ارزیابی ۱۰۰ درصد روش‌های پیشگیری در حال اجرا و مشخص کردن مناسب‌ترین اقدامات در

راستای ارتقای وضعیت موجود

اقدامات:

۴-۱) ایجاد شبکه‌های بیماری

۴-۲) ایجاد مراکز تحقیقات مبتنی بر پیشگیری

۴-۳) حمایت دولت از تحقیقات

۴-۴) تقویت انجمن‌ها و سفارش برنامه‌ها به انجمن‌ها

۴-۵) برقراری سیستم ثبت بیماری‌ها

هدف ۵: تولید روش‌های علمی بومی جهت اولویت‌بندی اقدامات پیشگیری از بیماری‌ها به میزان ۲ برابر وضع موجود

اقدامات:

۵-۱) تقویت ساختار پیشگیری در وزارتخانه بهداشت

۵-۲) تقویت شبکه‌های بیماری

۵-۳) تهیه راهنمای ملی برای بیماری‌ها

هدف ۶: دستیابی به مدیریت و مهندسی زیرساخت‌ها در تحقیق و فناوری در نظام پیشگیری به میزان دو

برابر وضعیت موجود

اقدامات:

۶-۱) تخصیص اعتبارات بالا به تحقیقات در حوزه‌های اولویت‌دار سلامت

دفتر هیئت دولت

۶-۲) حمایت از طرح‌های مبتنی بر تقویت زیرساخت تحقیق، توسعه و تولید

۶-۳) تدوین ضوابط و دستورالعمل‌های ملی در حوزه پیشگیری

۶-۴) بازآرایی مدیریت با فن‌آوری نوین

۶-۵) تحول مدیریت تجهیزات

هدف ۷: تمرکز مطالعات هزینه در مداخلات پیشگیری به میزان دو برابر وضعیت موجود

اقدامات:

۷-۱) تقویت انجمن‌ها و سفارش برنامه‌ها به انجمن‌ها

۷-۲) افزایش دانش مطالعات هزینه در گروه‌های تخصصی

هدف ۸: تربیت نیروی انسانی مورد نیاز بخش سلامت با ویژگی‌های: برخورداری از ایمان و اخلاق اسلامی، روحیه جهادی، دارای علم و تخصص، تجربه و توانمندی، خودباوری، مسئولیت‌پذیری و وظیفه‌شناسی، پاسخگویی و کارآفرینی برای انجام مسئولیت‌های حرفه‌ای) با تأکید بر ورود طیف وسیع‌تری از دانش‌آموختگان علوم پزشکی کشور به دوره‌های تحصیلات تکمیلی

هدف ۹: تحقق کامل و عملکردی ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات بخش سلامت (تعمیق ادغام عملکردی و استفاده بهینه از آن در تمامی سطوح و ابعاد)

هدف ۱۰: تحقق نظام ملی نوآوری سلامت با ویژگی‌های اثربخشی، با هدف تولید، نخبه پروری، حمایت

هدفمند از نخبگان و نوآوران عرصه‌های علوم و فنون سلامت

دفتر هیئت دولت

هدف ۱۱: استقرار نظام معتبر آموزش عمومی^۱ به منظور ارتقای مستمر سواد سلامت مردم و اعتلای فرهنگ سلامتی جامعه

اقدامات:

- ۱- طراحی شبکه‌های بهداشتی، درمانی و آموزشی در کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و استانداردسازی آن‌ها
- ۲- تدوین / اجرا برنامه متناسب سازی کمیت و کیفیت نیروهای گروه پزشکی
- ۳- تدوین سند آمایش سرزمینی و توزیع جغرافیایی نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۴- تدوین سند راهبردی گزینش دانشجو در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۵- تدوین سند راهبردی مرتبط به هیئت علمی در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۶- تدوین سند راهبردی توسعه فناوری و اطلاعات و ارتباطات در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۷- تدوین سند راهبردی توسعه رشته‌ها و مقاطع در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۸- تدوین سند راهبردی ساختار نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۹- تدوین سند راهبردی توسعه فعالیت‌های بین‌المللی در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۰- تدوین سند راهبردی ارتقای مدیریت و رهبری در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۱- تدوین سند راهبردی تعامل با صنعت در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۲- تدوین سند راهبردی تضمین کیفیت اعتباربخشی نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۳- تدوین سند راهبردی تمایز و تفکیک رسالت و فعالیت‌ها در نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۴- تدوین سند راهبردی تامین مالی نظام آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۵- تدوین سند راهبردی نظام مقاطع و مدارک آموزش عالی سلامت ایران
- ۱۶- تعیین جهت‌گیری‌های راهبردی و کلان در اعطای بورس‌های تحصیلی
- ۱۷- طراحی و بازتعریف عرصه‌های آموزشی اعم از بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی آموزشی

دفتر هیئت دولت

خروجی کارگروه سلامت زنان

اهداف راهبردی

- (۱) ارتقای شاخص‌های استاندارد سلامت زنان و پایش و ارزیابی مستمر آنها در سطح کشور و کسب رتبه اول در منطقه
- (۲) ارتقاء شاخص‌های استاندارد سلامت و توانمندسازی زنان و متعادل‌سازی آنها در استان‌های مختلف کشور
- (۳) تأمین خدمات مورد نیاز سلامت زنان متناسب با اولویت‌های آنان
- (۴) بهبود ارتباط و هماهنگی مراکز تحقیقاتی و اجرایی مرتبط با سلامت زنان
- (۵) همگام نمودن نظام سلامت با پیشرفتهای علم و تکنولوژی سلامت زنان در دنیا
- (۶) افزایش تولیدات علمی و فناوری مرتبط با سلامت زنان و اطلاع رسانی متناسب با نیازهای آنان
- (۷) افزایش حضور زنان در سطوح و ابعاد مختلف نظام سلامت و استفاده بهینه از داوطلبان سلامت
- (۸) افزایش حضور زنان و استفاده بهینه از توان و استعداد آنان در سطوح عالی آموزش، پژوهش
- (۹) گسترش و هماهنگی تحقیقات سلامت زنان

جهت‌گیری‌های استراتژیک

حوزه‌های تمرکز:

- وضعیت شاخص‌های سلامت زنان در حال حاضر و پایش روند آنها و کاهش بار بیماری‌های زنان
- علم و فناوری‌های مؤثر بر سلامت زنان
- حضور زنان در رشد علم و فناوری
- مسائل و مشکلات سلامتی زنان در حال حاضر و آینده
- لزوم خانواده محوری برنامه‌های سلامت در جهت تعالی و تحکیم بنیان خانواده
- افزایش کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های سلامت با استقرار و ترویج نظام حاکمیت بالینی، تعیین استانداردها و بهره‌گیری از ساز و کارهای اعتبار بخشی توسط وزارت بهداشت، درمان و

دفتر هیئت دولت

- آموزش پزشکی و استاندارد سازی ارائه خدمات پیشگیری، درمان و مراقبتی برای تمامی گروه‌ها
- بالاخص زنان جهت حفظ کرامت انسانی آنان
- کاهش بار بیماری‌های مختص زنان

الزامات

۱. الزامات اشتغال زایی

- الف) تضمین امنیت شغلی برای زنان در عرصه‌های علمی و پژوهشی و تصمیم‌گیری در نظام سلامت
- ب) بهبود سلامت شغلی ایشان
- ج) تأمین فرصت‌های لازم برای کارآفرینی و خلاقیت زنان
- د) بکارگیری نیروهای انسانی مورد نیاز در مراکز علمی، تحقیقاتی و آموزشی علوم پزشکی
- هـ) شناسایی و جلوگیری فناوری‌های جدید در استفاده از توان زنان در قالب الگوهای جدید شغلی

۲. الزامات مالی

- تأمین منابع مالی لازم برای هریک از اهداف و برنامه‌های کلان سلامت زنان در قالب بودجه عمومی سالیانه سلامت
- تأمین منابع مالی لازم جهت پژوهش‌های مرتبط با سلامت زنان

۳. الزامات همکاری

- الزام به تلفیق دیدگاه سلامتی در کلیه برنامه‌ریزی‌های فرهنگی و اجتماعی دستگاه‌های دولتی و غیردولتی
- الزام به تلفیق دیدگاه‌های فرهنگی - اجتماعی در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی کلان و عملیاتی وزارت بهداشت در خصوص زنان
- تقویت ارتباط فعال با حوزه‌های علمیه جهت انعکاس موضوعات سلامت زنان به آنان و رفع ابهامات و شفاف‌سازی دیدگاه‌های فقهی در تأمین امنیت و حق سلامت زنان
- ارتباط متقابل بین افراد محقق و علاقه‌مند به انجام تحقیق با وزارت بهداشت

دفتر هیئت دولت

- الزام به همکاری مشترک و ارتباط متقابل با مراکز فعال زنان در نهادها و دستگاه‌های مختلف مؤثر بر سلامت زنان
- برگزاری نشست‌های فصلی (حداقل) بین نمایندگان دفتر بانوان سازمان‌های مختلف جهت بررسی مسائل و رسیدن به راهکارهای مشترک و اقدامات هماهنگ
- انجام تحقیقات بین رشته‌ای در راستای مسائل سلامتی زنان

۴. الزامات پژوهشی

- شاخصهای استاندارد سلامت زنان را در ایران تعیین نماییم (در مقایسه با اطلاعات who و کشورهای منطقه)
- پایش و ارزیابی شاخصهای سلامت زنان بصورت دوره‌ای (مثال: ۵ ساله) و تعیین روند
- پژوهش در زمینه عوامل مؤثر فرهنگی- اجتماعی و اقتصادی که مؤثر بر سلامت زنان است و ارائه راهکارهای ارتقاء آنها
- حمایت از افراد محقق و پژوهشگر بخصوص زنان در عرصه بهداشت و سلامت زنان
- حمایت از افراد محقق و پژوهشگر بخصوص زنان در تکنولوژی و فن‌آوری و در سایه نوآوری
- مشخص کردن اولویتهای پژوهشی مرتبط با سلامت زنان
- جمع‌آوری شاخص‌ها و اطلاعات و داده‌های مربوط به سلامت زنان در سطح ملی براساس توصیه‌های سند چشم‌انداز و قانون اساسی و ...

۵. الزامات آموزشی

- گسترش آموزش سلامت در همه سطوح (در زنان - مردان)

▪ آموزش رسمی و غیر رسمی

▪ رسانه‌ای

▪ جامعه

دفتر هیئت دولت

- توسعه آموزش‌های رسمی نیروی انسانی بهداشتی با توجه به نیازهای سلامت زنان (حتی‌المقدور منطقه‌ای)
- تعیین نیازهای آموزشی سلامت زنان براساس پایه‌های مختلف تحصیلی و آموزشی و لحاظ کردن اولویت‌های سلامت براین مبنا، در برنامه‌های درسی (Curriculum)
- ارتقاء آگاهی زنان و خانواده‌ها از نقش‌ها و مسئولیت‌ها، نیازهای سلامت در مراحل مختلف زندگی (بلوغ، ازدواج و ...) حقوق و تکالیف متقابل زن و مرد در زندگی خانوادگی
- ارتقاء کیفیت زندگی خانوادگی و تعیین الزامات آموزشی و تربیتی آن در سطوح مختلف
- آموزش مهارت‌های ارتباطی برای خانواده با تاکید بر آموزش‌های زن و مرد بطور مجزا
- افزایش سهمیه و افزایش نسبت زنان در دوره‌های تحصیلات تکمیلی
- ایجاد رشته خاص در خصوص مدیریت سلامت زنان (گرایش رشته ای در سطح کارشناسی و کارشناسی ارشد)
- تربیت نیروی انسانی متخصص و پژوهشگر درخصوص سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) زنان
- برداشتن موانع موجود درخصوص آموزش مهارت‌ها و ... درخصوص سلامت زنان
- اضافه نمودن و تکمیل آموزش پزشکی با تأکید بر آموزش‌های ابعاد مختلف سلامت زنان (جسمی، روانی و اجتماعی)
- مهارت آموزی فن‌آوری‌های نوین برای زنان
 - رسمی
 - غیر رسمی
- گسترش روابط علمی و آموزشی درخصوص سلامت زنان با کشورهای منطقه و دیگر کشورهای جهان و تأمین حمایت قانونی و منابع مالی دراین خصوص
- آموزش و توانمندسازی ساختاری (اشتغال زایی و آموزش) زنان خودسرپرست و بدسرپرست (در تأمین حمایت‌های مالی - حقوقی و اجتماعی از آنها)
- گنجانیدن درس ورزش در برنامه تحصیلی

الف- مدیریت سلامت:

- شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- شناسایی معضلات و مشکلات بهداشتی منطقه تحت پوشش
- ثبت داده‌ها و مدیریت اطلاعات سلامت افراد و جمعیت تحت پوشش
- شناسایی چرخه کار مرکز و فعالیت واحدهای مختلف موجود در مرکز
- اقدام به حل مسائل بهداشتی از راه همکاری‌های درون‌بخشی و بین‌بخشی
- تلاش در حل مسائل سلامت جامعه از راه جلب مشارکت‌های مردمی
- همکاری در اجرای برنامه‌های استانی و کشوری
- همکاری در برنامه‌های مقابله با اثرات حوادث غیرمترقبه و عضویت در تیم‌های مذکور بر اساس پروتکل‌های کشوری
- پایش و ارزشیابی خدمات تیم سلامت بر اساس دستورالعمل‌های موجود

ب- آموزش و ارتقای سلامت

- آموزش سلامت
- ترویج شیوه زندگی سالم

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت توسط تیم سلامت بر اساس کتاب / کتابهای مصوب وزارت بهداشت:

- مراقبت‌های از کودکان
 - با تأکید بر پیشگیری از بیماری‌ها و مخاطرات شایع دوران نوزادی و کودکی با توجه به اولویت‌ها و آموزش صحیح به والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانی‌های احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع
 - در هر بار مراجعه جهت انجام مراقبت‌های جاری انجام ارزیابی (به شرح زیر)، انجام توصیه‌ها و اقدامات لازم
 - مراقبت نوزادان (در دوره های سنی ۳-۵ روز، ۱۴-۱۵ روز، ۳۰-۴۵ روز)
 - غربالگری هیپوتیروئیدی نوزادی
 - ارزیابی از نظر توانایی شیرخوردن، مشاهده تنفس تند، باز و بسته شدن سریع (پرش) پره‌های بینی، تو کشیده شدن قفسه سینه و ناله کردن
 - ارزیابی از نظر حال عمومی (کاهش سطح هوشیاری، بی‌قراری و تحریک پذیری، تحرک کمتر از معمول و بیحالی، برآمدگی ملاج، درجه حرارت بالا یا پایین، رنگ پریدگی شدید، سیانوز، زردی)
 - مراقبت‌های از کودکان سالم (در دوره های سنی ۲ ماهگی، ۴ ماهگی، ۶ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۱۵ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی، ۳ سالگی، ۴ سالگی، ۵ سالگی، ۶ سالگی)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت عمومی (توانایی شیرخوردن، تنفس، علائم حیاتی، رفلکسها و...)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر زردی (زیر ۲ ماه)
 - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت وزن، قد، دور سر



• تغییرات Life Style

- آموزش معیارهای صحیح در همسرگزینی و افزایش مهارت‌های آنها در حفظ خانواده پایدار و توانمندسازی دختران و پسران (جوانان) در این خصوص و حفظ خانواده پایدار
- ایجاد رشته مطالعات سلامت زنان در آموزش علوم پزشکی

۶. الزامات نیروی انسانی

- تربیت پژوهشگر ویژه عرصه سلامت زنان با برنامه‌ریزی و تأمین اعتبار لازم
- شناسایی افراد محقق علاقه‌مند به انجام تحقیقات و آموزش در حیطه سلامت زنان
- استفاده از افراد بازنشسته و معلمان، کارکنان وزارت بهداشت در قالب فعالیت‌های محله‌ای و منطقه‌ای بعنوان health Volunteers و یا تقویت و توسعه طرح رابطین سلامت
- توانمندسازی زنان مناطق محروم برای سرویس دادن به عرصه سلامت زنان
- ایجاد بانک اطلاعاتی از افراد محقق و عالم دانشمند در زمینه‌های مسائل و مشکلات زنان و جلب همکاری و حمایت از آنها در این خصوص
- حضور فعال زنان در تمام عرصه‌های تصمیم‌گیری تا اجرا

۷. الزامات قانونی، مدیریتی و سیاسی

- تعهد دولت به افزایش سلامت زنان
- بازنگری قوانین در جهت تامین منابع مالی و انسانی درخصوص تحقیقات ناظر بر سلامت زنان
- بررسی تطبیقی قانون مدنی فعلی در زمینه زنان و خانواده با قانون اساسی
- طراحی و تدوین استانداردهای ملی ناظر بر سلامت زنان با توجه به وضعیت اقتصادی و ملی و ... سازگار با استانداردهای بین‌المللی در این خصوص

دفتر هیئت دولت

• آگاهی جامعه از نقش و تاثیر شغل خانه‌داری در سلامت و توسعه اقتصادی، اجتماعی فرهنگی کشور و حمایت از آن

• تعیین قوانین و سازوکارهایی برای همکاری بین‌بخشی با محوریت وزارت بهداشت در طرح و برنامه و اجرای برنامه‌های سلامت زنان

• اتخاذ تدابیر لازم جهت اصلاح قوانین، مقررات و برنامه‌ها و ساختارهای حقوقی، اقتصادی و فرهنگی در راستای حمایت از خانواده با تاکید بر سلامت زنان

• تأمین سازوکارهایی جهت استقلال اقتصادی زنان از طریق:

▪ توانمندسازی آنان جهت کمتر وابسته بودن به افراد دیگر در این خصوص و دستیابی به شغل مناسب با شأن و وظیفه زنان

• ارائه قوانین در حمایت از زنان و خانواده در مراجع قانونی

• بازنگری قانون مدنی در راستای تأمین سلامت زنان

• تشکیل کمیته‌های کاری مابین کارشناسان و متخصصین سلامت و متخصصین حوزوی و متخصصین قضایی - حقوقی در رابطه با اصلاح قوانین مدنی فعلی و پیامدهای آن بر سلامت زن و خانواده

• ایجاد تدابیر مناسب جهت پیشگیری و کاهش هرگونه ظلم و خشونت خانوادگی و اجتماعی در تهدید سلامت جسمانی و روانی زنان و حمایت از قربانیان خشونت

• تأمین امنیت اجتماعی برای زنان در فضاهای عمومی

• تضمین امنیت شغلی برای زنان و بهبود سلامت شغلی ایشان

• گنجاندن برنامه‌ها و اهداف ناظر بر سلامت زنان در برنامه‌های توسعه و سلامت کشور

• بازنگری مستمر - ارزشیابی و نظارت بر اجرای سیاستها و برنامه‌های سلامت زنان، طراحی و استقرار نظام پایش و مراقبت آن در نظام سلامت کشور

۸. الزامات نهادی

• مراکز تحقیقاتی سلامت زنان با ترکیب بین رشته ای که به بررسی مسائل سلامتی زنان می پردازند در

نقاط مختلف کشور

دفتر هیئت دولت

• ایجاد شبکه مراکز تحقیقاتی سلامت زنان

• تاسیس مراکز رشد مربوط به مداخلات سلامت زنان

راهنماها

جهت دستیابی به اهداف نقشه علمی سلامت زنان و همچنین هماهنگی با سیاست های ارتقاء سلامت زنان مصوب شورای عالی انقلاب فرهنگی راهنماهای زیر پیشنهاد می گردد :

۱. استانداردسازی ارائه خدمات سلامتی و افزایش دسترسی زنان به نیروهای متخصص و همگن خدمات سلامت در ابعاد کمی و کیفی متناسب با نیازهای دوره های مختلف زندگی آنان و رفع موانع فرهنگی اقتصادی و فیزیکی برای دسترسی و استفاده از خدمات مورد نیاز سلامت خود

۲. توجه به تعیین کننده های اجتماعی مؤثر بر سلامت زنان و ارائه برنامه های مداخلاتی مرتبط

۳. تقویت بنیان خانواده با تاکید بر ارزش های اسلامی و خانواده محوری برنامه های سلامت

۴. تعیین نیازهای آموزشی سلامت زنان و عوامل فرهنگی و اجتماعی و معنوی تاثیرگذار در گروه های مختلف سنی و بر اساس پایه های مختلف تحصیلی و آموزشی تقویت برنامه ها و خدمات و توسعه آگاهی دختران و زنان در خصوص اولویت های سلامت با توجه به آسیب پذیری شرایط فیزیولوژیک آنان در دوره های مختلف زندگی

۵. تقویت همکاری ها و هماهنگی های بین بخشی در تدوین برنامه های مؤثر بر ارتقای سلامت زنان از طریق شورای عالی سلامت

۶. لحاظ کردن اصول اعتقادی، فرهنگی جامعه در اعتبار بخشی مراکز ارائه دهنده خدمات پیشگیری، درمانی و مراقبتی خصوصی و دولتی

۷. بازنگری مستمر، ارزشیابی و نظارت بر اجرای سیاست ها و برنامه های سلامت زنان

۸. گسترش آموزش همگانی و اصلاح نگرش خانواده ها نسبت به رفع تبعیض بین کودکان خود و تقویت جایگاه زنان در خانواده و رفع ظلم و خشونت در جامعه و خانواده

۹. آموزش های ناظر بر موقعیت زنان خانه دار و نقش آنان در سلامت خانواده و جامعه و حمایت رسمی از

فعالیت های نهادهای ذی ربط

دفتر هیئت دولت

۱۰. شناسایی و اتخاذ تدابیر و اقدامات لازم جهت رفع موانع فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر ارتقای سلامت زنان و اصلاح قوانین و مقررات و برنامه هاو ساختارهای حقوقی و اقتصادی و فرهنگی در راستای حمایت از خانواده و سلامت زنان

۱۱. توانمندسازی، آموزش، افزایش آگاهی و حمایت از زنان، خانواده و جامعه در خصوص مهارت‌های لازم زندگی با توجه به آموزه‌های دینی و شرایط فرهنگی، بومی و منطقه‌ای در پیشگیری و کنترل آسیب‌های اجتماعی با استفاده از رسانه های ملی و جمعی و سازمانهای آموزشی و علمی

۱۲. اتخاذ تدابیر مناسب جهت پیشگیری و کاهش هر گونه ظلم و خشونت خانوادگی و اجتماعی در تهدید سلامت جسمانی و روانی زنان و حمایت از قربانیان خشونت توسط قوه قضائیه، نهادهای فرهنگی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۳. توسعه ارائه خدمات سلامت زنان در مناطق محروم و توانمندسازی آنان در همکاری و مشارکت در عرصه خدمات سلامت

۱۴. فرهنگ‌سازی و اصلاح باورهای جامعه نسبت به جایگاه زنان در حفظ نظام خانواده و تصمیم‌سازی و نقش آنان در سلامت خود، خانواده و جامعه

۱۵. طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت زنان و اطلاع‌رسانی آن در سطوح مختلف جامعه و برای گروههای هدف مختلف (سیاستگذار، مدیران، محققین و جامعه)

۱۶. تقویت ارتباط فعال با حوزه‌های علمیه جهت انعکاس موضوعات سلامت زنان به آنان جهت تأمین امنیت و حق سلامت زنان

۱۷. طراحی و استقرار نظام پایش و مراقبت سلامت زنان در نظام سلامت کشور

۱۸. تولید اطلاعات مربوط به زنان با فرمت قابل مقایسه با اطلاعات جهان و کشورهای منطقه

۱۹. الزام دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور جهت جمع‌آوری داده‌ها و پایش و ارزیابی خدمات مربوط به سلامت زنان و با نیروهای همگن در منطقه و تحت حوزه استحقاقی خود با نظارت و هماهنگی وزارت بهداشت و دفتر امور سلامت زنان

۲۰. ارزیابی مستمر وضعیت سلامت زنان و شناسایی عوامل مؤثر بر بهبود آن و راه‌های تقویت و توسعه آنها با استفاده از شاخص‌های ملی و جهانی

۲۱. افزایش تعداد طرح‌های تحقیقاتی در مورد مسایل سلامت زنان به میزان ده درصد در سال

دفتر هیئت دولت

۲۲. افزایش تعداد مقاله‌های منتشر شده ایندکس شده در نمایه نامه‌های معتبر بین‌المللی در مورد مسایل سلامت زنان به میزان ده درصد در سال

۲۳. هدایت ارزشی فناوری‌ها و بومی سازی آنها

۲۴. ایجاد فضاهای ورزشی اختصاصی بانوان - دختران و زنان (بخصوص در مناطق محروم)

۲۵. حمایت از محققان سلامت زنان بویژه زنان محقق و تشویق و ترغیب و تأمین نیازهای علمی و تحقیقاتی آنان

۲۶. ایجاد فرصت لازم برای زنان و دختران جهت انجام فعالیت‌های فیزیکی

۲۷. رفع موانع موجود در دسترسی آنان به امکانات مورد نیاز و بهینه‌سازی اوقات فراغت آنان (از طریق سازمانهای ذی‌ربط)

۲۸. توجه به تغذیه دختران کودک (شروع از خردسالی تا دبستان بخصوص)

۲۹. توجه به نیازهای سلامت زنان سالمند و معلول

۳۰. حمایت از تحقیقات سلامت زنان و تأمین منابع لازم

۳۱. جلب همکاری بخش خصوصی و مردمی در تحقیقات علمی سلامت زنان

۳۲. اتخاذ سیاست‌ها و انجام اقدامات لازم در پیشبرد آموزش دانش سلامت زنان در متون آموزش پزشکی

۳۳. اتخاذ تدابیر در جهت تأمین و استفاده از منابع تحقیقاتی در جهت اثرگذاری بر خدمات و وضعیت سلامت زنان

۳۴. توسعه آگاهی زنان و خانواده‌ها از نقش و مسئولیت‌های متعدد زنان در خانواده و اجتماع و همچنین نیازهای سلامت زنان در مراحل مختلف زندگی اعم از کودکی، بلوغ، ازدواج، باروری، شیردهی، یائسگی و سالمندی

۳۵. تدوین برنامه‌های آموزشی متناسب با نیازهای سلامت زنان و عوامل فرهنگی و اجتماعی تأثیرگذار بر آن از طریق تعامل بین بخشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با دستگاه‌های ذیربط

۳۶. آموزش لازم و فعال کردن زنان جهت ارتقای آگاهی و تربیت اعضای خانواده در زمینه شیوه‌های سالم زندگی توسط رسانه‌های ملی و جمعی و وزارت آموزش و پرورش

دفتر هیئت دولت

۳۷. برنامه‌ریزی مناسب جهت دسترسی به خدمات و حمایت‌های ویژه مورد نیاز سلامت برای دختران و زنان آسیب‌پذیر، زنان سرپرست خانوار، خودسرپرست و دارای معلولیت‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی بویژه در مناطق محروم توسط دستگاه‌های ذیربط
۳۸. توسعه فرهنگ ورزش در بین دختران و زنان، رفع موانع موجود و دسترسی آنان به امکانات مورد نیاز و بهینه‌سازی اوقات فراغت آنان توسط سازمانهای ذیربط
۳۹. حمایت از ترویج و تسهیل امر ازدواج و تشویق جوانان برای تشکیل خانواده پایدار بر اساس فرهنگ اسلامی - ایرانی و رفع موانع فرهنگی و اقتصادی آن به عنوان عامل مؤثر بر سلامت
۴۰. اتخاذ تدابیر لازم جهت اصلاح قوانین، مقررات و برنامه‌ها و ساختارهای حقوقی، اقتصادی و فرهنگی در راستای حمایت از زنان خانواده با تأکید بر سلامت
۴۱. آموزش و افزایش آگاهی‌های زوجین و آموزش‌های لازم در زمینه حقوق، تکالیف، روابط سالم زناشویی، بهداشت باروری، مهارت‌های ارتباطی، حسن خلق و معاشرت
۴۲. شفاف‌سازی مسئولیت و تقویت نقش و عملکرد دستگاه‌ها و سازمان‌های مختلف در پیشگیری، ایمن‌سازی و کنترل آسیب‌های اجتماعی تأثیرگذار بر سلامت زنان در راستای برنامه‌های توسعه کشور
۴۳. اتخاذ تدابیر مناسب جهت ارتقای سلامت زنان شاغل و بهبود وضعیت سلامت محیط کار آنها با توجه به نقش‌های خانوادگی (همسر و مادر) و اجتماعی آنان
۴۴. افزایش آگاهی جامعه از نقش و تأثیر شغل خانه‌داری در سلامت و توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و حمایت از آن
۴۵. آموزش و توانمند سازی ساختاری (اشتغال زایی و آموزش) زنان خود سرپرست، بدسرپرست و حمایت‌های حقوقی و مالی و اجتماعی از آنان
۴۶. ساماندهی و هدفمند سازی تسهیلات اشتغال زایی با تأکید بر سه دهک اول درآمدی بویژه زنان خود سرپرست، بد سرپرست معلول نیازمند
۴۷. ارائه قوانین لازم در حمایت از خانواده و زنان در مراجع قانونی و آسیب شناسی عدم اجراء قوانین مصوب
۴۸. بررسی قانون مدنی و بازنگری قانون مدنی در زمینه زنان و خانواده با قانون اساسی در راستای تأمین سلامت زنان و کودکان و سالمندان
۴۹. مشخص کردن اولویت‌های پژوهشی مرتبط با سلامت زنان و ایجاد شبکه تحقیقات سلامت زنان

۵۰. ایجاد مراکز تحقیقاتی سلامت زنان در نقاط مختلف کشور با ترکیب بین رشته ای جهت بررسی مسائل سلامتی زنان و کاهش بار بیماری‌های مختص زنان

۵۱. اصلاح و به روز رسانی کلیه قوانین و دستور العمل‌ها و ضوابط و استانداردها در حوزه نظارت بر مراکز ارائه خدمات پیشگیری درمانی و توانبخشی و ارائه آن توسط نیروهای همگن و رعایت اصول دینی و فرهنگی

۵۲. حمایت و برقراری تسهیلات لازم از مادران باردار شاغل و رشد و تکامل نوزادان، از طریق کاهش ساعات کاری آنان، افزایش مرخصی بعد از زایمان و دوران شیردهی، مرخصی به همسران آنها

دفتر هیئت دولت

۱۰۳۶۴ / پ ۴۷۹۷۱ هـ

تاریخ ۱۳۹۲/۱۲/۲۶



تصویب نامه هیئت وزیران

۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ساختار و منابع مالی لازم برای تجهیز مرکز تحقیقات حلال را با هماهنگی معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور به عنوان یک طرح ملی در سازمان غذا و دارو فراهم نماید.

محمدرضا رحیمی
معاون اول رئیس جمهور

رونوشت با توجه به اصل ۱۳۸ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران برای اطلاع ریاست محترم مجلس شورای اسلامی ارسال می شود.

محمدرضا رحیمی
معاون اول رئیس جمهور

- ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه
- ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت بینایی
- ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تکامل
- ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکملهای دارویی
- ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان
- انجام مراقبتهای درمانی برای کودکان بیمار با رعایت استانداردهای ارائه شده در برنامه مراقبتهای ادغام یافته ناخوشیهای اطفال
 - عفونتهای موضعی، اسهال، کنترل مشکل شیرخوردن، سرفه، ناراحتی گوش، گلودرد، تب، کنترل کم وزنی، مشکل تغذیه
 - تشخیص افتراقی خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج
 - تشخیص افتراقی تنفس مشکل همراه با و بدون ویز
 - تشخیص افتراقی تب با و بدون علائم موضعی
- ◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت نوجوانان و جوانان (گروه سنی ۶ تا ۲۵ سال)
 - در دورههای سنی بدو ورود به مدرسه، ۱۰ سال، ۱۲ سال، ۱۵ سال، ۱۸ سال، ۲۱ سال و ۲۴ سال و با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران نوجوانی و جوانی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع:
 - مشارکت در انجام سنجش سلامت در بدو ورود به مدرسه، سال اول راهنمایی و سال اول دبیرستان
 - پیشگیری و مراقبت فرد از نظر چاقی و اضافه وزن
 - پیشگیری، تشخیص و درمان کم خونی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات شنوایی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی (شامل اختلالات سایکوتیک حاد و مزمن، افسردگی، دو قطبی، اضطراب جدایی، پانیک، وسواس جبری، هراس اجتماعی، تیک، پرخاشگری، بیش فعالی و نقص توجه، رشد، ارزیابی رشد و تکامل، تعامل مادر و کودک، عقب ماندگی ذهنی، صرع و اختلال فراگیر رشد)
 - پیشگیری، تشخیص و درمان عفونتهای پوستی
 - پیشگیری، تشخیص و درمان آسم، آلرژی و سینوزیت
 - پیشگیری، تشخیص و درمان آسیبها و صدمات
 - پیشگیری، تشخیص و درمان سل
 - آموزش فعالیت فیزیکی و تحرک بدنی
 - آموزش تغذیه مناسب
 - آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد
 - آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر
 - آموزش پیشگیری از استعمال دخانیات

▪ كنترل و انجام واكسيناسيون توأم ۱۶-۱۴ سالگی

◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال)

با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران میانسالی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع.

▪ پیشگیری، تشخیص و درمان فشار خون

▪ پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت

▪ پیشگیری، تشخیص و درمان چاقی

▪ پیشگیری، تشخیص و درمان دیس لیپیدمی

▪ آموزش پیشگیری و كنترل استعمال دخانیات

▪ پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی

▪ پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات دوقطبی

▪ پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی

◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت سالمندان (گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر)

با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران سالمندی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به فرد و خانواده و جامعه، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع.

• پیشگیری، تشخیص و درمان آنژین صدری و سكته های قلبی و مغزی

• پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات ناشی از فشارخون بالا

• پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات تغذیه ای، سوء تغذیه، لاغری و چاقی

• پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت

• پیشگیری، تشخیص و درمان سقوط و عدم تعادل

• پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی

• پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی

• پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات خواب

• پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان

• پیشگیری، تشخیص و درمان سل

• پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی و شنوایی

◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران باردار

• مشاوره پیش از بارداری

• دوران بارداری (اولین ملاقات بارداری)

▪ انجام ارزیابی های معمول، بررسی از نظر وجود علائم خطر، معاینه چشم، دندان، پوست و...

▪ اندازه گیری قد، وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، شنیدن صدای قلب جنین، لمس حرکت جنین

- تجویز مکمل های دارویی (اسید فولیک، آهن، مولتی ویتامین)
- آموزش (بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، عدم مصرف دارو و مواد مخدر، عدم کشیدن سیگار و دخانیات، عدم مصرف الکل، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، علائم خطر، فواید و آمادگی و محل مناسب زایمان طبیعی، شیردهی، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد)
- ترسیم جدول وزن گیری
- توجه به تاریخ تقریبی زایمان
- ایمن سازی با واکسن توأم در صورت نیاز طبق دستور العمل کشوری
- ارجاع برای انجام آزمایش معمول
- ارجاع برای انجام سونوگرافی معمول در دو نوبت
- مشاوره تنظیم خانواده در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری
- تزریق رگام در مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت
- شناسایی مادر در معرض خطر
- ارجاع مادر عارضه دار به سطوح بالاتر (در صورت نیاز)
- ارجاع و معرفی مادر برای شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان
- پیگیری و دریافت پسخوراند (در صورت نیاز)
- ثبت خدمات
- ارایه آموزش های فردی یا گروهی

- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل
- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در واحد تسهیلات زایمانی
- دوران پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول تا ۶ هفته پس از زایمان) - ملاقات اول و دوم

◀ تنظیم خانواده و جمعیت

- انجام مشاوره و ارائه خدمت قبل از ازدواج: زنان و مردان در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال)
- انجام مشاوره و ارائه خدمت حین ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- انجام مشاوره و ارائه خدمت بعد از ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- بررسی و تعیین مناسب ترین شیوه پیشگیری از بارداری برای هر زوج
- انجام مراقبتهای لازم حین استفاده از روش انتخابی متناسب با هر روش
- ارجاع موارد مورد نیاز و پیگیری نتیجه ارجاع

◀ مراقبت و درمان بیماریهای خاص (لزوم پیشگیری از این بیماریها و ابتلا به آنها ارتباطی با سن افراد ندارد) با اولویت و شیوع بیماری در منطقه

آموزش افراد جامعه برای شناخت بیماری و راههای پیشگیری از ابتلا به آن، شناخت موارد مشکوک، انجام اقدامات مناسب جهت تشخیص به موقع بر اساس دستورالعملهای موجود، ارجاع موارد مورد نیاز به ارجاع و پیگیری نتیجه ارجاع

- هاری
- کالآزار (لیشمانیوز احشایی)
- تب خونریزی دهنده ویروسی کنگو کریمه (CCHF)
- سالک (لیشمانیوز جلدی)
- تب مالت
- جذام
- مالاریا
- تزریقات ایمن
- هپاتیت
- مننژیت
- سرخک
- سرخچه و سندرم سرخچه مادرزادی
- فلج اطفال
- آنفلوانزا
- دیفتری
- سیاه سرفه
- ایدز
- وبا
- تیفوئید
- اسهال خونی
- بوتولیسم
- زنجیره سرما
- سل

د- سلامت محیط و کار

- سلامت محیط جامعه (مدیریت)
 - آب آشامیدنی سالم
 - آلودگی هوا
 - ابتکارات جامعه محور (CBI)
 - اقدامات اضطراری در بلایای طبیعی
 - بهداشت پرتوها
 - جمع آوری و دفع فاضلاب
 - کنترل ناقلین بیماریها

دفتر هیئت دولت

- پسماندها
 - مواد شیمیایی و سموم
 - سلامت محیط خانوار
 - ابتکارات جامعه محور (CBI)
 - ایمنی غذا (بهداشت مواد غذایی، سیستم پخت و پز مناسب)
 - سوانح و حوادث
 - محیط فیزیکی مسکن
 - سلامت محیط های جمعی
 - سلامت محیط های زندگی جمعی (پادگان، پرورشگاه، خوابگاه، زندان، سرای سالمندان)
 - سلامت محیط های بهداشتی درمانی (بیمارستان، کلینیک تخصصی، کلینیکهای دامپزشکی، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز پرتوشناسی، مطب)
 - سلامت محیط های آرایشی و بهداشتی
 - سلامت محیط های تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی
 - سلامت محیط های آموزشی
 - سلامت محیط های فرهنگی و تفریحی
 - سلامت محیط کار
 - بهداشت حرفه ای
 - ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی به کارگران
 - ایجاد ایستگاههای بهگر
 - پیشگیری و مراقبت از بیماریهای شغلی
 - پیشگیری و مقابله با عوامل فیزیکی و شیمیایی محیط کار
- ج- درمان اولیه و تدبیر فوریتها (در مواردی که راهنمای عملکرد بالینی تدوین شده ارائه خدمات بر اساس راهنما و در مواردی که راهنمای بالینی تهیه و ابلاغ نشده است، ملاک تشخیص و درمان و نیاز به ارجاع نظر پزشک خانواده است).
- ◀ ویزیت
- مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال
 - معاینه (جسمی-روانی)
 - ارزیابی علائم و نشانه ها و طراحی مسیر تشخیص
 - تدوین و اجرای برنامه درمانی
 - ثبت کلیه داده ها در پرونده فرد
- ◀ انجام خدمات پرستاری نظیر تزریقات و وصل سرم در سرانه پزشک خانواده و تیم سلامت منظور گردیده و رایگان ارائه می گردد ولی مواد مصرفی (سرنگ و ست سرم) توسط گیرنده خدمت تأمین خواهد شد

دفتر هیئت دولت

اقدامات و مداخلات ساده جراحی و بالینی: شامل خدماتی (غیر اورژانس) است که حسب مهارت و تمایل پزشک خانواده انجام می‌شود، که متضمن پرداخت تعرفه دولتی بوده که ۳۰ درصد آن توسط مراجعه کننده و ۷۰ درصد آن توسط بیمه ها قابل پرداخت خواهد بود. (فهرست این خدمات مطابق فهرست سازمانهای بیمه خواهد بود)

- واکتومی بدون تیغ جراحی (برابر ضوابط وزارت بهداشت)
- ختنه
- کشیدن ناخن
- برداشتن خال و لیپوم و زگیل (در موارد غیر زیبایی)
- نمونه برداری از پوست و مخاط
- کاتتریزاسیون ادراری
- آتل بندی شکستگی ها
- شستشوی گوش
- خارج کردن جسم خارجی
- کار گذاشتن لوله معده و رکتوم

فوریتها

- انجام احیاء قلبی ریوی
- لوله گذاری تراشه
- اقدامات اولیه در مسمومیت ها
- اقدامات اولیه در اورژانسهای تنفسی
- اقدامات اولیه در بیماران مصدوم
- اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی برای انتقال مجروح به سطوح بالاتر برای ادامه درمان
- بخیه و دبریدمان زخمها

۲۶. ارجاع

- ارجاع مراجعان نیازمند به خدمات تکمیلی به سطوح بالاتر
- پی گیری بیماران و خدمات مورد نیاز مراجعان
- پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
- تنظیم و ارائه گزارش های مورد نیاز
- تبادل اطلاعات یا هماهنگی برای فرستادن پرونده ی فرد یا افراد تحت پوشش به یکی دیگر از پزشکان خانواده

دفتر هیئت دولت

فصل سوم: نيروي انساني و فضاي فيزيكي مورد نياز در سطح اول

بر اساس انجام روشی مدون برای برآورد نیروی انسانی مورد نیاز مرکز خدمات سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و با در نظر گرفتن دو موضوع زیر اعضای تیم سلامت در شهر تعیین گردید:

"بسته خدمت" که در مرکز و پایگاه خدمات سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع باید توسط اعضای تیم سلامت ارائه گردد. زمان سنجی هر کدام از این خدمات. خدماتی که در بخش دولتی یا بخش خصوصی (از جمله خدمات تشخیص و درمان) ارائه می شود.

ترکیب و تعداد اعضای تیم سلامت برای پوشش ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت

ردیف	عنوان شغلی	تعداد مورد نیاز نفر	محل استقرار		
			پایگاه	هر مرکز	دفتر کار ارجاع
۱	پزشک عمومی	۴ نفر	به ازای حداکثر هر ۲۵۰۰ نفر یک پزشک	-	-
۲	پرستار *	۲ نفر	۰.۵	۰.۵	-
۳	روانشناس بالینی	۱ نفر	۰	۱	☀ ☀
۴	کارشناس تغذیه	۱ نفر	۰	۱	☀ ☀
۵	کارشناس مامایی *	۲ نفر	۰.۵	۰.۵	-
۶	کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده	۳ نفر	۰	۳	-
۷	کاردان یا کارشناس مبارزه با بیماری ها	۱ نفر	۰	۱	-
۸	کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای	۱ نفر	۰	۱	-
۹	کاردان تکنسین اسناد پزشکی	۱ نفر	۰	۱	-
۱۰	خدمتگذار	۱ نفر	اختیاری	۱	-
جمع کل		۱۷ نفر	۲	۱۵	

با توجه به ردیف ۲ و ۵ جدول فوق در هر پایگاه و مرکز به ازای هر پزشک یک ماما یا یک پرستار تمام وقت بکارگیری می شود (بدیهی است در مواردیکه پزشک خانواده مرد است بکارگیری ماما در این جایگاه الزامی می باشد)

☀ ☀ خدمات روانشناس بالینی و کارشناس تغذیه بصورت FFS از محل دفتر کار ایشان یا مرکز مجری حسب درخواست پزشک خانواده صرفاً در قالب مشاوره توسط بیمه ها خریداری می شود

تبصره: پزشکان واجد شرایط شاغل در مراکز بهداشتی درمانی دولتی در تمام سازمانها موظف به مشارکت در طرح هستند و در اینصورت لازم است کلیه ضوابط را رعایت نمایند.

دفتر هیئت دولت

استانداردهای فیزیکی محل ارائه خدمت:

- محل استقرار واحد ارائه خدمت در سطح اول:
 - محل استقرار پزشك خانواده در شهر حداکثر ۱.۵ کیلومتر از محل سکونت فرد فاصله خواهد داشت.
 - تبصره: ستاد شهرستان با هماهنگی ستاد استان می تواند در صورت ضرورت این فاصله را تعدیل کند
- پایگاه پزشك خانواده همان مطب پزشك عمومی که واجد استانداردهای جاری وزارت بهداشت بوده و برای استقرار و ارائه خدمت ماما یا پرستار یک اتاق اضافه دارای تجهیزات لازم با امکان رعایت طرح انطباق و حریم خصوصی افراد باشد
 - مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع محل استقرار پزشك خانواده مسئول و قسمت بهداشت عمومی تیم سلامت مثل کاردان/کارشناس بهداشت محیط و خانواده و... و پایگاه پزشك خانواده ضمیمه می باشد
- شرایط فیزیکی محل ارائه خدمت مرکز مجری برنامه پزشك خانواده و پایگاه های ضمیمه و غیر ضمیمه و شبانه روزی آن در سطح اول: برابر ضوابطی خواهد بود که حسب مورد توسط معاونت بهداشت و درمان وزارت بهداشت اعلام شده یا می شود
- سطح دوم و سوم (سرپایی): برابر مقررات وضع شده مربوط به صدور پروانه ها
- محل استقرار واحد ارائه خدمت و شرایط فیزیکی محل ارائه خدمت و تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز در سطح دوم و سوم (بستری): برابر مقررات وضع شده در برنامه مدیریت منابع ساختاری درمان بستری کشور (سطح بندی خدمات درمان بستری)

دفتر هیئت دولت

فصل چهارم: پشتیبانی برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع

ساختارهای مدیریت در اجرای برنامه فوق به شرح زیر خواهد بود:

۲۷. اعضای ستاد ملی برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع:

- ۱- رئیس جمهور (رئیس ستاد)
- ۲- معاون اول (جانشین رئیس ستاد)
- ۳- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر ستاد)
- ۴- وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی
- ۵- معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور
- ۶- وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
- ۷- رئیس کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره)
- ۸- معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (مسئول دبیرخانه ستاد ملی)

تبصره: وظایف ستاد ملی برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع به شرح زیر می باشد:

- 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
- تصمیم گیری در موارد ارجاعی از طرف ستاد اجرایی

۲۸. اعضای ستاد هماهنگی کشوری:

- ۱- معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)
- ۲- معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳- معاون رفاه اجتماعی وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی (دبیر و مسئول دبیرخانه ستاد هماهنگی)
- ۴- معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور
- ۵- مدیر عامل سازمان تأمین اجتماعی
- ۶- مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی
- ۷- مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمان نیروهای مسلح
- ۸- مدیر کل بهداشت بیمه های اجتماعی و درمان کمیته امداد حضرت امام (ره)
- ۹- رئیس کل سازمان نظام پزشکی
- ۱۰- رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت

تبصره: وظایف ستاد هماهنگی کشوری برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع

- تعیین تعداد و عناوین کمیتههای تخصصی مورد نیاز
- بازدید از عملیات اجرایی در استانها و حفظ ارتباط پیوسته با عرصههای پایلوت
- نظارت بر طرح های پژوهشی مرتبط
- تصویب ترکیب اعضای کمیتههای مورد نیاز برای اجرای برنامه

- سفارش انجام بررسی ها و مطالعه های مختلف و استفاده از نتایج آنها برای تدوین سیاست ها یا مداخله های مورد نیاز و پیشنهاد این سیاست ها یا مداخله ها به ستاد ملی
- تدوین گزارش های تحلیلی
- جلب همکاری صاحب نظران و ذینفعان برنامه از طریق اعضای واحد کشوری یا کمیته های فنی مربوط به هر مدیریت
- نظارت بر پیشرفت برنامه ها و عملیات
- ارزیابی فعالیت هایی که توسط مدیران برنامه های چهارگانه در سطح ملی یا در عرصه های پایلوت به اجرا گذارده می شود.
- ظرفیت سازی

۲۹. اعضای ستاد اجرایی کشوری:

- ۱- رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (رئیس ستاد)
- ۲- مدیرکل دفتر بیمه های درمان وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی (دبیر ستاد)
- ۳- مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
- ۴- مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت
- ۵- رئیس امور اجتماعی معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
- ۶- معاون بیمه درمان یا رئیس مرکز خرید راهبردی خدمات سلامت سازمان بیمه خدمات درمانی
- ۷- معاون حمایت و سلامت یا مدیر کل بهداشت و درمان کمیته امداد امام خمینی (ره)
- ۸- معاون درمان سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح
- ۹- معاون درمان (یا مدیر کل درمان غیر مستقیم / مستقیم) سازمان تامین اجتماعی

تبصره: وظایف ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

- تهیه و تدوین 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 کمیته های استانی و شهرستانی مورد نیاز برای اجرای برنامه (ترکیب اعضای کمیته ها متناسب با کمیته های ملی بوده و اختیار انتخاب درصدی از اعضا حسب نیاز به عهده استان گذاشته شود)

۳۰. ستاد راهبردی استان:

ستادهای راهبردی در سطح استان با ترکیب استاندار، رئیس ستاد، رئیس دانشگاه (دبیر ستاد)، معاونین بهداشت (مسئول دبیرخانه ستاد)، درمان و غذا و دارو دانشگاه، مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان، مدیر درمان سازمان بیمه نیروهای مسلح، مدیر درمان تأمین اجتماعی و مدیر درمان کمیته امام (ره)، رئیس شورای عالی نظام پزشکی استان، نماینده تام الاختیار شورای سلامت صدا و سیما استان، رئیس گروه توسعه شبکه مرکز بهداشت استان خواهد بود.

تبصره: در استانهایی که بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد رئیس و معاونین دانشگاههای غیر از مرکز استان عضو ستاد خواهند بود.

وظایف ستاد راهبردی استان شامل موارد زیر می باشد:

- هماهنگی اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سطح استان برابر دستورالعمل های کشوری
- انجام هماهنگی های مورد نیاز (در قالب برنامه عملیاتی) برای اجرای سیاستهای ابلاغی از سوی ستاد ملی (فنی، اجرایی و پشتیبانی و ...)

- تأمین و تخصیص منابع مورد نیاز برای کمک به اجرای مناسب تر برنامه

۱۰۳۶۴ / ت ۴۷۹۷۱ هـ
شماره
تایخ ۱۳۹۱ / ۱ / ۶



تصویب نامه هیئت وزیران

بسمه تعالی
"با صلوات بر محمد و آل محمد"

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

هیئت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۱۶ بنا به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تصویب نمود:

۱- نقشه تحول نظام سلامت به شرح پیوست که تأیید شده به مهر "دفتر هیئت دولت" است تعیین می شود.

۲- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ظرف دو سال از تاریخ ابلاغ نسخه (۰۲) برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به شرح پیوست که تأیید شده به مهر "دفتر هیئت دولت" است و اصلاحات بعدی آن که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می رسد، نسبت به توسعه برنامه مذکور در کلیه مناطق شهری اقدام نماید. همه وزارتخانه ها، سازمانها و دستگاههای مربوط موظف به تأمین زیرساختها و همکاری لازم جهت استقرار برنامه یادشده می باشند.

۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ظرف شش ماه سامانه جامع اطلاعات بهداشت محیط کشور را راه اندازی نماید. کلیه مؤسسات و سازمانهای دولتی از جمله سازمان حفاظت محیط زیست، وزارتخانه های نیرو، جهاد کشاورزی، راه و شهرسازی، صنعت، معدن و تجارت، شهرداریها و دانشگاهها موظفند داده های خود را در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دهند تا در این سامانه مورد استفاده قرار گیرد.

۴- دستگاههای ذی ربط نسبت به اجرای کامل مقررات بهداشتی بین المللی مصوب سال (۲۰۰۵) میلادی تا پایان دی ماه ۱۳۹۱ اقدام نموده و برنامه عملیاتی سازمان متبوع خود را در چارچوب راهبردها و اهداف مندرج در آن تدوین و جهت اجرا به ادارات استانی خود ابلاغ نمایند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر حسن اجرای این بند نظارت می نماید.

۵- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارتخانه های جهاد کشاورزی، صنعت، معدن و تجارت و سایر سازمانهای ذی ربط نسبت به تدوین سند ملی ایمنی و سلامت روغنهای خوراکی و اصلاح الگوی مصرف اقدام نماید.

- بررسی چالشها و پیشنهاد راهکارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات به ستاد اجرایی کشوری
- ارائه پس‌خوراند به ستاد ملی

۳۱. ستاد اجرایی استان

ترکیب ستاد عملیاتی استان شامل:

۱. رئیس دانشگاه (رئیس ستاد)،
 ۲. معاون بهداشتی و رئیس مرکز بهداشت استان (جانشین رئیس و دبیر ستاد)،
 ۳. معاون درمان دانشگاه،
 ۴. رئیس گروه توسعه شبکه استان،
 ۵. مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان
 ۶. مدیر درمان تأمین اجتماعی استان
 ۷. رئیس شعبه بیمه نیروهای مسلح
 ۸. رئیس کمیته امام (ره)
 ۹. رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی استان
- تبصره: کمیته های اجرایی پیشنهادی در سطح استانها به شرح زیر می باشد:

- کمیته فرهنگی و تبلیغات و اطلاع رسانی عمومی
- کمیته آمار و فن‌آوری اطلاعات
- کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع مالی و غیر مالی
- کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی
- کمیته پایش و نظارت

۳۲. ستاد اجرایی شهرستان

این ستاد با ترکیب :

۱. فرماندار (رئیس ستاد)،
۲. رئیس شبکه (جانشین رئیس ستاد و دبیر ستاد)،
۳. رئیس مرکز بهداشت شهرستان،
۴. معاون درمان شبکه شهرستان (در شهرستان تک بیمارستانی رئیس بیمارستان)،
۵. نماینده هر یک از سازمان های بیمه‌گر شهرستان،
۶. مسئول واحد توسعه شبکه شهرستان

تبصره: وظایف ستاد عملیاتی شهرستان به شرح زیر خواهد بود:

۱. تحلیل وضعیت موجود

واحدهای ارائه خدمت

تعداد و نوع واحدها در بخش دولتی و غیر دولتی

نیروی انسانی موجود (ترکیب و تعداد) در بخش دولتی و غیر دولتی

تطبیق فضای فیزیکی و تجهیزات موجود بخش دولتی و غیر دولتی برابر ضوابط وزارت بهداشت

دفتر هیئت دولت

۲. 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 جهت راه اندازی مراکز بهداشتی درمانی 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)
- راه اندازی مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و استقرار تیم‌های سلامت
۳. تحلیل وضعیت سلامت شهرستان: (Health Profile)
- ساختار جمعیت
- وضعیت سنی، جنسی، اشتغال، بیمه
- ترسیم وضعیت سلامت شهرستان
- ایجاد نظام یکپارچه اطلاعات نظام سلامت در سطح شهرستان.
۴. ترسیم وضعیت مطلوب شهرستان به منظور هدف گذاری عملیات اجرایی بر اساس توان شهرستان
۵. تدوین برنامه عملیاتی شهرستان
۶. تدوین نظام پایش و ارزشیابی
۷. هماهنگی آموزش همگانی، برقراری ارتباط و اطلاع رسانی
- برقراری ارتباط با مسئولان سیاسی و مذهبی شهرستان و جلب حمایت آنان با استفاده از دستورعمل‌ها و متن‌هایی که واحد کشوری در اختیار می‌گذارد.
- 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
۸. هماهنگی جهت آموزش نیروی انسانی
- آموزش کارشناسان شبکه شهرستان و سازمان‌های بیمه‌گر درباره آیین‌نامه براساس دستورعمل‌های ستاد اجرایی نظام ارائه خدمات سلامت و شورای استانی نظام ارائه خدمات سلامت
- برقراری ارتباط، اطلاع رسانی و بازآموزی پزشکان، به ویژه پزشکان عمومی شهرستان درباره آرمان‌ها و هدف‌های نظام ارائه خدمات سلامت و نیز آموزش نحوه اجرای آیین‌نامه سطح‌بندی و نظام ارجاع و تبیین نقش جامعه پزشکی در این زمینه.
۹. اعلام آغاز طرح و شرایط همکاری و ثبت نام پزشکان با ستاد عملیاتی شهرستان.
- ثبت نام 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 عملیاتی شهرستان
- اعلام عام به مردم برای انتخاب پزشک خانواده خود و ثبت نام در نزد پزشک خانواده.
۱۰. هدایت عملیات اجرایی طرح در شهرستان..
۱۱. پایش عملکرد پزشکان، تیم سلامت
۱۲. پیش بینی ساز و کار تلفیق نتایج پایش‌های مجزای انجام شده توسط واحدهای مختلف
۱۳. فراهم نمودن شرایط اجرای کلیه دستورالعمل‌های ابلاغی از سوی ستاد ملی و استانی
۱۴. نظارت بر عملکرد ادارات ذیربط در اجرای برنامه
۱۵. حمایت‌های مورد نیاز قانونی و مدیریتی در اجرای برنامه
۱۶. بررسی چالش‌ها و تعیین راهکارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات اجرای برنامه و هماهنگی با ستاد استانی

کمیته‌های اجرایی پیشنهادی و شرح وظایف آنها:

- کمیته اطلاع رسانی و روابط عمومی
 - تدوین برنامه‌های آموزشی عموم مردم
 - هماهنگی با شورای شهر
 - هماهنگی با هیات امناء و بخشداریه‌ها
 - سایر هماهنگی درون و برون بخشی مورد نیاز
 - آگاه سازی جامعه و شناسایی طرح به مردم
 - کمیته آمار و فناوری اطلاعات
 - فراهم آوری زیرساخت مورد نیاز برای استقرار و توسعه پرونده الکترونیکی سلامت
 - استقرار نظام اطلاعات شهرستان
 - تحلیل داده‌ها و گزارشات واصله
 - ارائه گزارشات مورد نیاز به ستاد عملیاتی شهرستان
 - (تعیین ملزومات) آموزش نیروی انسانی جهت کاربردی شدن پرونده الکترونیکی سلامت
 - پشتیبانی از سیستم های اطلاعاتی و کاربران آنها
 - بروزرسانی سیستم های اطلاعاتی
 - کمیته آموزش نیروی انسانی
 - آموزش نیروهای جدیدالورود
 - بازآموزی مداوم نیروهای موجود
 - کمیته پایش و نظارت
 - تعیین ترکیب تیم‌های پایش
 - برنامه‌ریزی و پایش عملکرد اعضای تیم سلامت بر اساس بسته خدمت مطابق با چک لیست‌های تعیین شده از سوی ستاد اجرایی کشوری
 - بررسی گزارشات حاصل از تیم پایش و تعیین نقاط قوت و ضعف اقدامات انجام شده
 - تصمیم‌گیری در خصوص انحرافات ایجاد شده در برنامه
 - ارائه نتایج حاصل از پایش به سایر کمیته‌ها
 - تهیه و ارسال چک لیست پیشنهادی / تکمیلی به کمیته پایش و نظارت استانی
 - تدوین چک لیست برای شرایط خاص شهرستان
 - گزارش نتایج حاصل از پایش عملکرد در زمانهای از پیش تعیین شده به ستاد عملیاتی شهرستان
 -
- تبصره: وجود ستادهای فوق نافی وظایف هریک از ارگانهای مسئول در اجرای برنامه نبوده و هر ارگان موظف است در سطح ملی، استانی و شهرستانی وظایف ذاتی خود را برابر مقررات و مصوبات این دستورالعمل هماهنگ با سایر دستگاهها به انجام رساند. ستاد اجرایی کشوری حسب ضرورت می تواند وظایف ستادهای استانی و شهرستانی را اصلاح و تکمیل نماید.

دفتر هیئت دولت

فصل پنجم: نظام ارائه خدمات

- پزشك خانواده (برابر تعريف صدر اين دستورالعمل) محور ارائه‌ی خدمات بهداشت و درمان به جمعيت‌های معين است.
 - پزشكان با دارا بودن شرايط زير می‌توانند به عنوان پزشك خانواده قرارداد ببندند و ارائه خدمات و مراقبت‌ها را تعهد کنند:
۱. دارا بودن حداقل شرايط ياد شده در تعريف پزشك خانواده (مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی یا تخصص های ذکر شده در صدر دستورالعمل، پروانه دائم و مجوز معتبر کار پزشکی).
 ۲. اعلام آمادگی برای همکاری به بیمه ها و ستاد عملیاتی در شهرستان.
 ۳. تعهد اینکه فقط در برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع اشتغال داشته باشد
- تبصره: پزشكانی كه نمی‌توانند یا نمی‌خواهند بطور دوشيفته تمام وقت در برنامه پزشك خانواده شركت كنند مشروط به پیشنهاد ستاد شهرستان و موافقت ستاد استان می‌توانند با کاهش حداكثر بیمار تحت پوشش متناسب با ساعات کار در برنامه شركت نمایند
۴. عقد قرارداد يكساله بدون حق توكيل به غير
 ۵. تداوم همکاری با برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع منوط به رعایت استاندارد های اعلام شده می‌باشد و درصورت تخلفی از وظايف، ستاد شهرستان می‌تواند با توجه به مقتضيات مربوطه تصميم لازم را در مورد ادامه یا عدم ادامه همکاری ایشان اخذ نماید
 ۶. گذراندن دوره های آموزشی مرتبط حسب نظر ستاد استانی
 ۷. ارائه بسته خدمت اعلام شده برابر اين دستورالعمل و اصلاحات و متمم های بعدی آن
 ۸. آشنایی با مبانی پزشك خانواده و نظام ارجاع
 ۹. تعداد افراد ثبت نام شده به ازاء هر پزشك بسته به نیاز و حسب شرايط منطقه و تائيد ستاد استانی بين ۵۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر به ترتيبی كه در اين دستورالعمل آمده ، خواهد بود.
 ۱۰. استفاده از پزشك جانشين و جایگزین برابر ضوابط پیشگفت خواهد بود
 ۱۱. عقد قرارداد با سازمان های بیمه
 ۱۲. در مورد پزشكانی كه در استخدام یکی از دستگاهها بوده و در مركز بهداشتی درمانی داوطلب اجرای برنامه مشغول خدمت هستند، انجام اقدامات فوق و عقد قرارداد توسط مسئول مركز مذکور انجام می‌شود. بدیهی این پزشك ، پزشك خانواده افرادی خواهد بود كه او را انتخاب کرده اند و تابع كلیه مقررات پزشك خانواده هستند .
 ۱۳. دارا بودن فضای فیزیکی و تجهيزات مطابق استاندارد اعلام شده برای پایگاه پزشك خانواده
 ۱۴. بكارگیری يك فرد دارای صلاحیت علمی و حرفه ای ماما یا پرستار (این فرد باید تعهدات قانونی خود را گذرانده و منعی برای كار نداشته باشد بدون نیاز به داشتن پروانه دفتر كار) كه متعهد به ارائه خدمات طبق دستورالعمل كشوری باشد در هر پایگاه (مطب انطباق یافته) پزشك خانواده

۳۳. نحوه عقد قرارداد و ارائه خدمت

همه سازمان‌های بیمه‌گر موظفند رأساً در چارچوب ضوابطی (از جمله : شرايط عمومی قرارداد، تعهدات پزشك خانواده و سازمان های بیمه، زمان قرارداد، شرايط تمدید و فسخ قرارداد و تعیین مرجع حل اختلاف در موارد مورد نیاز) كه ستاد اجرایی كشوری در اختیار می‌گذارد با پزشكان خانواده متناسب با تعداد بیمه شده خودشان در آن واحد به منظور خرید خدمات آنان (مندرج در اين دستورالعمل) و ماما یا پرستار همكار او با پزشك قرارداد بسته و يك نسخه از آن را به شبکه بهداشت شهرستان مربوطه ارسال نمایند

سازمانهای بیمه گر موظف به عقد قرار داد با شخصیت حقوقی مراکز مجری برنامه پزشك خانواده جهت خرید بسته خدمات تیم سلامت می باشد.

برابر مندرجات این دستور العمل در صورت فقدان هر کدام از اعضای تیم سلامت مرکز حق الزحمه ایشان از مبلغ پرداختی پرداخت کننده کسر خواهد شد.

طبق یک بند مستقل در کلیه قراردادهای برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع مدیر شبکه بهداشت و درمان (در مرکز استان رئیس مرکز بهداشت شهرستان مرکز استان) ناظر قرارداد (برابر روال تعیین شده در این دستور العمل و چک لیست های مصوب) و ارائه خدمات بوده و پرداختها برابر این دستور العمل به پزشکان و تیم سلامت پس از گزارش و تأیید ایشان قابل انجام است. یادآور می شود در این شرایط مدیر شبکه بهداشت و درمان خود نمی تواند به عنوان پزشك خانواده فعالیت نماید.

پزشکان متخصص اطفال و داخلی و پزشکی اجتماعی و عفونی در صورت علاقه مندی می توانند با همان تعرفه و نقش های تعریف شده برای پزشك خانواده یا پزشك خانواده مسئول در اجرای فعالیت های این دستور العمل مشارکت کنند.

پزشکان متخصص که به عنوان پزشك خانواده قرارداد می بندند مجاز نخواهند بود بیماران را از خود (به عنوان پزشك سطح یک) به خود (به عنوان پزشك سطح دو) ارجاع دهند.

کلیه پزشکان خانواده و متخصص می بایست تمامی تجویزهای پزشکی شامل دارو، پاراکلینیک، مشاوره و سایر اقلام درخواستی را فقط در دفترچه های بیمه بنویسند.

ثبت نام پزشکان با پیگیری ستاد های شهرستان و استان در سامانه سلامت ایرانیان و یا سیستم های الکترونیک متصل به این سامانه انجام و همچنین برای همه افراد که نزد پزشکان خانواده ثبت نام می کنند، پرونده الکترونیک سلامت برخط برابر استانداردهای سامانه جامع و همگانی سلامت ایرانیان تشکیل می شود.

بیمه شده حداکثر می تواند دو بار در سال، با اطلاع سازمان های بیمه مربوطه پزشك خانواده خود را تغییر دهد. این تغییر از طریق بیمه به اطلاع دبیرخانه ستاد شهرستان رسیده تا تغییرات لازم در دسترسی به پرونده الکترونیک اعمال شود.

فاصله ثبت نام نزد پزشك خانواده و اولین تغییر، و فاصله ی دو تغییر نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص با نظر ستاد شهرستان این مدت قابل کاهش است.

تعویض پزشك خانواده در پایان ماه قابل انجام است. (با رعایت ضوابط اعلام شده در خصوص تعویض پزشك خانواده) پزشك موظف است حداکثر طی یک هفته نسبت به اعلام انصراف فرد به سازمان بیمه مذکور و ستاد عملیاتی اقدام نماید.

هر پزشك خانواده می تواند حداقل ۵۰۰ و حداکثر ۲۵۰۰ نفر را در پوشش خود گیرد لیکن ستاد عملیاتی شهرستان پس از تأیید ستاد استان مجاز است در شرایط استثنایی (مانند کمک به جذب نیرو در مناطق محروم) با گرفتن مجوز از واحد کشوری این سقف را تا ۳۰۰۰ نفر بازای هر پزشك خانواده تغییر دهد.)

ستاد عملیاتی شهرستان مجاز است از دیگر سازوکارهای تشویقی، مانند کمک به اعطای وام و یا در اختیار گذاردن محل مراکز بهداشتی درمانی (برابر مقررات)، برای تشویق پزشکان به کار در مناطق محروم استفاده کند.

در مناطق جغرافیایی ویژه که در صورت لزوم توسط ستاد اجرایی کشوری اعلام می شود جمعیت تحت پوشش، مدت الزامی قرارداد قابل تغییر خواهد بود.

کار موظف پزشك خانواده در هفته ۴۴ ساعت (جز در روزهای تعطیل رسمی) است.

ساعت کار تیم سلامت روزانه ۸ ساعت در دو نوبت صبح و بعد از ظهر (۸ تا ۱۲ و ۴ تا ۸ و پنج شنبه ها فقط صبح) تعیین می گردد. ساعت آغاز و پایان، حسب مکان جغرافیایی و نیازهای منطقه و در موارد و شرایط خاص به پیشنهاد ستاد استانی و با تصویب ستاد اجرایی کشوری مشروط به رعایت دو شیفت و میزان ساعات کار الزامی قابل تغییر خواهد بود.

دفتر هیئت دولت

اشتغال پزشكان خانواده در موارد خاص با تشخيص ستاد عملياتي شهرستان و تائيد ستاد استان به منظور رفع نياز اورژانس بيمارستان و مراكز شبانه روزي شهرستان محل خدمت، براي مدت محدود تا بر طرف شدن نياز بلامانع است. ايام فوق در طول هر ماه نبايد بيش از سه كشيک شبانه باشد. بديهي است پرداخت كشيک اورژانس FFS خواهد بود.

پزشك خانواده در هنگام عقد قرارداد، يك پزشك واجد شرايط را به عنوان جانشين برابر ضوابط اين دستورالعمل با اخذ مهر و امضاي ايشان معرفي مي نمايد. نام و نشاني محل كار پزشك جانشين كه توسط پزشك خانواده به صندوق بيمه مربوطه و ستاد عملياتي شهرستان اعلام مي شود بايد در جايي مناسب نصب شود و به صورتي مشخص به اطلاع همه افراد در پوشش برسد.

در صورتيكه پزشك به هر دليل نتواند به طور موقت در محل كار خود حاضر شود، لازم است مراتب را حداقل سه روز قبل به صندوق بيمه مربوطه، پزشك جانشين و از طريق پزشك خانواده مسئول به ستاد عملياتي شهرستان اطلاع دهد. در موارد اضطرار، مطلع ساختن پزشك خانواده مسئول و پزشك جانشين كفايت مي كند. پزشك خانواده مسئول محله موضوع را به بيمه و ستاد عملياتي شهرستان اطلاع خواهد داد. هر گاه پزشك خانواده در طول قرارداد خويش، ناگزير از ترك دايم محل باشد به منظور رعايت حال جمعيتي كه در پوشش خود دارد بايد در فاصله ي زماني دو تا سه ماهه ستاد عمليات شهرستان را از تصميم خود مطلع سازد.

با دريافت خبر مهاجرت يكي از پزشكان خانواده يا در صورت بروز حوادثي كه مانع ادامه ي خدمت پزشك باشد، بيمه ها با هماهنگي ستاد عملياتي شهرستان بايد براي جلوگيري از بروز وقفه در خدماتي كه به مردم ارائه مي شود هرچه زودتر با پزشك خانواده ديگري قرارداد ببندد.

تبصره: نحوه قرارداد، در پاينگاه ها (مطب هاي پزشكان عمومي) و مراكز مجري برنامه يكسان نبوده بطوريكه در پاينگاه قرارداد بابت پزشك و همكارش (ماما يا پرستار) با پزشك منعقد مي شود و در مراكز مجري با مالك و صاحب امتياز موسس مركز عقد قرارداد خواهد شد

۳۴. انتخاب پزشك خانواده

سازمان هاي بيمه مبتني بر اين دستورالعمل و با هماهنگي ستاد شهرستان نسبت به عقد قرارداد با پزشكان واجد شرايط اقدام و ضمن اطلاع رساني به افراد تحت پوشش خود نتيجه را جهت تدوين فهرست پزشكان واجد شرايط در محدوده شهرستان و اطلاع رساني به مشمولين طرح جهت انتخاب پزشك خانواده به ستاد استان اعلام مي نمايند.

انتخاب پزشك خانواده از سوي خانوار در فاصله مجاز تعيين شده اختياري است. در اين ميان تنها عامل محدود كننده نام نويسي كافي افراد نزد پزشكي معين و پرشدن ظرفيت او خواهد بود. انجام كليه مراحل اطلاع رساني به بيمه شدگان براي انتخاب پزشك خانواده و نيز فراهم كردن امكانات و الزمات آن به عهده سازمان بيمه مربوطه بوده كه با هماهنگي ستاد عملياتي انجام مي شود بيمه شدگان براي بهره مندي از خدمات پزشك خانواده و نظام ارجاع در انتخاب پزشك خانواده از پاينگاه ها (مطب) و مراكز مجري برنامه مختار هستند

محل ورود خانواده ها به برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع جهت ثبت نام و دريافت خدمات در سطح اول، محل زندگي و سکونت خانواده (حداكثر شعاع مجاز) است. براي افرادي كه به هر دليل مانند اشتغال ادواري يا خوابگاهي بين محل سکونت و محل كار فرد در دو شهر جداگانه باشد، انتخاب محل سکونت يا كار براي ورود به برنامه آزاد است.

انتخاب پزشك خانواده در محدوده دسترسي از بين پزشكان طرف قرارداد بصورت اختياري، و انتخاب به صورت خانواري است به اين معني كه سرپرست خانوار مسئول انتخاب پزشك خانواده بوده اما انتخاب فردي هم مشروط به درخواست سرپرست با ذكر دليل و موافقت ستاد عملياتي شهرستان مقدور است.

در صورت تغيير محدوده جغرافيايي محل زندگي و يا كار بيمه شده، امكان تعويض پزشك خانواده با انجام هماهنگي لازم با بيمه و ستاد شهرستان بدون هرگونه محدوديتي وجود خواهد داشت.

دفتر هيئت دولت

۳۵. شرایط ثبت نام افراد

کلیه بیمه شدگان تحت پوشش بیمه ها براساس دفترچه معتبر و شماره ملی، احراز هویت شده و در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط پزشکان خانواده ثبت نام می شوند.

تبصره ۱: کسانی که فاقد بیمه درمان هستند طبق ضوابط تحت پوشش بیمه ایرانیان قرار می گیرند
تبصره ۲: در مورد کسانی که بیمه شده هستند اما شماره ملی ندارند (تبعه ایران نیستند) علاوه بر دفترچه بجای شماره ملی از شماره گذرنامه استفاده می شود که می توان آن را بعنوان جایگزین شماره ملی برای اینگونه افراد در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در نظر گرفت

۳۶. استحقاق درمان و حداقل مدت پرداخت سرانه

در خصوص مدت اعتبار و استحقاق درمان بشرح زیر اقدام خواهد شد:
ملاک عمل دفترچه های بیمه دارای اعتبار بوده و داشتن حداقل سه ماه اعتبار در دفترچه از شرائط اصلی ثبت نام است و از تاریخ ثبت نام خانواده ها نزد پزشک خانواده (به شرط تداوم خدمت و رعایت استانداردها) سازمان های بیمه گر موظفند بدون توجه به استحقاق درمان بیمه شدگان تا ۶ ماه نسبت به پرداخت سرانه افراد فوق به تیم سلامت اقدام نماید
برای استفاده از خدمات بستری در سطح دوم و در صورت نیاز، استحقاق درمان به روش فعلی (دریافت تأیید استحقاق درمان قید شده در دفترچه بوسیله دفاتر اسناد پزشکی) دریافت می شود. البته به موازات بهبود روش و مکانیزاسیون می توان از روش های الکترونیک نیز بهره گرفت.

۳۷. دفترچه های درمانی موجود

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع دفترچه های موجود در فاز اول تنبیری نکرده و فرم های مورد نیاز (مانند ارجاع به سطوح بالاتر و دریافت بازخورد به سطح اول) حسب مورد استفاده خواهد شد. لیکن برای شناسایی پزشک خانواده هر فرد به ترتیبی که سازمان های بیمه گر طراحی و اعلام می نمایند نام پزشک خانواده فرد در دفترچه درج می گردد. و در بلند مدت کارت هوشمند سلامت جایگزین دفترچه ها می شود.

۳۸. پرونده الکترونیک سلامت

پزشک خانواده و تیم سلامت موظف هستند برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت نسبت به تکمیل پرونده الکترونیک سلامت، انجام ویزیت پایه و ثبت کلیه اقدامات، ارجاعات و نتایج خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی در این پرونده برخط اقدام نمایند. بدین ترتیب پرونده الکترونیکی سلامت به مجموعه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان اطلاق می گردد که به صورت مداوم در طول زندگی افراد به شکل الکترونیکی ذخیره گردیده و بدون محدودیت زمان یا مکان در دسترس افراد مجاز قرار خواهد گرفت. بدین منظور هر مرکز ارائه خدمات سلامت، بایستی مجهز به سیستم اطلاعاتی باشد که اطلاعات سلامت شهروندان را در کنار خدمات سلامت ارائه شده، به شکل الکترونیکی ذخیره نماید. ضروری است حداکثر تلاش جهت فراهم آوردن الزامات استقرار این سامانه توسط دست اندرکاران صورت گرفته و استقرار پرونده الکترونیکی عملیاتی گردد.

لازم به ذکر است که اطلاعات پرونده سلامت افراد مجرمانه بوده و فقط در اختیار افراد مجاز بوده، این افراد وظیفه حفظ حراست از محتویات پرونده را بر عهده داشته و هرگونه سوء استفاده از آن ممنوع و پیگرد قانونی دارد.

۳۹. نظام پرداخت به پزشك خانواده (سطح اول)

حق الزحمه پزشک خانواده بصورت سرانه پرداخت می شود. میزان سرانه پایه پزشک خانواده و دستیارش (ماما یا پرستار) به ازای هر نفر در ماه ۱۷۵۰۰ ریال خواهد بود که با توجه به پذیرش گروههای خاص سنی و جنسی و نیز برخی از موارد خاص که در ذیل خواهد آمد افزایش

می یابد

دفتر هیئت دولت

۴۰. نحوه محاسبه سرانه فعلي پزشك خانواده

سرانه پایه پزشك خانواده (پایگاه یا همان مطب انطباق یافته) با سرانه پایه ۱۷۵۰۰ ریال بابت خدمات پزشکی عمومی و خدمات پرستاری و مامایی که توسط هر کدام از بیمه گر ها متناسب با تعداد بیمه شده تحت پوشش و سایر ضرایب تعریف شده به شرط رعایت استانداردهای خدمت پس از کسر مالیات و سایر کسورات قانونی قابل پرداخت میباشد. در هر صورت این گروه هیچ رابطه استخدامی با بیمه ها و وزارت بهداشت ندارند.

پزشك خانواده مسئول حداکثر می تواند ۲۰۰۰ نفر را (به دلیل داشتن وقت کافی برای نظارت بر عملکرد پزشكان پایگاه های محله خود و نیز نظارت و پیگیری سلامت عمومی در آن محله) تحت پوشش مستقیم قرار دهد.

محاسبه حق الزحمه پزشك خانواده مسئول به عنوان پزشك خانواده و با توجه به جمعیت تحت پوشش مانند سایر پزشكان خانواده است. همچنین به عنوان حق مدیریت بر عملکرد و سلامت محله عدد ثابت ۸۵۰ ریال به ازای هر فرد تحت پوشش خود و پزشكان محله تحت سرپرستی ایشان از محل اعتبارات دانشگاه علوم پزشکی مربوطه دریافت می نماید.

یادآور می شود این پرداخت ها پس از کسر مالیات و سایر کسورات قانونی به حساب مالک یا صاحب امتیاز واریز و ایشان پس از کسر حداکثر ۱۰ درصد بابت استهلاک، اجاره، سود سرمایه، مواد مصرفی، نیروهای پشتیبانی (خدمتگذار، مدارک پزشکی) و ... مابقی را به ذینفعان پرداخت می کند. بدیهی است اگر این فرد حقوق بگیر باشد هزینه حقوق آنان کسر و مابقی بصورت کارانه به ایشان پرداخت خواهد شد.

تبصره: پرداخت حقوق و حق الزحمه کاردان یا کارشناس بهداشت خانواده، کاردان یا کارشناس مبارزه با بیماری ها، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای که در واحدهای زیرمجموعه خدمت می کنند برابر مقررات به عهده دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی است در صورتیکه حسب نیاز از مراکز سایر دستگاهها اعم از خصوصی یا دولتی و ... به عنوان مرکز ارائه دهنده خدمات استفاده شود دانشگاه ها/دانشکده های علوم پزشکی موظف به پرداخت معادل حق الزحمه این افراد متناسب با درصد ارزشیابی اخذ شده برابر مقررات جاری خود علاوه ۱۰٪ بابت استهلاک، اجاره، سود سرمایه، مواد مصرفی، نیروهای پشتیبانی (خدمتگذار، مدارک پزشکی) می باشد.

خرید خدمت از سایر اعضای تیم سلامت (تغذیه و روانشناس بالینی) بصورت FFS خواهد بود

تبصره ۱: ویزیت و داروی ارائه شده در سطح یک برنامه پزشك خانواده به بیمه شده در قالب بسته خدمتی تعریف شده رایگان است و صد در صد آن توسط بیمه پرداخت می شود

تبصره ۲: کلیه پرداخت ها طبق این دستورالعمل هر سال توسط شورای عالی بیمه بر مبنای رشد تعرفه، رشد حقوق و دستمزد و سایر پارامترهای تاثیرگذار بازبینی خواهد شد.

۴۱. تغییرات میزان سرانه به ازای تعداد جمعیت تحت پوشش:

میزان سرانه دریافتی پزشك و تیم سلامت متناسب با تعداد جمعیت تحت پوشش با نسبت های زیر تغییر خواهد کرد

اگر تعداد مجموع افراد ثبت نام شده و تحت پوشش پزشك خانواده:

۱ نفر تا ۵۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه

۵۰۱ نفر تا ۱۰۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۱.۱

۱۰۰۱ نفر تا ۱۵۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۱.۲

۱۵۰۱ نفر تا ۲۰۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۱.۳

۲۰۰۱ نفر تا ۲۲۵۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۰.۵

۲۲۵۱ نفر تا ۲۵۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۰.۳

در موارد خاص که تعداد افراد تحت پوشش با کسب مجوزهای لازم به بیش از ۲۵۰۰ نفر ارتقاء یابد سرانه پرداختی بابت افراد مازاد برابر

سرانه پایه ضربدر ۰.۳ خواهد بود.

دفتر هیئت دولت

اگر پزشكان تا سه ماه نتوانند حداقل ۵۰۰ نفر را جذب و ثبت نام نمایند از برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع شهري خارج و افراد تحت پوشش آنان بايد به ساير پزشكان خانواده محدوده تعريف شده مراجعه و ثبت نام نمایند.

۴۲. چگونگي پرداخت سرانه پزشك خانواده

۸۰٪ سرانه جمعيت تحت پوشش پزشك خانواده بصورت ماهيانه با اعلام ليست اسامي ثبت نام شدگان به ستاد عمليات استاني پزشك خانواده و نظام ارجاع بصورت على الحساب در پايان هرماه پرداخت شده و ۲۰٪ مابقي پس از پايش و بازخوردكه توسط تيم مشترك بيمه و شبكه بهداشت و درمان انجام خواهد شد، پرداخت مي شود (در پايان هر فصل).

۴۳. تعيين سرانه پزشك خانواده و ارزيابي عملکرد

بر اساس نتايج استخراج شده از چك ليستهاي ارزيابي عملکرد، سرانه پزشك خانواده تا ۲۰ درصد قابل افزايش يا كاهش خواهد بود

۴۴. سرانه پزشك خانواده و سوابق كاري

در بدو همكاري پزشكان با برنامه پزشك خانواده، به ازاي هر سال از زمان فراغت از تحصيل (از پزشكي عمومي) به ميزان ۱٪ به سرانه ي پرداختي (۵۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر) افزوده مي شود. لازم به ذكر است كه مدت پيش از ۲۰ سال قابل محاسبه نمي باشد.

۴۵. سرانه پزشك خانواده و مدت مشاركت در طرح

از تاريخ اجراي اين دستورالعمل بمنظور ايجاد انگيزه براي استمرار همكاري پزشكان خانواده و نظام ارجاع، در پنج سال اول همكاري و به ازاي هر سال سابقه ۱ تا ۳٪ به سرانه پايه پرداختي (۵۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر) متناسب با نتايج پايش عملکرد پس از تأييد ستاد شهرستان اضافه خواهد شد.

۴۶. سرانه پزشك خانواده و جمعيت تحت پوشش

به ازاي افراد بالاي ۶۰ سال و زير ۵ سال، و مادران باردار جمعيت تحت پوشش پزشك خانواده ۲۰٪ به سرانه پايه پرداختي به ازاي هر نفر از گروه هدف اضافه خواهد شد.

۴۷. كاهش سرانه پرداختي در صورت عدم انجام به موقع ويزيت پايه

پزشك خانواده بايد در اسرع وقت با همكاري ماما/پرستار تيم نسبت به تكميل پرونده الكترونيك سلامت و انجام ويزيت پايه و ارائه مراقبت هاي فعال مبتني بر سامانه سلامت ايرانيان اقدام نمايد. ثبت نام كامل با اطلاعات دموگرافيك براي شروع پرداخت سرانه اجباري است و بدون آن سرانه قابل پرداخت نخواهد بود

تكميل پرونده سلامت الكترونيك و انجام ويزيت پايه براي تك تك افراد الزامي است با توجه به زمانبري تشكيل پرونده، هر پزشك حداقل به ازاي هر ۵۰۰ نفر ثبت نام شده حداكثر يكماه فرصت براي ويزيت پايه و تكميل پرونده خواهد داشت بديهي است هرگاه طي اين زمان پرونده تكميل نشود بابت افراديكه پرونده سلامت آنان تكميل نگريده است، صرفاً ۶۰٪ سرانه به او پرداخت و با اضافه شدن هرماه به اين تاخير ۱۰٪ ديگر از اين ۶۰٪ سرانه تا ششمه كاهش و بعد از آن درمورد ادامه همكاري ايشان با برنامه توسط ستاد شهرستاني تصميم گيري مي شود

تبصره:

زنان باردار، افراد بالاي ۶۰ سال و كودكان زير ۵ سال بيماران شناخته شده مزمن بايد در هنگام ثبت نام ويزيت پايه آنان انجام و پرونده الكترونيك سلامت آنان تكميل گردد و گر نه هيچ سرانه اي بابت اين افراد پرداخت نمي شود

يادآور مي شود پزشكي كه هنوز ليست و ظرفيت او پر نشده به هيچ عنوان حق عدم ثبت نام افراد جديد را نخواهد داشت

حق الزحمه ساير خدمات ارائه شده توسط پزشكان خانواده :

حق الزحمه خدماتی مانند: ختنه، بخیه زدن و دبیردمان، کشیدن ناخن، برداشتن خال و لیپوم و زگیل، نمونه برداری از پوست و مخاط و... (مطابق فهرست سازمان های بیمه) که توسط پزشكان خانواده ارائه می شود با اخذ ۳۰٪ تعرفه دولتی از بیمار و ۷۰٪ تعرفه دولتی از بیمه ها قابل انجام است.

تبصره: انجام هرگونه تزریقات و سرم تراپی شامل بند فوق نبوده و در سرانه پزشك خانواده دیده شده است

۴۸. پرداخت سرانه به پزشك خانواده در مناطق محروم

در مناطق محروم برای هر فرد ثبت نام شده بین ۴ تا ۴۰٪ صرفاً به سرانه ی پایه اضافه می شود. تعیین مناطق محروم با استناد به مصوبه ضریب تعرفه ترجیحی مناطق محروم (نامه ۵۲۸۱۱/۶/س مورخه ۸۱/۴/۲۹ برنامه ۳۰۴۳۹ ذیل ردیف ۱۲۹۱۰۹ قانون بودجه سال ۱۳۸۱ تعرفه ترجیحی مناطق محروم که پیوست است) خواهد بود

۴۹. حق الزحمه مشاوره

حق الزحمه مربوط به درخواست مشاوره از کارشناسان پروانه دار شاغل در حرف مشاوره تغذیه، روانشناس بالینی، بینایی سنجی؛ شنوایی سنجی در صورت ارجاع از طرف پزشك خانواده برابر تعرفه های مصوب هیئت دولت در بخش دولتی و یا خصوصی و به شرط ارسال بازخورد از طریق بیمه ها قابل پرداخت می باشد.

تبصره: خدمات دندانپزشکی برابر ضوابط جاری سازمان های بیمه گر خواهد بود.

۵۰. نظام پرداخت پزشك متخصص در سرپایی (سطح دوم)

روش پرداخت به پزشك متخصص بصورت کارانه (پرکیس) می باشد

حق الزحمه پزشك متخصص و فوق تخصص و فلویشپ بشرح ذیل تعیین می گردد:

هرگاه پزشك خانواده، به هر دلیل یکی از افراد تحت پوشش خود را به پزشك متخصص ارجاع دهد، در صورت رعایت استانداردهای لازم توسط متخصص و ارائه بازخورد به پزشك خانواده، این فرد در مراجعات سرپایی باید (در بخش دولتی و خصوصی حسب مورد ۱۰ درصد یک ویزیت) را پرداخت نماید در صورتیکه مراجعه به بخش خصوصی باشد بیمه ها ۹۰٪ یک ویزیت خصوصی کامل بعلاوه یک ویزیت کامل دولتی را در صورت رعایت استانداردها ازجمله ارائه پس خوراند، به پزشك خواهند پرداخت و اگر فرد به بخش دولتی مراجعه کرده بود سه ویزیت دولتی توسط بیمه ها پرداخت خواهد و در صورتی که فرد خارج از سیستم ارجاع به پزشك متخصص مراجعه کند، باید ۱۰۰ درصد ویزیت پزشك متخصص را شخصا پرداخت نماید و در این حالت کلیه هزینه ها کلینیک و پاراکلینیک، داروخانه و... به عهده بیمار خواهد بود.

در بیمارستانهای دانشگاهی و دولتی:

پرداخت ۹۵٪ هزینه خدمات بستری طبق تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش دولتی به عهده بیمه ها خواهد بود که در صورت رعایت استانداردها و ارائه فیدبک ارجاع (با تأیید پزشك خانواده) و با نظر ستاد استان تا ۵۰ درصد حق الزحمه پزشك (مشمول K) معالجه به این مبلغ اضافه خواهد شد. (قواعد تمام وقتی به قوت خود باقی است لیکن مازاد پرداختی به ازای فیدبک همان ۵۰٪ یک K حق الزحمه صرفاً به پزشك معالجه خواهد بود)

اما در بیمارستانهای غیردولتی، خیریه و... پرداخت ۹۵٪ هزینه خدمات بستری طبق تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش دولتی به عهده بیمه می باشد. در صورت رعایت استانداردها و ارائه فیدبک ارجاع (با تأیید پزشك خانواده) و با نظر ستاد استان تا معادل ۵۰ درصد حق الزحمه دولتی پزشك معالجه به این مبلغ اضافه خواهد شد (فرانشیز سهم بیمار ۵٪ تعرفه های مصوب هیات وزیران به اضافه مابه التفاوت تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش مربوطه به عهده بیمه شده خواهد بود). در صورت دریافت هرگونه وجه خارج از تعرفه

تحت هر عنوان آن بیمارستان و پزشك مربوطه از مسیر ارجاع حذف خواهد شد

۱۰۳۶۲
شماره
تاریخ ۱۳۹۱/۰۱/۰۲۶



تصویب نامه هیئت وزیران

۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است ساختار و منابع مالی لازم برای تجهیز مرکز تحقیقات حلال را با هماهنگی معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور به عنوان یک طرح ملی در سازمان غذا و دارو فراهم نماید.

محمد رضا رحیمی

معاون اول رییس جمهور

رونوشت به دفتر مقام معظم رهبری، دفتر رییس جمهور، دفتر رییس قوه قضاییه، دفتر معاون اول رییس جمهور، دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور، معاونت توسعه مدیریت و سرمایه انسانی رییس جمهور، معاونت حقوقی رییس جمهور، معاونت امور مجلس رییس جمهور، دیوان محاسبات کشور، دیوان عدالت اداری، سازمان بازرسی کل کشور، اداره کل قوانین مجلس شورای اسلامی، اداره کل قوانین و مقررات کشور، اداره کل حقوقی، کلیه وزارتخانه ها، سازمان ها و مؤسسات دولتی، نهادهای انقلاب اسلامی دولت و دفتر هیئت دولت ابلاغ می شود.

در كليه موارد بيمه شده به هيچ وجه بابت فيديك وجهي نمي پردازد

تبصره : در خصوص ارجاع بيماران الكتيو، اختيار انتخاب تخصص و ويژگي هاي بیمارستان با پزشك است و انتخاب متخصص يا بیمارستان جهت بستري از بين بیمارستانهاي داراي ويژگي لازم توسط بيمار در قالب نظام ارجاع و برابر نقشه ارجاع سطح ۲ و ۳ انجام مي شود

تعداد ارجاعات پزشك خانواده به متخصص و فوق تخصص نبايد از حد استاندارد تعريف شده توسط ستاد اجرايي كشوري پزشك خانواده و نظام ارجاع بيشتر باشد و در صورت عدم رعايت استاندارد، متناسب با عدول از استاندارد تعريف شده از سرانه پرداختي پزشك خانواده كسر خواهد شد.

بديهي است ارجاع پزشك خانواده به فوق تخصص صرفا پس از ارجاع به متخصص و كسب نظر او مقدور بوده و در موارديكه به دليل نوع بيماري نياز به مراجعه مكرر به فوق تخصص باشد در صورت درج برنامه درمان در پرونده قابل انجام است

۵۱. نظام پرداخت پزشك فوق تخصص - بستري (سطح سوم)

ضوابط پرداخت به فوق تخصص ها بابت خدمات بستري همانند متخصصين است.

۵۲. نظام پرداخت در مراكز داروئي در سرپايي

فرانشيز داروي سطح اول ۰٪ بوده در سطح دوم و سوم مانند شرايط فعلي خواهد بود و ظرف ششماه مدد دسته بندي فرانشيز دارو ها توسط بيمه ها ارائه مي شود

در خارج از نظام ارجاع، كليه هزينه هاي دارويي به عهده بيمار خواهد بود.

تبصره ۱: ليست داروهاي مورد تعهد بيمه ها در مراكز طرف قرارداد براي پزشكان مربوطه (اعم از خانواده، متخصص و فوق تخصص) برابر ضوابط جاري و ابلاغي شوراي عالي بيمه مي باشد.

تبصره ۲: بديهي است بخشنامه هاي مربوط به تبصره هاي بودجه و بيماران خاص (ويژه) كماكان به قوت خود باقي است.

۵۳. نظام پرداخت در آزمایشگاه و تصویربرداری در سرپايي

اگر نسخه بيمار توسط پزشك خانواده، متخصص و فوق تخصص به آزمایشگاه و تصویربرداری طرف قرارداد و در قالب نظام ارجاع، ارجاع شده باشد، ۷۰٪ هزينه در بخش دولتي و ۷۰٪ هزينه در بخش خصوصي (طبق تعرفه توافقي) به عهده سازمان هاي بيمه خواهد.

اگر بيمار جهت دريافت خدمات آزمایشگاهي و تصویربرداری به مراكز غير طرف قرارداد مراجعه نمايد پرداخت صدصده هزينه ها به عهده وي خواهد بود.

در خارج از نظام ارجاع، كليه هزينه هاي آزمایشگاهي و تصویربرداری به عهده بيمار خواهد بود.

تبصره ۱: ليست خدمات آزمایشگاهي و تصویربرداری مورد تعهد سازمان هاي بيمه در مراكز طرف قرارداد براي پزشكان مربوطه (اعم از خانواده، متخصص و فوق تخصص) برابر ضوابط جاري و ابلاغي شوراي عالي بيمه مي باشد.

تبصره ۲: خريد خدمات در بخش خصوصي براساس تعرفه هاي توافقي خواهد بود.

تبصره ۳: ۸۰٪ وجوه مطالبات خدمات داروئي، آزمایشگاهي و تصویربرداری پس از دريافت اسناد و مابقي پس از طي مراحل رسيدگي پرداخت خواهد شد.

۵۴. شبیه شناسانی پزشكان خانواده و پزشكان متخصص طرف قرارداد توسط مراكز پاراكلينيك

براي اينكه داروخانه يا پاراكلينيك به راحتي تشخيص دهد كه پزشكي كه دارو يا خدمت را تجويز كرده است از چه رابطه اي با سازمان هاي بيمه گر برخوردار است بيمه ها تدابير لازم را طراحي و اجرا خواهند كرد.

دفتر هيئت دولت

۵۵. شرایط باز پرداخت هزینه دارو و پاراکلینیک

الف: سطح اول: پرداخت هزینه دارو و پاراکلینیک منوط به ارسال برگ اول دفترچه و یکسان بودن مهر پزشک خانواده با اطلاعات پزشک خانواده بر روی دفترچه (با حداکثر دو هفته اعتبار از زمان تجویز)،

ب: سطح دوم و سوم: پرداخت هزینه دارو و پاراکلینیک منوط به ارسال برگ سبز دفترچه و بن ارجاع و صحت کنترل موارد زیر است:
انطباق شماره درج شده نظام پزشکی پزشک خانواده یا جانشین وی بر روی نسخ، با مهر روی بن ارجاع و تاریخ تجویز (با حداکثر دو هفته اعتبار از زمان تجویز)، وجود نقش مهر و تاریخ درج شده توسط پزشک متخصص در پشت بن ارجاع،

فصل هشتم: مراحل اجرایی و گردش کار در سطح اول

پس از تصویب نهایی فصول فوق مراحل اجرایی توسط ستاد اجرایی کشوری تهیه و لازم الاجرا می باشد





«"لاخير فى الحياه الا مع الصحه": خيرى در زندگى نيست مگر با سلامتى.»

پيامبر اسلام (ص)

«يکى از بزرگترين جهات معنوى خدمت به خلق الله است، خدمت به انسان‌هاى محروم است. اين است که

برای انسان جاودانه می ماند و در عالم ديگر به درد انسان می خورد.»

امام خمينى (ره)

«سلامت، محور همه چيز حتى عروج انسان است و هر انسانی حتى اگر در عرصه معنويت بخواهد رشد کند

بايد فرد سالمی باشد.»

مقام معظم رهبری

دفتر هیئت دولت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شورای سیاست‌گذاری

نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

مبتنی بر الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت

دفتر هیئت دولت

اسفندماه ۱۳۹۰

فهرست

مقدمه	۵
درباره محتوا	۷
چشم‌انداز	۱۰
ارزش‌ها	۱۱
اصول	۱۴
اهداف کلان	۱۶
سیاست‌ها	۱۸
برنامه‌های ملی تحول	۲۰
نقاط تمرکز برنامه‌ها	۲۸
پیاده‌سازی نقشه تحول نظام سلامت	۵۵
پیوست ۱- تعریف واژه‌ها	۶۶
پیوست ۲- موضوعات کلیدی و اقدامات پیشنهادی کارگروه‌های تدوین نقشه	۷۰
خروجی کارگروه نظام مراقبت تعیین‌کننده‌های سلامت/ عوامل تهدیدکننده سلامت	۷۰
خروجی کارگروه نظام تأمین مالی سلامت	۷۳
خروجی کارگروه نظام ارائه خدمات	۸۶
خروجی کارگروه فناوری اطلاعات	۹۹
خروجی کارگروه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت	۱۰۴
خروجی کارگروه امنیت غذا و تغذیه	۱۰۷
خروجی کارگروه مدیریت منابع انسانی	۱۱۷۱۹
خروجی کارگروه توانمندسازی جامعه	۱۲۶۸
خروجی کارگروه سلامت اجتماعی، روانی و اعتیاد	۱۳۱
خروجی کارگروه علم و فناوری	۱۳۹
خروجی کارگروه سلامت زنان	۱۴۵۷

«بزرگترین آرمان بشر از اول تاریخ انسان (یعنی از آن زمانی که انسان عقلی یافته و فکری به سراغ او آمده، و به زندگی خود، نظم و ترتیبی داده است) تا امروز، آرزوی تحقق عدالت است.»

«کاری کنیم که بیمار به جز رنج بیماری، درد و رنج دیگری نداشته باشد.»

«مسئله سلامت در برنامه‌ریزی‌های گوناگون همه دستگاه‌های اجرایی مورد توجه ویژه قرار گیرد.»

«اگر بخواهیم عدالت به معنای حقیقی خودش در جامعه تحقق پیدا کند، دو مفهوم به شدت در هم تنیده اند؛ یکی عقلانیت و دیگری معنویت. اگر عدالت از عقلانیت و معنویت جدا شد، دیگر عدالتی نخواهد بود.»

عقلانیت به خاطر این است که اگر عقل و خرد در تشخیص مصادیق عدالت به کار گرفته نشود، انسان به گمراهی و اشتباه دچار می‌شود؛ خیال می‌کند چیزهایی عدالت است، در حالی که نیست؛ و چیزهایی را هم که عدالت است، گاهی نمی‌بیند. بنابراین عقلانیت و محاسبه، یکی از شرایط لازم رسیدن به عدالت است.

اگر عدالت را از معنویت جدا کنیم - یعنی عدالتی که با معنویت همراه نباشد - این هم عدالت نخواهد بود. عدالتی که همراه با معنویت و توجه به آفاق معنوی عالم وجود و کائنات نباشد؛ به ریاکاری، دروغ، انحراف، ظاهر سازی و تصنع تبدیل خواهد شد.»

دفتر هیئت دولت

مقام معظم رهبری

مقدمه

سلامت، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جزو مهمترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره‌مند شدن انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است، لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم بوده است. مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای مردم و جامعه است. این نیازها تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و محیطی، پیوسته تغییر می‌کنند. از سوی دیگر بیماری‌ها و عوامل مخاطره آمیز سلامت دائماً در حال تغییر بوده و به خصوص در دوره حاضر تحولات بسیار سریعی را تجربه می‌نمایند. پاسخگویی به این تغییرات مهمترین استدلالی است که بر اساس آن باید نظام سلامت را متحول و ارتقا داد.

با توجه به اهمیت موضوع، سلامت آحاد مردم به عنوان یک حق در قانون اساسی مورد توجه قرار گرفته و ارتقای سطح سلامت مردم نیز از مهمترین اهداف در چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در نظر گرفته شده است. در چشم‌انداز، جامعه‌ای آرمانی ترسیم شده که می‌بایست از حداکثر سلامت برای تمامی جامعه برخوردار باشد.

تدوین نقشه جامع علمی کشور نخستین گام از این مجموعه و در جهت تبیین برنامه‌های کلان علم و فناوری کشور بوده که به دنبال آن الزام به تدوین نقشه نظام سلامت برای تحقق اهداف چشم‌اندازی، بسیار ضروری می‌نماید. در این اثنا طرح الگوی اسلامی- ایرانی پیشرفت از سوی رهبر فرزانه انقلاب اسلامی، طلیعه‌ای از ژرف نگری رهبری جامعه بود. تمامی آنانی که به برنامه‌ریزی‌های کلان و ملی پرداخته‌اند، نیک می‌دانند که برای تبیین جهت‌گیری‌هایی این چنینی باید فلسفه و غایت حرکت مشخص بوده و افق دوری را از مفهوم پیشرفت و در نهادهای اجتماعی، سعادت انسانی برگرفته از الگوی بومی برگرفته از ارزش‌ها داشت. طرح موضوع از سوی مقام معظم رهبری، خیزشی فکری را سامان داد تا همگان تصویری فراتر از چشم‌انداز را نیز رصد کنند که در این نقش و در قالب چشم‌انداز، اصول و ارزش‌های نظام سلامت کشور آمده است.

به این اعتبار نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، مجموعه‌ای جامع، هماهنگ و پویا از اهداف، سیاست‌ها و الزامات برنامه‌ریزی تحول راهبردی نظام سلامت مبتنی بر الگوی پیشرفت اسلامی - ایرانی است که می‌تواند در صورت اجرای مناسب، پیشرفتی ارزشی در عرصه سلامت و نوید بخش تحقق اهداف



چشم‌اندازی در افق سال ۱۴۰۴ باشد. در این نقشه تلاش بر این بوده که جهت‌گیری‌های کلی و حرکت‌های لازم برای تحول بنیادی در سلامت کشور ترسیم گردند.

این نقشه در حقیقت مجموعه فعالیت‌های حوزه سلامت کشور اعم از بهداشت، درمان، آموزش، پژوهش و فناوری است. با طراحی این نقشه، سیاست‌های اصلی و تحولی سلامت مشخص شده و امید است با مشروعیت گرفتن از ارکان اصلی نظام، ثبات در سیاست‌ها را به دنبال داشته باشد که این مهم قطعاً به ارتقای نظام سلامت خواهد انجامید.

دفتر هیئت دولت

درباره محتوا

نقشه تحول نظام سلامت بایستی مشخص کند که مجموعه کشور: الف) چه اهدافی را دنبال می کند؟، ب) برای تحقق این اهداف چه راهی را بایستی طی کند؟ و ج) ملزومات تحقق اهداف چه می باشد؟ برای تدوین این نقشه تحولی، منشوری در نظر گرفته شده است. اینکه تحول سلامت در ایران تغییری پایدار، هدفمند و بنیادین خواهد بود. پایدار از این رو که این تلاش مقطعی و یکباره نیست که اثرات چنین تفسیری ثبات نخواهد داشت. هدفمند به این معنی که مبتنی بر عقلانیت، برنامه ریزی و مبتنی بر شواهد است و پیگیر تحقق اهداف چشم انداز جمهوری اسلامی ایران است. بنیادین از این رو که به ابعاد مهم و راهبردی سلامت می پردازد.

برای تدوین نقشه تحول نظام سلامت، از رویکرد «آینده نگاری» استفاده شده است.^۱ این فرآیند مشتمل بر مراحل تبیین اصول، ارزش ها و چشم انداز سلامت، تحلیل روندها (اجتماعی، اقتصادی، فناورانه، سیاسی و محیطی)، فرصت ها و تهدیدهای ناشی از آنها، مشخص کردن نقاط قوت و ضعف موجود و سپس پیدا کردن مناسب ترین گزینه ها برای دستیابی به اهداف بوده است.

دو نکته در تدوین این نقشه مد نظر بوده اند: نخست آن که جهت گیری تهیه نقشه، زمینه های تحول راهبردی و بنیادین در سلامت کشور را فراهم آورد. دوم این که پیوستگی با روال های جاری برنامه ریزی کشور در قالب برنامه های توسعه اجتماعی، اقتصادی و اجتماعی کشور وجود داشته و به این دلیل از ادبیات موجود در این برنامه ریزی ها تبعیت شد. در نتیجه به لحاظ روش شناسی این نقشه در خردترین سطح خود مبنای برنامه های توسعه پنج ساله قرار می گیرد. پس سیر تدوین بشکلی طرح ریزی شده تا بر اساس مقدماتی که در پاراگراف قبل توضیح داده شد، "برنامه های ملی تحول" به دست آیند. این برنامه های تحول ملی چون برگرفته از چشم انداز، اصول و ارزش ها هستند؛ مبتنی بر الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت بوده و بایستی بتوانند سلامت کشور را به چشم انداز تعریف شده رهنمون سازند. خواست مؤکد طرح ریزان این نقشه، تبدیل برنامه های ملی تحول به عناوین بسته های اجرایی برنامه های توسعه پنج ساله است. بر اساس تعریف مورد استفاده در برنامه پنجم توسعه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشور، بسته اجرایی عبارت است از مجموعه فعالیت های اصلی و

۱- توضیح مختصری در خصوص روش شناسی تدوین در این قسمت آمده است، لیکن جزییات روش شناسی تدوین نقشه را می توانید در صفحه خانگی نقشه به آدرس <http://siasat.behdasht.gov.ir> ملاحظه فرمایید.

تبعی و طرح‌ها و پروژه‌های به هم پیوسته و یا خوشه‌ای از پروژه‌های متجانس و به هم مرتبط اولویت دار که به منظور حل یک مشکل اقتصادی، اجتماعی و یا فرهنگی در چارچوب اهداف برنامه به اجرا در می‌آید. به همین منظور است که در این نقشه، عناوین این برنامه‌های ملی تحول و نیز جزییاتی که مناسب است طراحی و اجرای آن‌ها در برنامه‌های پنج ساله مورد توجه قرار بگیرند، آمده است.

توجه مهم این است که این نقشه، برنامه نظام سلامت برای موضوعات گسترده آن نیست. چون هم اکنون نیز برنامه‌های متعددی در دست اجراست. لیکن بر اساس منشوری که ذکر شد، تلاش بر این بوده تا برنامه‌هایی شناسایی شوند که تحول و ارتقای بنیادین نظام سلامت را باعث شوند و بدیهی است سایر برنامه‌ها همچنان جاری و در هر حال انجام خواهند بود.

در خصوص روش شناسی باید گفت که برای شکل‌گیری سیاست‌ها، برنامه‌های ملی تحول و نیز جزییات آن‌ها اقداماتی صورت گرفت. نخست بر اساس تحلیل محیطی و آینده نظام سلامت، چالش‌ها و فرصت‌های پیش روی نظام سلامت تعیین شدند. در مرحله بعد بر اساس خروجی به دست آمده، نقاط تمرکز که می‌توانستند بهترین تحول را در سلامت کشور ایفا کنند تعیین شدند. برای هر یک از این نقاط تمرکز، تحلیل وضعیت موجود صورت گرفت (ضعف و قوت). هم زمان برای هر یک از موضوعات مهمی که بایستی به آن‌ها پرداخته می‌شد، طرح پژوهشی مستقلی تعریف شد که از این طرح‌ها به عنوان "منابع اطلاعاتی"^۱ یاد شده است. وظیفه مجریان در این طرح‌ها این بود که روال‌های بعدی نقشه را به صورت نظام مند و بر اساس مرور شواهد جهانی و بومی در ایران پیش ببرند ولی خروجی کار آن‌ها مورد استفاده کارگروه‌هایی قرار گرفت که بر اساس همان عناوین نقاط تمرکز شکل گرفته بودند. وظیفه این کارگروه‌ها این بود که برای هر یک از نقاط تمرکز، بر اساس اصول سیاست‌گذاری مطلع از شواهد^۲ و با استفاده از مستندی که به عنوان خروجی طرح‌های پژوهشی (منابع اطلاعاتی) تهیه شده بود، اقداماتی را طرح ریزی کنند که بتواند پاسخگوی تحول نظام سلامت باشد. در واقع کارگروه‌ها^۳ به تعیین اهداف، اقدامات و منابع آن‌ها پردازند. در تعیین اقدامات، انتظار این بود که ضمن مرور شواهد جهانی و بومی، به مزایا، مضرات و هزینه آن‌ها توجه شود ولی در این بین عدالت به عنوان تنها ملاکی که پالایش تمام اقدامات را

دفتر هیئت دولت

۱ - اسامی طرح‌ها، مجریان و همکاران اصلی ایشان در انتهای این مستند آمده است.

۲ - Evidence-Informed Policy Making

۳ - نام کارگروه‌ها و افرادی که در آن‌ها مشارکت فعال داشته‌اند در انتهای مستند آمده است.

۴۷۶۹۱

جناب آقای بادامچی

جهت:

- تهیه گردشکار برای استحضار رئیس جمهور محترم

ابلاغ شد
۹۱، ۱، ۲۶

انجام می داد، مطرح شد. انتظار نیز این بود که اقدامات در قالب "اهرم‌های کنترل"^۱، (شامل ملاحظات مالی، تامین مالی نظام پرداخت، قوانین و مقررات، ساختار و تغییر رفتار) باشند.

پس از این که کلیه خروجی‌ها از کارگروه‌ها به دست آمد، با مرور سیاست‌های برگرفته از چشم انداز، اصول و ارزش‌ها، بین آن‌ها اولویت بندی شد و اقدامات پیشنهادی کارگروه‌ها، "برنامه‌های ملی تحول" را شکل داد. پس اقدامات پیشنهادی کارگروه‌ها، ورودی برای این برنامه بود و برای این که برداشت درستی از برنامه‌ها انجام شود، خصوصیات آن‌ها نیز ارائه شد. معه‌ذا به این علت که خروجی کارگروه‌ها با بحث‌های زیاد و نظرات ارزشمند کارشناسی شکل گرفته اند، برای حفظ دانش سازمانی به وجود آمده، اقدامات پیشنهادی کارگروه‌ها به صورت پیوست آمده است.^۲

رجای واثق دارد که همدلی، خرد جمعی، برنامه‌ریزی و تعهد به اجرای برنامه، بتواند جامعه آرمانی را برای جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ محقق نماید.

دفتر هیئت دولت

۱- Control knobs

۲- این پیوست حاوی نکات ارزشمندی است که ارائه آن را ضروری می نمود معه‌ذا به عنوان ضمیمه تلقی شده و به عنوان مصوبه تلقی نمی گردد.

چشم انداز

«جامعه‌ای پیشرو در مسیر سعادت انسانی است که در پرتو کارا ترین و عادلانه ترین نظام سلامت

در منطقه چشم اندازی و در توجه به سلامت در همه سیاست‌ها و پاسخگویی و نوآوری، به سطحی

توسعه یافته از شاخص‌های سلامت دست یافته است.»

جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴، واجد جامعه‌ای سالم و توانمند در تحقق چشم انداز است. مردم از سواد سلامت (توانایی بهره‌مندی و تحلیل اطلاعات و خدمات سلامت مورد نیاز به منظور تصمیم‌گیری و انتخاب آگاهانه در مورد فرصت‌های سلامت و مراقبت از خود) برخوردار بوده، با رعایت شیوه زندگی سالم برگرفته از آموزه‌های اسلامی - ایرانی و نیز دستاوردهای نوین دانش بشری در بستر محیط، جامعه و خانواده‌های سالم با کمترین سطح خطر ناشی از تهدیدکننده‌های سلامت مواجه هستند. در این جامعه، بالاترین سطح از حفاظت‌کننده‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی سلامت و سطح مطلوبی از سرمایه اجتماعی وجود دارد.

نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴، نظامی مسئول و پاسخگوست که ضمن فراهم‌سازی دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با جلب حمایت کلیه سازمان‌ها و نهادها، رویکرد سلامت در همه سیاست‌ها را اجرایی می‌نماید. این نظام با اولویت به رویکردهای ارتقای سلامت و پیشگیری به بهره‌مندی مردم از مراقبت‌های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی اهتمام دارد. در این نظام عدالت همه جانبه (در تامین، توزیع منابع و تحقق سلامت) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه‌ای اصل نخست بوده و تمامی افراد بر اساس نیاز خود از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند خواهند بود و بر اساس توان پرداخت، در تامین مالی مشارکت خواهند داشت. این نظام خلاق بوده و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندی حداکثری از کلیه ظرفیت‌های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه بخش‌های ذینفع)، علمی و فناورانه، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند، به نحوی که با استفاده از ارتباطات بین‌المللی و تعامل با کشورهای منطقه (بویژه کشورهای اسلامی)، الگویی الهام‌بخش برای سایر کشورها می‌باشد.

ارزش‌ها

۱. سلامت همه جانبه: سلامت شامل رفاه و آرامش جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است.^۱ سلامت موهبتی الهی است. تحقق انسان سالم، برای نیل به کمال انسانی به عنوان خلیفه الله می‌باشد. از سویی، سلامت ابعاد و تعیین کننده‌های متعدد و پیچیده‌ای دارد. در نتیجه تامین آن به صورت تک بعدی و یک سویه میسر نمی‌شود و نیازمند اتخاذ نگاهی همه جانبه و کل نگر در سطوح مختلف فردی، خانوادگی، ملی و جهانی است، نگاهی متوازن به کلیه سطوح پیشگیری و مداخله در تعیین کننده‌ها و تهدید کننده‌های سلامت (که خود در لایه‌ها و سطوح مختلف اجتماع پراکنده اند)^۲، پرداختن به سلامت^۳ را وظیفه‌ای مهم^۴، فرا بخشی و فرا ملی تلقی می‌کند. اگر تعریف گسترده سلامت (مشمول بر رفاه معنوی و اجتماعی) باور جامعه باشد، آنگاه هدف توسعه پایدار، انسان سالم و توجه به سلامت، وظیفه تمام نهادهای اجتماعی است.^۵ لذا تمامی نهادها اعم از عمومی و غیردولتی بایستی در این جهت تلاش نمایند.

دفتر هیئت دولت

- ۱- سلامت نداشتن بیماری نیست بلکه برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است.
 اللَّهُمَّ صَلِّ عَلَى مُحَمَّدٍ وَآلِهِ وَعَافِنِي عَافِيَةً شَافِيَةً عَالِيَةً نَامِيَةً تُولِدُ فِي بَدَنِي الْعَافِيَةَ، عَافِيَةَ الدُّنْيَا وَالْآخِرَةِ وَآمِنْنِي عَلَى بِالصَّحَةِ وَالْأَمْنِ وَ السَّلَامَةِ فِي دِينِي وَبَدَنِي وَبَصِيرَةٍ فِي قَلْبِي (صحیفه سجادیه)
 «خداوند! بر محمد و آلش درود فرست، و مرا عافیت بخش، عافیتی کافی و شفافبخش، و برتر و روزافزون، عافیتی که در بدنم عافیت تولید کند، و در یک کلمه: عافیت دنیا و آخرت، و بر من منت نه به تندرستی و امنیت و سلامت در دین و بدن، و بصیرت در دل».
- ۲- بر خلاف باور اندیشه‌هایی که هویت انسان را در سه بعد زیستی، روانشناختی و اجتماعی (Biopsychosocial) تعریف می‌کنند، باور اسلامی بر هویت معنوی انسان و توجه ویژه به بعد ملکوتی و روحی او علاوه بر سه بعد دیگر (Spiritual-Bio-Psychosocial) اهتمام دارد. این تاکید با توجه به درک ویژه از مفهوم حیات انسان و نیز فلسفه آفرینش او در ارایه خدمات سلامت، حضور و توجه خاص به بعد روحی و معنوی و به اعتباری بعد خدایی وجود انسان. (اشاره به آیه ۲۹ سوره حجر و آیه ۷۲ سوره ص).
- امام علی (ع): سلامتی بهترین نعمت است. (غررالحکم حدیث ۱۰۵۰).
- ۳- در خطبه ای در نهج البلاغه، امام علی (ع) در توصیف شرایط بعثت پیامبر می‌فرمایند: «خداوند، پیامبر اکرم - صلی الله علیه و آله - را هشدار دهنده جهانیان مبعوث نمود... آنگاه که شما ملت عرب، بدترین دین را داشتید و در بدترین خانه‌ها زندگی می‌کردید، میان غارها و سنگ‌های خشن و مارهای سمی خطرناک فاقد شنوایی به سر می‌بردید، آب‌های آلوده می‌نوشیدید و غذاهای ناگوار می‌خوردید».
- ۴- پیامبر اسلام (ص) فرمودند: «لَا خَيْرَ فِي الْخِيَاةِ إِلَّا مَعَ الصِّحَّةِ». (خیری در زندگی نیست مگر با سلامتی)
- ۵- در سوره مائده: «...مَنْ قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي الْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ النَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا وَلَقَدْ جَاءَتْهُمْ رُسُلُنَا بِالْبَيِّنَاتِ ثُمَّ إِنَّ كَثِيرًا مِنْهُمْ بَعَثَ ذَلِكَ فِي الْأَرْضِ لَمُسْرِفُونَ». و آیه ۸۰ سوره شعرا: «وَإِذَا مَرَضْتُ فَبُهِوْ يَشْعِين»
- ۶- پروردگار حکیم که همه چیز را برای انسان و انسان را برای خویش آفریده است. (اشاره به حدیث قدسی خَلَقْتَ الْإِنْسَانَ لِأَجْلِكَ وَخَلَقْتَكَ لِأَجْلِي، اَجْوَاهِرُ السَّنِيَةِ). حفظ جان او را واجب و تهیه مقدمات تحقق این واجب بزرگ را نیز واجب قرار داده است.

۲. کرامت انسانی: بر اساس ارزش‌های والای اسلامی، انسان در عرصه خلقت از جایگاه ویژه و والاتری نسبت به سایر مخلوقات برخوردار است. بر اساس این ارزش ذاتی، همه انسان‌ها^۱ محترم بوده، با یکدیگر برابرند و حیات آن‌ها حرمت ویژه‌ای دارد. در حیطه خدمات سلامت، این حرمت در احترام به حق باری تعالی و حقوق دیگران (اعم از گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت)، رعایت حریم خصوصی، رازداری، حق انتخاب و تصمیم‌گیری در امور خود، پرهیز از ظلم، هر گونه تبعیض و آسیب رساندن و لزوم نوع دوستی و نیکوکاری تجلی پیدا می‌کند.

۳. حداکثر سلامت ممکن به مثابه حق: حاکمیت، متولی ارتقا، حفظ و اعاده سلامت و کیفیت زندگی همگان در بالاترین حد ممکن می‌باشد. از این رو دولت مسئول^۲ اطمینان از بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت با کیفیت، شناسایی، استقرار و بکارگیری شیوه‌ها و ابزارهای ارتقای سلامت، کاهش و کنترل مخاطرات فردی و اجتماعی مؤثر بر سلامت است. نتیجه‌ی آن‌ها باید تامین طولانی‌ترین عمر ممکن توأم با سلامت و رفاه، زندگی با کیفیت و عاری از معلولیت و ناتوانی برای کل افراد جامعه باشد.

۴. عدالت: عدالت اساس ارزش‌های اجتماعی است و از آنجا که پیش‌نیازی برای کرامت انسانی، آزادی و حقوق است، ارزشی ذاتی دارد^۳. بی‌عدالتی در سلامت دلالت بر تفاوت‌های غیرمنصفانه و قابل اجتناب در وضعیت سلامت، بهره‌مندی از خدمات سلامت و تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت دارد. مفهوم عدالت در سلامت از دو جنبه خاص باید مورد توجه اکید قرار گیرد: عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت (که باید براساس نیاز فرد باشد) و عدالت در تامین مالی سلامت (که باید براساس توان پرداخت فرد باشد).

۵. انسجام اجتماعی: به معنای همبستگی و اشتراک مساعی تمامی ذینفعان (در بخش‌های مختلف سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با مالکیت‌های دولتی و غیردولتی اعم از خصوصی، خیریه و تعاونی است)

۱- انسان همین که انسان است در خور احترام و برخوردار از داشتن منافع انسانی است. ناتوانی، بیکاری، شغل، موقعیت و... مهم نیست، مهم این است که انسان کرامت دارد: «هقد کرمنا بنی آدم». (سوره‌ی اسراء، آیه‌ی ۷۰)

۲- اصل بیست و نهم قانون اساسی: «برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حق است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های فوق را برای یک یک افراد کشور تامین کند».

۳- امام علی (ع) می‌فرماید: «میان آنها در توجه و نگاه یکسان رفتار کن تا بزرگان در تو طمع نورزند و ضعیفان از عدالت مایوس نشوند».

که در ساختار و فرآیندی به هم تنیده، با هدف حفظ استقلال و پایداری و ایجاد هم افزایی با یکدیگر همکاری می کنند. دستیابی به سلامت همه جانبه فردی و اجتماعی و عدالت در سلامت، در زمینه های از اعتماد و همکاری همه جانبه میسر است. انسجام اجتماعی علاوه بر تحقق اهداف، منجر به تقویت، حفظ و ارتقای سرمایه اجتماعی می گردد.

دفتر هیئت دولت

اصول

۱. نهادینه سازی ارزش‌های اخلاقی: احترام به ارزش‌های اخلاقی اسلامی - ایرانی، رعایت حقوق فردی و اجتماعی از جمله آزادی‌های فردی در چارچوب قانون، رعایت کدهای اخلاقی و تعهدات حرفه‌ای در آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت، رعایت حقوق مالکیت فکری، تکریم گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت.
۲. پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری: تعهد در برابر چشم انداز جمهوری اسلامی ایران و نقشه جامع علمی در افق ۱۴۰۴، آینده نگری و برنامه‌ریزی با توجه به نیازهای حال و آینده، پاسخگویی در قبال مسئولیت‌های اجتماعی و مطالبات گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات و شفافیت عملکرد.
۳. بهره‌مندی عادلانه: پوشش فراگیر و بهره‌مندی آحاد جامعه از بسته جامع خدمات پایه سلامت (متناسب با نیازها و فرهنگ جامعه)، استقرار ساختار مبتنی بر سطح‌بندی، ارجاع و پزشک خانواده، تامین منابع مالی پایدار، توجه خاص به اقشار آسیب پذیر و سایر گروه‌های در معرض خطر (ساکنین روستاها و حاشیه شهرها)، دسترسی عادلانه به سایر خدمات و اطلاعات سلامت.
۴. ارتقای سلامت و پیشگیری: اجرای مداخلات به منظور جلوگیری از وقوع زیان‌های فردی و جمعی، بهره‌مندی از محیط زیست مطلوب، اولویت پیشگیری بر درمان، ارزش‌گذاری به مسئولیت‌دهی به مردم برای افزایش سطح سلامت و کاهش سطح خطرات فردی و اجتماعی.
۵. مشارکت مردم: افزایش سواد سلامت مردم و مشارکت ایشان در مدیریت، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های سلامت در راستای ارتقای سلامت و توانمندسازی جامعه.
۶. همکاری بین بخشی: همکاری همه بخش‌ها، پذیرش مسئولیت همگانی در ارتقای سلامت و پاسخگویی کلیه سازمان‌ها، نهادها در مورد تاثیر سیاست‌ها و اقداماتشان بر سلامت، با هدف تحقق «سلامت در همه سیاست‌ها».
۷. تولیت یکپارچه: ادغام علم و عمل، قانون‌مداری و نظارت بر حسن اجرای قوانین، هم‌راستایی سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هدایت، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع سلامت، استفاده از شواهد معتبر در

سیاست گذاری، ادغام نظام آموزشی، پژوهشی و خدمات سلامت در راستای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت.

۸. بهره گیری از نوآوری و فناوری مطلوب: بهره گیری مؤثر از نظام های مراقبت، پایش و ارزشیابی، مدیریت دانش، تولید، انباشت و کاربست شواهد معتبر بومی، استفاده از فناوری کارا، ایمن و هزینه - اثربخش، متناسب با فرهنگ بومی و در جهت پاسخگویی به نیازهای در اولویت جامعه در ساختاری پایدار و با هزینه ای قابل پرداخت برای آحاد مردم، ترغیب خلاقیت و تبدیل ایده به عمل در بستر نظام ملی نوآوری.

۹. ارتقای سرمایه انسانی: مدیریت مؤثر، آموزش، تربیت و نگهداشت سرمایه انسانی مؤمن، متخصص، خلاق، با انگیزه و با بهره وری بالا متناسب با نیازهای حال و آینده در نظام ادغام یافته خدمات سلامت، آموزش و پژوهش.

۱۰. تعالی و توازن: کیفیت - محوری مبتنی بر دانش و نوآوری، فرهنگ سازمانی پویا، حفظ آمادگی و توانایی برای مواجهه با نیازهای در حال تغییر و تغییرات محیطی (اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، علم و فناوری، محیط زیست)، حرکت در جهت استقلال و خودباوری، پیشرفت و عدالت همزمان، ایجاد ارتباطات مؤثر و تبادل دانش و فناوری در سطح بین المللی.

دفتر هیئت دولت

«در عرصه‌ی اجتماعی، توسعه باید با مردم گره بخورد؛ مردم باید محور توسعه باشند. عدالت حتماً یکی از شاخص‌های اصلی است. برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری که عدالت و توزیع عادلانه ثروت را در جامعه ندیده بگیرد، نمی‌تواند چشم‌انداز مورد نظر ما را تأمین کند.»

مقام معظم رهبری

اهداف کلان^۱

چشم‌انداز سلامت در جمهوری اسلامی ایران حرکت در مسیر *سعادت انسانی* است. بر اساس اصلی‌ترین جنبه‌های پیشرفت در سلامت جامعه اسلامی؛ محوریت، عدالت و ارزش‌های اخلاقی می‌باشند. معیضاً هنوز برای ارائه هدف‌گذاری شفاف، شاخص‌مند و قابل‌سنجش بخصوص برای سعادت انسانی بایستی مفاهیم گسترده‌تر از صرف سلامت در نظر گرفته شود و یا سلامت با مفهوم گسترده که مشتمل بر سلامت معنوی و اجتماعی علاوه بر رفاه جسمی و اجتماعی می‌گردد را مد نظر داشت. به همین لحاظ اهداف کلان ذیل در مسیر سعادت انسانی و از طریق مداخله‌های سلامتی است که متعاقباً قابلیت سنجش و کمی کردن با شرایط حاضر را دارد و به جای خود می‌تواند جهت‌گیری‌های بعدی سیاست‌های سلامت کشور را مشخص کند. از این گذشته نکته مهم آنست که از مهمترین ارزش‌های مطرح در نقشه تحول نظام سلامت کشور، عدالت می‌باشد. به همین منظور علاوه بر اهدافی که در این بخش عنوان شده اند، *عدالت* در توزیع این متغیرها نیز جزو اهداف کلان می‌باشد که از ذکر آن به واسطه تکرار در نگارش اجتناب می‌شود.

۱. افزایش امید به زندگی^۲ و بهبود شاخص توسعه انسانی

۲. ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت همه جانبه^۳

دفتر هیئت دولت

۱- اهداف کلان اهدافی هستند که جهت‌گیری کلی نظام سلامت و عملکردهای اصلی نظام سلامت را تبیین خواهند کرد. به همین علت عمدتاً به پی‌آمدهای سلامت پرداخته اند.

۲- امید به زندگی تطبیق داده شده برای سلامت، جزو پیشنهادهای مهمی بود که در کارگروه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. لیکن به این علت که این شاخص پایایی بالایی ندارد و بین کشورها قابل مقایسه نیست، از امید به زندگی استفاده شده است.

۳- هدف این است که کیفیت زندگی در تمام ابعادی که در تعریف سلامت می‌باشند؛ اعم از حیطه‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی مورد توجه قرار گیرند.

۳. کاهش بار ناشی از عوامل خطر بیماری‌های مهم (به‌خصوص بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها و اعتیاد) و

صدمات

۴. افزایش سواد سلامت

۵. بهبود شاخص توسعه سلامت کودکان

۶. کاهش مرگ مادران باردار^۳، نوزادان و کودکان زیر ۵ سال^۱

۷. حفاظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های سلامت

۸. کاهش عوارض ناشی از آسیب‌های اجتماعی

۹. افزایش سرمایه اجتماعی

۱۰. کاهش سطح خطر ناشی از مخاطرات طبیعی و انسان-ساخت در جامعه

۱۱. کاهش سطح خطاهای ناشی از مداخله‌های سلامتی

۱۲. کاهش ناامنی غذایی خانوار

۱۳. ارتقای پاسخگویی نظام ارائه خدمات به نیازهای غیر طبی گیرندگان خدمت^۲

۱۴. کاهش میزان آلاینده‌های خطرناک و مهم زیست-محیطی

۱۵. جلب مشارکت مردم و همه دستگاه‌های ذینفع بر فعالیت‌های سلامت محور

۱۶. کنترل سل و ایدز، حذف مالاریا^۲، فلج اطفال، سرخک، سرخجه و کزاز

دفتر هیئت دولت

۱- اهمیت این اهداف کلان از آن جایی نیز هست که جزو اهداف توسعه هزاره می باشند و به این لحاظ به عنوان تعهدات کشورها در نظر گرفته می شوند.

۲- جنبه های مختلف پاسخگویی عبارتند از: احترام به شان افراد، محرمانه بودن اطلاعات، اختیار و خود مختاری فرد برای مشارکت در انتخاب های مربوط به سلامت خود و در گیر شدن در تصمیم گیری، ارتباط شفاف، مشتری مداری، توجه سریع، کیفیت محیط ارائه خدمت و دسترسی به شبکه های حمایت اجتماعی.

۳- این اهداف کلان جزو اهداف توسعه هزاره می باشند و به این لحاظ به عنوان تعهدات کشورها در نظر گرفته می شوند.

«نهضت احیاء و گسترش فرهنگ بهداشت و طب پیشگیری را با

بکارگیری و بسیج کلیه امکانات موجود آغاز نمایند.»

مقام معظم رهبری

سیاست‌ها

۱. تحکیم مبانی، اصول و ارزش‌های متعالی اخلاقی، فرهنگی و اجتماعی اسلام و نهادینه‌سازی آن در عرصه‌های ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت.
۲. تحقق رویکرد سلامت همه جانبه (جسمی، روحی، معنوی و اجتماعی) و انسان سالم در همه سیاست‌های کشور و پاسخگو بودن کلیه نهادهای مؤثر کشور.
۳. تمرکز و یکپارچگی در سیاست‌گذاری و تخصیص منابع مالی و غیرمالی نظام سلامت.
۴. افزایش آگاهی، مسئولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده، جامعه در تأمین حفظ و ارتقای سلامت با نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۵. روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی.
۶. مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر سطح بندی، استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها.
۷. تأمین مالی پایدار، پوشش بیمه همگانی سلامت و اصلاح نظام‌های پرداخت به منظور بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت متناسب با نیاز و مشارکت عادلانه مالی آنان و متناسب با توان.
۸. ایجاد و تقویت زیرساخت‌های فرهنگی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی، فناوری و امنیتی لازم برای تولید فرآورده‌های سلامت (شامل فرآورده‌های دارویی، واکسن و محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی) دارای کیفیت تضمین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای برخورداری عادلانه مردم و مراقبت مداوم، نظام‌مند و ساختاریافته) برای تداوم آنها.

دفتر هیئت دولت



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی

معاونت بهداشت

معاونت رفاه اجتماعی

معاونت درمان

سازمان ها و صندوق های بیمه

دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری

نسخه ۰۲

۱۳۹۰

دفتر هیئت دولت

۹. تامین حق مردم در بهره‌مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی مطلوب و مکفی.
۱۰. توسعه کیفی و کمی هدفمند (پاسخگو، جامعه‌نگر و عادلانه) آموزش علوم پزشکی (سلامت) در ساختار ادغام یافته با ارائه مراقبت‌های سلامت متناسب با نیازهای جامعه و گسترش دانش و بر اساس سند تحول و توسعه آموزش پزشکی کشور.
۱۱. تحول راهبردی پژوهش با رویکرد نظام نوآوری سلامت مبتنی بر نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت.
۱۲. بهره‌مندی از دستاوردهای بین‌المللی سلامت و ارائه دستاوردهای ملی در سطوح بین‌المللی و الگوسازی با تاکید بر جهان اسلام.
۱۳. اجرای دیدبانی، تقویت نظام مراقبت و گزارش‌دهی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت بخشی و بین بخشی.
۱۴. ارتقای بهره‌وری و منزلت نیروی انسانی سلامت.
۱۵. توسعه فناوری اطلاعات برای اعتلای برنامه‌های سلامت.

دفتر هیئت دولت

برنامه‌های ملی تحول

برای تحقق سیاست‌های تحولی سلامت، برنامه‌های ملی تحول طراحی شده‌اند. هر برنامه ملی تحول، به مجموعه‌ای از خدمات و فعالیت‌های مرتبط با یکدیگر اطلاق می‌شود که به منظور مقابله با یک یا چند مشکل سلامت و یا ارتقای سلامت طراحی و اجرا می‌شود. جزئیاتی که بایستی در هنگام طراحی نهایی برنامه‌های ملی تحول بیابند در قسمت بعد مشخص شده، معیذاً برای این که هر برنامه ملی تحول در اجرا به مسئولیت قسمت مشخصی سپرده می‌شود و محور اقدامات بعدی هستند، به هر یک از این برنامه‌ها شماره مشخصی داده شده است. به همین دلیل شماره‌های برنامه‌های ملی تحول ذیل، به صورت سری آمده‌اند.

سیاست ۱) تحکیم مبانی، اصول و ارزش‌های متعالی اخلاقی، فرهنگی و اجتماعی اسلام و نهادینه‌سازی آن در عرصه‌های ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت

۱- اجرای نظام شایسته‌سالاری در انتخاب، تعلیم و تربیت، انتصاب و ارزشیابی نیروی انسانی بر اساس ارزش‌های اسلامی

۲- ارتقای رعایت حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت

۳- گسترش عدالت در تمامی زمینه‌های ارائه خدمات به مردم و در میان کارکنان و بخش‌های مختلف نظام سلامت

۴- آگاه‌سازی مردم به حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود

۵- حفظ و ارتقای رعایت اصول و ارزش‌های متعالی در ارائه مراقبت‌های سلامت

۶- بازآرایی اخلاقی محیط‌های مرتبط با سلامت برای رشد و ترویج ارزش‌های اخلاقی و فرهنگی در جامعه

دفتر هیئت دولت

سیاست ۲) تحقق رویکرد سلامت همه جانب (جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی) و انسان سالم در

همه سیاست‌های کشور و پاسخگو بودن کلیه نهادهای مؤثر کشور

۷- نقش آفرینی مؤثر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای ایفای نقش محوری در ارتقای سلامت از

طریق همکاری بین بخشی

۸- استفاده از پیوست سلامت برای کلیه طرح‌های کلان توسعه‌ای، قوانین و سیاست‌های کشوری

۹- افزایش همراهی همه سازمان‌های مؤثر در برنامه جامع ارتقای سلامت با رویکرد همکاری بین بخشی و

مشارکت مردمی

۱۰- استقرار رویکرد عوامل اجتماعی سلامت در کلیه سازمان‌های مؤثر در سطح ملی و استانی

۱۱- توسعه و گسترش برنامه چتر حفاظت اجتماعی

سیاست ۳) تمرکز و یکپارچگی در سیاست‌گذاری و تخصیص منابع مالی و غیرمالی نظام سلامت

۱۲- یکپارچگی سیاست‌گذاری، برنامه ریزی، نظارت و دیدبانی نظام سلامت و استقرار تولید امور مربوطه

در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۳- سیاست‌گذاری، برنامه ریزی، هماهنگی تخصیص منابع مالی و غیرمالی سلامت در وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی

۱۴- ایجاد ساختار منسجم پایش و نظارت سیاست‌ها و برنامه‌های کلان سلامت در وزارت بهداشت

۱۵- ساماندهی نظام استقرار مصوبات و پاسخگویی کلیه نهادهای عضو شورای سلامت و امنیت غذا و زیر

واحدهای آنها

سیاست ۴) افزایش آگاهی، مسئولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد،

خانواده و جامعه در تأمین حفظ و ارتقای سلامت با نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی

۱۶- برنامه ملی ارتقای سواد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جامعه

- ۱۷- برنامه ملی توسعه مشارکت‌های مردمی در نظام سلامت
- ۱۸- برنامه توانمند سازی گروه‌های آسیب پذیر با مشارکت مردم
- ۱۹- شناسایی و هدایت شبکه‌های اجتماعی عمومی در راستای ارتقای سلامت جامعه
- ۲۰- برنامه جامع خود مراقبتی
- ۲۱- فرهنگ سازی و اصلاح باورهای جامعه نسبت به جایگاه زنان در تصمیم گیری و تصمیم سازی و نقش آنان در سلامت خانواده و جامعه
- ۲۲- توسعه آگاهی زنان و خانواده از نقش‌های متعدد زنان در خانواده و اجتماع و نیازهای متناسب با این حوزه‌ها در دوره‌های مختلف زندگی
- سیاست ۵) روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی
- ۲۳- اجرای سند سیاست مدیریت یکپارچه عوامل خطر
- ۲۴- برنامه ملی ارتقای آمادگی در برابر حوادث و مخاطرات طبیعی و انسان ساخت
- ۲۵- برنامه ملی محیط زیست سالم
- ۲۶- برنامه ملی جامعه ایمن در محیط‌های مختلف مسکونی، تفریحی، کار، و آموزشی شامل مدارس و دانشگاه‌ها
- ۲۷- برنامه تکامل دوران ابتدایی کودکی^۱
- ۲۸- توجه به ارتقای سلامت و پیشگیری در تامین مالی نظام سلامت
- ۲۹- روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در گروه‌های مختلف

(جمعیتی (سنی، جنسی و)

دفتر هیئت دولت

^۱- Early Childhood Development (ECD)

سیاست ۶) مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تاکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر سطح بندی استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها

۳۰- استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها

۳۱- استفاده بهینه از ظرفیت‌های بالقوه و امکانات بخش دولتی

۳۲- استقرار سامانه‌ی خدمات جامع و همگانی سلامت

۳۳- توسعه جامع خدمات اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی

۳۴- توسعه ارائه خدمات سلامت از راه دور

۳۵- ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامت

۳۶- راه اندازی نظام ارائه خدمات مبتنی بر شواهد

۳۷- استقرار نظام جامع اعتباربخشی مؤسسات و صدور پروانه‌های حرف پزشکی

۳۸- طرح جامع کاهش تصدی گری دولت در ارائه خدمات سلامت

۳۹- استقرار شبکه ملی آزمایشگاه‌های کشور

۴۰- بازنگری نظام مراقبت‌های اولیه سلامت بر اساس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

۴۱- افزایش هزینه- اثربخشی مراقبت‌های سلامت به کمک دانش و فناوری‌های نوین

سیاست ۷) تامین مالی پایدار، پوشش بیمه همگانی سلامت و اصلاح نظام‌های پرداخت به منظور بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات سلامت متناسب با نیاز و مشارکت عادلانه مالی آن‌ها و متناسب

با توان

۴۲- افزایش سهم منابع عمومی در تامین مالی سلامت

۴۳- توسعه کمی و کیفی بیمه سلامت

۴۴- استقرار نظام خرید راهبردی خدمات سلامت

۴۵- کنترل تقاضای القایی و اصلاح الگوی مصرف

۴۶- بازآرایی ساختارهای مالی بخش سلامت

سیاست ۸) ایجاد و تقویت زیرساخت‌های فرهنگی، قانونی، اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، علمی، فناوری و امنیتی لازم برای تولید فرآورده‌های سلامت (شامل فرآورده‌های دارویی، واکسن و محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی) دارای کیفیت تضمین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای برخورداری عادلانه مردم و مراقبت مداوم، نظام‌مند و ساختاریافته برای تداوم آن‌ها

۴۷- پیاده سازی نظام جامع ارتقای کیفیت، تولید و توزیع فرآورده‌های سلامت

۴۸- تجویز و مصرف منطقی و بهینه دارو

۴۹- استقرار نظام جامع یکپارچه ثبت عوارض دارویی و واکسن

۵۰- مدیریت نگهداشت و استفاده درست از تجهیزات پزشکی

۵۱- نظارت بر عرضه اطلاعات موثق و مناسب مخاطب عمومی

۵۲- توسعه زیر ساخت‌های ملی در زمینه فرآورده‌های پلاسمایی

۵۳- توسعه زیر ساخت‌های ملی در زمینه فرآورده‌های زیستی

۵۴- حمایت ویژه از تثبیت و شکل گیری نام تجاری ملی در زمینه واکسن

۵۵- توسعه داروسازی سنتی و فرآورده‌های طب سنتی

۵۶- داشتن برنامه روشن برای طب جایگزین، مکمل و سنتی، ادغام خدمات طب سنتی اسلامی ایرانی

در نظام جامع ارائه خدمات

۵۷- الزامی کردن ارزیابی فناوری‌های سلامت برای مداخله‌های سلامتی پیش از موافقت با خرید و یا

حمایت بیمه‌ای در بهره‌برداری آن

دفتر هیئت دولت

سیاست ۹) تامین حق مردم در بهره‌مندی عادلانه از سبد غذایی و آشامیدنی مطلوب و مکفی

۵۸- یکپارچگی سیاست‌گذاری، تولید و برنامه‌ریزی برای امنیت غذا و تغذیه و تامین ایمنی غذا و

تعیین استانداردهای مربوطه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۵۹- طرح جامع ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای

۶۰- طراحی و پیاده سازی طرح جامع بهینه سازی و ارتقای استانداردهای فرآورده‌ها و محصولات غذایی و

آشامیدنی

۶۱- بومی سازی سبد غذایی مطلوب

۶۲- ارتقای کنترل و پایش مواد غذایی و آشامیدنی

۶۳- کنترل و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در گروه‌های مختلف

سیاست ۱۰) توسعه کیفی و کمی هدفمند (پاسخگو، جامعه‌نگر و عادلانه) آموزش علوم پزشکی

(سلامت) در ساختار ادغام یافته با ارائه مراقبت‌های سلامت متناسب با نیازهای جامعه و گسترش

دانش و بر اساس سند تحول و توسعه آموزش پزشکی کشور

۶۴- ارتقای ادغام آموزش و پژوهش سلامت در ارائه خدمات

۶۵- تقویت برنامه‌های آموزش مداوم ارائه دهندگان خدمات و آموزش ضمن خدمت کارکنان با تأکید

بر استفاده از آموزش‌های مجازی

۶۶- توزیع مراکز آموزشی در سطح منطقه‌ای و ملی بر اساس سند آمایش سرزمینی

۶۷- پاسخگو نمودن آموزش علوم پزشکی به جامعه

۶۸- توسعه آموزش‌های بین رشته‌ای

۶۹- ارتقای نظام ملی اعتباربخشی، ارزشیابی، رتبه‌بندی واحدهای آموزشی

سیاست ۱۱) تحول راهبردی پژوهش با رویکرد نظام نوآوری سلامت مبتنی بر نقشه جامع علمی

کشور و نقشه جامع علمی سلامت

دفتر هیئت دولت

- ۷۰- توسعه مأموریت گرای شبکه‌های سلامت با اولویت حل مشکلات سلامت جامعه
- ۷۱- توسعه خوشه‌ها، مراکز رشد و پارک‌های علم و فناوری سلامت بر اساس آمایش سرزمین
- ۷۲- تسهیل و تشویق نوآوری، ایده و نظریه‌پردازی سلامت
- ۷۳- هدایت مراکز تحقیقاتی و شبکه‌های سلامت به تهیه و پیاده سازی راهنماهای مبتنی بر شواهد
- ۷۴- رصد فناوری‌های علوم سلامت و طراحی توسعه فناوری‌های سطح ملی
- ۷۵- توسعه استانداردهای بومی بر حسب کمیت و کیفیت در حد استانداردهای جهانی
- ۷۶- ایجاد آزمایشگاه‌های منطقه‌ای (برای خاورمیانه، آسیای میانه و غیره) برای شناسایی بیماری‌ها و عوامل خطر و کنترل کیفی آزمایشگاه‌های ملی
- ۷۷- استانداردسازی آزمایشگاه‌های پژوهشی و واحدهای آموزشی براساس الزامات بین‌المللی در ارائه خدمات

سیاست ۱۲) بهره‌مندی از دستاوردهای بین‌المللی سلامت و ارائه دستاوردهای ملی در سطوح بین‌المللی و الگوسازی برای جهان اسلام

- ۷۸- ایجاد و گسترش همکاری‌ها با کشورهای همسایه برای کنترل بیماری‌ها
- ۷۹- شکل دهی شبکه‌های فراملی دانش در حیطه‌های مختلف علوم پزشکی
- ۸۰- معرفی دستاوردهای نظام سلامت جهت ارتقای وضعیت کشورهای منطقه
- ۸۱- ارائه الگوهای الهام بخش در مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت منطبق با نقشه جامع علمی سلامت کشور

سیاست ۱۳) اجرای دیدبانی، تقویت نظام مراقبت و گزارش‌دهی، پایش و ارزشیابی برنامه‌های سلامت بخشی و بین بخشی

- ۸۲- دیدبانی پیامدهای سلامت همه جانبه، عدالت و عملکرد نظام سلامت در سطوح مختلف ملی و منطقه چشم اندازی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۸۳- توسعه پوشش نظام مراقبت سلامت

۸۴- تحول فرآیندهای نظام مراقبت بیماری‌های واگیر با هدف حذف (بخصوص مالاریا و کزاز) و ریشه

کنی (با تأکید بر فلج اطفال، سرخک و سرخجه)

۸۵- جلب مشارکت نهادهای مؤثر در استقرار نظام مراقبت بخشی و بین بخشی

۸۶- طراحی نظام جامع مراقبت از بیماری‌ها و عوامل خطر با استفاده از فناوری اطلاعات (با تأکید بر

استفاده از نظام اطلاعات جغرافیایی، کنترل از راه دور و پیش بینی دراز مدت سلامت متعاقب

تغییرات آب و هوایی)

سیاست ۱۴) ارتقای بهره‌وری و منزلت نیروی انسانی سلامت

۸۷- تدوین و اجرای برنامه افزایش رضایتمندی و منزلت نیروی کار سلامت

۸۸- ایجاد مراکز مستقل ارزیابی و اعتبار بخشی و بازآموزی نیروی انسانی بخش سلامت

۸۹- پیاده سازی نظام جامع نیازسنجی، به کارگیری و نگهداشت نیروی انسانی متناسب با نیاز نظام

سلامت و آمایش سرزمین

سیاست ۱۵) توسعه فناوری اطلاعات برای اعتلای برنامه‌های سلامت

۹۰- توسعه خدمات الکترونیک پایه در نظام سلامت

۹۱- دسترسی عادلانه به منابع، خدمات سلامت (مشمول بر ارتقای سلامت و حفظ ایمنی) به کمک

فناوری اطلاعات و ارتباطات

۹۲- دسترسی سریع، ارزان، پایدار و امن به صد درصد سوابق سلامت کلیه افراد جامعه به کمک

فناوری اطلاعات و ارتباطات

دفتر هیئت دولت

نقاط تمرکز برنامه‌ها

برای این که در تبیین برنامه‌های ملی تحول خللی وجود نداشته باشد و این برنامه‌ها در جهت چشم انداز، اصول و ارزش‌ها و در جهت تحقق سیاست‌ها باشند، برای بسیاری از آن‌ها نقاط تمرکز تعریف شده است. در واقع نقاط تمرکز برنامه‌های ملی تحول، مختصاتی را معرفی می‌کنند تا اجرا کنندگان و ارزیابان برنامه‌های ملی تحول بدانند چه مسیری تبیین شده و به عنوان راه گشا از آن‌ها استفاده نمایند. در نتیجه ذیل بسیاری از برنامه‌های ملی تحول، این نقاط مشخص شده اند که در ادامه به آن‌ها اشاره می‌شود.

شماره‌های هریک از برنامه‌های تحول در این قسمت نظیر مواردی است که در قسمت قبل در ذیل سیاست‌ها آمده بودند.

۱- اجرای نظام شایسته سالاری در انتخاب، تعلیم و تربیت، انتصاب و ارزشیابی نیروی انسانی بر

اساس ارزش‌های اسلامی

- بازتعریف نظام انتصاب و ارتقای مدیران واحدهای آموزشی و پژوهشی، استادان و پژوهشگران و تقویت نظام شایسته سالاری^۱

۲- ارتقای رعایت حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت

- برنامه ارتقای اخلاق سازمانی در سازمان‌های سلامت محور
- اجرای منشور حقوق گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات
- افزایش منزلت منابع انسانی سلامت
- استقرار کدهای رفتاری، اخلاقی و شغلی

دفتر همت دولت

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمه

در راستای سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت و به منظور اجرای بندهای جیم و دال ماده ۳۲ و الف ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم و با عنایت تدوین، تصویب و ابلاغ دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۱) و انجام پایلوت برنامه در برخی از شهرهای ۲۰ هزار تا ۵۰ هزار نفر سه استان خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان مشکلات و نارسائی های برنامه با همکاری نزدیک مسئولین مربوطه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سایر صاحب نظران احصاء و طی جلسات و مطالعات کارشناسی راهکارهای مناسب جهت حل آن مشکلات و روان تر کردن نحوه اجرای برنامه طراحی و توافق کارشناسی صورت پذیرفت و در مواردیکه کارشناسان و مدیران دو وزارت به اجماع نمی رسیدند موضوع در جلسه معاونین و مدیران ارشد مرتبط در دو وزارت مطرح و تصمیم لازم اخذ می شد. دستورالعمل حاضر نتیجه فرآیند فوق بوده و تحت عنوان نسخه ۰۲ برای اجرا در کل مناطق شهری کشوری در تاریخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۷ به تصویب شورای عالی سلامت و امنیت غذایی رسید.

تبصره: ضروریست بسته خدمت روستایی متناسب با توسعه این برنامه به گونه ای اصلاح شود که خدمات و منافع روستائیان با رعایت سطح بندی کمتر از برنامه شهری نباشد.

بدیهی است در سال ۱۳۹۱ تصویب تعرفه های خدمات سلامت باید منطبق بر نظام پرداخت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع باشد. همچنین برای انطباق عملکرد دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مقرر شد موارد در اولین جلسه هیأت های امنای دانشگاههای درگیر این برنامه مطرح و تصویب گردد. بدیهی است تا زمان برگزاری جلسه شورای عالی بیمه و هیأت امنای دانشگاه ها اجرای این دستورالعمل با ابلاغ وزرای محترم انجام خواهد شد.

دفتر هیئت دولت



۳- گسترش عدالت در تمامی زمینه‌های ارائه خدمات به مردم و در میان کارکنان و بخش‌های

مختلف نظام سلامت

- پایش عدالت در ارائه خدمات
- ایجاد نظام اخذ نظرات و پاسخگویی برای کارمندان و آحاد جامعه

۴- آگاه سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود

- به روز رسانی و آموزش سند مسئولیت‌های اجتماعی شهروندان در سلامت خود و جامعه
- آگاه سازی زنان و مردان از حقوق و مسئولیت‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی برای حفظ و ارتقای رعایت اصول و ارزشهای متعالی در ارائه مراقبت‌های سلامت

۵- حفظ و ارتقای رعایت اصول و ارزشهای متعالی در ارائه مراقبت‌های سلامت

- رعایت کرامت انسانی در مواجهه با خدمت گیرندگان

۶- بازآرایی اخلاقی محیط‌های مرتبط با سلامت برای رشد و ترویج ارزش‌های اخلاقی و فرهنگی در

جامعه

- تمرکز بر ایجاد رابطه استاد- شاگردی
 - تمرکز بر رابطه حکیم- بیمار
 - تمرکز بر رابطه درون گروهی تیم‌های ارائه دهنده خدمت
 - استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه مراقبت سلامت برای رشد و ترویج ارزش‌های فرهنگی و اخلاقی
- اسلام در جامعه از جمله حفظ ارزشهای زنان مسلمان

دفتر همت دولت

۷- نقش آفرینی مؤثر شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای ایفای نقش محوری در ارتقای

سلامت از طریق همکاری بین بخشی

- توسعه ظرفیت سازمانی شورا و تقویت نظایر استانی برای همکاری بین بخشی و پاسخگویی بخش‌ها در برابر سلامت آحاد جامعه
- پایش صحیح و دقیق تحقق مصوبات شورا
- محور قرار گرفتن سامانه پایش و ارزشیابی عدالت در سلامت برای تصمیم‌گیری‌های شوراهای سلامت و امنیت غذایی در سطوح مختلف

۸- استفاده از پیوست سلامت برای کلیه طرح‌های کلان توسعه‌ای، قوانین و سیاست‌های کشوری

- ایجاد نظام تشویقی و تنبیهی برای حمایت از سلامت همه جانبه آحاد مردم
- تهیه پیوست فرهنگی برای بهره‌برداری از علم و فناوری سلامت

۹- افزایش همراهی همه سازمان‌های مؤثر در برنامه جامع ارتقای سلامت با رویکرد همکاری بین

بخشی و مشارکت مردمی

- حمایت کلیه نهادهای مرتبط از برنامه که از محیطی ترین سطوح آغاز شده و در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با استفاده از ظرفیت‌های شبکه اجرا می‌شود.

۱۰- استقرار رویکرد عوامل اجتماعی سلامت در کلیه سازمان‌های مؤثر در سطح ملی و استانی

- ترویج توجه به عوامل اجتماعی سلامت توسط رسانه‌های عمومی و تأکید مدیریت‌های جامع در سطح استانداری‌ها، شهرداری و ... با تأکید اعمال سیاست سلامت برای همه

دفتر هیئت دولت

۱۱- توسعه و گسترش برنامه چتر حفاظت اجتماعی

- مجموعه سیاست‌ها و اقدامات جبرانی، پیشگیرانه و ارتقایی که برای کنترل و کاهش فقر و پایداری جامعه سالم انجام می‌شود. اقدامات و برنامه‌های حمایتی موضوع عبارتند از امنیت تغذیه، بهداشت و درمان پایه، اشتغال مولد، توانمند سازی، ارتقای آگاهی عمومی، مسکن و مدیریت مخاطرات

۱۲- یکپارچگی سیاست‌گذاری، برنامه ریزی، نظارت و دیدبانی نظام سلامت و استقرار تولید امور

مربوطه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تشکیل شبکه خبرگان سیاست‌گذاری سلامت در کشور
- مبتنی بر شواهد بودن تصمیم سازی‌های مرتبط با سلامت، شفافیت و دسترسی به اسناد آن

۱۳- سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و هماهنگی تخصیص منابع مالی و غیرمالی سلامت در وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- ارتقای ساز و کار ارتباط واحدهای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تخصیص منابع
- استقرار فرآیند سیاست‌گذاری آگاه از شواهد در وزارت بهداشت

۱۴- ایجاد ساختار منسجم پایش و نظارت سیاست‌ها و برنامه‌های کلان سلامت در وزارت بهداشت

- استقرار نظام الکترونیکی یکپارچه پایش و ارزیابی علم و فناوری کشور
- ارتقای نظام جامع بازرسی و پاسخگویی به شکایات و ارزیابی عملکرد
- طراحی و اجرای پروتکل‌های ارزیابی عملکرد نظام سلامت
- استقرار سامانه یکپارچه دیدبانی سلامت
- ایجاد شبکه پایش بهره‌وری در نظام سلامت
- پیاده سازی، پایش و ارزشیابی نقشه جامع علمی و نقشه تحول نظام سلامت

۱۵- ساماندهی نظام استقرار مصوبات و پاسخگویی کلیه نهادهای عضو شورای سلامت و امنیت غذا

و زیر واحدهای آنها

- ایجاد نظام منسجم اطلاع رسانی
- توسعه مشارکت سازمان یافته
- استفاده از نقش نهادهای مدنی در تحقق اهداف بین بخشی

۱۶- برنامه ملی ارتقای سواد سلامت^۱ جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جامعه

- توسعه استفاده از رسانه‌ها و صدا و سیما و فضای سایبری در جهت ترویج رفتارهای سالم با نظارت و هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ارزیابی و استاندارد سازی رسانه‌ها در ارتباط با مباحث سواد سلامت و مشارکت مردم
- سامانه پایش و ارزیابی مستمر سواد سلامت جامعه و قابلیت مشارکت‌های مردمی
- ارائه خدمات جامع سلامت روان با اولویت پیشگیری از بیماری‌های با بار بالا در جامعه، بازتوانی و مشارکت خانواده در مراقبت‌ها
- ارتقای سلامت اجتماعی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، تقویت مهارت‌های زندگی و فرزند پروری
- تدارک مراقبت سلامت روانی و اجتماعی، آموزش‌های اخلاقی و معنوی و توانمندسازی جامعه برای تشکیل، تحکیم و تعالی بنیان خانواده
- برنامه توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع (روحانیون، اساتید دانشگاه، هنرمندان، ورزشکاران) در جوامع محلی در زمینه سلامت
- دادن آموزش‌های لازم در زمینه حقوق، مسئولیت و روابط زناشویی و بهداشت باروری
- ترویج شیوه‌های زندگی سالم با تاکید بر توسعه فرهنگ ورزش در میان دختران و زنان

دفتر هیئت دولت

۱۷- برنامه ملی توسعه مشارکت‌های مردمی در نظام سلامت

- نهادینه سازی ساختار و فرآیند مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت
- نهادینه سازی ساختار و فرآیند مشارکت مردمی در برنامه‌ریزی و اجرا و ارزیابی برنامه‌های سلامت
- استفاده از ظرفیت محیط‌های ارائه خدمات برای جلب مشارکت جامعه و نیز آموزش و توانمندسازی آنان برای اتخاذ رفتارهای سالم
- استفاده از ظرفیت محیط‌های آموزشی در رده‌های مختلف جهت توانمندسازی جامعه برای افزایش مشارکت و نیز اتخاذ رفتارهای سالم
- محیط مناسب برای مشارکت دانش آموزان و دانشجویان برای ارتقای سلامت خود و جامعه
- ایجاد انگیزه برای مشارکت و نیز اصلاح سبک زندگی خود و توصیه به دیگران در این زمینه
- ترویج کار داوطلبانه و مشارکتی در زمینه ارتقای سلامت در جامعه

۱۸- برنامه توانمند سازی گروه‌های آسیب پذیر با مشارکت مردم

- توانمند سازی سالمندان و توانمند سازی جامعه در خصوص مراقبت از سالمندان
- توانمند سازی زنان، توانمند سازی حاشیه نشین‌ها و خانواده‌های بد سرپرست

۱۹- شناسایی و هدایت شبکه‌های اجتماعی عمومی در راستای ارتقای سلامت جامعه

- ایجاد انجمن‌های علمی و مرتبط با مشارکت مردم و سواد سلامت

۲۰- برنامه جامع خود مراقبتی

- تمرکز زدایی ارائه خدمات تسکینی و توانبخشی در بیمارستان‌ها
- اجرای برنامه خود مراقبتی، تسکینی و توانبخشی بیماران قلبی - عروقی و دیابتی و عضلانی - اسکلتی
- نظام جامع ارائه مراقبت‌ها در منزل



- تعیین الگوهای خودمراقبتی^۱ و مصرف منطقی دارو برای تمامی بیماری‌های اولویت‌دار

۲۱- فرهنگ سازی و اصلاح باورهای جامعه نسبت به جایگاه زنان در تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی

و نقش آنان در سلامت خانواده و جامعه

۲۲- توسعه آگاهی زنان و خانواده از نقش‌های متعدد زنان در خانواده و اجتماع و نیازهای متناسب

با این حوزه‌ها در دوره‌های مختلف زندگی

۲۳- اجرای سند سیاست مدیریت یکپارچه عوامل خطر

- تدوین و استقرار برنامه نظارت بین بخشی برای کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر
- تدوین و استقرار راهنماهای سلامت عمومی به منظور پیشگیری و غربالگری بیماری‌های غیر واگیر
- شناسایی افراد در معرض عوامل خطر اصلی، واسطه‌ای و ژنتیکی بیماری‌های غیرواگیر به منظور کنترل عوامل، انجام اقدامات پیشگیرانه، غربالگری و درمان زودرس
- استفاده از فناوری‌های نوین در حوزه شناسایی و کنترل عوامل خطر
- تاکید بر عوامل خطر کلیدی در قالب برنامه‌های کنترلی جامعه‌محور شامل:

▪ برنامه ملی کنترل اعتیاد، دخانیات و الکل

▪ برنامه ملی کنترل چاقی و افزایش وزن و کاهش مصرف نمک

▪ برنامه ملی افزایش فعالیت فیزیکی

▪ برنامه ملی ارتقای سلامت روان با تأکید بر مهارت‌های زندگی (در راستای کاهش بار

بیماری‌های روانی)، فرزند پروری و روابط خانوادگی (سلامت روانی و اجتماعی خانواده)، حمایت

روانی اجتماعی در بلایا، پیشگیری از خودکشی و خشونت (کودک‌آزاری، همسرآزاری و

سالمندآزاری) و انگ‌زدایی

دفتر هیئت دولت

- تقویت همکاری بین بخشی برای بازاریابی رفتارهای اجتماعی سالم
- برنامه ملی کنترل رفتارهای پرخطر (در راستای کنترل بیماری ایدز)

۲۴- برنامه ملی ارتقای آمادگی در برابر حوادث و مخاطرات طبیعی و انسان ساخت

- بهره‌مندی از زیرساخت‌های لازم و نظام کارآمد فرماندهی و کنترل برای مراقبت‌های سلامت قبل، حین و بعد از مخاطرات طبیعی و انسان‌ساخت
- برنامه ارتقای توان آمادگی و مقابله در زمینه حوادث غیر مترقبه (سیل، زلزله، رانش و ...) طبیعی در سطح ۱ و ۲ و ۳
- توسعه همکاری‌های بین بخشی در مقابله با حوادث و بلایا

۲۵- برنامه ملی محیط زیست سالم

- تدوین و پیاده سازی سند جامع ارتقای دسترسی به آب آشامیدنی سالم
- تدوین و پیاده سازی سند جامع هوای سالم
- طرح گسترش استفاده از بسته بندی‌های زیست فعال و زیست تخریب پذیر
- بهبود حفاظت مردم در برابر تشعشعات (گاز رادون، پرتوهای ماورای بنفش نور خورشید و...)

۲۶- برنامه ملی جامعه ایمن در محیط‌های مختلف مسکونی، تفریحی، کار و آموزشی شامل

مدارس و دانشگاه‌ها

- کنترل بار ناشی از سوانح و حوادث ترافیکی
- گسترش شهرهای مجری جامعه ایمن در کل کشور به منظور کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و زمینه‌های رخداد حوادث در محیط‌های مختلف

دفتر هیئت دولت

۲۷- برنامه تکامل دوران ابتدایی کودکی

- جلب همکاری بین‌بخشی در حوزه تکامل دوران ابتدایی کودکی
- توجه به ابعاد مختلف رشد و تکامل جسمی، روانی، شناختی و اجتماعی
- آگاه‌سازی و جلب مشارکت جامعه، والدین و مسئولین در مورد اهمیت تکامل دوران ابتدایی کودکی و نقش آن‌ها در آن
- سنجش شاخص‌های این حوزه در نظام مراقبت

۲۸- توجه به ارتقای سلامت و پیشگیری در تامین مالی نظام سلامت

- اصلاح نظام پرداخت با توجه خاص به فعالیت‌های ارتقای سلامت، پیشگیری اولیه و غربالگری
- توسعه بیمه به خدمات پیشگیری اولیه، غربالگری و ارتقای سلامت

۲۹- روزآمد نمودن برنامه‌های سلامت مبتنی بر ارتقای سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و

افزایش سطح حفاظت‌کننده‌های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در گروه‌های مختلف جمعیتی (سنی، جنسی و)

۳۰- استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها

- تعیین بسته پایه خدمات و ارائه آن به تمامی افراد جامعه در قالب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- برگزاری دوره‌های آموزش اختصاصی تیم پزشک خانواده
- انطباق شبکه آزمایشگاه‌های کشور با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- تدوین و اجرای راهنماهای تشخیص و درمان بیماری‌های مزمن (مانند فشار خون، دیابت، آسم، بیماری قلب و عروق، نارسایی قلب، صرع و اختلالات روانی و همچنین پیشگیری و غربالگری سرطان‌ها و مشکلات ارثی قبل و بدو تولد) در بسته خدماتی پزشکان خانواده

- طراحی و اجرای برنامه ارتقای سلامت حاشیه نشین‌ها و افراد آسیب پذیر با محوریت پزشک خانواده

۳۱- استفاده بهینه از ظرفیت‌های بالقوه امکانات دولتی در بخش دولتی

- ایجاد و توسعه واحدهای سرپایی در قالب کلینیک‌های ویژه دانشگاه
- ایجاد بخش‌های ویژه در بیمارستان‌های دولتی

۳۲- استقرار سامانه‌ی خدمات جامع و همگانی سلامت

- تکمیل، طراحی و استقرار سیستم ادغام یافته ارائه خدمات با رعایت سطح بندی متناسب
- استقرار سامانه‌ی خدمات سلامت ایرانیان و استقرار کامل پرونده الکترونیک و کارت سلامت ایرانیان
- تدوین الگوی معماری کلان سامانه‌های یکپارچه اطلاعات سلامت
- انطباق شبکه آزمایشگاه‌های کشور بر اساس برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- سطح بندی خدمات، تجهیزات و مراکز ارائه خدمات سلامت
- التزام استفاده از ارزیابی فناوری سلامت، برای استفاده بهینه از فناوری‌ها
- ارائه خدمات جامع و یکپارچه به بیماران خاص، صعب العلاج و سرطانی
- ارائه بسته‌های خدمات برای گروه‌های هدف اختصاصی به ویژه زنان

۳۳- توسعه جامع خدمات اورژانس بیمارستانی و پیش بیمارستانی

- توسعه کامل ساختاری و فرآیندی شبکه اورژانس پیش بیمارستانی در کشور
- اتصال و هماهنگی نرم افزار سیستم اورژانس پیش بیمارستانی با بیمارستانی
- ارتقای خدمات اورژانس هوایی، دریایی و ریلی برای پوشش کامل مناطق خاص و صعب العبور
- ارتقای ساختار فیزیکی، تجهیزات، فرآیندها و نیروی انسانی اورژانس‌های پزشکی کشور
- اعتبار بخشی و ارزشیابی مراکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی
- استقرار کامل نظام کشوری مراقبت از حوادث (اعم از ترافیکی و غیرترافیکی)



- استقرار نظام شکایات اورژانس‌های بیمارستانی
- اعتلای آگاهی‌های عمومی و آموزش همگانی جهت تقویت خودمراقبتی و دیگر مراقبتی در حوادث ترافیکی
- بهبود همکاری‌های درون بخشی و برون بخشی در حوزه حوادث

۳۴- توسعه ارائه خدمات سلامت از راه دور

- نیاز سنجی و تامین زیر ساخت‌های لازم جهت گسترش خدمات سلامت از راه دور

۳۵- ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامت

- توسعه بیمارستان‌های دوست‌دار ایمنی بیمار در مراکز ارائه کننده خدمات سلامت
- استقرار نظام جامع و یکپارچه ثبت خطاها، تخلفات و شکایات پزشکی و هماهنگ سازی نظام‌های رسیدگی کننده به آن‌ها
- افزایش مشارکت مردم در فرآیند ارائه خدمت
- استقرار کامل منشور حقوق بیماران در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت
- استقرار نظام جامع و یکپارچه ارزیابی عملکرد مراکز ارائه خدمات سلامت
- اصلاح و بازنگری قوانین حقوقی و قضایی حاکم در ارائه خدمات سلامت با همکاری مراجع ذیربط
- استانداردسازی ارائه خدمات با تأکید بر نیازهای سلامت و حفظ کرامت انسانی زنان

۳۶- راه اندازی نظام ارائه خدمات مبتنی بر شواهد

- شبکه سازی مراکز مدیریت، تبادل و ترجمان دانش بالینی در حیطه‌های مختلف تخصصی
- تدوین و به کارگیری نظام مند راهنماهای طبابت بالینی و راهنمای مدیریت سلامت در کشور
- استانداردسازی خدمات و مراقبت سلامت در سطوح مختلف ارائه خدمت (شامل ساختار، فرآیندها، فضای فیزیکی، نیروی انسانی و تجهیزات)

فصل اول: تعاریف و تکالیف عمومی

۱. نظام سلامت

نظام سلامت عبارت است از تمام سازمان ها، موسسات و منابعی که به ارائه یا تولید اقدامات سلامت اختصاص دارند و Health action عبارت است از هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه های بین بخشی انجام می گیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت باشد بدین ترتیب نظام سلامت از اجزایی تشکیل می شود که با یکدیگر ارتباط دارند و مجموعه آنها بر سلامت مردم در خانه، محل کار و مکان های عمومی اثر می گذارد. مردم، دولت و سازمان های ارائه کننده خدمات بهداشت و درمان در بخش های دولتی، خصوصی، و غیردولتی، و سازمان های بیمه گر هر یک بخشی از نظام سلامت را تشکیل می دهند. نظام سلامت معمولاً در سطح های متفاوت شکل می گیرد و از روستا تا شهر، و از مراقبت های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را عرضه می کند.

۲. پزشك خانواده:

پزشکی است که حداقل دارای مدرک دکترای حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر فعالیت حرفه ای پزشکی در محل ارائه خدمت باشد. پزشک خانواده، در نخستین سطح خدمات، عهده دار ارائه و مدیریت خدمات سلامتی سطح اول است و مسئولیت های زیر را برعهده دارد: تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق، و هماهنگی با سایر بخش ها. پزشک خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته ای خدمات تعریف شده؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ای تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده می تواند برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر این دستورالعمل از ارجاع فرد به سایر ارائه کنندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود. یکی از وظایف پزشک خانواده مدیریت و نظارت بر عملکرد تیم سلامت تحت سرپرستی خود است. تبصره: متخصصین پزشکی خانواده، متخصصین پزشکی اجتماعی، متخصصین داخلی، عفونی و متخصصین اطفال می توانند با گذراندن دوره کوتاه مدت بازآموزی تطبیقی که با نظر معاونت بهداشت طراحی و اجرا می شود مشروط به انجام کلیه وظایف پزشک خانواده و داشتن سایر شرایط مندرج در این دستورالعمل به عنوان پزشک خانواده خدمت نمایند.

۳. پزشك خانواده مسئول (مسئول سلامت محله):

پزشک خانواده ای است که علاوه بر وظایف فوق مسئولیت مدیریت و نظارت بر عملکرد پزشکان خانواده و تیم سلامت محله خود را بر عهده داشته و مسئول ارائه خدمات سلامت محیط و کار و نظارت بر آن را بر عهده دارد و به طور کلی رهبری سلامت جامعه تحت پوشش، مدیریت سلامت، هماهنگی با سایر بخشها و پیگیری SDH را برعهده دارد

۴. بسته خدمات سلامت (Health Services Package):

خدمات بهداشتی، درمانی، یا توانبخشی پایه و دارای اولویت مانند مراقبتهای بهداشتی برابر برنامه های سلامت کشوری (مجموعه پیوست که توسط وزارت بهداشت تهیه شده و حسب نیاز بازنگری و تکمیل می شود)، خدمات پزشکی شامل کلیه اقدامات درمانی سرپایی، تجویز داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیص طبی، درخواست مشاوره و پی گیری مراقبت های انجام شده یا قابل انجام برای جمعیت تحت پوشش و همچنین خدمات توانبخشی پایه و دارای اولویت که باید توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه یا فراهم شود. و نیز کالاها یا خدماتی که در پوشش فهرست ملی انواع مراقبت ها، چه پیشگیرانه و چه درمانی، قرار دارند و هزینه ای آنها به سبب اساسی بودن یا برخورداری از اولویت توسط جامعه پرداخت می شود در حالی که هزینه ای سایر خدمات باید توسط فرد یا طرح های بیمه مکمل و به طور

- طراحی و اجرای فرآیندهای بومی ارزیابی فناوری سلامت
- استقرار نظام جامع ارتقای مستمر کیفیت با رویکرد حاکمیت بالینی در مراکز ارائه خدمات بخش دولتی و غیردولتی

۳۷- استقرار نظام جامع اعتباربخشی مؤسسات و صدور پروانه‌های حرف پزشکی

- واگذاری اعتبار بخشی مؤسسات از طریق خرید خدمات با نظارت عالیه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- استقرار سامانه الکترونیکی صدور پروانه‌ها، مجوزها و گواهی‌ها

۳۸- کاهش تصدی گری دولت در ارائه خدمات سلامت

- راه اندازی بیمارستان‌های هیئت امنایی
- اصلاحات در ساختار و فرآیند مدیریت اقتصادی مؤسسات ارائه کننده خدمات سلامت
- تدوین برنامه جامع گردشگری سلامت

۳۹- استقرار شبکه ملی آزمایشگاه‌های کشور

- هم افزایی تجهیزات و ظرفیت‌های شبکه‌های آزمایشگاه‌های تحقیقاتی، کنترل دارو و غذا، ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و سازمان انتقال خون

۴۰- بازنگری نظام مراقبت‌های اولیه سلامت بر اساس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت

- گسترش خدمات تغذیه در نظام ارائه خدمات سلامت
- استقرار برنامه سلامت بانوان ایرانی

۴۱- افزایش هزینه- اثربخشی مراقبت‌های سلامت به کمک دانش و فناوری‌های نوین

دفتر هیئت دولت

۴۲- افزایش سهم منابع عمومی در تامین مالی سلامت

- افزایش سهم سلامت از منابع عمومی حداقل به ۱۲ درصد تا انتهای برنامه پنجم، توسعه و بهبود آن تا افق ۱۴۰۴
- افزایش سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی به حداقل ۸ درصد تا انتهای برنامه پنجم توسعه به طوری که سهم مشارکت مردم حداکثر ۳۰ درصد باشد و بهبود آن‌ها تا افق ۱۴۰۴
- به صفر رسیدن هزینه‌های کمرشکن سلامت تا افق ۱۴۰۴
- عوارض و مالیات بر محصولات و مواد زیان آور سلامت
- تخصیص هدفمند یارانه به بخش سلامت و توزیع هدفمند آن‌ها در درون نظام سلامت
- ساماندهی مشارکت خیرین سلامت
- یکپارچگی منابع عمومی در راستای ارتقای سلامت جامعه

۴۳- توسعه کمی و کیفی بیمه سلامت

- پوشش اجباری بیمه پایه خدمات سلامت تمام جمعیت
- حمایت بودجه عمومی (افزایش سهم دولت) برای تامین منابع بیمه‌ای
- تعیین حق بیمه به صورت پیشرونده
- تقبل دولت برای پرداخت حق بیمه افراد نیازمند
- توسعه بیمه الکترونیکی در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت
- تعیین بسته بیمه پایه سلامت محور (متناسب با بار بیماری‌ها و ملاحظات اقتصادی و هزینه اثربخشی و حیاتی و ضروری بودن خدمات و اولویت‌های نظام سلامت)
- تعیین نرخ فرانشیز به صورت متغیر و متناسب با گروه‌های مختلف خدمتی و درآمدی جمعیت هدف
- یکپارچه سازی از طریق ادغام منابع عمومی در یک صندوق واحد بیمه‌ای

دفتر هیئت دولت

- حمایت ویژه دولت از اقشار نیازمند (زنان بد سرپرست، خودسرپرست و سرپرست خانوار آسیب پذیر، کودکان کار، کودکان خیابانی، کودکان حاشیه نشین، زنان و سالمندان در سایر گروه‌های آسیب پذیر، مادران باردار محروم، نوزادان و کودکان محروم)

۴۴- استقرار نظام خرید راهبردی خدمات سلامت

- تعیین بسته خدمات پایه به صورت دوره‌ای و تامین مالی آن از طریق بیمه‌ها
- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت، مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده
- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد
- استقرار نظام پرداخت سرانه در سطح اول ارائه خدمت
- استقرار سازوکار پرداخت آینده نگر در نظام ارائه خدمات درمانی مبتنی بر گروه‌های تشخیصی وابسته (DRG) و Case mix در سطح دوم و سوم ارائه خدمت
- ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه کنندگان خدمات
- توجه ویژه به فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری

۴۵- کنترل تقاضای القایی و اصلاح الگوی مصرف

- اصلاح نظام بودجه ریزی مبتنی بر نیاز و استقرار بودجه ریزی عملیاتی
- استانداردسازی مصرف تجهیزات پزشکی، داروها، کالاهای و خدمات سلامت در قالب نظام سطح بندی مراقبت‌ها در بخش دولتی و غیر دولتی
- توسعه فرهنگ استفاده بهینه از خدمات سلامت در بین مردم
- ساماندهی تبلیغات برای محصولات و خدمات سلامت بر مبنای اصول جامعیت، صحت و قانونمندی
- افزایش کارایی بیمه
- استقرار کامل نظام ارزیابی فناوری‌های سلامت و استفاده از نتایج ارزیابی‌ها در تدوین بسته بیمه پایه

خدمات

دفتر هیئت دولت

- افزایش نظارت بر ارائه دهندگان خدمات و ایجاد تبعات قانونی جدی در صورت بروز تقاضای القایی
- صرفه جویی در مصرف انرژی، یکپارچه سازی نگهداری و استفاده بهینه از منابع فیزیکی
- افزایش بهره‌وری و هزینه اثربخشی مداخلات سلامت
- تأکید بر پیشگیری و ارتقای سلامت^۱

۴۶- بازآرایی ساختارهای مالی بخش سلامت

- استقرار الگوی حسابداری تعهدی
- تقویت و توسعه عادلانه نظام مالیاتی

۴۷- پیاده سازی نظام جامع ارتقای کیفیت، تولید و توزیع فرآورده‌های سلامت

- ارتقای کیفیت محصولات پزشکی تولید داخل قابل مقایسه با استانداردهای جهانی و کسب گواهینامه‌های بین‌المللی توسط کلیه بخش‌های مرتبط
- ارتقا و پیاده سازی استانداردهای بهینه تولید، توزیع و ذخیره دارو مبتنی بر نیازهای سلامت
- توسعه سامانه نظارت بر کیفیت محصولات پزشکی
- اصلاح نظام قیمت گذاری دارو و بازپرداخت هزینه‌های دارویی
- دستیابی به تراز مثبت تجاری در بازار دارویی کشور
- دستیابی به سهم ۲ درصدی از بازار فرآورده‌های سلامت در منطقه
- دستیابی به حداقل ۸۵ درصد حجم ارزشی بازار دارو توسط تولیدکنندگان داخل در شرایط بازار رقابتی کشور
- تقویت گزارش‌دهی و نظارت مؤثر بر کیفیت دارو، واکسن و محصولات زیستی و تجهیزات و ملزومات

پزشکی پس از ورود به بازار

دفتر هیئت دولت

۱- تأکید بر برنامه‌های ملی تحول مرتبط با سیاست ۵

۴۸- تجویز و مصرف منطقی و بهینه دارو

- توسعه سامانه اطلاعات دارویی
- استقرار کامل نظام جامع نظارت بر تجویز و ارائه خدمات دارویی
- استقرار نظام ارزیابی فناوری سلامت در بخش دارو
- دسترسی عادلانه به دارو
- تعیین الگوهای خودمراقبتی^۱ و مصرف منطقی دارو برای تمامی بیماری‌های اولویت‌دار
- تحقق اهداف کاهش مصرف خودسرانه دارو به کمتر از ۱۰ درصد تا افق ۱۴۰۴
- تجویز دارو مبتنی بر راهنماهای بالینی در حداقل ۵۰ درصد از موارد تجویز برای بیماری‌های مزمن، خاص و صعب‌العلاج و داروهای پر مصرف و گران قیمت تا افق ۱۴۰۴

۴۹- استقرار نظام جامع یکپارچه ثبت عوارض دارویی و واکسن

- ارتقای نظام گزارش دهی عوارض دارویی، توجه به مدیریت دانش
- به کارگیری فناوری اطلاعات

۵۰- مدیریت نگهداشت و استفاده درست از تجهیزات پزشکی

- آموزش نیروی انسانی ماهر جهت کاهش سرمایه‌گذاری، حفظ سرمایه‌های اقتصادی و افزایش بهره‌وری در بخش تجهیزات پزشکی

۵۱- نظارت بر عرضه اطلاعات موثق و مناسب مخاطب عمومی

- نظارت بر اطلاعات عرضه شده در رسانه‌ها
- نظارت بر محتوای اطلاعات مرتبط با کلیه محصولات، خدمات، مراقبت‌ها و مداخلات مؤثر بر سلامت و مداخلاتی که موظف به داشتن پیوست سلامت هستند

دفتر هیئت دولت

- ایجاد، اصلاح و تکمیل بانک جامع اطلاعات بهداشتی و درمانی
- حمایت از ارتقای نظام اطلاع‌رسانی روزآمد و پاسخگو

۵۲- توسعه زیر ساخت‌های ملی در زمینه فرآورده‌های پلاسمایی

- تسلط بر فناوری‌های فرآیند پالایش پلاسما به کمک دانشگاه‌ها و انتقال فناوری
- راه اندازی پالایشگاه پلاسما
- خودکفایی در تولید فرآورده‌های پلاسمایی

۵۳- توسعه زیر ساخت‌های ملی در زمینه فرآورده‌های زیستی

- خودکفایی در تولید فرآورده‌های زیستی
- تسلط بر فناوری‌های زیستی به کمک دانشگاه‌ها و انتقال فناوری
- دستیابی و به کارگیری فناوری زیستی برای پیشگیری و ژن درمانی بیماری‌ها با استفاده از فرآورده‌ها و روش‌های زیست فناوری و پزشکی مولکولی (بیماری‌های هدف: سرطان، دیابت و بیماری‌های وراثتی)

۵۴- حمایت ویژه از تثبیت و شکل‌گیری نام تجاری ملی در زمینه واکسن

- حمایت از شکل‌گیری شرکت‌های با سهم قابل توجه از بازار با نام تجاری ویژه در حوزه واکسن در سطح جهان
- حمایت از شکل‌گیری شرکت‌های دانش بنیان خصوصی در حوزه واکسن در کشور

۵۵- توسعه داروسازی سنتی و فرآورده‌های طب سنتی

- افزایش سهم داروهای طب سنتی از بازار دارویی کشور به نحوی که در افق سال ۱۴۰۴، ۳۰ درصد بازار دارویی کشور از این داروها باشد

دفتر هیئت دولت

- حمایت تجهیزاتی و دارویی از رویکردها و مداخلات طب سنتی
- برپا سازی درمان برخی از بیماری‌ها توسط طب سنتی برای ایران
- راه اندازی شهرک دانش و سلامت در حوزه طب سنتی

۵۶- داشتن برنامه روشن برای طب جایگزین، مکمل و سنتی، ادغام خدمات طب سنتی اسلامی

ایرانی در نظام جامع ارائه خدمات

- طراحی بسته خدمات پایه طب سنتی اسلامی - ایرانی و راهنماهای بالینی مربوطه
- آموزش راهنماهای بالینی خدمات ادغام شده برای تیم پزشک خانواده

۵۷- الزامی کردن ارزیابی فناوری‌های سلامت برای مداخله‌های سلامتی پیش از موافقت با خرید و

یا حمایت بیمه‌ای در بهره‌برداری از آنها

- در خصوص کلیه فرآورده‌های دارویی، واکسن، محصولات زیستی، ملزومات و تجهیزات پزشکی

۵۸- یکپارچگی سیاست‌گذاری، تولید و برنامه‌ریزی برای امنیت غذا و تغذیه و تامین ایمنی غذا و

تعیین استانداردهای مربوطه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- اجرای برنامه ملی ایمنی غذا از مزرعه تا سفره
- فراهمی امکان توزیع عادلانه سبد غذایی مطلوب و مواد غذایی سالم برای برخورداری تمامی افراد جامعه از غذای مناسب و کافی
- سازماندهی سیستم نظارت بر واردات، مراکز تولید، تهیه، نگهداری، توزیع و حمل و نقل مواد خوراکی و آشامیدنی
- نظارت بر روند پایش و کنترل قیمت مواد غذایی اساسی
- ایجاد و تقویت سیستم خوداظهاری جهت نظارت بر مراکز عرضه مواد خوراکی و آشامیدنی

- ارتقای برچسب گذاری مواد غذایی و آشامیدنی (با تاکید بر میزان قند، نمک و چربی فرآورده‌ها) بر اساس استاندارد اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۵۹- طرح جامع ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای

- ارتقای سطح فرهنگ و سواد تغذیه‌ای جامعه و کارکنان از طرق مختلف
- تقویت و توسعه برنامه‌های هدفمند آموزش تغذیه در رسانه‌های عمومی به ویژه صدا و سیما
- گنجاندن آموزش تغذیه در آموزش و پرورش و آموزش عالی و تعیین حداقل دانش مورد انتظار به تفکیک هر یک از مقاطع تحصیلی

۶۰- طراحی و پیاده سازی طرح جامع بهینه سازی و ارتقای استانداردهای فرآورده‌ها و محصولات

غذایی و آشامیدنی

- بازسازی یا جایگزینی تجهیزات فرسوده و استفاده از فناوری‌های نوین
- ارتقای کیفیت استانداردهای بومی مواد خوراکی و آشامیدنی بر مبنای استانداردهای بین المللی
- توسعه روش‌های زیست فناوری در تولید مواد غذایی
- غنی سازی فرآورده‌ها و اجزای زنجیره تولید غذا (مانند خاک کشاورزی) با ریز مغذی‌ها
- غنی سازی مواد غذایی با ریز مغذی‌ها
- طرح تولید غذاهای فراسودمند^۱
- حمایت از تولید مواد غذایی ارگانیک

۶۱- بومی سازی سبد غذایی مطلوب

- مطالعه و شناسایی غذاهای سنتی و تعیین ارزش تغذیه‌ای آن‌ها به منظور ترویج غذاهای سنتی سالم

در منطقه

دفتر هیئت دولت



- ترویج استفاده از مواد غذایی و آشامیدنی با منشاء طبیعی

۶۲- ارتقای کنترل و پایش مواد غذایی و آشامیدنی

- اعطای نشان ایمنی و سلامت محصولات غذایی و آشامیدنی
- درجه بندی واحدهای تولیدی مواد غذایی و آشامیدنی
- ارتقای استاندارد آب آشامیدنی سالم

۶۳- کنترل و پیشگیری از اضافه وزن و چاقی در گروه‌های مختلف

- گسترش مصرف انواع محصولات غذایی کم چرب و کم کالری
- توسعه و حمایت از تولید کنندگان و عرضه کنندگان مواد غذایی و آشامیدنی که حامی سلامت هستند

۶۴- ارتقای ادغام آموزش و پژوهش سلامت در ارائه خدمات

- به روز رسانی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر شایستگی‌ها و متناسب با نیازهای بخش سلامت، تجارت داخلی و بین المللی و پژوهش‌های سلامت
- انجام مطالعات پژوهشی در خصوص دستاوردهای ادغام آموزش پزشکی

۶۵- تقویت برنامه‌های آموزش مداوم ارائه دهندگان خدمات و آموزش ضمن خدمت کارکنان با

تأکید بر استفاده از آموزش‌های مجازی

- تحقق بالاترین سطح دانش برای ارائه بهترین خدمات برای کلیه سرمایه‌های انسانی نظام سلامت کشور

۶۶- توزیع مراکز آموزشی در سطح منطقه‌ای و ملی بر اساس سند آمایش سرزمینی

- توسعه رشته‌ها و نهادهای آموزشی و پژوهشی مبتنی بر آمایش سرزمین و اولویت‌های نظام سلامت

دفتر هیئت دولت



- افزایش توان تربیت دانشجو بر اساس اهداف نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت کشور

- اجرای سند راهبردی گزینش دانشجو در نظام آموزش عالی سلامت

۶۷- پاسخگو نمودن آموزش علوم پزشکی به جامعه

- تقویت ایفای نقش واحدهای آموزش عالی سلامت و دانشگاهیان به آموزش عمومی آحاد جامعه

۶۸- توسعه آموزش‌های بین رشته‌ای^۱

- تمرکز بر ارتباط علوم پایه و بالینی
- علوم انسانی و اجتماعی با مبانی سلامت
- هم افزایی فناوری‌های نوین و طب و داروسازی سنتی

۶۹- ارتقای نظام ملی اعتباربخشی، ارزشیابی، رتبه‌بندی واحدهای آموزشی

۷۰- توسعه ماموریت گرای شبکه‌های سلامت با اولویت حل مشکلات سلامت جامعه

- توجه خاص به بیماری‌ها و معضلات بومی (که الزاماً مشکل سایر کشورها نبوده) و بیماری‌های با بار بالا
- برنامه توسعه شبکه‌های دانش مرتبط با مسایل راهبردی سلامت (مانند آینده نگاری سلامت، دیده‌بانی و ...)
- ارتقای توسعه هدفمند امکانات آزمایشگاهی در مراکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی
- ایجاد و توسعه شبکه‌های ملی دانش و نوآوری در هر یک از حوزه‌های اولویت‌دار نقشه جامع علمی

کشور و نقشه جامع علمی سلامت

دفتر هیئت دولت

۱- منطبق با راهبرد کلان ۱۱ نقشه جامع علمی کشور

اختیاری تامین شود. بدیهی است تعهد بیمه ها در قبال بسته بیمه پایه که با هماهنگی دو وزارت تعیین و برابر مقررات به تصویب می رسد، خواهد بود

۵. نظام پرداخت به ارائه کنندگان خدمات (Provider Payment Mechanism)

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت هایی که پزشکان خانواده یا تیم های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می گذارند. پرداخت سرانه: روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن برای جبران خدماتی که تیم سلامت ارائه می نماید متناسب با جمعیت تحت پوشش اعم از سالم یا بیمار، صورت می گیرد.

پرداخت کارانه: روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت به ازای خدمت ارائه شده به مراجعه کنندگان صورت می پذیرد. پاداش: درصدی از مبلغ سرانه است که مازاد بر سرانه به سبب رسیدن به کیفیتی خاص در ارزشیابی به پزشک خانواده و تیم سلامت تعلق می گیرد.

جریمه: کسر درصدی از سرانه است که به علت کسب امتیاز پائین تر از حد مورد انتظار به پزشک خانواده و تیم سلامت تحمیل می شود پرداخت موردی: پرداخت مبلغی مشخص که بخاطر انجام اقدامات خاص در راستای تحقق اهداف نظام سلامت، انجام خدمات ویژه در مورد افراد تحت پوشش (تشخیص بیماریهای نادر، مسری، تهدید کننده حیات در مراحل اولیه بیماری و... مانند شناسایی، تشخیص، پی گیری و درمان کامل هر مورد از بیماری سل) به پزشک خانواده و تیم سلامت صورت می پذیرد.

۶. سرانه پرداختی به پزشك خانواده و عوامل مؤثر بر آن

پرداخت برای جبران خدمت پزشک خانواده به طور عمده به صورت «سرانه» است. سرانه مبلغی است که به ازای هر بیمه شده بطور ماهانه در برابر ارائه ی بسته ی خدمت سلامت مطابق این دستورالعمل پرداخت می شود. سرانه ی متعلقه به پزشک خانواده به تعداد، سن، جنس و... افرادی که در پوشش او قرار می گیرند بستگی دارد. در سال جاری این مبلغ به میزانی است که در ادامه این دستورالعمل می آید و در آینده حسب نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی و با تصویب شورای عالی بیمه خدمات درمانی تعیین و ممکن است هر سال یا هرچند سال یک بار، تغییر یابد.

ریسک بیماری: هر بیماری (و حتی هر درمان) مخاطرات خاص خود را دارد. در شرایط معمول مراکز و افراد عرضه کننده ی خدمات پزشکی ترجیح می دهند کسانی را در پوشش مراقبت خود بگیرند که خطر (ریسک) کمتر دارند. از پزشک خانواده انتظار می رود از نظر ریسک بیماری میان افراد تحت پوشش خود تبعیض قایل نشود. برای برآورده شدن این انتظار، سازوکارهایی در نظر گرفته شده است. از جمله تفاوت در میزان سرانه گروه های سنی و جنسی مختلف.

سابقه کار پزشک خانواده: در عقد قرارداد با پزشک خانواده سابقه پزشک به شرحی که در فصل نظام پرداخت آمده است محاسبه می شود

۷. تیم سلامت (Health Team):

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توانبخشی که بسته ی خدمات سطح اول را در اختیار فرد، خانواده و جامعه تعریف شده قرار می دهند و مسئولیت آنان با پزشک خانواده است. کلیه افراد جامعه برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باید از طریق این تیم وارد زنجیره ارایه خدمات سلامت شوند در غیر اینصورت موظف است صد در صد هزینه های درمانی مربوط را شخصا پرداخت نماید

۸. نظام ارایه خدمات سلامت:

شامل تمام خدمات پیشگیری، درمانی و توانبخشی مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که این خدمات در نظام سلامت در سه سطح ارایه می شود.

دفتر هیئت دولت

۷۱- توسعه خوشه‌ها، مراکز رشد و پارک‌های علم و فناوری سلامت بر اساس آمایش سرزمین

- تقویت بخش غیر دولتی و شرکت‌های دانش‌بنیان
- ارتقای تجاری سازی پژوهش‌های سلامت
- شکل دهی به ساختارهای نظام ملی نوآوری و حمایت از پژوهش و فناوری در موضوعات با ارزش افزوده جمعی برای سلامت بخصوص شیوه‌های زندگی منطبق با آموزه‌های اسلامی و ارتقای سلامت
- تاسیس صندوق حمایت از پژوهش و فناوری سلامت کشور برای حمایت از فعالیت‌های پژوهشی در حوزه‌های اولویت‌دار نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت
- ایجاد شهر دانش سلامت با هدف گردشگری سلامت، بهره‌برداری اقتصادی از مزیت‌های رقابتی دستاوردهای پژوهشی و هم افزایی فعالیت‌های مرتبط در یک محیط
- ایجاد صندوق حمایت از کسب و کارهای کوچک و متوسط در حوزه‌های اولویت‌دار نظام سلامت برگرفته از نقشه جامع علمی کشور و نقشه جامع علمی سلامت

۷۲- تسهیل و تشویق نوآوری، ایده و نظریه‌پردازی سلامت

- استقرار نظام مالکیت فکری از نوآوری، خلاقیت و نظریه پردازی
- طراحی و اجرای مدل مدیریت دانش ضمنی^۱ سلامت

۷۳- هدایت مراکز تحقیقاتی و شبکه‌های سلامت به تهیه و پیاده سازی راهنماهای مبتنی بر

شواهد

- دستورالعمل‌های پیشگیری، تشخیص و درمان بیماری‌های اولویت‌دار (راهنماهای بالینی و مدیریت سلامت) مبتنی بر شواهد بومی

دفتر هیئت دولت

- طراحی و پیاده سازی سامانه تصمیم یار (مانند کمک تصمیم بیمار و خلاصه های سیاستی) مبتنی بر برنامه سلامت کشوری به منظور ارائه خدمات و مراقبت های سلامت

۷۴- رصد فناوری های علوم سلامت و طراحی توسعه فناوری های سطح ملی

- برنامه ریزی برای انتخاب، اکتساب و یا تولید فناوری های مورد نیاز
- تحلیل بازارهای داخلی، منطقه ای و بین المللی سلامت کشورها
- وجود پیوست دانشی برای مداخلات کلان سلامت کشور

۷۵- توسعه استانداردهای بومی بر حسب کمیت و کیفیت در حد استانداردهای جهانی

۷۶- ایجاد آزمایشگاه های منطقه ای (برای خاورمیانه، آسیای میانه و غیره) برای شناسایی

بیماری ها و عوامل خطر و کنترل کیفی آزمایشگاه های ملی

۷۷- استاندارد سازی آزمایشگاه های پژوهشی و واحدهای آموزشی براساس الزامات بین المللی در

ارائه خدمات

۷۸- ایجاد و گسترش همکاری ها با کشورهای همسایه برای کنترل بیماری ها

- ایجاد ساختارهای منطقه ای با همسایگان برای مسایل سلامت
- گسترش شبکه یکپارچه اطلاعات سلامت بین کشورهای همجوار مبتنی بر فناوری اطلاعات

۷۹- شکل دهی شبکه های فراملی دانشی در حیطه های مختلف علوم پزشکی

- تقویت ساختارها متناسب با فعالیت های بین المللی
- شکل دهی شرکت های دانش بنیان فراملی

دفتر هیئت دولت

- توجه به اولویت‌های سلامت و زمینه‌های با امکان مرجعیت علمی
- جذب دانشجویان از سایر کشورها بخصوص کشورهای اسلامی، متناسب با اهداف نقشه جامع علمی کشور

۸۰- معرفی دستاوردهای نظام سلامت در جهت ارتقای وضعیت کشورهای منطقه

- گسترش همکاری‌های کشورهای جنوب-جنوب
- ارائه دوره‌های ظرفیت‌سازی برای کشورها

۸۱- ارائه الگوهای الهام بخش در مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت منطبق با نقشه جامع

علمی سلامت کشور

۸۲- دیدبانی پیامدهای سلامت همه جانبه، عدالت و عملکرد نظام سلامت در سطوح مختلف ملی و

منطقه چشم اندازی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- تدوین گزارش‌های دوره‌ای پیامدهای سلامت و عملکرد نظام سلامت
- گزارش‌های آینده نگاری وضعیت سلامت ملی و بین المللی
- یکپارچه سازی اطلاعات جهت هدایت و کمک به تصمیم گیرندگان سطوح کلان در سلامت عمومی و نظام سلامت

- استقرار مرکز ملی داده‌ها و اسناد سلامت

- رصد شاخص‌های عدالت در سلامت با تأکید بر وضعیت اقتصادی، آمایش سرزمینی و گروه‌های سنی و جنسی

- توجه به بیماری‌های نوپدید و باز پدید

دفتر هیئت دولت

۸۳- توسعه پوشش نظام مراقبت سلامت

- از سطوح فرد، اجتماع و جغرافیا در زمینه بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر آن‌ها، حوادث، سلامت اجتماعی و سلامت روان
- به کارگیری مدل شبکه سنجش سلامت، همراه با سطح بندی نظام پایش خدمات سلامتی بخصوص در سطح خدمات سرپایی
- ارتقای نظام مراقبت گروه‌های سنی - جنسی جمعیت (بیماری‌های مادرزادی، کودکان، نوجوانان و جوانان، میانسالان و سالمندان) و زنان

۸۴- تحول فرآیندهای نظام مراقبت بیماری‌های واگیر با هدف حذف (بخصوص مالاریا و کزار) و

ریشه کنی (با تاکید بر فلج اطفال، سرخک و سرخجه)

- راه اندازی نظام مراقبت علامتی^۱
- استفاده از فناوری اطلاعات، هشدار زودرس و اقدام

۸۵- جلب مشارکت نهادهای مؤثر در استقرار نظام مراقبت بخشی و بین بخشی

- برای بیماری‌های مشمول مقررات بین المللی
- ترسیم نقشه آسیب پذیری و ناامنی غذایی کشور و استقرار نظام پایش ناامنی غذایی

۸۶- طراحی نظام جامع مراقبت از بیماری‌ها و عوامل خطر با استفاده از فناوری اطلاعات (با تاکید بر

استفاده از نظام اطلاعات جغرافیایی، کنترل از راه دور و پایش بینی دراز مدت سلامت متعاقب

تغییرات آب و هوایی)

دفتر هیئت دولت

۸۷- تدوین و اجرای برنامه افزایش رضایت‌مندی و منزلت نیروی کار سلامت

- تدوین بسته رفاهی برای منابع انسانی مختلف در نظام سلامت
- بازآرایی ساختار و فرآیندهای ارزیابی و تحول فرهنگ سازمانی همراه با استقرار نظام انگیزشی
- تدوین و اجرای برنامه‌های غنی‌سازی شغلی، تبیین مسیر ارتقا، نظام جانشین‌پروری و انتقال دانش ضمنی در نظام سلامت

۸۸- ایجاد مراکز مستقل ارزیابی و اعتبار بخشی و بازآموزی نیروی انسانی بخش سلامت

- ایجاد پایگاه‌های داده در خصوص دانش، مهارت، نگرش و شایستگی‌های شاغلین در کلیه سطوح بخش سلامت
- طراحی و استقرار نظام سنجش بازگشت سرمایه آموزش‌های ارائه شده به نیروی انسانی
- ایجاد سامانه نظارت و سنجش عملکرد کارکنان بخش سلامت

۸۹- پیاده‌سازی نظام جامع نیازسنجی، بکارگیری و نگهداشت نیروی انسانی متناسب با نیاز نظام

سلامت و آمایش سرزمین

- انجام مطالعات و برنامه ریزی منابع انسانی نظام سلامت (همراه با ایجاد زیرساخت‌های لازم برای برآورد و الگوی توزیع نیروی انسانی مورد نیاز کشور در حوزه سلامت)
- تدوین استانداردهای پیوست منابع انسانی برای سیاست‌های نظام سلامت
- تدوین و اجرای سند سیاست بومی‌گزینی نیروی انسانی، تهیه و تدوین شاخص‌های مربوط به بهره‌وری منابع انسانی

- ایجاد بانک اطلاعاتی نیروی انسانی ارائه‌دهنده خدمات سلامت
- تدوین اقلام اطلاعاتی و شاخص‌های ارزیابی عملکرد مدیریت منابع انسانی
- اجرا و ارزیابی قانون تمام‌وقتی نیروی انسانی بخش سلامت
- طراحی نظام ارزشیابی مبتنی بر شایستگی کلیه مشاغل و حرفه‌های نظام سلامت کشور

- ایجاد فرصت‌های مناسب برای بهره‌مندی از توان زنان در عرصه‌های ارائه خدمت و مدیریت بخش سلامت

۹۰- توسعه خدمات الکترونیک پایه در نظام سلامت

- ثبت داده‌های ملی مراقبت، رفتارهای پرخطر و عوامل خطر، عوامل تعیین‌کننده سلامت و توسعه سامانه‌های هشدار سریع و تصمیم‌یار
- توسعه نظام‌های ملی محاسبه و به روزرسانی شاخص‌های سلامت

۹۱- دسترسی عادلانه به منابع، خدمات سلامت (مشمول بر ارتقای سلامت و حفظ ایمنی) به کمک

فناوری اطلاعات و ارتباطات

- توسعه پزشکی از راه دور
- استفاده از امکانات سلامت الکترونیک و تلفن همراه برای مراقبت‌های سلامت

۹۲- دسترسی سریع، ارزان، پایدار و امن به صد درصد سوابق سلامت کلیه افراد جامعه به کمک

فناوری اطلاعات و ارتباطات

- تسهیل دسترسی به اطلاعات و ساماندهی به نظام آمار و اطلاعات علمی و پژوهشی دولتی و غیردولتی (شامل: ایجاد نظام اطلاعات کارآمد در سطوح جمع‌آوری، ذخیره‌سازی، پردازش و اطلاع‌رسانی)
- تامین شبکه ارتباطی امن، پایدار و پرسرعت در نظام سلامت کشور
- ایجاد مراکز ملی (خزانه ملی اطلاعات سلامت) جهت نگهداری امن داده‌های سلامت و ارائه خدمات پایدار به سامانه‌های ذی‌نفع
- تدوین و به روز رسانی معماری یکپارچه سامانه‌های اطلاعات سلامت و استانداردهای ملی سلامت الکترونیکی
- استقرار نظام یکپارچه اطلاعات سلامت، پرونده الکترونیکی سلامت
- استقرار نظام‌های مدیریت امنیت اطلاعات

دفتر هیئت دولت

پیاده‌سازی نقشه تحول نظام سلامت

نقشه تحول نظام سلامت به خودی خود مجموعه ای ارزشمند است که آینده نظام سلامت، سیاست‌ها، اهداف کلان و مسیر حرکت به سمت تحقق اهداف را به خوبی تبیین می‌نماید. جهت اجرایی و عملیاتی شدن این نقشه باید اقدامات دیگری انجام شود تا علاوه بر حرکت به سمت اهداف چشم‌اندازی، میزان پیشرفت، موانع و مشکلات پیاده‌سازی، متولیان اجرا و نحوه نظارت بر عملیات اجرای نقشه، کنترل و پایش منظم، گزارش‌های ادواری و محتوای آن‌ها و ... نیز مشخص گردد.

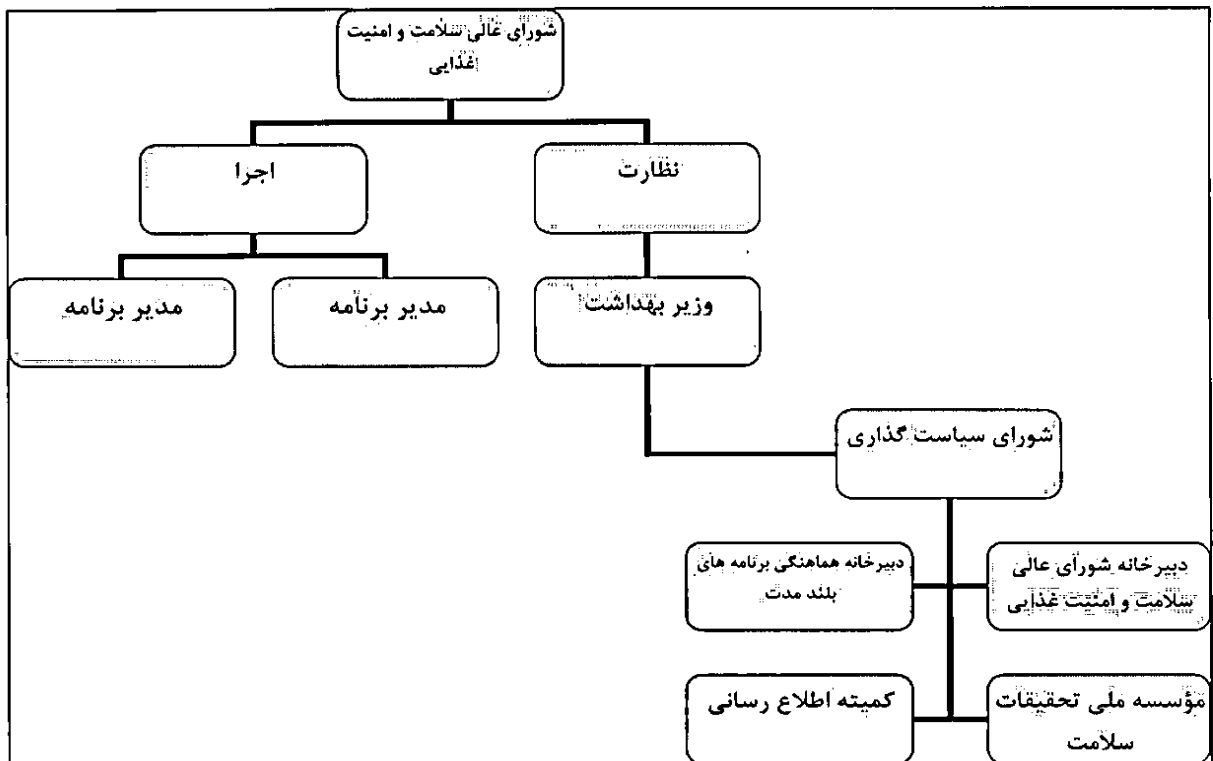
مدیریت و سازماندهی

در شکل زیر کلیه اجزای اصلی پیاده‌سازی برنامه‌های تحول نظام سلامت و ارتباطات آن‌ها نمایش داده شده است. این اجزا عبارتند از:

- شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- شورای سیاست‌گذاری
- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی (هماهنگ کننده برنامه‌های بین بخشی)
- دبیرخانه هماهنگی برنامه‌های بلند مدت (هماهنگ کننده برنامه‌های داخلی)
- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت (دیدبانی شاخص‌های کلان سلامت)

دفتر هیئت دولت

• مدیر برنامه



* توضیح اینکه شمای فوق مرتبط به کل نقشه تحول نظام سلامت است و وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئولیت اجرای برنامه های ملی تحول در درون وزارت بهداشت را عهده دار است.

توضیح هر یک اجزا و شرح وظایف آن و معرفی اعضا

الف) شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

رئیس جمهور، مسئول عالی پیاده سازی نقشه تحول نظام سلامت در کشور بوده که وظایف مدیریت و نظارت خود را از طریق وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به انجام می رساند.

شرح وظایف

وظیفه اصلی این شورا که زیر نظر ریاست جمهوری انجام وظیفه می کند عبارت است از:

- تصویب بودجه برنامه های پیاده سازی و تعیین محل اعتبار آنها

دفتر هیئت دولت

- بررسی گزارش‌های سالیانه وزیر بهداشت و تلاش در جهت برطرف کردن موانع و مشکلات اجرای برنامه‌ها

اعضا

۱. رئیس جمهور (رییس)
۲. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر)
۳. معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری
۴. وزیر آموزش و پرورش
۵. وزیر جهاد کشاورزی
۶. وزیر بازرگانی
۷. وزیر صنایع و معادن
۸. وزیر تعاون، رفاه و تامین اجتماعی
۹. وزیر کشور
۱۰. وزیر دادگستری
۱۱. وزیر نیرو
۱۲. وزیر ذی ربط حسب مورد
۱۳. رییس سازمان صدا و سیما و جمهوری اسلامی ایران
۱۴. رییس سازمان حفاظت محیط زیست
۱۵. رییس سازمان تربیت بدنی
۱۶. رییس سازمان نظام پزشکی کشور

ب) وزیر بهداشت

شرح وظایف

- ارائه برآورد هزینه اجرای نقشه و برنامه‌های تحول نظام سلامت به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

دفتر هیئت دولت

- ارائه گزارش پیشرفت برنامه‌ها و اعلام مشکلات و موانع اجرا به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- تضمین همکاری‌های بین بخشی از طریق دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
- ساماندهی و نظارت بر پیاده‌سازی برنامه‌ها
- پیگیری تخصیص منابع تامین یافته از سوی شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

ج) رئیس شورای سیاست‌گذاری وزارت بهداشت

شرح وظایف

رئیس گزارش‌های هماهنگ کنندگان پیاده سازی برنامه‌ها را دریافت می‌کند. ارزشیابی‌های سالانه پیشرفت برنامه‌ها را انجام می‌دهد و هر شش ماه یکبار گزارش‌های ارسالی از سوی هماهنگ کننده را به وزیر بهداشت ارائه می‌نماید. همچنین با برگزاری نشست‌های تخصصی و استفاده از مشاوره‌های شبکه خبرگان نظام سلامت، نظرات کارشناسی خود را درخصوص پیشرفت پروژه و اصلاحات مورد نیاز به مدیران برنامه اعلام می‌دارد.

د) هماهنگ کننده‌های پیاده‌سازی نقشه

۱- دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی

۲- دبیرخانه هماهنگی برنامه‌های بلند مدت

۳- مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

دفتر هیئت دولت