



نژشک خانوادہ

آنچه باید در مورد نژشک خانوادہ بدانید

وزارت بہداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت بہداشت - مرکز مدیریت شبکہ

سُبْحَانَكَ يَا عَزِيزُ

فهرست مطالب

- مقدمه ۴
- قدمت تفکر پزشک خانواده در ایران ۶
- ضرورت اجرای برنامه پزشک خانواده ۸
- هدف از اجرای برنامه پزشک خانواده ۹
- پزشک خانواده در برخی کشورها ۱۱
- تعریف پزشک خانواده ۱۳
- مهم ترین انتظارات از برنامه پزشک خانواده ۱۴
- تیم سلامت ۱۵
- اعضای تیم سلامت در مناطق شهری ۱۵
- بسته خدمات سلامت ۱۶
- وظایف پزشک خانواده ۲۰
- پزشک خانواده مسوول ۲۱
- سطح بندی خدمات سلامت ۲۲
- عملکرد شبکه ارجاع در برنامه پزشک خانواده ۲۶
- برخی تفاوت های پزشکی مرسوم با پزشک خانواده ۲۹
- پرونده الکترونیک سلامت ۳۰
- ضوابط و معیار ثبت نام پزشکان و اعضای تیم سلامت ۳۳
- چگونه می توان پزشک خانواده خود را انتخاب کرد ۳۳
- گردش کار برخورد پزشک خانواده با مراجعه کنندگان ۳۴
- خلاصه نتایج بلند مدت اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ۳۹
- منابع ۴۱

مقدمه :

سالیان درازی است که نظام ارائه مراقبت های سلامت در کشور مشکلات متعددی را تجربه کرده است، از جمله این مشکلات می توان به دسترسی ناکافی و غیر عادلانه آحاد جامعه به خدمات سلامت، هزینه های بالای مراقبت های سلامت، ناهماهنگی سطوح مختلف خدمات، غفلت از مراقبت های پیشگیرانه، غفلت از مداخلات در سطح جامعه، محدود ماندن جایگاه ارایه خدمت به مطب و غفلت از سایر جایگاه های ارایه خدمت، عدم برقراری تعادل بین منافع بیمار و منافع جامعه و نظام سلامت و فقدان پاسخ دهی اجتماعی اشاره نمود. به نظر اکثر صاحب نظران و بر اساس تجارب کشورهای متعدد، راهبرد پزشک خانواده، سطح بندی خدمات و نظام ارجاع و توجه به روش سرانه به عنوان شیوه اصلی پرداخت در کنار سایر روشهای پرداخت، راه حل اصلی برای بسیاری از مشکلات نظام ارایه خدمات سلامت محسوب می شود. این برنامه در ایران از سال ۱۳۸۴ از روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر آغاز و از سال ۱۳۸۹ در برخی از شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر (در ۳ استان به صورت پایلوت) اجرا گردید. به دنبال اجرای برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرهای کوچک، لزوم اصلاح، تکمیل و گسترش برنامه به کل کشور در قانون برنامه توسعه پنجم، مصوبات دولت و صاحب نظران و سیاستگذاران مورد تاکید قرار گرفته است و اجرای آن در کل کشور در دستور کار قرار گرفته و در حال پیگیری است.

کتاب حاضر که توسط کارشناسان مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تدوین شده به شرح و توضیح این برنامه مهم و ملی پرداخته است. امید است انتشار این کتاب حسن شروعی برای آغاز راه جدید و ارتقا برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع با رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کل کشور باشد.

دکتر محمد شریعتی

رییس ستاد ملی پزشک خانواده

قدمت تفکر پزشک خانواده در ایران

تفکر پزشک خانواده در کشور ما ریشه در فرهنگ ایرانی اسلامی دارد و سابقه آن به قرن ها قبل باز می گردد. در تایید این گفته، سخنی حکیمانه از دانشمند بزرگ کشورمان حکیم زکریای رازی می تواند اثبات گر این مطلب باشد آنجا که می گوید: "مریض باید که از میان اطبای موثق به یک تن اقتصار ورزد، زیرا کسی که نزد پزشکان متعددی برود، بسیار احتمال دارد که در معرض خطای هر یک از آنها واقع شود، اما یک طبیب خطایش در جنب صوابش بسیار اندک باشد".

البته این تفکر ارزشمند و دارای قدمت، متأسفانه به دلایل متعددی در کشورمان تا زمان معاصر اجرایی نشده بود. ضرورت پرداختن به مبحث بهداشت و درمان آحاد مردم به قدری اهمیت دارد که در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به آن اشاره شده است.

آن جا که می گوید:

برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، سوانح و حوادث، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی بصورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. (اصل بیست و نهم).

برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، باحفظ آزادگی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیراستوار می شود:

تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده (اصل چهل و سوم).

در قانون برنامه پنجم توسعه نیز مبحث پزشک خانواده از ضروریات نظام سلامت تلقی و بر اجرای آن در قسمت های مختلف تاکید شده است. به نحوی که در بند (ج) ماده ۳۲ بر ایجاد سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت های اولیه بهداشتی با محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، اشاره شده است یا در بند (د) همین ماده، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف شده است حداکثر تا پایان سال اول برنامه، نظام درمانی کشور را در چهار چوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده و نظام ارجاع تهیه نماید.

در بند (الف) ماده ۳۵ نیز آمده است: وزارت بهداشت می باید نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

طرح گسترش شبکه های بهداشتی درمانی در دهه ۶۰ خورشیدی و با ایجاد خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری و ارائه خدمات بهداشتی درمانی، زمینه ساز ارتقای سلامت بخصوص در مناطق روستایی شد و پیشرفت شاخص های سلامت که نتیجه تلاش و موفقیت همه جانبه طراحان برنامه و عوامل اجرایی آن بود به نحو چشم گیری اتفاق افتاد.

مراقبت های اولیه بهداشتی (Primary Health Care) هم اکنون با وجود بیش از ۳۰ هزار بهورز (به عنوان قلب شبکه) در بیش از ۱۸ هزار خانه بهداشت و با همکاری حدود ۶ هزار پزشک عمومی در ۵ هزار مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی در حال ارائه است. در حال حاضر در ادامه اقدامات اصلاحی و عدالت گستر حوزه سلامت، اجرای برنامه پزشک خانواده

و نظام ارجاع به منظور ارتقای سلامت ایرانیان با هدف دستیابی به اهداف چشم انداز ایران ۱۴۰۴ در دستور کار قرار گرفته است.



ضرورت اجرای برنامه پزشک خانواده

برنامه پزشک خانواده با توجه به مقتضیات کنونی نظام سلامت کشورمان شکل گرفته است.

برخی از مهم ترین مشکلات موجود پیش روی نظام سلامت کشور شامل موارد زیر است:

- بی عدالتی در سلامت به نحوی که در بسیاری از موارد سهم افراد فقیر و غنی از پرداخت های حوزه بهداشت و درمان ناعادلانه است بطوریکه افراد فقیر سهم بیشتری از درآمدها را به بهداشت و درمان اختصاص دهند به نحوی که براساس آمارها نسبت هزینه های بهداشت و درمان از کل هزینه های خانوار در ۳/۳ در صد از خانوارها بیش از ۴۰ در صد است که عملاً اقتصاد خانوار را فلج خواهد کرد. بد نیست به این نکته هم اشاره شود که با بررسی حساب های ملی سلامت در می یابیم که سهم خانوارهای ایرانی درتامین هزینه های سلامتشان حدود ۵۵٪ است و سهم دولت و بیمه ها در این میان تنها ۴۵٪ می باشد. درحالی که در کشورهای نفت خیز و همین طور کشورهای پیشرفته سهم خانوارها کمتر از ۲۵٪ است و مابقی را دولت برعهده می گیرد.

- سالمندی، شهرنشینی و حاشیه نشینی که هر یک از این موارد می تواند تبعات خاص خود را نظیر افزایش بیماری های مزمن و غیر واگیر، افزایش بیماری های رفتاری، افزایش

بیماری های واگیردار نظیر هیپاتیت B و بیماری هایی که از طریق آمیزش جنسی منتقل می گردند و... را منجر شود.

• ناکافی بودن پوشش مناسب نظام سلامت در شهرها به نحوی که انحصار ایجاد شده منجر به آشفتگی در بازار درمان در شهرها شده و از بخش بهداشت نیز در شهرها غفلت گردیده است.

• بیمارستان محوری، تخصص گرایی و کم توجهی به SDH (عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت).

• به همه مشکلات فوق باید حوادث و تصادفات جاده ای را هم اضافه کنیم. براساس آمار و ارقام طی ۱۰ سال گذشته، بیش از ۲۴۰ هزار نفر به دلیل تصادفات کشته شده اند.

برنامه پزشک خانواده، یکی از مهم ترین و موثرترین روش های افزایش دسترسی و بهره مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت است.

این برنامه علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز مردم، امکان سوء استفاده از نیازهای سلامت مردم توسط ارایه دهندگان خدمات سلامت را نیز کم و محدود می کند.

هدف از اجرای برنامه پزشک خانواده

هدف اصلی از اجرای این برنامه، مقابله با مشکلات موجود در نظام سلامت است به نحوی که ارائه مناسب ترین شیوه خدمات سلامت با قابلیت دسترسی و اثربخشی حداکثر به منظور تأمین بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برای افراد، فراهم گردد و در آن پزشکان، مناسب ترین پاسخ را به نیازها و تقاضاهای مردم برای خدمات بهداشتی درمانی براساس رعایت اصل احترام به آنان و ارزشها

و اعتقاداتشان بدهند. مبانی و اصول اساسی اجرای برنامه پزشک خانواده، همان اصول اساسی مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) و مشتمل بر توجه به برقراری عدالت، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از فناوری مناسب است.

همچنین به منظور ارتقای سلامت، کنترل خدمات تکراری، افزایش پاسخ گویی به بیمار، امکان پی گیری خدمات ارائه شده به بیمار، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت برای آحاد جامعه، افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات پیشگیری از بیماری ها، مقابله با عوامل خطرزای سلامت و جلوگیری از سردرگمی بیماران در مراجعه به سایر ارائه کنندگان خدمات، حرکت بیمار در سطوح سه گانه نظام ارائه خدمات به شکل هدایت شده و با محوریت پزشک خانواده انجام می شود.

منظور از سطوح سه گانه ارائه خدمات، سطوح خدمات سلامت موجود در سیستم بهداشت و درمان کشور شامل خدمات عمومی، تخصصی و فوق تخصصی است.

به طور خلاصه می توان گفت: عدالت، کیفیت، کارایی، ایجاد نظام ارجاع، افزایش پاسخ گویی در بازار سلامت، کاهش هزینه های غیرضروری در بازار سلامت، افزایش میزان دسترسی فقرا به خدمات سلامت و افزایش پوشش خدمات سلامت، همگی از اهداف نظام سلامت و برنامه پزشک خانواده می باشند.

منظور از نظام ارجاع، ویزیت بیماران یا مراجعین سیستم بهداشتی درمانی توسط پزشک عمومی، پزشک متخصص و پزشک فوق تخصص برحسب ضرورت و نیاز می باشد. یعنی همواره اولین سطح ویزیت و خدمات، پزشک عمومی است و در صورت نیاز، بیماران توسط پزشک عمومی به سطوح بالاتر ارجاع می شوند. این، نظام ارجاع بیماران و

سطح بندی خدمات را به وجود می آورد که به ترتیب در مراکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی و مطب پزشکان خانواده (سطح اول) بیمارستان های شهرستان (سطح دوم) و بیمارستان های فوق تخصصی دانشگاهی و مراکز استان ها (سطح سوم) قابل انجام است.

پس به طور خلاصه، برنامه پزشک خانواده، یکی از مهم ترین و موثرترین روش های افزایش دسترسی و بهره مندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت است.

برنامه پزشک خانواده ، علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز مردم، امکان سوء استفاده از نیازهای سلامت مردم توسط ارایه دهندگان خدمات سلامت را کم و محدود می کند.

پزشک خانواده در برخی کشورها

اجرای برنامه پزشک خانواده در بسیاری از کشورها سابقه ۷۰ ساله دارد که در زیر به برخی از آنها به اختصار اشاره می شود:

نظام سلامت در انگلستان

کشور انگلستان یکی از پیش گامان برنامه پزشک خانواده است و در اجرای این برنامه حدود ۷۰ سال سابقه دارد. مهم ترین رکن نظام ارجاع در این کشور پزشکان عمومی یا GP (General Practitioner) ها هستند. برای بسیاری از مردم تنها راه تماس با سیستم سلامت ملی (Natural Health system) پزشکان عمومی هستند. بیماران تماس زیادی با پزشکان متخصص ندارند و تنها وسیله مراجعه به این دسته از پزشکان از طریق پزشکان عمومی یا GP ها است. پزشکان عمومی همراه منشی مطب، پرستارها (یک یا دو نفر)،

ماماها و مددکارهای اجتماعی، یک تیم کاری را در محل طبابت پزشک تشکیل می‌دهند.

نظام بهداشتی آمریکا

نظام بهداشتی آمریکا گران‌ترین نظام از نظر هزینه سرانه و نسبت تولید ناخالص داخلی تخصیص داده شده به درمان در میان کشورهای دیگر است. اما در تمامی موارد صرف هزینه بیشتر منجر به سلامت بهتر نمی‌شود. با اینکه آمریکا دارای بالاترین سرانه هزینه‌های سلامت در دنیا است و نیز پیشرفته‌ترین تکنولوژی درمانی دنیا در آمریکا استفاده می‌شود، اما این کشور رتبه ۲۱ از نظر میزان مرگ و میر کودکان و رتبه ۱۷ از نظر امید زندگی را در جهان داراست و میزان دسترسی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی در آن جا محدود است.

نظام مراقبت سلامت کانادا

کانادا از اولین کشورهایی بود که سیستم همگانی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دولتی را که (Medicare) نامیده می‌شود، عرضه کرد. شیوه دسترسی از طریق پزشک خانواده و نظام ارجاع است. مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تحت حمایت قانون بهداشت و درمان کانادا مصوب سال ۱۹۸۴ قرار دارند که تضمین می‌کند هر فردی با داشتن کارت بیمه خدمات درمانی، هر زمان به مراقبت‌های پزشکی نیاز داشته باشد، بدون هیچ‌گونه هزینه‌ای و از طریق سیستم ارجاع، به بیمارستان‌ها و کلینیک‌های پیشرفته و پزشکان و متخصصان دسترسی داشته باشد. در کانادا هیچ شهروندی بدون بیمه سلامت نیست و عدالت اجتماعی بین طبقه‌های گوناگون از نظر درآمد وجود دارد.

نظام سلامت در دانمارک

سیستم مراقبتهای بهداشتی درمانی دانمارک، خدمات بیمارستانی و مراقبت های اولیه بهداشتی از جمله برنامه های پیشگیری را دربر می گیرد. هر منطقه مسوول ارائه مراقبت های بهداشتی اساسی مانند خدمات بیمارستانی و خدمات اولیه بهداشتی است درحالی که " ایالت های محلی "مسوول ارائه خدماتی نظیر مراقبت های پرستاری در منزل، معاینات بهداشتی نوزادان، خدمات بهداشتی مدارس و خدمات دندانپزشکی هستند.

نظام سلامت در نروژ

وزارت بهداشت و امور اجتماعی نروژ، مسوول تأمین خدمات سلامتی به صورت غیرمتمرکز در کشور است. شهرداری ها، مسوول مراقبت های اولیه سلامت هستند. شورای استان، مسوول برنامه ریزی برای بیمارستانها است. استان ها، مسوول برنامه ریزی در ارائه خدمات پزشکی و سایر خدمات سرپایی هستند و تأمین مالی سیستم بهداشتی نروژ براساس بودجه های عمومی است. طرح همگانی بیمه ملی نروژ، همه افراد مقیم کشور را به صورت اجباری ، تحت پوشش قرار می دهد. مشارکت بیماران متفاوت است و بر مبنای شرایط مختلف فرق می کند.

تعریف پزشک خانواده

پزشک خانواده، فارغ التحصیل رشته پزشکی و با مدرک حداقل دکترای عمومی است که دارای مجوز کار معتبر پزشکی می باشد و ضمن دریافت آموزش های خاص ، وظیفه

دارد تا خدمات سلامت را در سطح اول در محدوده بسته تعریف شده (بسته خدمت)، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی اجتماعی و ... در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ی تحت پوشش خود قرار دهد.

پزشک خانواده، در صورت لزوم برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده می کند و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات نیز با او است. پزشک خانواده، مسوول اداره کردن تیم سلامت است.

افراد تحت پوشش پزشک خانواده، برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به او مراجعه می کنند.

هر پزشک خانواده ، جمعیتی مشخص را (که نمی باید از حدی معین تجاوز کند) تحت پوشش خود دارد. طبق مصوبات فعلی جمعیت تحت پوشش هر پزشک بایستی بین حداقل ۵۰۰ و حداکثر ۲۵۰۰ نفر باشد و تقریباً به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت ، یک مرکز خدمات سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع وجود دارد که فضای فیزیکی آن متعلق به وزارت بهداشت یا سایر ارگان ها و سازمان های دولتی و غیر دولتی است. یک پزشک به همراه تعدادی از اعضای تیم سلامت در این مرکز مستقر می گردند.

مهم ترین انتظارات از برنامه پزشک خانواده

- ایجاد یک ارتباط عالی انسانی و اعتماد متقابل بین پزشک و خانواده ها.
- تمرکز بیشتر منابع و اعتبارات بر اولویت های سلامت جامعه.
- حذف ارتباط مالی گیرنده خدمت و ارائه دهنده آن به منظور ایجاد ارتباط سالم در بازار سلامت.

- ارائه خدمات جامع در ابعاد پیشگیری، درمان و توان بخشی.
- ایجاد افزایش دسترسی به خدمات برای افراد و گروه های در معرض خطر نظیر کودکان، مادران باردار، سالمندان و...
- افزایش پاسخ گویی به نیازهای افراد و خانواده ها.
- ارتقا عدالت در بهره مندی از خدمات سلامت.

تیم سلامت

به گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توان بخشی که بسته خدمات سطح اول را در اختیار فرد، خانواده و جامعه تعریف شده قرار می دهند و مسوولیت آنان با پزشک خانواده است را تیم سلامت می گویند. افراد تحت پوشش هر تیم سلامت، برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باید از طریق این تیم وارد زنجیره ارائه خدمات سلامت شوند، در غیر این صورت صد در صد هزینه های درمانی را باید شخصاً پرداخت نمایند.

اعضای تیم سلامت در مناطق شهری

تیم سلامت در مناطق شهری متشکل از ۱۷ نفر نیروی انسانی است که به تفکیک جدول زیر در قبال ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش، خدمات مورد نیاز بهداشتی و درمانی را به مردم ارائه خواهند داد.

تیم سلامت در شهر



| ردیف | رده پرسنلی | تعداد | بازای جمعیت | روزهای فعال |
|------|---------------------|-------|-------------|-------------|
| ۱ | پزشک عمومی | ۴ | ۱۰۰۰۰ نفر | ۶ روز |
| ۲ | | ۲ | ۱۰۰۰۰ نفر | ۶ روز |
| ۳ | | ۲ | ۱۰۰۰۰ نفر | ۶ روز |
| ۴ | | ۱ | ۱۰۰۰۰ نفر | ۶ روز |
| ۵ | | ۱ | ۱۰۰۰۰ نفر | ۶ روز |
| ۶ | | ۳ | ۱۰۰۰۰ نفر | ۶ روز |
| ۷ | | ۱ | ۱۰۰۰۰ نفر | ۶ روز |
| ۸ | | ۱ | ۱۰۰۰۰ نفر | ۶ روز |
| ۹ | پرستار بسته‌بندی | ۱ | ۱۰۰۰۰ نفر | ۶ روز |
| ۱۰ | | ۱ | ۱۰۰۰۰ نفر | ۶ روز |

بسته خدمات سلامت

به مجموعه خدماتی که به یک گیرنده خدمت در یک زمان مشخص و توسط یک تیم ارائه می شود، بسته خدمت گویند. این بسته شامل جمیع مراقبت ها و خدماتی است که مردم به آن نیاز دارند.

این خدمات گروه های مختلف سنی را در بر می گیرد:
گروه های هدف تحت پوشش بسته های خدمت:

- نوزادان و کودکان (از بدو تولد تا ۶ سالگی).
- نوجوانان و جوانان (از ۶ تا ۲۵ سالگی).
- مادران باردار (۱۰ تا ۴۹ سال).
- میانسالان (از ۲۵ تا ۵۹ سال).
- سالمندان (از ۶۰ سال به بالا).

مراقبت های نوزادان و کودکان:

درمراقبت های کودکان سالم و ناسالم، تأکید بر پیشگیری از بیماری ها و مخاطرات شایع دوران نوزادی و کودکی با توجه به اولویت ها و آموزش صحیح به والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانی های احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع است.

- ارزیابی از نظر حال عمومی عبارت است از: بررسی کاهش سطح هوشیاری، بی قراری و تحریک پذیری، تحرک کمتر از معمول و بی حالی، برآمدگی ملاج، درجه حرارت بالا یا پایین، رنگ پریدگی شدید، سیانوز، زردی.
- ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت عمومی؛ توانایی شیرخوردن، تنفس، علائم حیاتی، رفلکس ها و ...
- ارزیابی و کنترل کودک از نظر زردی (زیر ۲ ماه).
- مراقبت های 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 وزن، قد، دور سر.
- 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 مکمل های دارویی.
- ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان.

- انجام مراقبت های درمانی برای کودکان بیمار با رعایت استانداردهای ارائه شده در برنامه مراقبت های ادغام یافته ناخوشی های اطفال.

در مراقبت های سلامت نوجوانان و جوانان (گروه سنی ۶ تا ۲۵ سال) نیز تأکید می شود:

- پیشگیری از بیماری ها و مخاطرات شایع دوران نوجوانی و جوانی با توجه به اولویت ها و آموزش صحیح به فرد و والدین.
- تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماری ها و اختلالات ایجاد شده.
- پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانی های احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع.
- کنترل و انجام واکسیناسیون توأم ۱۶-۱۴ سالگی و

مراقبت های 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... انجام می شود.
- 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 روانی 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 دستورالعمل کشوری.
- ارجاع برای انجام آزمایشات معمول.
- ارجاع برای انجام سونوگرافی معمول در دو نوبت.
- مشاوره سلامت باروری در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری.
- تزریق آمپول رگام در مادر ار هاش منفی با همسر ارهاش 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).
- رایحه آموزش های فردی یا گروهی

مراقبت میانسالان (۲۵-۵۹ سالگی).

بسته سلامت زنان.

بسته سلامت مردان.

مراقبت سالمندان (۶۰ سال به بالا).

مراقبت ادغام یافته سالمندان.

وظایف پزشک خانواده

پزشک خانواده، وظیفه جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخش ها را برعهده دارد.

همانطور که بیان شد پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته ای تعریف شده (بسته خدمت)، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت پوشش خود قرار دهد.

به ازای حدود هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت و در هر مرکز مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع یکی از پزشکان خانواده به عنوان پزشک خانواده مسئول ایفای نقش نموده و مسوولیت سلامت عمومی و تیم سلامت محله نیز بر عهده اوست. او مسوول نظارت بر ارائه خدمات سلامت محیط و کار است و به طورکلی رهبری سلامت جامعه تحت پوشش، مدیریت سلامت، هماهنگی با سایر بخش ها و پیگیری عوامل اجتماعی موثر بر بهداشت و سلامت (SDH) را برعهده دارد.

یکی از مهم ترین وظایف پزشک خانواده، ارائه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی است که بدون ارائه این خدمات، نمی توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارائه خدمات درمانی استفاده کرد.

منظور از مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) خدماتی است که در پاسخ به نیازهای اولیه بهداشتی توسط تیم سلامت باید به افراد تحت پوشش ارائه شود. قبلا به برخی از این خدمات اشاره شد.

تمام خدمات سلامت در برنامه پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش به شکلی فعال ارائه می شود. بدین ترتیب حتی

اگر فرد جهت پیگیری سلامت خود به پزشک مراجعه نکند، پزشک او را برای انجام مراقبت، فراخوان و پیگیری می نماید.



در شکل زیر وظایف پزشک خانواده در قبال جمعیت تحت پوشش نشان داده شده است:



چه کسی خدمات پزشکان مستقر در یک پایگاه را مدیریت می کند؟

پزشک خانواده مسوول

یکی از پزشکان خانواده مستقر در مرکز مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع پزشک خانواده مسوول می باشد که اجرای برنامه های سلامت کشوری، ارزیابی، مدیریت و کاهش عوامل خطر سلامتی را در سطح فردی، خانوادگی و

جامعه برنامه ریزی می‌کند، بر اجرای این برنامه ها نظارت کرده و هدایت (رهبری) تیم سلامت مستقر در مرکز و پایگاه های مجری برنامه پزشک خانواده تحت پوشش را برعهده دارد. مجموعه این کارها به مدیریت سلامت تعبیر می شود که از وظائف پزشک خانواده مسؤول می باشد.

سطح بندی خدمات سلامت

چیدمان خاص واحدهای تامین کننده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آن که دسترسی مردم به مجموعه خدمات تا جایی که ممکن است راحت، 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

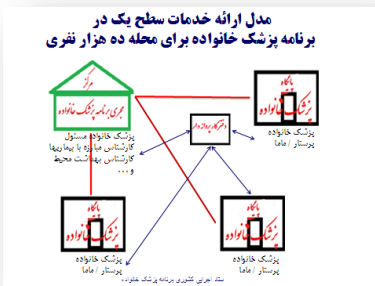
واحدی در نظام سلامت که به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد، و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت اتفاق می‌افتد. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان‌های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پی‌گیری بیمار، عمده خدمات این سطح را تشکیل می‌دهد که در چارچوب خدمات‌های واحد پزشکی خانواده، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل می‌گیرد.

در این سطح، اعضای مختلف تیم سلامت انجام وظیفه می نمایند. به عنوان مثال پزشکان خانواده، درکنار سایر اعضای تیم سلامت اقدام به ارائه خدمات مختلفی که برای آنها پیش بینی شده است می نمایند و کاردان ها و کارشناس

های بهداشتی، مراقبت های اولیه ی بهداشتی درمانی را ارائه می نمایند. تمامی وظایف برای کلیه کارکنان تیم سلامت تعریف شده است.

خدماتها و مراقبت‌هایی که در سطح یک، برای اعضای تیم سلامت در نظر گرفته شده به شرح زیر است:
درمان بیماری ها، اقدامات اورژانسی و فوریت ها.

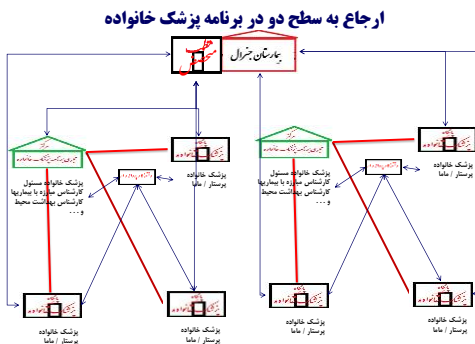
- مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش و محله مربوطه.
- آموزش و ارتقای سلامت.
- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت.
- پذیرش موارد ارجاعی و ارائه پس‌خوراند مناسب.
- ارجاع مناسب و به موقع در مواردی که اقدامات تخصصی تر مورد نیاز است و پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر.
- دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز براساس پس‌خوراند.



سطح دو

واحدی در نظام سلامت که خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع‌شدگان از سطح یک قرار می‌دهد و سپس پزشک خانواده ارجاع‌کننده را از نتیجه کار خویش مطلع می‌سازد. این سطح به طور معمول در بیمارستان‌های عمومی شهرستان و مطب‌های خصوصی مستقر می‌باشد.

ارتباط سطح ۱ و سطح ۲ در شکل زیر نشان داده شده است:

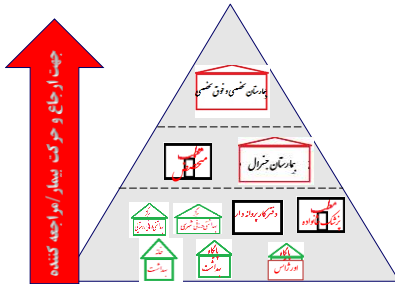


سطح سه

شامل خدمات فوق تخصصی و توانبخشی سرپایی یا بستری دارای اولویت، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک تخصصی تر می‌باشد. بازخورد خدمات این سطح، در اختیار سطح ارجاع‌کننده قرار می‌گیرد. این سطح به طور معمول در بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی دانشگاهی و مراکز استان‌ها و بخش خصوصی مستقر است.

ارتباطات سه گانه سطوح اول تا سوم به صورت هرم نظام ارائه خدمات و ارجاع در برنامه پزشک خانواده در نمودار زیر نشان داده شده است:

هرم نظام ارائه خدمت و ارجاع در برنامه پزشک خانواده



عملکرد شبکه یا نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده

کلیه پزشکان خانواده همراه با مراکز دولتی یا غیردولتی که در سطوح دوم و سوم به ارائه خدمات بهداشتی، تشخیصی، درمانی و توان بخشی به صورت سرپایی یا بستری می پردازند، شبکه ارجاع را تشکیل می دهند. تمامی این مراکز به عنوان همکاران (اعضا) شبکه ارجاع خوانده می شوند. ارجاع مجموعه فرایندهایی است که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح سه گانه برای دریافت خدمات مورد نیاز به منظور تامین جامعیت و تداوم خدمات سلامت تعیین می کند. اطلاعات راجع به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت نهایتاً در پرونده سلامت الکترونیک شخص نزد پزشک خانواده یا تیم

سلامت از طریق ارسال پس خوراند از سطوح تخصصی تر، ثبت می شود.

ارجاع عمودی: حرکت بیمار از یک سطح به سطح بالاتر یا پایین تر.

ارجاع افقی: مشاوره متخصص با سایر تخصص های پزشکی .

ارجاع بیمار به داروخانه و پاراکلینیک: شامل آزمایشگاه، تصویربرداری، فیزیوتراپی و

برگشت ارجاع (بازخوراند)

انتقال اطلاعات لازم از نحوه ارائه خدمات و پیگیری بیمار از سطح ارجاع شده به ارجاع دهنده را برگشت ارجاع (بازخوراند 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 شود، 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.

برگه ارجاع

منظور برگه ای است که مشخصات و مشکل بیمار در آن ثبت و به استناد آن بیمار به سطوح بالاتر یا پزشک

متخصص دیگر رجوع و خدمات سلامت مورد نیاز را دریافت می‌نماید. این فرم می‌تواند کاغذی یا الکترونیک باشد.

نبود سیستم ارجاع که در شرایط کنونی در شهرهای کشورمان حاکم است باعث بروز چه مشکلاتی در نظام سلامت شده است؟

مشکلات متعددی در شرایط کنونی که سیستم ارجاع در شهرهای کشور حاکم نیست، نظام سلامت کشورمان را احاطه کرده است و انتظار می‌رود با برقراری سیستم ارجاع این مشکلات نیز برطرف شوند. برخی از مهم‌ترین این مشکلات به قرار زیر است:

- عدم پاسخ‌گویی به دلیل عدم شناخت بیمار و پزشک از یکدیگر.
- ارائه خدمات موازی و تکراری توسط پزشکان مختلف برای یک بیمار.
- عدم ثبت اطلاعات و سوابق بیماری.
- بکارگیری امکانات پیچیده و گران برای بیماری‌های ساده
- عدم امکان پیگیری خدمات ارائه شده.
- مصرف بی‌رویه دارو و خدمات پاراکلینیک و تحمیل هزینه و عوارض ناشی از آن.

برخی تفاوت های پزشکی مرسوم و پزشک خانواده

| | | |
|---|--|---|
| پزشک خانواده با پوشش بیمه همگانی سلامت | پزشکی مرسوم | موضوع |
| سلامت نگر و پیشگیری کننده | بیمار نگر، درمانگر | رویکرد |
| کل نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی، جامع و جامعه نگر و درمان بیماری با توجه به خانواده و جامعه ای که موجب تکوین بیماری شده | بیماری و علامت خاص | حیطه تفکر و عمل |
| ریشه یابی علل بیماری در روش زندگی و... آنگاه تشخیص، درمان، پیشگیری، تغییر شرایط خطر و آموزش | اقدامات تشخیصی و درمانی | اقدامات و تصمیمات |
| رهبری اجتماعی و تغییر رفتار و درمان سرپایی یا در منزل | طبی، جراحی و تمایل به بستری | ابزار و روش کار |
| فرد سالم، فرد با بیماری پنهان یا آشکار برای ارتقا سلامت | بیمار برای درمان | مراجعه کننده |
| در ازای فرد تحت پوشش و کیفیت خدمات | در ازای ویزیت و خدمت | حق الزحمه |
| پیشگیری بهتر بیماری کمتر و منفعت بیشتر | بیمار بیشتر درآمد بیشتر | منفعت مالی پزشک |
| به دلیل شناخت کامل بیمار و مسؤولیت تداوم خدمت توسط یک پزشک متناسب با نیاز | به دلیل عدم شناخت قبلی از بیمار و تعدد پزشک مورد مراجعه زیاد | استفاده آزمایشگاه، رادیولوژی و تجویز دارو |
| استفاده از خدمات متناسب با نیاز | متناسب با توان و تمایل در پرداخت | برخورداری از خدمات |
| متناسب با توان پرداخت و درآمد | متناسب با خدمات دریافتی | مشارکت مالی |

پرونده الکترونیک سلامت

به مجموعه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان اطلاق می‌گردد 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 کند. ضروری است حداکثر تلاش برای فراهم آوردن الزامات استقرار این سامانه توسط دست اندرکاران صورت گرفته و استقرار پرونده الکترونیکی عملیاتی گردد.

پرونده الکترونیک سلامت، یک ابزار پیش بینی، هدایت و کنترل خدمات سلامت است و سرفصل‌های اصلی زیر را در خود جای داده است:

- اطلاعات هویتی و شناسنامه ای فرد.
- اطلاعات محل زندگی و سکونت فرد.
- مشخصات حقیقی و حقوقی پزشک خانواده و تیم سلامتی که عهده دار سلامت فرد گردیده است
- محتوای ویزیت پایه سلامت برای هر فرد که نشان می‌دهد وی دارای چه مشخصات مهمی در سابقه سلامت خود است از جمله:

(۱) نتیجه معاینات کلیه سیستم‌های بدن در دو دسته یافته‌ها و شکایت‌ها.

(۲) داروهایی که فرد مصرف می‌نماید.

(۳) اطلاعات مربوط به شیوه زندگی فرد شامل: تغذیه، تحرک بدنی، دخانیات و سایر اطلاعات مربوطه.

۴) سوابق پزشکی و سلامتی فرد مثل دریافت واکسن، جراحی‌های انجام شده و بیماری‌های قبلی.

۵) بیماری و یا سوابق بیماری‌ها، ناخوشی‌ها و بعضی حالات در اقوام فرد در سه دسته اقوام درجه یک، دو و سه. کلیه این اطلاعات در قالب پرونده الکترونیک سلامت، در مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت تشکیل شده و در اختیار پزشک خانواده فرد می‌باشد. در صورت صلاح دید، پزشک خانواده می‌تواند این اطلاعات را در اختیار سایر پزشکان مورد مشاوره قرار دهد.

پرونده الکترونیک سلامت و نقش آن در مدیریت سلامت:

با بکارگیری پرونده الکترونیک سلامت می‌توان سلامت افراد و منطقه تحت پوشش هر تیم سلامت را به نحو مناسب تری کنترل کرد به طوری که فواید زیر از اجرای این برنامه مورد انتظار خواهد بود:

- همه افراد جامعه دارای پرونده الکترونیک سلامت خواهند شد.
- مدیریت گردش امور در سطوح محیطی و ستادی وزارت بهداشت براساس فرایندهای درست و منطقی با ابزار فن آوری اطلاعات اجرا خواهد شد.
- محاسبه و مدیریت نظام پرداخت با توجه به تعداد افراد تحت پوشش و کمیت و کیفیت خدمت به سهولت امکان پذیر است.
- قیمت تمام شده هر خدمت در هر مکان و در مقاطع زمانی مختلف قابل تعیین خواهد بود.

- مشکلات سلامت هر منطقه براساس فراوانی ابتلا به یک بیماری و تاثیر بیماری در از دست رفتن سال های عمر (ناشی از مرگ و ناتوانی) قابل شناسایی خواهد بود.
- هزینه اثربخشی مداخلات مختلف درمانی و بهداشتی امکان پذیر خواهد شد.
- امکان تعیین میزان و شیوع عوامل خطرزای سلامتی در افراد و محیط آنها عملی خواهد شد.
- پرونده الکترونیک سلامت، امکان تخصیص منابع مبتنی بر برنامه های مصوب را در اختیار مجریان قرار خواهد داد.
- بر اساس پیوست امنیتی پرونده الکترونیک سلامت، سطح دسترسی به هر بخش از اطلاعات سلامت افراد بر اساس مسئولیت افراد در تیم سلامت متفاوت است.
- حتی مدیرانی که در سطح شهرستان، استان و ملی به سامانه پرونده الکترونیک سلامت دسترسی دارند فقط قادر به رویت گزارش های بروز و شیوع هستند که فاقد مشخصات فردی بیماران بوده. ضمناً با توجه به گردش اطلاعات بر بستر اینترنت و نه اینترنت امنیت قابل قبولی در مورد گردش اطلاعات وجود دارد

ضوابط و معیار ثبت نام پزشکان و اعضای تیم سلامت

کلیه پزشکان اعم از پرسنل رسمی و پیمانی شاغل در مراکز ارائه خدمات سلامت وابسته به نهادهای عمومی دولتی و غیردولتی و پزشکان بخش خصوصی می‌توانند با رعایت مقررات در سامانه www.1590.ir ثبت نام نمایند. پس از

طی مراحل پذیرش، لیست پزشکان واجد شرایط، برای ثبت نام افراد تحت پوشش اعلام عمومی می‌گردد. بدیهی است به این ترتیب پزشکان توسط مردم انتخاب می‌شوند. فهرست اسامی پزشکان خانواده در هر شهرستان توسط شبکه بهداشت و درمان آن شهرستان به اطلاع عموم مردم رسانیده شده و مردم می‌توانند از بین پزشکان خانواده معرفی شده، یک نفر را به عنوان پزشک خانواده خود (با مراجعه حضوری به پزشک مربوطه یا با استفاده از سایت 1590.ir) انتخاب نمایند.

چگونه می‌توان پزشک خانواده خود را انتخاب کرد؟

سرپرست خانوار، که تحت پوشش یکی از بیمه‌ها (خدمات درمانی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، کمیته امداد) می‌باشد می‌تواند پزشک خانواده را از بین پزشکان معرفی شده توسط شبکه بهداشت و درمان انتخاب کرده، به پزشک خانواده مراجعه و خود و سایر افراد خانواده را ثبت نام کند. در مراجعه اول، معاینه کامل انجام و کلیه اطلاعات فرد در پرونده وی ثبت می‌شود.

انتخاب پزشک خانواده از سوی سرپرست خانوار اختیاری است انجام کلیه مراحل اطلاع رسانی به بیمه شدگان برای انتخاب پزشک خانواده، بر عهده سازمان بیمه مربوطه می‌باشد. چنان چه بیمه شده نتواند یا نخواهد پزشک خانواده را خود انتخاب کند، بیمه‌گر مربوطه باید موضوع را با فرد در میان گذارد و موافقت او با این انتخاب یا پیشنهاد را کسب کند.

محل ورود خانواده‌ها جهت ثبت نام و دریافت خدمات در سطح اول، محل زندگی و سکونت خانواده است. برای

افرادی که به هر دلیل مانند اشتغال ادواری یا خوابگاهی، محل سکونت و محل کار فرد در دو شهر جداگانه باشد، انتخاب محل ورود به برنامه آزاد است .

انتخاب پزشک خانواده به صورت خانواری است یعنی سرپرست خانوار، مسئول انتخاب پزشک خانواده می باشد. انتخاب فردی، مشروط به ارائه درخواست سرپرست، با ذکر دلیل ممکن است .

تعویض پزشک خانواده، با انجام هماهنگی با بیمه و ستاد شهرستان، بدون هیچگونه محدودیتی امکان پذیر است .

گردش کار برخورد پزشک خانواده با مراجعه کنندگان

در مراجعه هر فرد به مرکز خدمات سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، در صورت نیاز به اقدامات مراقبتی، توصیه های لازم توسط پزشک یا تیم سلامت ارائه و ثبت می شود. از آنجا که مراقبت سلامت جمعیت تحت پوشش، توسط اعضای تیم سلامت به صورت فعال ارائه می گردد، تاریخ انجام مراقبت بعدی نیز به افراد یادآوری خواهد شد. کلیه موارد قابل توصیه و قابل پیگیری، به گیرندگان خدمت تذکر داده شده و در پرونده نیز ثبت خواهد شد.

پس از مراجعه هر فرد بیمار به مرکز مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، پس از گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی و تشخیص اولیه در صورت نیاز، اقدامات

درمانی توسط پزشک یا تیم سلامت ارائه و ثبت می‌شود. در صورتی که تشخیص میسر نشود گام‌های بعدی برای رسیدن به تشخیص، طراحی می‌شود.

در ارجاع به سطوح تخصصی، انتخاب نوع تخصص بر عهده پزشک خانواده است ولی بیمار در انتخاب متخصص و مرکز ارائه‌کننده خدمات در سطح دوم، از بین اعضای شبکه ارجاع (در بخش دولتی، خصوصی یا عمومی) آزاد است و تیم سلامت و پزشک خانواده در انتخاب مرکز ارائه‌کننده خدمت، فقط راهنمایی لازم را انجام خواهند داد.

مدارک لازم جهت ثبت نام و انتخاب پزشک خانواده چیست؟

کلیه بیمه‌شدگان تحت پوشش، براساس دفترچه معتبر و شماره ملی، احراز هویت شده و در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، توسط پزشکان خانواده ثبت نام می‌شوند.

در مورد کسانی که بیمه شده هستند اما شماره ملی ندارند (تبعه ایران نیستند) علاوه بر دفترچه، به جای کد ملی، از شماره گذرنامه استفاده می‌شود.

باید توجه داشت که در آغاز برنامه پزشک خانواده، دفترچه‌های بیمه موجود (خدمات درمانی، تامین اجتماعی و ...) نشان‌دار شده و مورد استفاده قرار می‌گیرند و در آتی دفترچه بیمه یکسان، به نام دفترچه بیمه سلامت در اختیار افراد قرار داده می‌شود.

اگر در مراحل انتخاب پزشک خانواده و ثبت نام دچار مشکل شدید در آینده نزدیک هر شهرستان شماره تلفن ۱۵۹۰ با تعداد خطوط و اپراتور کافی در اختیارتان قرار می گیرد که در تمامی مراحل پاسخ گوی شما باشد.

چه کسانی می توانند از خدمات پزشک خانواده در شهر استفاده کنند؟

کسانی که تحت پوشش یکی از بیمه های خدمات درمانی، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح یا کمیته امداد باشند (افراد تحت پوشش سایر بیمه های پایه در صورتیکه بیمه گر مربوطه با هماهنگی ستاد اجرایی تعهدات لازم را بپذیرد می توانند وارد برنامه شوند)، افراد فاقد بیمه می توانند با مراجعه به ادارات بیمه خدمات درمانی، تحت پوشش بیمه ایرانیان قرار گیرند.

آیا امکان تغییر پزشک خانواده وجود دارد؟

افراد می توانند تا دو بار در سال، پزشک خانواده خود را عوض کنند، فاصله دو بار تغییر نباید کمتر از سه ماه باشد.

تعویض پزشک خانواده، با انجام هماهنگی با بیمه و ستاد شهرستان امکان پذیر است.

اگر در زمان مسافرت دچار بیماری شدید چه کنیم؟

افراد در زمان مسافرت در موارد اورژانس مانند سایر بیماران اورژانسی، بدون نیاز به رعایت نظام ارجاع، به مراکز اورژانس مراجعه خواهند نمود و در موارد غیر اورژانس و در صورت ضرورت به پزشک خانواده محل سفر (در پایگاه، مرکز مجری، مرکز کشیک) مراجعه می نمایند. در این شرایط فرد نمی تواند توسط پزشک موقت، 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) در این موارد ۷۰ درصد هزینه های دولتی سطح یک، توسط بیمه پرداخت خواهد شد.

ساعات پاسخگویی پزشک خانواده و امکان سوال تلفنی

ساعات کار پزشک خانواده، روزانه ۸ ساعت در دو نوبت صبح و عصر (ساعات ۸ الی ۱۲ و ۱۶ الی ۲۰) و پنجشنبه ها فقط صبح می باشد. البته این ساعات بر حسب مکان جغرافیایی و شرایط خاص با هماهنگی ستاد مرکزی قابل تغییر است.

همچنین سامانه گویای ۱۵۹۰ به صورت شبانه روزی، آماده پاسخ گویی به سوالات مردم در مورد مسائل مربوط به پزشک خانواده و مشکلات سلامتی خواهد بود. افراد در ساعات نیمه شب و غیر اداری باید به یکی از مراکز اورژانس، بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی طرف قرارداد مراجعه کنند.

چرا نباید بطور مستقیم به پزشک متخصص مراجعه کرد؟

هر علامت و کسالت در انسان می تواند ناشی از علل و عوامل مختلفی باشد. پزشک خانواده با نگاه کل نگر و با توجه به شناخت کاملی که از بیمار خود دارد براحتی می تواند علت بروز یک کسالت خاص را کشف و درمان نماید و در صورتیکه آن بیماری در حیطه تخصص بود پزشک خانواده است که می

تواند بدرستی تخصص مورد نیاز را تعیین و بیمار را به متخصصین مربوطه ارجاع نماید و اگر بیمار رأساً اقدام به انتخاب و مراجعه به متخصص بپردازد بسیار احتمال دارد که در انتخاب تخصص مربوطه اشتباه کرده و متخصص هم به علت توجه خاص به حیطه تخصصی خود ممکن است مشکل بیمار را به خوبی تشخیص نداده و منجر به تأخیر در تشخیص و انجام آزمایشات بی مورد و ... شود

پرداخت مبلغ ویزیت پزشک خانواده و سایر خدمات چگونه است ؟

ویزیت پزشک خانواده، تزریقات و سرم تراپی و نیز فرانشیز دارو های تجویزی توسط پزشک خانواده، رایگان است. اما فرانشیز دارو در مراجعه به پزشک متخصص و فوق تخصص مانند شرایط فعلی خواهد بود.

در خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی اگر نسخه بیمار توسط پزشک خانواده ، متخصص و فوق تخصص طرف قرارداد و در قالب نظام ارجاع باشد، ۷۰ درصد هزینه در بخش دولتی و ۷۰ درصد هزینه در بخش خصوصی (طبق تعرفه توافقی) به عهده ی سازمان های بیمه خواهد بود. در خارج از نظام ارجاع کلیه این هزینه ها به عهده بیمار خواهد بود .

در صورت ارجاع و بستری شدن بیمار در بخش خصوصی، در صورتی که بیمارستان خصوصی طرف قرارداد باشد، ۹۵ درصد هزینه ها بر اساس تعرفه دولتی توسط بیمه ها به بیمارستان و مابقی توسط بیمار پرداخت می شود.

وقتی پزشک خانواده در مرخصی است چه باید کرد؟

در این موارد پزشک جانشین اعلام خواهد شد. پزشک جانشین باید از پزشکان همان محل بوده و فاصله دسترسی مناسبی داشته باشد.

خلاصه نتایج بلند مدت اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

با اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع انتظار می رود در درازمدت نتایج زیر بدست آید:

الف) برای مردم

- افزایش پوشش و پاسخ گویی به نحوی که کلیه خدمات مورد نیاز در قالب بسته های خدمات به عموم مردم کشور ارائه شود.
- اصلاح نظام سلامت و افزایش پاسخگویی و مسئولیت پذیری نظام سلامت، تیم سلامت و پزشکان در مقابل مردم
- ارتقای سلامت به نحوی که شاخص های سلامت وضعیت مطلوب تری نسبت به شرایط کنونی داشته باشند. انتظار می رود ارتقا سلامت با استراتژی های زیر محقق گردد:

- (۱) از طریق انجام ویزیت پایه.
- (۲) ایجاد و استفاده از پرونده الکترونیک سلامت تحت شبکه در تمام مراجعات.
- (۳) انجام مراقبت ها مطابق برنامه های سلامت کشوری.

۴) ارزیابی، مدیریت و کاهش عوامل خطر فردی و اجتماعی سلامت در مردم.

- افزایش عدالت در سلامت به نحوی که سهم پرداخت افراد فقیر و غنی متعادل تر شده و درکل پرداخت های مستقیم مردم به نظام سلامت کاهش یابد. ضمناً پوشش بیمه ای کامل مردم نیز که در برنامه دیده شده است به تحقق این مهم کمک خواهد کرد.
- افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت درکل جمعیت شهری و روستایی کشور.
- افزایش رضایت از خدمات سلامت.

ب) برای پزشکان عمومی

- ارتقاء جایگاه و شأن آنان با دریافت عنوان ارزشمند «پزشک خانواده».
- داشتن نقش تصمیم گیرنده در مورد سلامت افراد تحت پوشش و وظیفه دیده بانی سلامت.
- ارتقا توان علمی و تجربی آنان و تسهیل ورود به دوره‌های MPH و دستیاری تخصص پزشک خانواده.
- امکان آموزش غیرحضوری، الکترونیک و دریافت مشاوره و امکان پیگیری بیماران.
- تثبیت و افزایش درآمد، با توجه به پرداخت سرانه ای درآمد تضمینی ایجاد می شود .
- درآمد مازاد بر سرانه با توجه به پرداخت های تشویقی در مورد مراقبت های خاص و کشف بیماری ها.

ج) برای پزشکان متخصص

- افزایش دقت و اثربخشی تشخیص و درمان بیماران با ویزیت بیماران تخصصی

- دسترسی به سوابق و پرونده الکترونیک (آزمایشات و... بیمار).
- غربال شدن بیماران توسط پزشک خانواده و ارسال شرح حال اخذ شده توسط پزشک خانواده.
- افزایش درآمد ناشی از ویزیت بیماران ارجاعی. به پزشکان متخصص بخش خصوصی که بیماران ارجاعی پزشک خانواده را ویزیت می کنند یک حق ویزیت خصوصی و یک حق ویزیت دولتی پرداخت می شود و به متخصصین بخش دولتی در با رعایت نظام ارجاع سه ویزیت دولتی پرداخت خواهد شد لیکن در موارد فوق بیمار فقط ۱۰٪ یک ویزیت را پرداخت خواهد کرد
- ارتقا علمی با درمان بیماران تخصصی و ایجاد وقت آزاد جهت ارتقا علمی.

د) برای دولت و کشور

- ارتقا سلامت عمومی و در نتیجه توسعه اقتصادی اجتماعی کشور.
- کاهش هزینه های غیر ضروری (دارو و پاراکلینیک و...).
- همدلی مردم و مسئولین با ایجاد درک مشترک در حوزه سلامت.
- توجه به عوامل اجتماعی سلامت با نگاه جامع پزشک خانواده و تیم سلامت.
- در نهایت کاهش بار بیماری ها و هزینه های ناشی از آن با ارتقا سلامت و پیشگیری.

منابع

- ۱- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی "دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۰۲" بهار ۱۳۹۱
- ۲- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، کمیته بازنگری برنامه های سلامت " شرح خدمات تیم سلامت و پزشک خانواده" چاپ آروبیج -۱۳۸۶
- دکتر صدقیانی، ابراهیم - طرح بازنگری در ساختار سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دکتر پيله رودی، سیروس - شبکه بهداشت و درمان شهرستان
- ۳- خلیلی:مجید، " سیری در تاریخ علم پزشکی"،
- مصوبات ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع