



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی تهران

برنامه‌ریزی اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
گروه خدمات سلامت



<http://nihr.tums.ac.ir>

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سرشناسه	: ابوالحسنی شهرضا، فرید، ۱۳۳۹ -
عنوان و نام پدیدآور	: برنامه‌ریزی اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود/نویسنده فرید ابوالحسنی شهرضا؛ [برای] دانشگاه علوم پزشکی تهران، موسسه ملی تحقیقات سلامت گروه خدمات سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
مشخصات نشر	: تهران: آفریدگار قلم، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	: ۲۵۸ص: جدول.
شابک	: 978-600-5372-00-7
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: اسامی نویسندگان فرید ابوالحسنی شهرضا، سمیه افشاری، علیرضا حاجی زاده، محمد فاروق خسروی، فخرالدین داستاری، سجاد دری، مژگان لطافت نژاد، مهران مقصدولو
موضوع	: پزشکی خانواده -- ایران Family medicine -- Iran سلامت‌پروری -- ایران -- برنامه‌ریزی -- سیاست دولت Health promotion -- Planning -- Government policy -- Iran سلامتی سنجی -- ایران Health surveys -- Iran
شناسه افزوده	: موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران
شناسه افزوده	: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شناسه افزوده	: Iran. Ministry of Health and Medical Education:
شناسه افزوده	: موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران. گروه خدمات سلامت
رده بندی کنگره	: ۵/RA۴۱۸:
رده بندی دیویی	: ۹۵۵/۶۱۰:
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۳۰۵۹۸۵:
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیبا



انتشارات آفریدگار قلم

عنوان کتاب: برنامه‌ریزی اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود

نویسندگان: فرید ابوالحسنی شهرضا، سمیه افشاری، علیرضا حاجی زاده، محمد فاروق خسروی، فخرالدین داستاری، سجاد دری، مژگان لطافت نژاد، مهران مقصدولو

ناشر: انتشارات آفریدگار قلم

طراحی و صفحه‌آرایی: محمد علائی پور

چاپ و صحافی: بهرنگ

تیراژ: ۵۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۲

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۳۷۲-۰۰-۷

قیمت: این کتاب رایگان می‌باشد

چکیده

با توجه به رسالت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، مبنی بر تولید شواهد مورد نیاز برای سیاست‌گذاری و نظر به تمایل نظام سلامت کشور برای اتخاذ رویکرد پزشکی خانواده، گروه خدمات سلامت مؤسسه مأموریت یافت تا تجربه کشور را در این حوزه مورد ارزیابی قرار دهد و مستنداتی به منظور کمک به امر سیاست‌گذاری در حوزه پزشکی خانواده تهیه کند. بدین منظور گروه خدمات سلامت مسیری مشتمل بر پنج گام زیر را پیشنهاد کرد و خود در حد توان، اقداماتی را به منظور پیمودن این مسیر به انجام رساند.

۱. ارزیابی مدل‌های اجرا شده پزشکی خانواده در کشور

۲. طراحی یک حداقل قابل اجرا برای پزشکی خانواده و اجرای آن در یک منطقه محدود

۳. ارائه چارچوب کلی و ضوابط اجرایی پزشکی خانواده

۴. اجرای پزشکی خانواده در سطح یک یا چند شهرستان

۵. تدوین برنامه ملی پزشکی خانواده

گام اول، خود از شش پروژه: ۱- مرور مستندات منتشر شده در ارتباط با اجرای پزشکی خانواده در ایران، ۲- بررسی دیدگاه ذی‌نفعان، ۳- انجام مطالعه بهره‌مندی در استان‌های فارس و مازندران، ۴- بررسی هزینه چارچوب‌های اجرا شده پزشکی خانواده، ۵- بررسی پی‌آمدهای اجرای پزشکی خانواده، و ۶- بررسی انسجام و استحکام چارچوب‌های اجرا شده در کشور، تشکیل می‌شود. گزارش پروژه اول تحت عنوان «بررسی تجربه ایران در اجرای پزشکی خانواده بر مبنای مطالعات منتشر شده»، به صورت مستقل، توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت منتشر شده است. سایر پروژه‌های این گام باید در آینده به تدریج در دستور کار مؤسسه ملی تحقیقات سلامت قرار گیرد.

برای برداشتن گام دوم، با توجه تجارب بین‌المللی در اجرای پزشکی خانواده و همچنین تجربه کشور، ۱۸ پروژه تعریف شد. پیش‌فرض تعریف این پروژه‌ها، اجرای برنامه پزشکی خانواده در یک منطقه محدود بوده است. با توجه به تغییرات بنیادینی که اجرای پزشکی خانواده در نظام سلامت ایجاد می‌کند، تنها پس از اجرای آن در یک منطقه محدود و اصلاح کاستی‌های آن، می‌توان به تدریج برای گسترش آن به سطح کشور برنامه‌ریزی کرد. لذا نتایج حاصل از انجام این پروژه‌ها را باید در سایه این رویکرد مورد توجه قرار داد. در ادامه خلاصه نتایج حاصل از اجرای این پروژه‌ها ارائه شده است.

۱- چارچوب کلی پزشکی خانواده برای اجرا در یک منطقه محدود

پزشک خانواده یک پزشک عمومی یا متخصص است که پس از شرکت در یک دوره کوتاه‌مدت، در کنار یک مراقب سلامت و یک منشی، بهره‌مندی یک جمعیت تعریف شده را از یک بسته خدمت تعریف شده، به شرط نیاز، در قالب ارائه مستقیم خدمت یا ارجاع به سایر خدمت‌گران، تضمین می‌کند. سرپرست خانواده‌های ساکن در منطقه، از میان پزشکان خانواده منطقه، پزشک مورد نظر خود را انتخاب می‌کنند. استانداردهای ارائه خدمات تشکیل دهنده بسته خدمت در قالب راهنماهای ارائه خدمت، در اختیار پزشک خانواده قرار می‌گیرد. حق الزحمه پزشک خانواده در قالب سرانه تعدیل شده با ترکیب سنی جنسی جمعیت تحت پوشش و کیفیت عملکرد او پرداخت می‌شود.

چهار تخصص داخلی، اطفال، زنان و روان‌پزشکی به عنوان اعضای تیم بزرگ پزشکی خانواده منطقه، از نزدیک با پزشکان خانواده همکاری می‌کنند. آموزش، مشاوره تلفنی فوری، مشورت غیرفوری، ویزیت بیماران ارجاع شده، و پایش عملکرد پزشکان خانواده وظایف اصلی متخصصانی را تشکیل می‌دهد که در این قالب با برنامه همکاری می‌کنند. کارشناسان تغذیه، روان‌شناسی و مددکاری اجتماعی اعضای دیگر این تیم بزرگ را تشکیل می‌دهند و موارد ارجاع شده از سوی پزشکان خانواده را تحت بررسی و اقدام مقتضی قرار می‌دهند. در صورت نیاز بیماران، پزشکان خانواده می‌توانند آنان را به سایر خدمت‌گزاران طرف قرارداد برنامه پزشکی خانواده نیز ارجاع کنند.

۲- تأمین مالی اجرای پزشکی خانواده

تأمین مالی نظام سلامت به یکی از چهار روش پرداخت مستقیم توسط دریافت کنندگان خدمت، صندوق دولت، بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های خصوصی تأمین می‌شود. نظام تأمین مالی سلامت از فرآیندهای جمع‌آوری، تجمیع، و مدیریت مالی به منظور خرید خدمات سلامت، تشکیل می‌شود. تعیین منابع اصلی تأمین مالی نظام پزشکی خانواده در کشور و سهم هر یک از روش‌های فوق در آن، از مصادیق سیاست‌گذاری‌های کلانی است که در هنگام تصمیم‌گیری برای اجرای برنامه در یک سطح گسترده، باید در مورد آن تصمیم مقتضی اتخاذ گردد؛ ولی به منظور اجرای برنامه در یک منطقه محدود، تأمین مالی از هر منبعی که بتواند هزینه‌های برنامه را برای یک مدت مشخص پوشش دهد، می‌تواند مورد توجه قرار گیرد. اهم این منابع عبارتند از:

- دولت در قالب یک اعتبار که در بودجه وزارت بهداشت پیش‌بینی شده باشد
- بیمه‌های سلامت: سازمان تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایرانیان و بیمه‌های خصوصی
- خیران سلامت
- ستاد اجرایی فرمان حضرت امام
- بنیاد مستضعفان
- کمیته امداد امام خمینی
- شهرداری تهران

۳- حقوق خدمت‌گیران و خدمت‌گران

حقوق تکالیفی هستند که نظام ارائه خدمت در قبال خدمت‌گیران و خدمت‌گران، خود را به رعایت آنها ملزم کرده است. این حقوق در برگیرنده نیازهای جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی معقول و مشروع افراد است که خود را به صورت استانداردها، قوانین و مقررات نشان می‌دهد. هنگامی می‌توان از رعایت یک حق اطمینان حاصل کرد که: ۱- تعریف روشن و شفاف برای آن وجود داشته باشد؛ ۲- استانداردهایی که رعایت آنها به معنای ادای آن حق باشد، تعریف شده باشد؛ ۳- خدمت‌گران و خدمت‌گیران در مورد آنها آموزش دیده باشند؛ ۴- رعایت استانداردها مورد پایش منظم قرار گیرد؛ و ۵- در صورت رعایت نشدن حق، ذی‌حق به راحتی بتواند شکایت کند. اهم حقوق خدمت‌گیران عبارتند از: ایمنی، برخورداری از خدمات مؤثر و کم‌عارضه، تداوم خدمت، رعایت شأن و احترام، برقراری ارتباط مؤثر، محیط دریافت خدمت مطبوع، حفظ حریم خصوصی، اظهار نظر و شکایت، انتخاب خدمت‌گر، دسترسی به خدمت، دسترسی به اطلاعات، و مشارکت در تصمیم‌گیری.

اهم حقوق خدمتگزار عبارتند از: ایمنی، امنیت شغلی، رعایت شأن و احترام، برقراری ارتباط مؤثر، محیط ارائه خدمت مطبوع، حفظ حریم خصوصی، اظهار نظر و شکایت، برابری و عدالت، دسترسی به اطلاعات، و مشارکت در تصمیم‌گیری.

۴- بسته خدمت

مقصود از بسته خدمت مجموعه خدمات مراقبتی، پیشگیری، تشخیصی، درمانی و بازتوانی است که تأمین مالی پایدار برای ارائه آنها امکان‌پذیر است و در قالب رویکرد پزشکی خانواده، بهره‌مندی جمعیت از آنها، به شرط نیاز، تضمین می‌شود. تعیین بسته خدمت مستلزم در اختیار داشتن مدل، معیارهای متناسب با مدل و داده‌های متناسب با معیارها است. با توجه به آنکه همه این موارد در معرض تغییر مداوم قرار دارند، بسته خدمت نیز، برای آنکه متناسب با شرایط حاکم بر جمعیت و نظام سلامت باشد، باید به صورت مستمر مورد بازنگری قرار گیرد. به همین سبب، این وظیفه باید بر عهده یک نهاد با ثبات و کارآمد در نظام سلامت قرار داده شود. در قالب حرکت جاری تنها می‌توان مدل مناسب برای تعیین بسته خدمت، داده‌های مورد نیاز برای اجرای مدل و همچنین ساختار مناسب را، برای اجرای آن، پیشنهاد کرد. پروژه ارائه مدل مناسب برای تعیین بسته خدمت در دست انجام است و گزارش آن در این مجموعه آورده نشده است.

۵- راهنماهای ارائه خدمت

توصیه‌های بالینی اخذ شده از کارآزمایی‌های بالینی، منوط بر آنکه با اتکا بر روش‌های علمی به انجام رسیده باشند، و مرورهای نظام‌مند مبتنی بر آنها، معتبرترین میانی تصمیم‌گیری در مورد روش‌های ارائه خدمت را تشکیل می‌دهند. با توجه به تولید روزمره شواهد بالینی، راهنماهای ارائه خدمت باید به صورت مستمر مورد بازنگری قرار گیرند. به همین سبب وظیفه تولید و به روز نگاه داشتن راهنماها باید بر عهده یک نهاد با ثبات در نظام سلامت کشور باشد. نظیر بسته خدمت، در قالب حرکت جاری، فقط می‌توان چارچوب و الزامات نظام تدوین راهنماهای ارائه خدمت را پیشنهاد کرد. علیرغم تلاش برای تشکیل تیمی به منظور ارائه این چارچوب، متأسفانه تا کنون تیم این پروژه شکل نگرفته است و لذا گزارشی از آن نیز در این مجموعه آورده نشده است.

۶- ارجاع، تضمین تداوم و هماهنگی خدمات

ارجاع از چهار رکن بیمار، فرستنده (ارجاع کننده)، پذیرنده (خدمتگری که بیمار به او ارجاع شده است)، و فرآیند ارجاع تشکیل می‌شود. ارجاع مطلوب مستلزم اتخاذ رفتارهای مشخصی از سوی فرستنده و پذیرنده است که مؤثرترین روش برای ترغیب آنان به چنین رفتارهایی استفاده از روش پرداخت مناسب است. برقراری یک نظام ارجاع کارآمد منجر به تضمین تداوم خدمت برای بیماری می‌شود که پزشک خانواده قادر به ارائه همه خدمات مورد نیاز او نیست؛ و هنگامی که خدمات مورد نیاز یک خدمتگیر توسط چند خدمتگر ارائه می‌شود، هماهنگی خدمات موضوعیت پیدا می‌کند. برای آنکه تداوم و هماهنگی خدمت تضمین شود و خدمتگیر بدون اتلاف وقت و سر درگمی و در هماهنگی کامل، همه خدمات مورد نیاز خود را دریافت کند، فرآیند ارجاع باید با توجه به جزئیات و به دقت طراحی شود. در این پروژه فرآیندهای ارائه خدمت و ارجاع به همه خدمتگزاران با ذکر جزئیات، به عنوان یک مثال از طراحی دقیق عملیاتی، طراحی شده است. پیگیری بیمار به منظور کسب اطمینان از دریافت به موقع خدمت، با توجه به همه الزامات آن، در این طراحی مورد توجه ویژه قرار گرفته است.

۷- نظام دریافت بازخورد از همه ذی‌نفعان

مقصود از نظام دریافت بازخورد، وجود بستری است که همه ذی‌نفعان نظام پزشکی خانواده بتوانند دیدگاه‌های خود را در مورد این نظام در آن مطرح و از اینکه این دیدگاه‌ها مورد توجه و پیگیری قرار گرفته است، اطمینان حاصل کنند. تا کنون بسترهای الکترونیک متنوعی برای مدیریت بازخورد در نظام سلامت معرفی شده است. سیستم‌های Zonka Feedback، ReviewTrackers، piHappiness و Omoto مثال‌هایی از این بسترها هستند.

زیر سامانه دریافت بازخورد باید جزئی از سامانه‌ی پزشکی خانواده باشد. در این زیرسامانه، بازخورد به دو روش مستقیم و غیر مستقیم دریافت می‌شود. در روش مستقیم هر فردی که در سامانه ثبت نام کرده باشد، قادر به ثبت بازخورد در سامانه است. این بازخورد می‌تواند در قالب تکمیل فرم‌های نظر سنجی یا به صورت متن باز ارائه شود. افزون بر زیرسامانه بازخورد، از ثبت بازخورد از طریق تماس تلفنی، ارسال پیام کتبی یا صوتی در شبکه‌های اجتماعی، ارسال نامه کاغذی یا الکترونیک نیز می‌توان برای دریافت بازخورد مستقیم استفاده کرد. در روش غیرمستقیم ابتدا نقاط بازخوردپذیر سیستم مشخص شده در زمان تماس افراد با این نقاط از آنان خواسته می‌شود که به سؤالات از پیش تعیین شده پاسخ دهند. به عنوان مثال‌هایی از نقاط بازخورد پذیر می‌توان از هنگام درخواست تغییر پزشک، پس از دریافت ویزیت، پس از ترخیص از بیمارستان، یا پس از ارجاع و ویزیت متخصص، نام برد. در طراحی فرآیندهای ارائه خدمت و ارجاع این نقاط بازخورد مشخص شده‌اند.

۸- جمعیت تحت پوشش یک پزشک خانواده

علیرغم آنکه برنامه پزشکی خانواده از سال ۱۳۸۴ در کشور در حال اجرا است، هنوز شیوه محاسبه جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده به صورت شفاف بیان نشده است. با افزایش جمعیت تحت پوشش از تعداد پزشک خانواده مورد نیاز در کشور کاسته می‌شود؛ ولی از سوی دیگر منجر محدودیت زمانی می‌شود که پزشک می‌تواند صرف ارائه خدمت به هر یک از افراد جمعیت تحت پوشش خود کند. این محدودیت ممکن است منجر به کاهش کیفیت خدمات یا کوچک شدن بسته خدمت شود. بنا بر این ضروری است که با یک روش منطقی نسبت به محاسبه جمعیت تحت پوشش هر پزشک اقدام کرد تا به توازن قابل دفاعی میان متغیرهای متأثر از آن دست یافت.

در این پروژه، بر مبنای مطالعاتی که در آن میانگین دفعات دریافت خدمت از پزشک خانواده بر حسب سن و جنس محاسبه شده است و همچنین پیش‌فرض‌های مختلف در مورد میانگین زمان هر ویزیت، تعداد روزهای فعال کاری در سال و تعداد ساعات کار در هفته، جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده در استان‌های مختلف کشور، در قالب ۴ سناریو محاسبه شده است. در مجموع، این محاسبات حکایت از آن دارد که برای ارائه یک بسته خدمت متعادل و با کیفیت مناسب، هر پزشک خانواده باید به ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر خدمت ارائه کند. از آنجا که منابع کشور پاسخ‌گوی اجرای پزشکی خانواده با چنین استانداردی نیست، می‌توان، متناسب با منابع قابل تدارک، این عدد را افزایش داد. در این صورت باید با ایجاد تغییرات مناسب در بسته خدمت، از افت قابل توجه در کیفیت خدمات ارائه شده پیشگیری کرد.

۹- نظام پایش و ارزیابی عملکرد

رعایت استانداردها شرط دستیابی به اهداف برنامه پزشکی خانواده است. به همین سبب باید ساز و کارهایی را برای صیانت از استانداردها پیش‌بینی و فعالیت‌هایی را بدین منظور طراحی کرد. بررسی خدمتگیر، کنترل منابع، کنترل اسناد، مشاهده خدمتگر در حین ارائه خدمت، و پرسش و پاسخ و ایفای نقش اهم فعالیت‌های یک پایش مؤثر را تشکیل می‌دهد. چک‌لیست‌های تهیه شده بر مبنای استانداردهای برنامه ابزارهای اصلی پایش را تشکیل می‌دهند. ارزیابی، بررسی تحقق اهداف در پی اجرای برنامه در عمل است. در ارزیابی برودادها، پی‌آمدهای واسط و پی‌آمدهای نهایی مورد مطالعه قرار می‌گیرند. نتایج پایش و ارزیابی را می‌توان در قالب اندیکاتورها (شاخص‌های ساده) یا اندکس‌ها (ترکیبی از چند شاخص) بیان کرد. از کنار هم قرار دادن شاخص‌های پایش و ارزیابی، با توجه به مدل زنجیره‌ای یا منطقی، می‌توان به تحلیل مناسبی از عملکرد برنامه دست یافت. مدل زنجیره‌ای ارتباط بین درونداها، فعالیت‌ها، برودادها و پی‌آمدها را در یک برنامه خاص تندرستی بیان می‌کند.

طراحی نظام پایش و ارزیابی اختصاصی برنامه پزشکی خانواده وابسته به مشخص شدن استانداردهای عملیاتی، به ویژه راهنماهای ارائه خدمت، و اهداف اختصاصی برنامه است. با توجه به آنکه در حال حاضر فقط طراحی عملیاتی فرایندهای ارائه خدمت و ارجاع به انجام رسیده است، می‌توان نسبت به طراحی چک‌لیست‌ها و تعریف شاخص‌های پایش و ارزیابی این بخش اقدام کرد.

۱۰- سامانه ثبت داده و مدیریت جریان کار

با استفاده از یک سامانه الکترونیک ثبت داده می‌توان خدمات مورد نیاز هر یک از افراد تحت پوشش را کارآمدتر مدیریت کرد؛ با تحلیل حجم عظیم داده‌های جمع‌آوری شده عملکرد برنامه را ارزیابی و برای ارتقای آن تلاش کرد؛ و با مدیریت بهتر فرآیندهای ارائه خدمت و ارجاع، تداوم و هماهنگی خدمات را تضمین کرد. این سامانه باید تحت وب طراحی شود و از طریق دسکتاپ و گوشی تلفن همراه امکان استفاده از آن وجود داشته باشد. این سامانه مجموعه‌ای از سرویس‌های مستقل است که، در تعامل با یکدیگر، زمینه دستیابی به اهداف فوق را فراهم می‌کنند. اهم این سرویس‌های مستقل عبارتند از: کنترل ویرایش، فرم‌ساز، جریان کارساز، سامانه پیام‌رسان، مدیریت کاربر، منابع انسانی، محیط ثبت نام، انتخاب پزشک، قرار ملاقات، ارتباط با داروخانه و پاراکلینیک، پیگیری خدمات، پرونده یک‌پارچه خدمتگیر، کیفیت خدمات، و گزارش ساز. با توجه به آنکه طراحی سرویس‌های مستقل را می‌توان به موازات طراحی جزئیات و تعیین استانداردهای برنامه به پیش برد، در صورت وجود اراده برای اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود، باید در اولین فرصت نسبت به انجام مقدمات طراحی سامانه اقدام کرد.

۱۱- فراخوان جمعیت برای ثبت نام

پزشکی خانواده، به مثابه یک کسب و کار، باید بتواند توجه مشتریان را به خود جلب و پس از جذب، برای حفظ آنان تلاش کند. در محیط کسب‌وکار، مجموعه فعالیت‌هایی که این هدف را تعقیب می‌کنند، بازاریابی خوانده می‌شود. بازاریابی بر سه رکن بازاریابی، بازاریابی، و بازاریابی استوار است. روش‌های بازاریابی بسیار متنوعند؛ ولی در این سند انواع بازاریابی قابل اجرا در برنامه پزشکی خانواده مورد بحث قرار گرفته است. این روش‌ها عبارتند از: بازاریابی با استفاده از افراد ذی‌نفع، بازاریابی رابطه‌ای، بازاریابی

سستی، بازاریابی برون‌گرا، بازاریابی درون‌گرا، بازاریابی دیجیتال و کلمات کلیدی، بازاریابی موتورهای جست‌وجو، بازاریابی شبکه‌های اجتماعی، بازاریابی ویدئویی، بازاریابی صوتی، بازاریابی ایمیلی / نرم‌افزاری، بازاریابی مباحثه‌ای، بازاریابی مشتری، بازاریابی شخصی سازی شده، بازاریابی برند، بازاریابی محصول، بازاریابی دهان‌به‌دهان، بازاریابی مجاورتی، بازاریابی رویداد، بازاریابی تعاملی، بازاریابی آگاه‌کننده، بازاریابی ترغیبی، و بازاریابی انگیزشی.

فعالیت کلیدی در همه روش‌های بازاریابی طراحی پیام یا تولید محتوی است. تولید یک پیام تأثیرگذار طی مراحل شش‌گانه شناخت مخاطب، طراحی اولیه پیام، پیش‌آزمون پیام، اصلاح پیام با استفاده از نتایج پیش‌آزمون، انتخاب کانال مناسب برای انتشار پیام، و انتشار پیام به انجام می‌رسد. پیام باید مخاطب را جلب و حفظ کند؛ بدین منظور باید ۱- مفاهیم کلیدی در شروع پیام ارائه شود؛ ۲- پیام واضح و روشن باشد؛ ۳- رفتارهایی که در خلال پیام به مخاطب توصیه می‌شود، آسان باشد؛ ۴- از محرک‌های مؤثر استفاده کند؛ ۵- شواهد کافی برای منافع و هزینه‌های اقدام به رفتار مورد نظر در آن ارائه شود؛ ۶- ارائه‌دهنده پیام معتبر باشد؛ ۷) جذاب و دلنشین باشد؛ ۸- در قالب یک بسیج اطلاع‌رسانی دارای نام، نماد و شعار ارائه شود.

محتوای پیام‌هایی که برای فراخوان جمعیت تحت پوشش برای پیوستن به برنامه پزشکی خانواده تهیه می‌شود، تابع رویکردهای اصلی اتخاذ شده در برنامه خواهد بود. به همین سبب، باید پس از آماده شدن برنامه، فرآیند ۶ مرحله‌ای تولید پیام را آغاز کرد؛ به گونه‌ای که بلافاصله پس از اطلاع‌رسانی، خانواده‌ها بتوانند با ثبت نام و انتخاب پزشک، از خدمات برنامه بهره‌مند شوند.

۱۲- پرداخت سرانه به پزشکان خانواده

پرداخت سرانه، روش اختصاصی پرداخت در نظام پزشکی خانواده است. اجرای درست این روش سبب می‌شود که منابع به محل استقرار جمعیت هدایت شود؛ جمعیت تحت پوشش از بسته خدمت بهره‌مند شود؛ انگیزه القای تقاضا کاهش یابد؛ خدمات پیشگیرانه مورد توجه قرار گیرد؛ به رعایت پروتکل‌ها اقبال بیشتری شود؛ و به منظور افزایش جمعیت تحت پوشش، برای جلب رضایت خدمتگیران تلاش بیشتری صورت گیرد. در مقابل خود داری از ارائه خدمات ضروری و کاهش کیفیت خدمات از پی‌آمدهای نامطلوب این روش پرداخت است؛ که باید برای کنترل آنها چاره‌اندیشی کرد. تحقق پی‌آمدهای مثبت پرداخت سرانه الزاماتی دارد که افزایش قدرت تصمیم‌گیری خدمتگزاران برای مدیریت منابع و استفاده از درآمدهای مازاد، اهم آنها را تشکیل می‌دهد.

در نظام پرداخت سرانه، یک مبلغ ثابت از پیش تعیین شده به هر یک از پزشکان خانواده پرداخت می‌شود تا مجموعه تعریف شده‌ای از خدمات را به هر فردی که برای یک دوره ثابت نزد او ثبت نام کرده است، ارائه دهد. نرخ سرانه می‌تواند برای همه افراد ثابت باشد یا بر حسب سن، جنس، وضعیت سلامتی فرد یا سایر عوامل تعدیل شود. استقرار یک نظام پرداخت سرانه مستلزم طی این مراحل است: ۱- تعریف بسته خدمت، ۲- تعریف صندوق پزشکی خانواده، ۳- محاسبه نرخ سرانه پایه، ۴- محاسبه ضرایب تعدیل ریسک، ۵- ایجاد پایگاه داده ثبت نام، ۶- محاسبه بودجه سرانه هر ارائه‌دهنده، ۷- طراحی سیستم مالی و مدیریتی، ۸- طراحی نظام پایش و تضمین کیفیت، ۹- ارزیابی و بازنگری مستمر نرخ سرانه پایه و بسته خدمت.

۱۳- مدیریت مالی پزشکی خانواده

برای پرداختن به این موضوع هنوز پروژه‌های تعریف و اجرا نشده است.

۱۴- آموزش مستمر حرفه‌ای

در نظام آموزش، ابتدا بر مبنای شرح وظایف اولیه کارکنان، نیازهای آنان در سه حیطة دانش، نگرش و مهارت استخراج و بر مبنای آنها سرفصل‌های آموزشی تعریف می‌شود. آموزش بدو خدمت بر مبنای وظایف جاری کارکنان طراحی می‌شود. در طراحی آموزش‌های حین خدمت، نیاز سنجی بر وظایف بازنگری شده کارکنان و نتایج ارزیابی مستمر عملکرد آنان مبتنی خواهد بود. مراحل اصلی فرآیند آموزش عبارتند از: ۱- تعیین نیازهای آموزشی، ۲- طراحی برنامه آموزشی، ۳- انتخاب روش آموزش، ۴- اجرای برنامه آموزش، ۵- ارزیابی برنامه آموزش.

وجود انگیزه در فراگیر شرط لازم برای مؤثر بودن آموزش بزرگسالان است. وجود یک نظام کارآمد ارزیابی عملکرد که نتایج آن از تعیین کننده های اصلی مقدار پرداخت به خدمتگر باشد، عملی‌ترین و مؤثرترین روش ایجاد انگیزه یادگیری در خدمتگران است. وظیفه نظام آموزش مستمر حرفه‌ای فراهم آوردن بستری است که در آن هر خدمتگری متناسب با نیاز و عادات یادگیری خود، بتواند از خدمات آموزشی بهره‌مند گردد. در صورت گسترش برنامه پزشکی خانواده در کشور، تعداد خدمتگران به اندازه‌ای خواهد رسید که حجم تقاضا برای خدمات آموزشی، توجیه کننده ورود بخش خصوصی به عرصه ارائه چنین خدماتی باشد. مؤثرترین آموزش هنگامی رخ خواهد داد که خدمتگران به منظور ارتقای عملکرد و درآمد خود، حاضر به خرید خدمات آموزشی از عرضه کنندگان بخش خصوصی باشند.

۱۵- جذب منابع انسانی

اجرای برنامه را هنگامی می‌توان آغاز کرد که حداقل استانداردهای اجرایی آن، توسط تیم طراحی، مشخص شده باشد. با چنین فرضی، پیش‌نیاز طراحی برنامه آموزش بدو خدمت منابع انسانی آماده است و می‌توان نسبت به تهیه این برنامه اقدام کرد. پس از آماده شدن این برنامه می‌توان منابع انسانی را برای طی مراحل ثبت نام، گزینش و پذیرش فراخواند. به منظور فراخوان منابع انسانی باید اطلاعات کافی از برنامه‌ای که قرار است به اجرا گذاشته شود، وظایف مورد انتظار از آنان، حداقل ویژگی‌های متقاضیان، فرآیند ثبت نام، گزینش و پذیرش، کلیات برنامه آموزش بدو خدمت و چارچوب کلی قراردادی که با آنان منعقد خواهد شد، در اختیار متقاضیان بالقوه قرار داده شود. ثبت نام متقاضیان با تکمیل فرم‌های ثبت نام و بارگذاری مدارک مورد نیاز در سامانه الکترونیک پزشکی خانواده انجام می‌شود. گزینش اولیه بر مبنای اطلاعات دریافت شده انجام می‌شود و در صورت پذیرفته شدن متقاضی از او برای شرکت در مصاحبه حضوری دعوت به عمل می‌آید. در صورت پذیرفته شدن در مصاحبه، از متقاضی خواسته می‌شود که تیم خود را معرفی کند. مراحل گزینش و مصاحبه حضوری در مورد افراد معرفی شده نیز طی می‌شود و در صورت پذیرفته شدن، مجوز ورود آنان به دوره آموزش بدو خدمت صادر می‌شود. پس از طی موفقیت آمیز دوره، با پزشک خانواده قرارداد همکاری منعقد و به او مبلغی بابت تأمین و تجهیز محل استقرار پرداخت می‌شود. پزشکان خانواده می‌توانند به صورت مستقل یا با مشارکت یکدیگر در یک مجتمع به ارائه خدمت بپردازند.

۱۶- ساختار سازمانی

نمودار سازمانی نمایش دهنده گروه‌های تخصصی تشکیل دهنده سازمان و سلسله مراتب قرار گرفتن آنها است. با توجه به آنکه در گام اول باید پزشکی خانواده را در یک منطقه محدود به اجرا گذاشت، نمودار سازمانی نیز برای مدیریت و اجرای برنامه در چنین قالبی پیشنهاد شده است. بدیهی است با گسترش گام به گام برنامه به سطح شهرستان، استان و کشور، نمودار سازمانی نیز باید متناسب با گستره اجرایی برنامه طراحی شود.

برای اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود یک ستاد متشکل از واحدهای تحقیق و توسعه، منابع انسانی، امور مالی، فناوری اطلاعات، پایش و ارزیابی، و امور سایر خدمتگران پیش‌بینی شده است. مدیریت برنامه در سطح منطقه بر عهده مرکز پشتیبان است. در این مرکز کارشناس ارجاع، تخصص‌های چهارگانه، کارشناس تغذیه، روان‌شناس، مددکار اجتماعی، و پزشک اورژانس به ارائه خدمت به موارد ارجاع شده از پزشکان خانواده می‌پردازند. در ذیل مرکز پشتیبان نیز پزشکان خانواده به همراه تیم خود، وظیفه ارائه خدمت به جمعیت تحت پوشش را بر عهده دارند.

۱۷- ارزیابی مستمر برنامه پزشکی خانواده

هدف از اجرای پزشکی خانواده ارتقای سلامت جمعیت، افزایش رضایت مردم، و حفاظت از خانواده‌ها در برابر بار مالی خدمات سلامت با رعایت دو ملاحظه محوری کارایی و عدالت اجتماعی است. لذا ضروری است که با استفاده از داده‌های حاصل از نظام جاری اطلاعات و پیمایش‌ها، توفیق نظام پزشکی خانواده را در دستیابی به اهداف مورد ارزیابی مستمر قرار دارد. پروژهای که در قالب آن شاخص‌های ارزیابی و داده‌های مورد نیاز برای محاسبه آنها مشخص و روش دستیابی به این داده‌ها طراحی می‌شود، هنوز تعریف و اجرا نشده است.

۱۸- برآورد هزینه‌های اجرای پزشکی خانواده در یک جمعیت محدود

به منظور دستیابی به تخمینی از هزینه اجرای پزشکی خانواده در یک جمعیت ۵۰ هزار نفری، با برآورد هزینه‌های ساختمان، نیروی انسانی، تجهیزات، مواد مصرفی، فعالیت‌های پشتیبانی، و خدمات سلامت، اعتبار مورد نیاز برای سال اول اجرای برنامه محاسبه شد. بر مبنای این محاسبات اجرای برنامه در سال ۱۴۰۲ مستلزم در اختیار داشتن ۲۰۱ میلیارد تومان است.

فهرست محتوی

۶	چکیده
۱	پیش گفتار
۲	گام اول: ارزیابی چارچوب‌های اجرا شده پزشکی خانواده در ایران
۳	گام دوم: طراحی یک حداقل قابل اجرا برای پزشکی خانواده
۱۰	فصل اول - چارچوب کلی فرایندهای ارائه خدمت، ارجاع، تداوم و هماهنگی خدمات
۱۰	پروژه‌های ۱ و ۶
۱۱	تعریف چارچوب کلی
۱۱	ویژگی‌های کلیدی نظام پزشکی خانواده
۱۲	چارچوب کلی
۱۷	ارجاع
۲۲	پیگیری غیرحضوری
۲۴	فصل دوم - تامین مالی اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود
۲۴	پروژه ۲
۲۵	مقدمه
۲۵	تأمین مالی
۲۵	روش‌های تأمین مالی
۲۸	تأمین مالی اجرای برنامه در یک منطقه محدود
۲۹	خیران سلامت
۳۷	فرانشیز
۴۳	استفاده از اسپانسر
۴۳	مراحل پیشنهادی تأمین مالی از وزارت بهداشت
۴۴	بنیاد برکت
۴۸	بانک‌ها
۴۹	شرکت‌های داروسازی، صنایع و تجهیزات پزشکی
۴۹	بیمه سلامت

۵۲	منابع
۵۳	فصل سوم - حقوق خدمتگیران و خدمتگران
۵۳	پروژه ۳
۵۴	مقدمه
۵۴	حقوق خدمتگیران در نظام پزشکی خانواده
۶۱	حقوق خدمتگران در نظام پزشکی خانواده
۶۸	اسناد مورد نیاز برای رعایت حقوق خدمتگیران و خدمتگران
۶۹	منابع
۷۲	فصل چهارم - دریافت بازخورد از همه ذی نفعان
۷۲	پروژه ۷
۷۳	مقدمه
۷۴	روش‌های رایج برای دریافت بازخورد
۷۵	نظام دریافت بازخورد
۷۷	نقاط بازخوردپذیر و موارد بازخورد
۷۸	سیستم عملی دریافت بازخورد
۸۳	فرآیند دریافت بازخورد از همه ذی نفعان
۸۴	منابع
۸۵	فصل پنجم - برآورد جمعیت تحت پوشش یک پزشک خانواده
۸۵	پروژه ۸
۸۶	مقدمه
۸۶	چرا تعیین پنل سائز مهم است؟
۸۶	منطق محاسبه‌ی اندازه‌ی پنل
۸۶	روش تعیین اندازه‌ی پانل برای ایران

۸۷	نتایج بررسی
۸۸	بحث
۸۹	منابع
۹۰	فصل ششم - نظام پایش و ارزیابی
۹۰	پروژه ۹
۹۱	مقدمه
۹۲	پایش
۹۳	ارزیابی
۹۵	پایش و ارزیابی، فعالیت‌های مکمل
۹۶	مدل زنجیره‌ای یا مدل منطقی
۹۹	ابزارهای مورد استفاده در نظام پایش و ارزیابی
۹۹	الگوی ارزیابی عناصر برنامه پزشکی خانواده (سامانه‌های الکترونیکی سلامت)
۱۰۱	زمان مناسب برای ارزیابی
۱۰۱	مراحل کلی ارزیابی در برنامه پزشکی خانواده
۱۰۱	انواع ارزیابی در برنامه پزشکی خانواده
۱۰۲	مشکلات و موانع پیش‌بینی شده در ارزیابی برنامه پزشکی خانواده
۱۰۲	نکات مورد توجه در ارزیابی برنامه پزشکی خانواده
۱۰۳	استفاده از روش‌های مختلف ارزیابی کارکنان برنامه پزشکی خانواده
۱۰۵	چهارچوب پیشنهادی برای سطح عملیاتی پایش و ارزیابی
۱۰۵	ارتباط بین پایش و ارزیابی با نظام پرداخت
۱۰۶	فصل هفتم - ویژگی‌های سامانه ثبت داده و مدیریت جریان کار
۱۰۶	پروژه ۱۰
۱۰۷	مقدمه
۱۰۷	ویژگی‌های معماری نرم افزار
۱۰۸	اجزای کلی و سرویس‌های مستقل

۱۱۲	فصل هشتم - روش فراخوان جمعیت برای ثبت‌نام
۱۱۲	پرورژه ۱۱
۱۱۳	مقدمه
۱۱۳	انواع بازاریابی‌های کاربردی در برنامه
۱۱۹	انواع پیام‌ها و محتواها، گزارشات و اسناد موردنیاز در برنامه
۱۲۰	افزایش آگاهی در مورد پزشک خانواده
۱۲۱	منابع کسب اطلاعات در مورد برنامه پزشک خانواده
۱۲۱	اثربخشی تبلیغات و بازاریابی
۱۲۲	پیام بهداشتی
۱۲۲	انواع پیام‌ها در بسیج‌های اطلاع‌رسانی
۱۲۳	طراحی پیام
۱۲۵	معیارهای ارزیابی پیام در تبلیغات سلامت
۱۲۷	عوامل مؤثر بر اثربخشی پیام‌های نوشتاری
۱۲۹	اصول طراحی پیام‌های تصویری
۱۳۲	استفاده از افراد مشهور در تبلیغات
۱۳۳	تبلیغ در شبکه‌های اجتماعی
۱۳۴	راهکار بهینه‌سازی سایت
۱۳۷	منابع
۱۳۹	فصل نهم - پرداخت سرانه به پزشکان خانواده
۱۳۹	پرورژه ۱۲
۱۴۰	مقدمه
۱۴۰	سیستم‌های پرداخت سرانه
۱۴۰	سیستم‌های پرداخت سرانه، به عنوان محرک‌های اصلاحات
۱۴۳	راه اندازی سیستم پرداخت سرانه
۱۴۴	اجزای یک سیستم پرداخت سرانه
۱۶۳	منبع

۱۶۴	فصل دهم - آموزش مستمر حرفه‌ای
۱۶۴	پروژه ۱۴
۱۶۵	مقدمه
۱۶۵	چارچوب کلی نظام آموزش مستمر
۱۶۵	فرایند آموزش
۱۷۷	ساختار آموزش
۱۷۷	بسترسازی برای ورود بخش خصوصی
۱۷۸	جمع بندی
۱۷۹	منابع
۱۸۰	فصل یازدهم - فرآیند جذب منابع انسانی
۱۸۰	پروژه ۱۵
۱۸۱	مقدمه
۱۸۳	توضیحات فرآیند به کارگیری پزشک خانواده و سرشماری جمعیت منطقه
۱۸۶	فصل دوازدهم - ساختار سازمانی
۱۸۶	پروژه ۱۶
۱۸۷	مقدمه
۱۸۷	نمودار سازمانی اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه‌ی محدود
۱۹۰	فصل سیزدهم - برآورد هزینه‌های اجرای پزشکی خانواده در یک جمعیت ۵۰ هزار نفری
۱۹۰	پروژه ۱۸
۱۹۱	مقدمه
۱۹۱	ساختمان
۱۹۱	نیروی انسانی
۱۹۳	تجهیزات

۱۹۴	مواد مصرفی
۱۹۷	هزینه‌های پشتیبانی-اجرایی
۱۹۸	هزینه‌های بهداشتی، تشخیصی و درمانی
۱۹۹	مجموع هزینه‌ها برای یک جمعیت ۵۰ هزار نفری
۲۰۱	پیوست شماره ۱
۲۰۱	فرآیند ارائه خدمت
۲۰۳	توضیحات فرآیند ارائه خدمت در اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه‌ی محدود
۲۱۶	پیوست شماره ۲
۲۱۶	فرآیند ارجاع فوری به بیمارستان
۲۱۸	توضیحات فرآیند ارجاع فوری به بیمارستان
۲۲۲	پیوست شماره ۳
۲۲۲	فرآیند ارجاع به سایر خدمت‌گران
۲۲۴	توضیحات فرآیند ارجاع به سایر خدمت‌گران
۲۳۱	پیوست شماره ۴
۲۳۱	فرآیند ارجاع غیر فوری به بیمارستان
۲۳۱	
۲۳۳	توضیحات فرآیند ارجاع غیر فوری به بیمارستان
۲۳۷	پیوست شماره ۵
۲۳۷	فرآیند پیگیری غیر حضوری
۲۳۹	توضیحات فرآیند پیگیری غیر حضوری

پیش گفتار

با توجه به رسالت مؤسسه ملی تحقیقات سلامت مبنی بر تولید شواهد مورد نیاز برای سیاست‌گذاری و با توجه تمایل نظام سلامت کشور برای اتخاذ رویکرد پزشکی خانواده، گروه خدمات سلامت مؤسسه مأموریت یافت تا تجربه کشور را در این حوزه مورد ارزیابی قرار دهد و مستندات را به منظور کمک به امر سیاست‌گذاری در حوزه پزشکی خانواده در کشور فراهم کند. بدین منظور گروه خدمات سلامت گام‌های اصلی زیر را برای حرکت در این مسیر در دستور کار خود قرار داد.

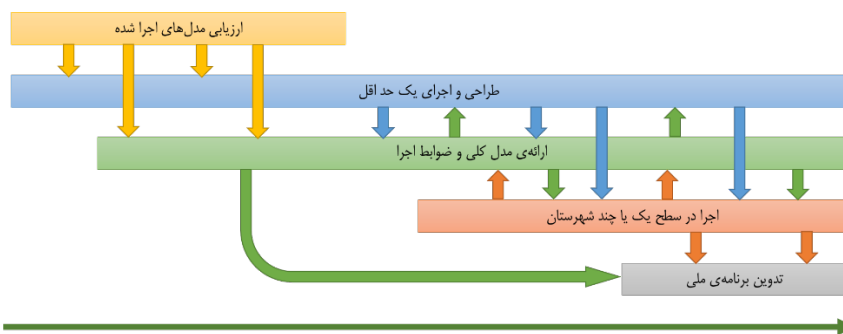
۱. **ارزیابی مدل‌های اجرا شده پزشکی خانواده در کشور:** با توجه به سابقه اجرای پزشکی خانواده در استان‌های مازندران و فارس و همچنین اجرای گونه‌هایی از این رویکرد در برخی دیگر از استان‌های کشور، هر گونه تلاشی برای گسترش این رویکرد، باید با بررسی و تحلیل تجارب موجود به عمل آید.

۲. **طراحی یک حد اقل قابل اجرا برای پزشکی خانواده و اجرای آن در یک منطقه محدود:** لازمه شکل‌گیری یک مدل اجرایی مناسب برای پزشکی خانواده، یک حرکت رفت و برگشت بین طراحی و اجرا است. با توجه به آنکه امکان پیش‌بینی همه شرایطی که در عمل رخ خواهد داد، وجود ندارد، جز از طریق اجرای طراحی‌ها و رفع ایرادهای آنها بر مبنای تجارب اجرایی، راهی برای دستیابی به برنامه‌های کارآمد وجود ندارد. به منظور به حد اقل رساندن هزینه آزمون و خطا در مرحله طراحی، باید پس از طراحی یک حد اقل قابل اجرا، آن را در یک منطقه محدود به مورد اجرا گذاشت. بدیهی است که در صورت وجود چند نمونه از این مدل‌های حداقلی، سیاست‌گذار گزینه‌های بیشتری را به منظور انتخاب گزینه مناسب در اختیار خواهد داشت.

۳. **ارائه چارچوب کلی و ضوابط اجرایی پزشکی خانواده:** بر مبنای اجرای محدود پزشکی خانواده و رفع نقایص آن می‌توان مدل کلی و ضوابط اجرایی پزشکی خانواده را برای اجرا در سطح یک شهرستان تدوین کرد.

۴. **اجرای پزشکی خانواده در سطح یک یا چند شهرستان:** چارچوب تهیه شده در مرحله قبل را می‌توان در سطح یک یا چند شهرستان به اجرا گذاشت و ایرادهای ناشی از اجرای آن را در یک منطقه وسیع، شناسایی و برطرف کرد. اگر این چارچوب در چند شهرستان از استان‌های مختلف برای اجرا شود، نقاط ضعف چارچوب بهتر شناسایی شده امکان اجرای آن در سطح ملی بهتر فراهم می‌شود.

۵. **تدوین برنامه ملی پزشکی خانواده:** با استفاده از تجربه اجرای پزشکی خانواده در چند شهرستان از چند استان امکان تدوین برنامه ملی پزشکی خانواده به خوبی فراهم می‌شود و با آسودگی کامل می‌توان آن را در کل کشور به مورد اجرا گذاشت. ارتباط این پنج مرحله با یکدیگر در شکل شماره ۱ نمایش داده شده است. بر مبنای این شکل، برای شروع یک مرحله الزاماً نباید منتظر به پایان رسیدن مرحله قبل شد؛ بلکه پس از آماده شدن یک حد اقل مورد نیاز برای ورود به مرحله بعد، می‌توان این مرحله را آغاز و به تدریج و بر مبنای نتایج حاصل از مرحله بعد آن را به پایان رساند.



شکل شماره ۱- ارتباط گام‌های اصلی حرکت به سوی اجرای فراگیر پزشکی خانواده در کشور

گام اول: ارزیابی چارچوب‌های اجرا شده پزشکی خانواده در ایران

به منظور ارزیابی چارچوب‌های اجرا شده پزشکی خانواده در کشور اقدامات زیر در نظر گرفته شده است:

۱. **مرور مستندات منتشر شده در ارتباط با اجرای پزشکی خانواده در ایران:** با توجه به آنکه مقالات متعدد و متنوعی در مورد تجربه ایران در اجرای پزشکی خانواده منتشر شده است، بررسی این مستندات، یک اقدام ضروری برای ارزیابی چارچوب‌های اجرا شده پزشکی خانواده در ایران است. این اقدام در زمستان ۱۴۰۰ به انجام رسید و گزارش آن تحت عنوان «بررسی تجربه ایران در اجرای پزشکی خانواده بر مبنای مطالعات منتشر شده» توسط مؤسسه ملی تحقیقات سلامت منتشر شده است.
۲. **بررسی دیدگاه‌های ذی‌نفعان پزشکی خانواده در مدل‌های اجرا شده در قالب یک مطالعه کیفی:** هر چند در مرور مستندات، مقالات مرتبط با این موضوع وجود دارد؛ ولی به همه موارد مورد نیاز از این بررسی توجه کافی نشده است. با توجه به آنکه بدون توجه به دیدگاه‌های ذی‌نفعان هر اقدام اجتماعی محکوم به شکست است، در زمان مناسب باید نسبت به انجام این مطالعه اقدام شود.
۳. **انجام مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت در استان‌های فارس و مازندران:** تنها در قالب یک مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌توان تأثیر اجرای پزشکی خانواده را، بر بهره‌مندی جمعیت از خدمات سلامت، مورد ارزیابی دقیق و قابل استناد قرار داد. با توجه به تجربه کشور در انجام چنین مطالعاتی، در اولین فرصت باید نسبت به اجرای دور جدیدی از این مطالعه در کشور اقدام و با اختیار نمونه‌هایی با حجم کافی از دو استان فارس و مازندران، تأثیر اجرای پزشکی خانواده را در این دو استان مورد توجه ویژه قرار داد. انجام ملی این مطالعه داده‌های پایه را به منظور ارزیابی اجرای تدریجی پزشکی خانواده در کشور در اختیار سیاست‌گذاران قرار خواهد داد.
۴. **بررسی هزینه چارچوب‌های اجرا شده پزشکی خانواده در ایران:** تحلیل هزینه چارچوب‌های اجرا شده اولاً بصیرت کافی را در مورد هزینه اجرای پزشکی خانواده در کشور ایجاد می‌کند و، با توجه به تجاربی که به دست خواهد آمد، امکان تکرار آن را در تجارب جدید نیز فراهم می‌کند. به علاوه، از کنار هم قرار دادن هزینه‌ها و پی‌آمدهای اجرای پزشکی خانواده، می‌توان به برداشت روشنی از کارایی رویکردهای تجربه شده در کشور دست یافت.
۵. **بررسی پی‌آمدهای اجرای پزشکی خانواده در ایران (سلامت، رضایت، هزینه‌خوار و عدالت):** با توجه به اهداف نظام سلامت باید تأثیر اجرای پزشکی خانواده را بر سلامت جمعیت تحت پوشش، رضایت آنان از خدمات دریافت شده، مشارکت خانواده‌ها در تأمین مالی نظام سلامت و همچنین عدالت در بهره‌مندی، رضایت، سلامت و تأمین مالی بررسی کرد. داده‌های مورد نیاز برای بررسی بهره‌مندی و رضایت از خدمات سلامت و میزان عادلانه بودن آنها را می‌توان از مطالعه بهره‌مندی به دست آورد. با افزودن یک بخش ارزیابی سلامت به مطالعه بهره‌مندی می‌توان داده‌های مورد نیاز بدین منظور را هم از این مطالعه به دست آورد. با توجه به تجربه کشور در تهیه حساب‌های ملی سلامت، اطلاعات مرتبط با هزینه‌خوار و سهم هزینه‌های مرتبط با سلامت در سبد هزینه‌خوار و همچنین مشارکت خانواده‌ها در تأمین مالی نظام سلامت را می‌توان از حساب‌های ملی سلامت به دست آورد.

۶. بررسی انسجام و استحکام چارچوب‌های اجرا شده پزشکی خانواده در کشور: به همان اندازه که یک برنامه ملی یا منطقه‌ای انطباق بیشتری بر چرخه سیاست‌گذاری داشته باشد، از انسجام و استحکام بیشتری برخوردار است. تحلیل وضعیت موجود با اتکا بر شواهد، اهداف روشن و واقع‌بینانه، برنامه اجرایی شفاف برگرفته از شواهد موجود ملی و بین‌المللی، طرحی روشن برای پایش و ارزیابی برنامه و فرآیند بازنگری برنامه بر مبنای نتایج ارزیابی، عناصر اصلی این چرخه را تشکیل می‌دهند. در این بررسی چارچوب‌های اجرا شده پزشکی خانواده از منظر میزان انطباق با این چرخه مورد ارزیابی قرار خواهند گرفت.

گام دوم: طراحی یک حداقل قابل اجرا برای پزشکی خانواده

با توجه به شکل شماره ۱، گام دوم هم‌زمان با گام اول آغاز شده است. به منظور برداشتن این گام، انجام ۱۹ پروژه پیش‌بینی شده است که در ادامه به توضیح آنها خواهیم پرداخت.

۱. تدوین چارچوب کلی پزشکی خانواده برای اجرا در یک منطقه محدود: به منظور دستیابی تیم مطالعه به درک مشترکی از مفهوم پزشکی خانواده، به عنوان پروژه اول تدوین چارچوب مفهومی پزشکی خانواده در دستور کار تیم قرار گرفت. این چارچوب در فصل اول مورد بحث قرار گرفته است.

۲. روش تأمین مالی پزشکی خانواده و مقدار پول قابل تخصیص به این برنامه: صندوق دولت، بیمه‌های اجتماعی و خصوصی، پرداخت مستقیم توسط دریافت‌کننده خدمت، کمک خیرین و منابع خارجی منابع اصلی تأمین مالی نظام سلامت یک کشور را تشکیل می‌دهند. در این پروژه اولاً باید مشخص شود که سهم هر یک از منابع ذکر شده در تأمین مالی پزشکی خانواده چقدر باید باشد و ثانیاً انتظار می‌رود، در مجموع، چه حجمی از پول را بتوان، به صورت پایدار، برای اجرای پزشکی خانواده در کشور به کار گرفت. تنها در صورتی حرکت به سوی پزشکی خانواده توجیه پذیر است که با استفاده از این منابع بتوان به پوشش پایدار جمعیت با یک بسته خدمت، که به اهم نیازهای سلامتی جمعیت پاسخگو باشد، دست یافت. روش‌های تأمین مالی اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود در فصل دوم مورد بحث قرار گرفته است.

۳. حقوق خانواده‌ها (خدمتگیران) و ارائه‌کنندگان خدمت (خدمتگران) در نظام پزشکی خانواده: دلیل اصلی برای ایجاد تحول در نظام سلامت آن است که در نظام فعلی حقوق خدمتگیران و خدمتگران به صورت کامل رعایت نمی‌شود. هدف از این پروژه مشخص کردن این حقوق و روش رعایت آنها در رویکرد پزشکی خانواده است. بر مبنای نتایج این پروژه، در سایر پروژه‌ها، روش‌های عملی رعایت حقوق خدمتگیران و خدمتگران طراحی می‌شود. برای مثال در جریان طراحی فرآیند ارجاع، تداوم خدمت و هماهنگی خدمات، که از حقوق خدمتگیران است، به صورت عملی مورد توجه قرار خواهد گرفت. حقوق خدمتگیران و خدمتگران در فصل سوم این مجموعه ارائه شده است.

۴. تعیین بسته خدمت: مقصود از بسته خدمت مجموعه خدمات مراقبتی، پیشگیری، تشخیصی، درمانی و بازتوانی است که تأمین مالی پایدار برای ارائه آنها امکان‌پذیر است و در قالب رویکرد پزشکی خانواده، بهره‌مندی جمعیت از این خدمات، به شرط نیاز، تضمین می‌شود. تحلیل هزینه-تأثیر مبنای اصلی همه مدل‌های تعیین بسته خدمت را تشکیل می‌دهد. افزون

بر این معیار، بر مبنای نظر خبرگان و سیاست‌گذاران معیارهای دیگری، نظیر بار بیماری و بودجه مورد نیاز، نیز برای وارد کردن یک مداخله به بسته خدمت در نظر گرفته می‌شود. با توجه به معیارهای اختیار شده، به مجموعه نسبتاً گسترده‌ای از داده‌ها برای تعیین بسته خدمت نیاز خواهد بود که تأمین و به روز رسانی مستمر آنها نیازمند منابع انسانی کارآمد و دسترسی مناسب به منابع داده است. با توجه به آنکه هم معیارها، هم داده‌ها و هم منابع قابل تخصیص به نظام سلامت در معرض تغییر مداوم قرار دارند، بسته خدمت، برای آنکه به نیازهای سلامت جامعه در چارچوب منابع قابل تدارک پاسخگو باشد، به بازنگری مستمر نیازمند است و باید وظیفه فراهم آوردن مقدمات مورد نیاز برای تعیین و روزآمد نگاه داشتن آن را به یک ساختار کارآمد در مجموعه نظام سلامت واگذار کرد. **در قالب مطالعه جاری مدل مناسب برای تعیین بسته خدمت و داده‌های مورد نیاز و همچنین ساختاری که برای اجرای آن مورد نیاز است پیشنهاد خواهد شد.** پروژه تولید این مدل در حال اجرا است و نتایج آن در ویرایش‌های بعدی این مجموعه آورده خواهد شد.

۵. طراحی نظام تدوین راهنماهای ارائه خدمت: توصیه‌های بالینی اخذ شده از کارآزمایی‌های بالینی، منوط بر آنکه با اتکا بر روش‌های علمی به انجام رسیده باشند، و مرورهای نظام‌مند مبتنی بر آنها، معتبرترین مبنای تصمیم‌گیری در مورد روش‌های ارائه خدمت را تشکیل می‌دهند. با توجه به تفاوت بسترهای ارائه خدمت، این توصیه‌ها باید با اتکا بر روش‌های نظام‌مند تطبیق راهنماهای ارائه خدمت، بدون آنکه خللی در کارآمدی آنها ایجاد شود، به قالب مناسب برای ارائه در یک بستر خاص، در آورده شوند. چنانچه بر مبنای توصیه‌های مبتنی بر شواهد، پروتکل‌ها یا مسیرهای ارائه خدمت نیز طراحی شوند، احتمال آنکه خدمات سلامت، مبتنی بر شواهد علمی ارائه شوند، افزایش می‌یابد. با توجه به انجام روزمره کارآزمایی‌های بالینی در سطح جهان و تغییر مستمر بسترهای ارائه خدمت در کشور، پروتکل‌های ارائه خدمت، پس از تولید باید به صورت مستمر مورد بازنگری قرار گیرند. تولید و به روز نگاه داشتن پروتکل‌های ارائه خدمت فعالیت کاملاً فنی است که جز از طریق به کارگیری شبکه‌ای از افراد دارای صلاحیت در کشور قابل انجام نیست. مدیریت این شبکه باید بر عهده یک نهاد با ثبات و پاسخگو در سطح کشور باشد. به همین سبب در قالب برنامه حاضر امکان تدوین راهنماهای ارائه خدمت برای همه خدمات پزشکی خانواده وجود ندارد و تنها چند نمونه از چنین راهنماهایی برای خدمات شایع تدوین می‌شود. بر مبنای تجربه حاصل از چنین اقدامی، چارچوب و الزامات «**نظام تدوین راهنماهای ارائه خدمت**» پیشنهاد خواهد شد.

۶. طراحی نظام ارجاع و تضمین تداوم و هماهنگی خدمات: به منظور ارتقای کارایی و عدالت اجتماعی در نظام ارائه خدمات سلامت، گریزی از سطح بندی خدمات وجود ندارد و ارجاع جزء اجتناب‌ناپذیر چنین نظامی است. ارجاع از چهار رکن بیمار، فرستنده (ارجاع کننده)، پذیرنده (کسی که بیمار به او ارجاع شده است) و فرآیند ارجاع تشکیل می‌شود. یک ارجاع مطلوب هنگامی شکل می‌گیرد که:

- فرستنده بر مبنای راهنماهای ارائه خدمت، ضرورت ارجاع را تشخیص دهد و بیمار را برای مراجعه به پذیرنده متقاعد کند. فرستنده باید از طریق جلب اعتماد بیمار او را از درخواست ارجاع بی‌مورد منصرف کند و در صورت مقاومت او برای مراجعه به پذیرنده، قادر به متقاعد کردن او برای تبعیت از ارجاع باشد.
- بیمار توصیه فرستنده را برای ارجاع بپذیرد و از تحت فشار قرار دادن او برای ارجاع خود داری کند.
- پذیرنده با آمادگی قبلی بیمار را تحویل بگیرد و پس از بررسی بیمار، بازخورد مناسب به فرستنده ارائه کند.

- فرآیند ارجاع باید به گونه‌ای طراحی شود که بیمار بتواند بدون سردرگمی و اتلاف وقت به پذیرنده مراجعه کند و مراجعه کردن یا نکردن او قابل پیگیری باشد.

همانگونه که مشاهده می‌شود شکل گیری یک نظام ارجاع کارآمد مستلزم رفتارهای مشخصی از سوی فرستنده، بیمار و پذیرنده است. این سه رکن تنها در صورت انگیزه و تمایل، چنین رفتارهایی را از خود نشان خواهند داد. مؤثرترین ابزار برای ترغیب فرستنده و پذیرنده برای اتخاذ چنین رفتارهایی مقدار و روش پرداخت است. جلب اعتماد خدمتگیر از طریق رعایت حقوق و جلب رضایت و اعتماد او و همچنین طراحی و اجرای یک فرآیند ارجاع کارآمد هم رویکردهایی را که منجر به تبعیت بیمار از نظام ارجاع می‌شود، تشکیل می‌دهند. برقراری یک نظام ارجاع کارآمد منجر به تضمین تداوم خدمت برای بیماری می‌شود که پزشک خانواده قادر به ارائه همه خدمات مورد نیاز او نیست. هنگامی که خدمات مورد نیاز یک خدمتگیر توسط چند خدمتگر ارائه می‌شود، هماهنگی خدمات موضوعیت پیدا می‌کند. به این دو سبب در کنار طراحی نظام ارجاع باید به دو ویژگی مهم تضمین تداوم و هماهنگی خدمت نیز پرداخته شود. سایر جنبه‌های تضمین تداوم خدمت نظیر دریافت خدمت در سفر، دریافت خدمت پس از تغییر محل سکونت، دریافت خدمت در خارج از ساعات فعالیت پزشک خانواده، دریافت خدمت در هنگام مرخصی، غیبت یا ترک خدمت پزشک خانواده نیز در قالب همین پروژه مورد بررسی قرار می‌گیرد. در فصل اول فرآیند ارجاع با تفصیل مورد بحث قرار گرفته است.

۷. طراحی نظام دریافت بازخورد از همه ذی‌نفعان: مقصود از نظام دریافت بازخورد، وجود بستری است که همه ذی‌نفعان نظام پزشکی خانواده بتوانند دیدگاه‌های خود را در مورد این نظام در آن مطرح و از اینکه این دیدگاه‌ها مورد توجه و پیگیری قرار گرفته است، اطمینان حاصل کنند. نظام رسیدگی به شکایات جزئی از نظام دریافت بازخورد است. وجود چنین نظامی برای جلب اعتماد و رضایت و همچنین ترغیب ذی‌نفعان به مشارکت الزامی است. بازخورد را هم می‌توان بر مبنای فرم‌های از پیش طراحی شده و در نقاط خاصی از فرآیندهای تعامل با ذی‌نفعان دریافت کرد و هم می‌توان امکان بازخورد آزاد راه، در هر زمان که افراد خود ضرورت آن را احساس می‌کنند، برای آنان فراهم کرد. تجارب موجود در زمینه مدیریت ارتباط با مشتری (CRM) با استفاده از بستر الکترونیک، طراحی یک سامانه کارآمد را بدین منظور، به خوبی امکان‌پذیر ساخته است. فصل چهارم به بحث در مورد دریافت بازخورد از ذی‌نفعان اختصاص یافته است.

۸. تعیین حجم و روش انتساب جمعیت به پزشک خانواده: برای آنکه پزشک خانواده بتواند با صرف وقت کافی خدمات مورد نیاز جمعیت تحت پوشش خود را ارائه کند، باید حجم جمعیت تحت پوشش او، با توجه به نیاز و تقاضای جمعیت به بسته خدمت و زمانی که انتظار می‌رود او به ارائه خدمت بپردازد محاسبه شود. اینکه چگونه جمعیت تعریف شده تحت پوشش یک پزشک خانواده به او منتسب می‌شود نیز، موضوع دیگری است که در این پروژه باید مورد توجه و بررسی قرار گیرد. جمعیت یک منطقه جغرافیایی مشخص را می‌توان، به صورت اجباری، تحت پوشش یک پزشک خانواده قرار داد؛ یا اینکه سرپرست خانواده بتواند پزشک خانواده خود را از میان لیست پزشکان منطقه محل سکونت خود انتخاب کند. اینکه پس از انتخاب پزشک خانواده امکان تغییر آن وجود دارد یا خیر و اینکه تحت چه شرایطی و تا چند نوبت می‌توان پزشک خانواده را تغییر داد، و جزئیات فرآیند این تغییر، نیز در این پروژه مورد بررسی قرار می‌گیرد. جزئیات مربوط به روش انتساب جمعیت به پزشک خانواده در فصل

اول و روش تعیین حجم جمعیت تحت پوشش در فصل پنجم مورد بحث قرار گرفته است.

۹. طراحی روش پایش و ارزیابی عملکرد اجزای نظام پزشکی خانواده: استانداردهای عملیاتی و اجرایی، محصولات مرحله طراحی هستند. این استانداردها باید با توجه به اهداف برنامه پزشکی خانواده و مبتنی بر منطق روشن و شواهد علمی وضع شده باشند. لذا رعایت این استانداردها شرط دستیابی به اهداف برنامه است. به همین سبب باید، در مرحله طراحی، ساز و کارهایی را برای صیانت از این استانداردها پیش‌بینی و فعالیت‌هایی را بدین منظور طراحی کرد. یک نظام پایش و ارزیابی عملکرد کارآمد با خودارزیابی آغاز و به ارزیابی توسط عوامل بیرونی ختم می‌شود. نظام پایش و ارزیابی عملکرد، افزون بر آنکه می‌تواند در حد امکان تضمین کننده رعایت استانداردها باشد، اگر نتایج آن، در کنار نتایج حاصل از اندازه‌گیری شاخص‌های هدف مورد تحلیل قرار گیرد، بصیرت مورد نیاز را برای ارتقای استانداردها نیز، در اختیار طراحان نظام پزشکی خانواده قرار می‌دهد. فصل ششم به بحث در مورد نظام پایش و ارزیابی اختصاص یافته است.

۱۰. طراحی نظام اطلاعات جاری پزشکی خانواده: اجرای تمام فرآیندهای یک نظام با تولید داده همراه است. با توجه به آنکه ارتباط فرایندها با یکدیگر از طریق این داده‌ها محقق می‌شود، هیچ نظام رسمی و طراحی شده‌ای را نمی‌توان یافت که با طراحی و به کارگیری مجموعه متنوعی از فرم‌ها، به ثبت داده‌های تولید شده در روند اجرای فرآیندها پرداخته باشد. توسعه فناوری اطلاعات طی دهه‌های اخیر، فرم‌های کاغذی را به فرم‌های الکترونیک تبدیل کرده است. وجود فرم‌های الکترونیک حجم عظیمی از داده‌های الکترونیک را در اختیار طراحان و مدیران قرار می‌دهد که با تحلیل آنها، می‌توان به اطلاعات ارزشمندی در مورد عملکرد سیستم دست یافت. علیرغم آنکه انتظار می‌رفت که نظام‌های الکترونیک منشأ ایجاد تحولات عظیم در نظام سلامت شوند، در کنار دستاوردهایی که به دنبال داشته‌اند، خود به یکی از چالش‌های این نظام نیز تبدیل شده‌اند. مهارت طراحی فرآیند و تعریف داده‌ها و همچنین روش پردازش و به کارگیری داده‌های ثبت شده، چالش‌های اصلی طراحی نظام اطلاعات جاری را تشکیل می‌دهند. ضعف این مهارت‌ها در نظام سلامت سبب شده است که سامانه‌های الکترونیک ثبت داده از منظرهای مقبولیت برای کاربر و مقبولیت خروجی‌ها برای سطوح تصمیم‌گیری دچار نقصان‌های جدی باشند. در نتیجه سرمایه‌های گسترده صرف شده برای آنها، با بازده مناسب همراه نبوده است. در مجموع، به واسطه این چالش‌ها، یکی از الزامات اجرای موفقیت‌آمیز هر رویکردی برای اجرای پزشکی خانواده، توجه ویژه به طراحی و استقرار نظام اطلاعات جاری در بستر الکترونیک است. کلیات طراحی سامانه ثبت داده و مدیریت جریان کار در فصل هفتم مورد بحث قرار گرفته است.

۱۱. طراحی روش بازاریابی و فراخوان جمعیت برای ثبت نام نزد پزشکی خانواده: پزشکی خانواده به مثابه یک کسب و کار باید بتواند توجه مشتریان را به خود جلب و پس از جذب برای حفظ آنان تلاش کند. با توجه به اهمیت بازاریابی برای توفیق یک کسب و کار، روش‌های بازاریابی از توسعه قابل توجهی برخوردار و به یک فعالیت کاملاً حرفه‌ای تبدیل شده است. به همین سبب در برنامه پزشکی خانواده هم باید با نگاهی کاملاً حرفه‌ای به آن پرداخته شود. هدف از قرار دادن این پروژه در مجموعه پروژه‌های طراحی پزشکی خانواده، تضمین پرداختن به آن با یک نگاه کاملاً حرفه‌ای است. فصل

هشتم به اصول کلی روش فراخوان جمعیت برای ثبت نام نزد پزشک خانواده اختصاص دارد.

۱۲. طراحی نظام و فرآیند پرداخت به منابع انسانی درگیر در برنامه پزشکی خانواده: دستیابی به اهداف نظام

پزشکی خانواده، مستلزم اتخاذ رفتارهای خاص از سوی منابع انسانی درگیر در آن است. مؤثرترین روش برای ترغیب منابع انسانی برای در پیش گرفتن رفتارهای مورد انتظار از آنان، وابسته کردن پرداخت به عملکرد آنان است. هر یک از روش‌های پرداخت، برخی از رفتارها را ترغیب می‌کنند، در قبال برخی بی‌تفاوت هستند و سبب بی‌انگیزگی افراد برای اقدام به برخی دیگر می‌شوند. به همین سبب ابتدا باید رفتارهای مورد انتظار را مشخص و بر مبنای آنها در مورد نظام پرداخت مناسب تصمیم گرفت. در غالب موارد فقط با استفاده از یک روش پرداخت نمی‌توان منابع انسانی را به سوی همه رفتارهای مورد انتظار از آنان سوق داد؛ در نتیجه ناگزیر از به کارگیری چند روش مختلف پرداخت خواهیم بود. روش پرداخت سرانه از بیشترین مقبولیت در نظام پزشکی خانواده برخوردار است؛ به همین سبب این روش پرداخت در فصل نهم با تفصیل مناسبی مورد بحث قرار گرفته است.

۱۳. طراحی نظام مدیریت مالی پزشکی خانواده: با توجه به ویژگی‌های نظام پرداخت به منابع انسانی که در پروژه شماره ۱۲ طراحی می‌شود و همچنین با توجه به ضرورت تحلیل هزینه اجرای پزشکی خانواده، ضروری است که نظام مدیریت مالی ویژه‌ای که پاسخ‌گوی این نیازها باشد، طراحی شود.

۱۴. طراحی نظام آموزش مستمر حرفه‌ای منابع انسانی درگیر در پزشکی خانواده: با توجه به ویژگی‌های نظام

پزشکی خانواده و استانداردهای اجرایی آن و همچنین رفتارهای مورد انتظار از منابع انسانی شاغل در آن، وجود یک نظام آموزش مستمر حرفه‌ای الزامی است. آموزش مستمر منابع انسانی با آموزش بدو خدمت آغاز و مادامی که ارتباط کاری فرد با برنامه برقرار باشد، تداوم خواهد یافت. احساس نیاز مهم‌ترین عاملی است که سبب می‌شود افراد بزرگسال از انگیزه کافی برای یادگیری برخوردار باشند. با توجه به تفاوت افراد از منظر روش‌هایی که برای یادگیری انتخاب می‌کنند، در کنار احساس نیاز، باید امکان انتخاب روش آموزش متناسب با شیوه یادگیری فرد نیز برای او امکان‌پذیر باشد؛ تا بازده برنامه آموزشی حد اکثر شود. شیوه پرداخت مهم‌ترین عاملی است که به کمک آن می‌توان احساس نیاز به آموزش را در منابع انسانی برانگیخت. در صورتی که نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد باشد و فرد برای ارتقای عملکرد و افزایش دریافتی خود، راهی جز شرکت در دوره‌های آموزشی نداشته باشد، رغبت کافی در او بدین منظور ایجاد خواهد شد. وجود گزینه‌های آموزشی متنوع همراه با قدرت انتخاب، سبب تقویت این رغبت می‌شود. آموزش مجازی در بستر اینترنت طی سالیان اخیر رشد چشمگیری را تجربه کرده است. به همین سبب، استفاده از این بستر برای برخورداری از قابلیت‌های انکارناپذیر آن، در برنامه پزشکی خانواده اجتناب‌ناپذیر است. فصل دهم به بحث در مورد آموزش مستمر حرفه‌ای اختصاص یافته است.

۱۵. طراحی نظام جذب منابع انسانی و عقد قرارداد با آنان در برنامه پزشکی خانواده: فرآیند جذب منابع انسانی

از مراحل فراخوان، گزینش، آموزش بدو خدمت، و انعقاد قرارداد همکاری تشکیل می‌شود. در دوره آموزش بدو خدمت، متقاضی با الزامات کار در برنامه پزشکی خانواده کاملاً آشنا می‌شود و در قرارداد همکاری خود را برای اقدام به همه این

موارد متعهد می‌کند. فرآیند جذب منابع انسانی در فصل یازدهم مورد بحث قرار گرفته است.

۱۶. طراحی ساختار و فرآیندهای سطوح پشتیبان برنامه پزشکی خانواده: علت جاری بودن خدمات در محیطی ترین سطح، جاری بودن فعالیت‌های پشتیبان، قبل از آنهاست. تحقیق و توسعه و طراحی، مدیریت منابع انسانی (به کارگیری، آموزش، ارزیابی عملکرد، پرداخت)، امور مالی، فناوری اطلاعات، پایش و ارزیابی، مدیریت بازخوردها، و تأمین واکسن و اقلام بهداشتی مثال‌هایی از فعالیت‌هایی است که در سطوح پشتیبان جاری می‌شوند. در صورتی که فعالیت‌های پشتیبان به خوبی طراحی و اجرا شوند، نظام پزشکی خانواده مطابق با آنچه که در طراحی پیش‌بینی شده است، مستقر خواهد شد. در فصل دوازدهم ساختار سازمانی پیشنهادی برای اجرای برنامه پزشکی خانواده در یک منطق محدود، به اختصار مورد بحث قرار گرفته است.

۱۷. طراحی روش ارزیابی مستمر برنامه پزشکی خانواده: هدف از اجرای پزشکی خانواده ارتقای سلامت جمعیت، افزایش رضایت مردم، و حفاظت از خانواده‌ها در برابر بار مالی خدمات سلامت با رعایت دو ملاحظه محوری کارایی و عدالت اجتماعی است. لذا ضروری است که با استفاده از داده‌های حاصل از نظام جاری اطلاعات و پیمایش‌ها، توفیق نظام پزشکی خانواده را در دستیابی به اهداف مورد ارزیابی مستمر قرار دارد. در قالب این پروژه شاخص‌های ارزیابی و داده‌های مورد نیاز برای محاسبه آنها مشخص و روش دستیابی به این داده‌ها طراحی می‌شود.

۱۸. برآورد هزینه اجرای پزشکی خانواده: پس از آنکه جزئیات اجرایی برنامه پزشکی خانواده مشخص شد، برآورد هزینه اجرای آن امکان‌پذیر می‌شود. تأمین مالی بر مبنای هزینه برآورد شده، اولین گام برای اجرای مدل طراحی شده است. علیرغم آنکه هنوز همه جزئیات اجرایی برنامه پزشکی خانواده مشخص نشده است، به منظور اجرای آن در یک منطقه محدود، هزینه آن برآورد شد که گزارش آن در فصل سیزدهم آورده شده است.

۱۹. مدیریت تغییر: ایجاد هر تغییری در نظام ارائه خدمت، به سبب آنکه نمی‌توان شرایط پس از تغییر را کاملاً پیش‌بینی کرد، با احساس عدم امنیت در ذی‌نفعان و در نتیجه مقاومت در برابر تغییر همراه است. به منظور کاهش مقاومت و افزایش همراهی آنان با برنامه در حد امکان باید ذی‌نفعان برنامه را شناسایی و با آنان ارتباط برقرار کرد. در قالب این ارتباط باید منافع واقعی آنان را شناسایی و برای تأمین قانونی و اخلاقی آنها در برنامه پزشکی خانواده در حد امکان تلاش کرد. شفافیت روش تأمین این منافع از دید ذی‌نفعان منجر به جلب همراهی آنان و هر گونه ابهام در این مورد سبب مقاومت آنان در قبال این برنامه خواهد شد. مدیریت تغییر، یک پروژه مستقل محسوب نمی‌شود و تمام تیم‌هایی که مسؤولیت اجرای پروژه‌ها را بر عهده دارند، باید با به کارگیری ابزارها و روش‌های مدیریت تغییر، از شکل‌گیری مقاومت در ذی‌نفعان، در حد امکان پیشگیری کنند. تقدم و تأخر این پروژه‌ها در شکل شماره ۲ نمایش داده شده است.

مستنداتی که تا کنون در قالب این پروژه‌های ۱۹ گانه آماده شده است به همراه این گزارش در دسترس است. با توجه به ارتباط پروژه‌ها با یکدیگر، پیشرفت یک پروژه ممکن است ایجاد تغییراتی را در سایر پروژه‌ها اجتناب‌ناپذیر کند؛ لذا تا نهای شدن همه پروژه‌ها نمی‌توان این گزارش‌ها را نهای تلقی کرد.

فصل اول

چارچوب کلی

فرایندهای ارائه خدمت، ارجاع،

تداوم و هماهنگی خدمات

پروژه‌های ۱ و ۶

تعریف چارچوب کلی

مقصود از مدل مفهومی مشخص کردن عناصر تشکیل دهنده نظام پزشکی خانواده، ویژگی‌های اصلی این عناصر و ارتباط آنها با یکدیگر است. عناصر تشکیل دهنده نظام پزشکی خانواده عبارتند از:

- تیم‌های طراحی
- خریداران خدمت یا تأمین‌کنندگان مالی
- تیم‌های پشتیبان
- ارائه‌کنندگان خدمت یا خدمت‌گران
- دریافت‌کنندگان خدمت یا خدمت‌گیران

ساختار، فرآیندها، استانداردهای فعالیت‌های پشتیبان و ارائه خدمت و همچنین اعتبار مالی مورد نیاز را برای اجرای برنامه، توسط تیم‌های طراحی مشخص می‌شود. در صورت تأمین مالی، تیم‌های پشتیبان تشکیل می‌شوند. نتیجه فعالیت این تیم‌ها استقرار منابع مورد نیاز برای ارائه خدمت است. پس از استقرار منابع، خانواده‌ها برای ثبت‌نام و تعیین پزشک خانواده خود فراخوانده می‌شوند و به دنبال برقراری ارتباط بین خانواده و پزشک خانواده، روند ارائه خدمت آغاز می‌شود.

ویژگی‌های کلیدی نظام پزشکی خانواده

ارتقای سلامت جمعیت، افزایش رضایت مردم، و حفاظت از خانواده‌ها در برابر بار مالی ناشی از دریافت خدمات سلامت با رعایت دو ملاحظه محوری کارایی و عدالت اجتماعی، اهداف اصلی اجرای پزشکی خانواده را تشکیل می‌دهند. مقصود از ویژگی‌های کلیدی، مواردی است که رعایت نکردن آنها سبب دست نیافتن به اهداف مورد انتظار از اجرای پزشکی خانواده می‌شود. این ویژگی‌های عبارتند از:

- **تأمین مالی پایدار:** این ویژگی منجر به تداوم ارائه خدمت و ایجاد امنیت اجتماعی در حوزه سلامت می‌شود.
- **جمعیت تعریف شده:** مقصود جمعیتی است که تضمین بهره‌مندی مؤثر آنان از بسته خدمت تعریف شده، به شرط نیاز، بر عهده پزشک خانواده قرار داده شده است.
- **خدمت‌گیر محوری:** برای آنکه بهره‌مندی مؤثر هر یک از افراد جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده از خدمات مورد نیازش تضمین شود، آن فرد باید محور فعالیت‌های پزشک خانواده قرار گیرد و متناسب با ویژگی‌های فردی و اجتماعی او اقدامات مورد نیازش طراحی و اجرا شود. خدمت‌گیر محوری مستلزم رعایت موارد زیر است:
 - رویکرد زیستی، روانی، اجتماعی
 - رعایت حقوق خدمت‌گیر
 - تضمین تداوم خدمت متناسب با شرایط خدمت‌گیر
 - هماهنگی خدمات
- **مقبولیت اجتماعی:** این ویژگی نتیجه طبیعی سه ویژگی قبل است و به پایداری رویکرد پزشکی خانواده منجر می‌شود.
- **بسته خدمت:** مقصود از بسته خدمت مجموعه خدمات مراقبتی، پیشگیری، تشخیصی، درمانی و بازتوانی است

که تأمین مالی پایدار برای ارائه آنها امکان‌پذیر است و در قالب رویکرد پزشکی خانواده، بهره‌مندی جمعیت از این خدمات، به شرط نیاز، تضمین می‌شود.

- **راهنماهای ارائه خدمت:** توصیه‌های بالینی اخذ شده از کارآزمایی‌های بالینی، منوط بر آنکه با اتکا بر روش‌های علمی به انجام رسیده باشند، و مرورهای نظام‌مند مبتنی بر آنها، معتبرترین مبانی تصمیم‌گیری در مورد روش‌های ارائه خدمت را تشکیل می‌دهند.
- **روش پرداخت:** دستیابی به اهداف نظام پزشکی خانواده، مستلزم اتخاذ رفتارهای خاص از سوی منابع انسانی درگیر در آن است. مؤثرترین روش برای ترغیب منابع انسانی برای در پیش گرفتن رفتارهای مورد انتظار از آنان، وابسته کردن پرداخت به عملکرد آنان است.
- **پایش و ارزیابی عملکرد:** رعایت استانداردهای عملیاتی و اجرایی، در صورتی که با توجه به اهداف برنامه پزشکی خانواده و مبتنی بر منطق روشن و شواهد علمی وضع شده باشند، شرط لازم برای دستیابی به اهداف برنامه است. به همین سبب پایش، یا صیانت از استانداردها، باید جزئی از رویکرد پزشکی خانواده باشد.
- **دروازه‌بانی و ارجاع:** پزشک خانواده قادر به ارائه تمام خدمات مورد نیاز افراد تحت پوشش خود نیست؛ به همین سبب، در صورت نیاز، باید خدمتگیر را به سایر خدمتگران ارجاع دهد. تشخیص نیاز خدمتگیر به این خدمات بر عهده پزشک خانواده است و تنها در صورت تشخیص و ارجاع او، هزینه بهره‌مندی خدمتگیر از خدمات ارائه شده توسط سایر خدمتگران، توسط برنامه پزشکی خانواده تأمین می‌شود. به بیان دیگر پزشک خانواده دروازه‌بان نظام ارائه خدمات سلامت است و تنها با صلاحدید او افراد اجازه ورود به سایر بخش‌های این نظام را پیدا خواهند کرد.

چارچوب کلی

در این بخش به چارچوب کلی اجرای برنامه پزشکی خانواده در یک منطقه محدود خواهیم پرداخت. به منظور ایجاد تصور شفافی از آنچه که قرار است به اجرا درآید، این چارچوب در قالب مراحل اجرا شرح داده خواهد شد.

پزشک خانواده

پزشک خانواده یک پزشک عمومی یا متخصص است که در یک دوره کوتاه مدت (۳ تا ۱۲ ماه) آموزش بدو خدمت شرکت کرده است. این دوره از آموزش‌های نظری، عملی و کارورزی تشکیل می‌شود. در کنار پزشک، از خدمات افراد غیرپزشک نظیر ماما، پرستار، یا کارشناس بهداشت به عنوان مراقب سلامت نیز استفاده می‌شود. در کنار این افراد یک نفر نیز به عنوان منشی به کار گرفته خواهد شد.

جمعیت تحت پوشش و روش انتساب آن به پزشک خانواده

جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده، تمام خانواده‌های ساکن در یک منطقه محدود جغرافیایی را در بر می‌گیرد. سرپرست هر خانواده می‌تواند، از میان پزشکان خانواده این منطقه، پزشک خانواده خود را انتخاب کند. همزمان با آماده شدن محل استقرار پزشکان خانواده، اطلاع‌رسانی عمومی (پیوست شماره ۱) به جمعیت منطقه در مورد برنامه پزشکی خانواده، به منظور ایجاد آمادگی و تقاضا در آنان، آغاز می‌شود. در این اطلاع‌رسانی اعلام می‌شود که کارشناسان برنامه به منظور کسب اطلاعات خانواده‌ها به در

منزل مراجعه خواهند کرد. پس از استقرار پزشکان خانواده در محل‌های ارائه خدمت، سرشماری جمعیت آغاز می‌شود. هدف از این سرشماری، تکمیل فرم‌های اولیه اطلاعات خانواده و آموزش آنان در مورد انتخاب پزشک خانواده مورد نظر خود با استفاده از سامانه پزشک خانواده است. افزون بر آموزش‌های شفاهی یک پمفلت، که در برگزیده اطلاعات ضروری برای بهره‌مندی از خدمات پزشک خانواده است، نیز در اختیار خانواده قرار می‌گیرد. پس از تکمیل سرشماری، سرپرست خانواده در صورت تمایل می‌تواند با کمک کارشناس سرشماری کارافزار^۱ پزشک خانواده را بر روی تلفن همراه خود نصب کند. بلافاصله پس از تکمیل فرم‌های اولیه، سرپرست خانواده می‌تواند با مراجعه به سامانه و مشاهده پزشکانی که ظرفیت آنان تکمیل نشده است، پزشک خانواده خود را انتخاب کند. در صورت آمادگی سرپرست خانواده، این مرحله می‌تواند با کمک کارشناس سرشماری، پس از تکمیل فرم‌های اولیه انجام شود. پس از انتخاب پزشک خانواده، اعضای خانواده می‌توانند در صورت نیاز به خدمات سلامت، به پزشک خانواده مراجعه کنند. به خانواده‌ها آموزش داده می‌شود که برای خدمات غیر فوری بهتر است با کمک کارافزار خود یا از طریق تماس تلفنی از پزشک خانواده وقت بگیرند. در شروع برنامه، سرپرست خانواده می‌تواند پزشک خانواده خود را، بدون محدودیت تغییر دهد. پس از بررسی رفتار خانواده‌ها، در مورد ضرورت ایجاد محدودیت در این امر تصمیم‌گیری خواهد شد.

ارزیابی اولیه

پس از انتخاب پزشک خانواده توسط سرپرست خانواده، پزشک خانواده باید نسبت به ارزیابی اولیه اعضای خانواده اقدام کند. منشی پزشک خانواده پیوسته می‌تواند لیست افرادی را که هنوز ارزیابی اولیه آنان انجام نشده است، مشاهده کند و از آنان برای ارزیابی اولیه دعوت به عمل آورد. در صورتی که قبل از ارزیابی اولیه، فردی برای دریافت خدمت به پزشک خانواده مراجعه کند، در صورت امکان، پزشک خانواده می‌تواند همزمان ارزیابی اولیه را انجام دهد. نتایج ارزیابی اولیه از طریق تکمیل فرم‌های ارزیابی اولیه در سامانه ثبت می‌شود.

بخشی از ارزیابی اولیه توسط مراقب سلامت و بخش دیگری از آن توسط پزشک انجام می‌شود. مراقب سلامت خدمتگیر را از منظر عوامل خطر بیماری‌ها و نیاز به مراقبت‌های پیشگیرانه مورد بررسی قرار می‌دهد؛ ولی پزشک به دنبال یافتن بیماری‌های پنهان و آشکار او است. بر مبنای نتایج ارزیابی اولیه، خدمتگیر در یکی از گروه‌های سالم، دارای عامل خطر، بیمار، و ناتوان قرار می‌گیرد و برنامه‌ای برای مراقبت از او تهیه می‌شود. نمودار فرآیند ارزیابی اولیه در پیوست شماره ۱ نمایش داده شده است.

فرآیند دریافت خدمت

همه جمعیت تحت پوشش برای آنکه تحت حمایت مالی برنامه پزشکی خانواده قرار گیرند، باید برای دریافت خدمات مورد نیاز خود از دروازه پزشک خانواده عبور کنند. لذا نظام پزشکی خانواده باید به گونه‌ای سامان داده شود که جمعیت تحت پوشش، تحت هر شرایطی بتواند مسائل سلامت خود از طریق مسیرهایی که در این نظام پیش‌بینی شده است، به انجام رساند. به منظور تسهیل دسترسی خدمتگیران، افزون بر مطب پزشکان خانواده، یک مرکز پشتیبان نیز در منطقه‌ای که این برنامه در آن به اجرا در می‌آید، پیش‌بینی شده است. پیوسته یکی از پزشکان خانواده منطقه، به عنوان پزشک کشیک در این مرکز حضور دارد. وظیفه پزشک کشیک ارائه خدمات

دارای فوریت به خدمت‌گیرانی است که یا به پزشک خانواده خود دسترسی ندارند یا، بر مبنای صلاحدید او، بهتر است خدمات مورد نیاز خود را تحت نظر پزشک کشیک در مرکز پشتیبان دریافت کنند. گروهی از خدمت‌گران که نیاز جمعیت تحت پوشش به خدمات آنان به اندازه‌ای نیست که به ازای هر پزشک خانواده به یک نفر از آنان نیازمند باشیم، ولی حد اقل به یک نفر از آنان برای جمعیت منطقه نیازمندیم، نیز در مرکز پشتیبان مستقر می‌شوند و به خدمت‌گیران ارجاع شده از سوی پزشکان خانواده، ارائه خدمت می‌کنند. تخصص‌های داخلی، اطفال، روان‌پزشکی و زنان، روان‌شناس، مددکار اجتماعی، و کارشناس تغذیه مثال‌هایی از این خدمت‌گران هستند. نمودار فرآیند دریافت خدمت در پیوست شماره ۱ نمایش داده شده است.

نقش خانواده (خدمت‌گیر) در فرآیند دریافت خدمت

در صورت احساس نیاز به دریافت خدمات سلامت، خدمت‌گیر، با توجه به شرایط خود یکی از مسیرهای زیر را می‌تواند در پیش گیرد:

- خدمت‌گیر احساس می‌کند که در اسرع وقت باید از خدمت بهره‌مند شود. در چنین شرایطی اگر خدمت‌گیر در شرایط بحرانی قرار داشته باشد، باید با اورژانس ۱۱۵ تماس بگیرد. اگر شرایط بحرانی نباشد، خدمت‌گیر ممکن است احتمال دهد که از طریق یک مشورت تلفنی مسأله او قابل حل است. در این صورت، در ساعات فعالیت مطب، می‌تواند برای مشورت تلفنی با پزشک خانواده خود تماس بگیرد. در خارج از ساعات فعالیت مطب، اگر پزشک خانواده تماس بیمار را در خارج از ساعات فعالیت مطب بلامانع دانسته باشد، امکان تماس تلفنی با او وجود دارد؛ در غیر این صورت خدمت‌گیر می‌تواند با پزشک کشیک، که در مرکز پشتیبان مستقر است، تماس بگیرد. اگر خدمت‌گیر احساس می‌کند که مشکل او فقط با مراجعه حضوری قابل خواهد بود، در ساعات فعالیت مطب، بدون نیاز به تعیین وقت قبلی، به مطب و در خارج از این ساعات به مرکز پشتیبان مراجعه خواهد کرد.
- خدمت‌گیر برای دریافت خدمت احساس فوریت نمی‌کند. در این صورت، با توجه به آموزش‌هایی که به او داده شده است، باید ابتدا برای تعیین وقت با منشی پزشک خانواده تماس بگیرد. تعیین وقت از طریق سامانه پزشک خانواده و کارافزار آن نیز امکان‌پذیر است. اگر خدمت‌گیر برای دریافت خدمات غیرفوری بدون تعیین وقت قبلی مراجعه کند، منشی، با توجه به شرایط مطب، که متعاقباً به آن خواهیم پرداخت، اقدام مناسب را در مورد او انجام خواهد داد.

نقش منشی در فرآیند دریافت خدمت - قبل از ویزیت پزشک یا مراقب سلامت

پس از مراجعه خدمت‌گیر به مطب پزشک خانواده، همیشه این احتمال وجود دارد که پزشک در محل کار خود حضور نداشته باشد. اگر خدمت‌گیر به خدمات فوری نیازمند نباشد، منشی وقت دیگری را برای مراجعه او مشخص می‌کند؛ ولی در صورت وجود فوریت، و با توجه به شرایط بیمار، از طریق تماس با اورژانس ۱۱۵، مشورت تلفنی با پزشک کشیک یا ارجاع بیمار به مرکز پشتیبان نسبت به تمشیت امور او اقدام می‌کند.

در صورت حضور پزشک خانواده در مطب، یکی از حالات زیر در مورد خدمت‌گیر صادق خواهد بود:

- خدمت‌گیر با نوبت قبلی و در زمان مقرر مراجعه کرده است. در این حالت اگر خدمت‌گیر برای ارزیابی اولیه مراجعه کرده باشد، ابتدا باید نزد مراقب سلامت فرستاده شود. در صورتیکه برای ارزیابی اولیه مراجعه نکرده باشد و هنوز

ارزیابی اولیه او انجام نشده باشد و امکان انجام ارزیابی اولیه در این مراجعه وجود داشته باشد، خدمتگیر نزد مراقب سلامت فرستاده می‌شود؛ در غیر این صورت نزد پزشک خواهد رفت. در صورتیکه خدمتگیر صرفاً برای دریافت خدمت از پزشک مراجعه نکرده باشد نیز ابتدا نزد مراقب سلامت فرستاده می‌شود.

- خدمتگیر بدون نوبت قبلی مراجعه کرده است. در این صورت اگر ویزیت خدمتگیر ضروری یا امکان‌پذیر باشد، طبق آنچه که در حالت اول توضیح داده شد، در مورد او عمل و در غیر این صورت، برای او تعیین وقت خواهد شد

خدمات مراقب سلامت

همه خدماتی که در نظام بهداشتی جاری کشور توسط مراقبان سلامت ارائه می‌شود، در برنامه پزشکی خانواده نیز، توسط مراقب سلامت همکار پزشک خانواده ارائه خواهد شد. افزون بر این موارد، بر مبنای پروتکل‌های ارائه خدمت، بخشی از خدمات آموزش و پیگیری بیماران را هم، بنا بر تشخیص پزشک خانواده، مراقبان سلامت انجام می‌دهند.

خدمات پزشک خانواده

راهنماهای ارائه خدمت مبنای ارائه خدمات پزشک خانواده را تشکیل می‌دهد. با توجه آنکه تهیه همه راهنماهای مورد نیاز در کوتاه‌مدت امکان‌پذیر نیست، در ابتدا برای چند بیماری شایع راهنماها و پروتکل‌های ارائه خدمت تهیه می‌شود و برای ارائه سایر خدمات، منابع معتبری که پزشک خانواده به راحتی بتواند از آنها استفاده کند، در اختیارش قرار می‌گیرد. فرآیند ویزیت خدمتگیر، در هر نوبت، از یک چارچوب کلی تبعیت می‌کند. پزشک ابتدا به ارزیابی خدمتگیر می‌پردازد و بر مبنای این ارزیابی، یک یا چند مورد از اقدام‌های زیر را برای او انجام می‌دهد.

- ارجاع فوری به بیمارستان: در صورتیکه بیمار در شرایط بحرانی قرار داشته باشد، باید فوراً به بیمارستان اعزام شود. در این صورت، پزشک خانواده باید فرم ارجاع فوری به بیمارستان را تکمیل کند. پس از تکمیل فرم ارجاع فوری به بیمارستان، سایر اقدامات مربوط به ارجاع فوری توسط منشی انجام می‌شود.
- مشورت فوری با متخصص: در صورت احساس نیاز، پزشک خانواده می‌تواند از طریق تماس تلفنی با پزشکان متخصص عضو تیم پزشکی خانواده، در مورد بیمار با آنان مشورت کند. حداقل یک پزشک متخصص از هر یک از تخصص‌های داخلی، اطفال، روان‌پزشکی و زنان عضو تیم پزشکی خانواده هستند. پاسخ به مشورت پزشکان خانواده یکی از وظایف این افراد است.
- ارجاع به متخصص: پزشک خانواده می‌تواند بیمار را به پزشکان متخصص عضو تیم و پزشکان متخصص طرف قرارداد با برنامه پزشکی خانواده ارجاع کند. در این صورت باید نسبت تکمیل فرم ارجاع اقدام کند.
- مشورت غیر فوری با متخصص: مشورت غیر فوری پس از خاتمه ویزیت و در زمان مناسب انجام می‌شود. این مشورت را می‌توان با پزشکان متخصص عضو تیم، از طریق ارسال پیام در بستر سامانه پزشکی خانواده، یا تلفنی انجام داد.
- ارجاع به سایر خدمتگران: مقصود از سایر خدمتگران هر فرد دیگری است که خدمتگیر به خدمات او نیازمند است.

۱. در مورد خدمتگران عضو تیم و طرف قرارداد در بخش ارجاع بحث شده است.

مراقب سلامت یکی از این افراد است که پزشک خانواده می‌تواند خدمتگیر را برای دریافت خدماتی همچون آموزش مراقبت از خود نزد او بفرستد. سایر خدمتگران به دو گروه عضو تیم پزشکی خانواده و غیر عضو تقسیم بندی می‌شوند. خدمتگران عضو تیم، شامل روان‌شناس، کارشناس تغذیه و مددکار اجتماعی، در مرکز پشتیبان مستقر می‌شوند و افراد غیر عضو تیم در مطب یا دفتر کار خود بیماران را ویزیت می‌کنند.

- درخواست بررسی‌های پاراکلینیک و تجویز دارو: با توجه به وجود سامانه‌های نسخه الکترونیک در کشور، این درخواست‌ها در سامانه پزشکی خانواده ثبت و داده‌ها به صورت الکترونیک به سامانه‌های نسخه الکترونیک منتقل می‌شود. در صورت دریافت نسخه یا انجام بررسی توسط بیمار، اطلاعات مربوطه نیز به سامانه پزشکی خانواده منتقل می‌شود.

- درخواست پیگیری‌های غیر حضوری بین دو ویزیت: متناسب با شرایط بیمار، پزشک خانواده ممکن است، پیگیری‌های غیر حضوری در فاصله دو ویزیت را ضروری تشخیص دهد. او می‌تواند، از طریق تکمیل فرم «پیگیری‌های غیر حضوری بین دو ویزیت» یا خود مسئولیت انجام این پیگیری‌ها را بر عهده بگیرد یا از مراقب سلامت یا منشی بخواهد که نسبت به این موارد اقدام کند.

نقش منشی در فرآیند دریافت خدمت - پس از ویزیت پزشک یا مراقب سلامت

اگر پزشک ویزیت مراقب سلامت را ضروری بداند یا مراقب سلامت ویزیت پزشک را ضروری بداند، پس از خروج خدمتگیر از اتاق پزشک یا مراقبت سلامت، منشی باید او را، با رعایت نوبت، نزد مراقب سلامت یا پزشک بفرستد. با توجه فرم‌های تکمیل شده توسط پزشک، منشی مکلف است اقدامات لازم را به شرح زیر انجام دهد.

- ارجاع فوری به بیمارستان: اگر پزشک ارجاع فوری بیمار را به بیمارستان، از طریق اورژانس ۱۱۵ ضروری تشخیص داده است، تماس با اورژانس و انتقال اطلاعات مورد نیاز به تکنسین اورژانس بر عهده منشی است. در صورتیکه ضرورتی برای اعزام بیمار به وسیله آمبولانس وجود نداشته باشد و بیمار همراه و/یا وسیله نقلیه مناسب در اختیار نداشته باشد، منشی باید اقدام به تأمین وسیله نقلیه و/یا همراه کند. توجیه همراه بیمار در مورد بیمارستان محل مراجعه و فرآیند پذیرش بیمار در اورژانس بیمارستان نیز از وظایف منشی است.

- ارجاع به سایر خدمتگران: ارجاع به متخصص و ارجاع به سایر خدمتگران، نظیر روان‌شناس و کارشناس تغذیه، در این مقوله قرار می‌گیرد. پزشک خانواده نمی‌تواند مستقیماً بیمار را برای بستری غیر فوری به بیمارستان ارجاع کند. دستور بستری غیر فوری یا الکتیو بیمار بر عهده پزشک متخصص است. وظایف منشی در این مورد در بخش مربوط به ارجاع مورد بحث قرار خواهد گرفت.

- توجیه خدمتگیر در مورد پیگیری غیر حضوری: پزشک و مراقب سلامت پس از ویزیت خدمتگیر فرم پیگیری‌های غیر حضوری را تکمیل می‌کنند. در این فرم دلیل پیگیری غیر حضوری، مواردی که در این پیگیری باید مورد توجه قرار گیرد، فرد پیگیری کننده و زمان پیگیری مشخص می‌شود. پزشک می‌تواند خود، مراقب سلامت یا منشی و مراقب سلامت می‌تواند خود یا منشی را مسؤول پیگیری غیر حضوری کند. این پیگیری از طریق تماس تلفنی انجام می‌شود. منشی موظف است خدمتگیر را در مورد ضرورت و هدف از پیگیری غیر حضوری و زمان انجام آن

توجه کند. جزئیات پیگیری غیر حضوری در بخش مربوطه مورد بحث قرار خواهد گرفت.

- تعیین تاریخ و ساعت ویزیت بعد: فاصله ویزیت بعد با این ویزیت توسط پزشک یا مراقب سلامت تعیین می‌شود؛ ولی تعیین تاریخ و ساعت مراجعه بعد بر عهده منشی است. منشی موظف است با توجه به ترجیحات و محدودیت‌های خدمتگیر نسبت به این امر اقدام کند.

ارجاع

فقط پزشک خانواده می‌تواند خدمتگیر را به سایر خدمتگران ارجاع کند. در صورتیکه مراقبت سلامت ارجاع خدمتگیر را ضروری تشخیص دهد، باید نظر خود را به پزشک خانواده منتقل کند تا او، در صورت صلاحدید، نسبت به این امر اقدام کند.

انواع خدمتگران

خدمتگرانی که نقش پذیرنده را در فرآیند ارجاع بازی می‌کنند به چهار گروه عضو تیم، طرف قرارداد، مورد تأیید و سایر خدمتگران تقسیم می‌شوند.

خدمتگران عضو تیم

خدمتگران عضو تیم افرادی هستند که به منظور ارائه خدمات شایع مورد نیاز جمعیت تحت پوشش به صورت تمام وقت یا پاره‌وقت با برنامه پزشکی خانواده همکاری می‌کنند. این افراد افزون بر ارائه خدمت، در سایر فعالیت‌های برنامه نظیر طراحی، پایش و ارزیابی، آموزش پزشکان خانواده و مراقبان سلامت و آموزش جمعیت تحت پوشش نیز مشارکت دارند. روش پرداخت به این افراد حقوق ثابت است که با عملکرد آنان تعدیل می‌شود. خدمتگران عضو تیم افراد زیر را در بر می‌گیرد.

پزشکان متخصص: حد اقل یک نفر از هر یک از تخصص‌های داخلی، اطفال، روان‌پزشکی و زنان در تیم پزشکی خانواده حضور دارند. این پزشکان در مرکز پشتیبان مستقر می‌شوند و اقدام به وظایف زیر از آنان مورد انتظار است.

- مشارکت در تطبیق راهنماهای ارائه خدمت^۱
- مشارکت در آموزش پزشکان خانواده
- مشارکت در طراحی و اجرای برنامه‌های کنترل بیماری‌های منطقه
- پاسخ به مشورت‌های فوری و غیر فوری پزشکان خانواده
- ویزیت بیماران ارجاع شده
- مشارکت در پایش و ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده

کارشناس تغذیه: با توجه به اهمیت تغذیه یک یا چند کارشناس تغذیه، به عنوان عضو تیم با برنامه پزشکی خانواده همکاری می‌کنند. وظیفه آموزش خدمتگیران در مورد اصول تغذیه سالم بر عهده پزشک خانواده و مراقب سلامت است و خدمتگیران نیازمند رژیم درمانی به کارشناس تغذیه عضو تیم ارجاع می‌شوند.

روانشناس: آموزش روانشناختی و روان‌درمانی تحت نظر روان‌پزشک اهم وظایف روان‌شناس عضو تیم را تشکیل می‌دهند.

تعداد روان‌شناس عضو تیم با توجه به حجم خدمات مورد نیاز جمعیت تعیین می‌شود.

مددکار اجتماعی: رویکرد جامع جسمی، روانی، اجتماعی حضور مددکار اجتماعی را در تیم پزشکی خانواده ایجاب می‌کند. وظیفه مددکار اجتماعی ارزیابی خدمتگیران ارجاع شده از منظر نیاز به توانمندسازی و تلاش برای توانمند کردن خدمتگیران و خانواده آنان با به کارگیری منابع اجتماعی است. با توجه پیشینه ضعیف مددکاری اجتماعی در نظام سلامت، در صورت به کارگیری مؤثر مددکاران اجتماعی، به تدریج ضرورت همکاری آنان با تیم پزشکی خانواده بیشتر احساس می‌شود و تعداد آنان در تیم افزایش خواهد یافت.

خدمتگران طرف قرارداد

این گروه از خدمتگران در قالب قراردادی که با برنامه پزشکی خانواده منعقد کرده‌اند، به خدمتگیران ارجاع شده ارائه خدمت می‌کنند. وظیفه شناسایی و انعقاد قرارداد با این افراد بر عهده واحد ستادی «امور سایر خدمتگران» است. نام این خدمتگران در سامانه پزشکی خانواده وجود دارد و پزشکان خانواده و سایر خدمتگران عضو تیم، در صورت نیاز به ارجاع بیماران به خدمتگران طرف قرارداد می‌توانند خدمتگر مورد نظر خود را از این لیست انتخاب کنند. از آنجا که ممکن است خدمتگران عضو تیم فرصت کافی برای ویزیت همه بیماران ارجاع شده نداشته باشند، می‌توان با تعداد دیگری از افراد هم‌تخصص آنها نیز قرارداد همکاری منعقد کرد. برای مثال یک روان‌پزشک به عنوان عضو تیم با برنامه همکاری می‌کند و ۵ روان‌پزشک دیگر نیز در قالب عقد قرارداد همکاری برنامه هستند. به خدمتگران طرف قرارداد در قالب کارانه‌ای که با عملکرد آنان تعدیل می‌شود، پرداخت می‌شود.

خدمتگران مورد تأیید

اگر بیمار به خدماتی نیاز داشته باشد که امکان بهره‌مند کردن او از طریق خدمتگران عضو تیم یا طرف قرارداد وجود نداشته باشد، کارشناس ارجاع مستقر در مرکز پشتیبان مکلف است با همکاری واحد ستادی «امور سایر خدمتگران» نسبت به یافتن خدمتگر مناسب و ارجاع بیمار به او اقدام کند. با توجه به آنکه قراردادی بین این خدمتگر و برنامه منعقد نشده است، از بیمار خواسته می‌شود که بهای خدمات را خود پرداخت کند و پس از ارائه مستندات، معادل آن را از برنامه دریافت کند. در صورتیکه بیمار توان مالی پرداخت بهای خدمات را نداشته باشد، برنامه باید نسبت به این امر اقدام کند.

سایر خدمتگران

ممکن است خدمتگیران اصرار به دریافت خدمات مورد نیاز خود از خدمتگرانی داشته باشند که در هیچیک از گروه‌های فوق قرار نمی‌گیرند. در این صورت خدمتگیر باید شخصاً نسبت به همه مراحل دریافت خدمت اقدام و بهای آن را نیز خود پرداخت کند. مبالغ هزینه شده به خدمتگیر پرداخت نخواهد شد.

بیمارستان

تعامل با بیمارستان در یکی از قالب‌های طرف قرارداد یا مورد تأیید انجام می‌شود. در صورتیکه هر یک از متخصصان بیمارستان تمایل به همکاری با برنامه‌ی پزشکی خانواده به عنوان عضو تیم را داشته باشد، با آنان قرارداد جداگانه‌ای منعقد می‌شود. برقراری ارتباط با بیمارستان منطقه، ترجیحاً در قالب طرف قرارداد، برای اجرای موفقیت‌آمیز پزشکی خانواده در یک منطقه محدود الزامی است.

در ادامه به شرح انواع ارجاع خواهیم پرداخت.

ارجاع فوری به بیمارستان

پزشک خانواده فقط می‌تواند بیماری را که در شرایط بحرانی قرار دارد، به بیمارستان ارجاع کند. ارجاع غیر فوری یا الکتیو به بیمارستان وظیفه‌ی پزشک متخصص است. اگر ارجاع بیمار با آمبولانس ضرورت داشته باشد، منشی باید از طریق تماس با اورژانس ۱۱۵ درخواست آمبولانس کند. تقریباً در همه‌ی موارد ارجاع فوری، بیمار باید به بیمارستان عضو تیم یا طرف قرارداد برنامه‌ی پزشکی خانواده ارجاع شود. در موارد استثنایی که ارجاع فوری بیمار به بیمارستان دیگری ضرورت پیدا می‌کند، این بیمارستان باید از طریق هماهنگی با کارشناس ارجاع مرکز پشتیبان مشخص و از تکنسین اورژانس خواسته شود تا بیمار را به بیمارستان مورد نظر منتقل کنند. از آنجا که ممکن است اورژانس ۱۱۵ چارچوب‌های مشخصی را برای تعیین بیمارستان محل اعزام داشته باشد که با چارچوب‌های برنامه‌ی پزشکی خانواده همسو نباشد، ضروری است که قبل از شروع فعالیت‌های برنامه‌ی پزشکی خانواده هماهنگی‌های لازم با اورژانس منطقه، از این نظر، به عمل آید.

در صورتیکه اعزام بیمار با آمبولانس ضروری نباشد، منشی باید از وجود همراه و وسیله نقلیه مناسب برای انتقال بیمار به بیمارستان اطمینان حاصل کند. مسؤلیت تأمین همراه و وسیله‌ی نقلیه، برای بیماری که آنها را در اختیار ندارد، بر عهده منشی پزشک خانواده است. جزئیات روش تأمین همراه و وسیله‌ی نقلیه در زمان اجرای آزمایشی با مشارکت پزشکان خانواده و همکارانشان مشخص می‌شود. منشی همچنین موظف است همراه بیمار را، در مورد بیمارستان محل مراجعه و فرآیند پذیرش در اورژانس بیمارستان، توجیه کند.

پس از اعزام بیمار به بیمارستان، منشی باید فرم الکترونیک اعزام بیمار به بیمارستان را در سامانه پزشکی خانواده تکمیل کند. این فرم، به همراه فرم ارجاع فوری به بیمارستان، که توسط پزشک تکمیل شده است، برای بیمارستان ارسال می‌شود. افزون بر ارسال فرم‌ها برای بیمارستان، یک پیام نیز برای رابط بیمارستان ارسال می‌شود. رابط بیمارستان فردی از اعضای تیم پزشکی خانواده است که وظیفه پیگیری امور بیماران را در بیمارستان بر عهده دارد. پس از پذیرش بیمار در بیمارستان و تکمیل فرم پذیرش نیز، پیامی برای رابط ارسال می‌شود. پس از دریافت این پیام‌ها، رابط بیمارستان موظف است در اولین فرصت برای ملاقات بیمار به بیمارستان مراجعه و در صورت نیاز، نسبت به پیگیری امور و برطرف کردن نیازهای او اقدام کند. پس از ملاقات بیمار، رابط فرم الکترونیک ملاقات بیمار را تکمیل و، در صورت نیاز، تاریخی را برای ملاقات بعد خود مشخص می‌کند. اگر بیمار قبل از تاریخ ملاقات بعد رابط با او، از بیمارستان ترخیص شود، پیامی مبنی بر ترخیص بیمار و لغو ملاقات بعد برای رابط ارسال می‌شود.

پس از ترخیص بیمار، پیامی برای پزشک خانواده ارسال می‌شود. بر مبنای اطلاعات ترخیص بیمار، پزشک خانواده فرم اقدامات پس از ترخیص را تکمیل می‌کند. بر مبنای این فرم، از میان اقدامات تعیین وقت برای ویزیت پزشک خانواده، پیگیری بهره‌مندی بیمار از خدمات مرتبط با ادامه‌ی درمان و سایر پیگیری‌های غیر حضوری، متناسب با شرایط بیمار، موارد مورد نیاز انتخاب و جزئیات آنها مشخص می‌شود. پس از ترخیص بیمار از بیمارستان، پیامی برای دریافت دیدگاه‌های بیمار، در مورد خدمات دریافت شده، برای او ارسال می‌شود.

جزئیات فرآیند ارجاع فوری به بیمارستان در پیوست شماره ۲ نمایش داده شده است.

ارجاع به سایر خدمتگران

ارجاع به سایر خدمتگران، اعم از پزشکان متخصص، خدمات پاراکلینیک، و خدمتگران غیر پزشک (روان‌شناس، کارشناس تغذیه و...) از چارچوب نسبتاً واحدی پیروی می‌کند؛ لذا فرایند ارجاع به این خدمتگران در قالب یک فرآیند توضیح داده می‌شود.

تعیین وقت مراجعه

اسامی خدمتگران عضو تیم و طرف قرارداد در سامانه‌ی پزشکی خانواده وجود دارد. لذا پزشک خانواده می‌تواند، در صورت وجود تخصص مورد نظر در لیست، با کسب نظر بیمار، خدمتگر پذیرنده را از میان گزینه‌های موجود انتخاب کند. در مورد خدمتگران عضو تیم، امکان تعیین وقت مراجعه از طریق سامانه‌ی پزشکی خانواده وجود دارد. بنابر این اگر خدمتگر پذیرنده عضو تیم باشد، منشی می‌تواند با مشارکت بیمار وقت مراجعه‌ی او را در سامانه مشخص کند. اگر خدمتگر عضو تیم نباشد و مراجعه‌ی بیمار مستلزم تعیین وقت باشد، منشی مکلف است طی تماس با مطب او و با توجه به ترجیحات و محدودیت‌های بیمار، نسبت به تعیین وقت مراجعه خدمتگیر اقدام و آن را در سامانه ثبت کند. پس از تعیین تاریخ و زمان مراجعه، یک پیامک و ۲۴ ساعت قبل از زمان مراجعه نیز پیام یادآوری برای بیمار ارسال می‌شود. اگر مراجعه‌ی بیمار نیازمند تعیین وقت نباشد، منشی باید تاریخی را که بیمار برای مراجعه اعلام می‌کند، برای پیگیری مراجعه در سامانه ثبت کند. اگر بیمار تمایل به مراجعه به خدمتگر مورد نظر خود داشته باشد و این خدمتگر مورد تأیید برنامه نباشد، صرفاً تاریخ تقریبی مراجعه‌ی او پرسیده و برای پیگیری مراجعه در سامانه ثبت می‌شود. در این مورد منشی اقدامی برای هماهنگی زمان مراجعه انجام نمی‌دهد.

اگر تخصص مورد نظر در لیست خدمتگران عضو تیم یا طرف قرارداد وجود نداشته باشد، پس از تکمیل فرم ارجاع، به منظور یافتن خدمتگر مناسب، سامانه یک اقدام در کارتابل کارشناس ارجاع قرار می‌دهد. کارشناس نسبت به یافتن خدمتگر مناسب اقدام و از طریق تکمیل فرم تعیین خدمتگر، نتیجه را در سامانه ثبت می‌کند. به دنبال تکمیل این فرم، یک اقدام مبنی بر تکمیل مراحل ارجاع در کارتابل منشی قرار داده می‌شود. در صورتیکه مراجعه‌ی بیمار مستلزم تعیین وقت باشد، منشی با توجه به ترجیحات و محدودیت‌های بیمار، از طریق تماس با مطب خدمتگر تعیین شده نسبت به تعیین وقت مراجعه اقدام می‌کند. در صورتیکه تعیین وقت ضرورت نداشته باشد، منشی مشخصات خدمتگر پذیرنده را به بیمار اعلام و تاریخی را که او برای مراجعه ذکر می‌کند در سامانه ثبت می‌کند.

پیگیری مراجعه به خدمتگر پذیرنده

پس از تعیین وقت مراجعه، در صورتیکه پذیرنده عضو تیم باشد، در روز مقرر یک اقدام، تحت عنوان «ثبت اطلاعات پذیرش»، در کارتابل منشی خدمتگر عضو تیم قرار می‌گیرد. اگر بیمار مراجعه نکند، در فرم مرتبط با این اقدام، عدم مراجعه‌ی او ثبت می‌شود. در این صورت اقدام دیگری تحت عنوان «پیگیری عدم مراجعه» در کارتابل منشی قرار داده می‌شود. به منظور این پیگیری منشی تلفنی با بیمار تماس گرفته، در صورت تمایل به مراجعه، تاریخ دیگری را برای مراجعه او مشخص می‌کند. در صورتیکه بیمار تمایل به مراجعه نداشته باشد، دلیل آن در فرم مربوط به این پیگیری ثبت و از طریق سامانه برای پزشک معالج ارسال می‌شود. پزشک خانواده پس از بررسی اطلاعات دریافت شده، اگر ارجاع بیمار را ضروری بداند از منشی خود خواهد

خواست که به منظور متقاعد کردن بیمار برای مراجعه با او تماس بگیرد. اگر تماس منشی با بیمار منجر به متقاعد شدن او برای مراجعه به متخصص شود، مجدداً با مشارکت او و از طریق سامانه، زمان دیگری برای مراجعه او به پذیرنده تعیین می‌شود. در صورتی که بیمار متقاعد نشود و منشی تلاش مجدد را برای متقاعد کردن بیمار بی‌مورد تشخیص دهد، از طریق تکمیل فرم مربوطه پزشک خانواده را در جریان اقدام خود قرار می‌دهد؛ ولی اگر احساس کند که در صورت تماس دیگری احتمال متقاعد شدن بیمار وجود دارد، تاریخ دیگری را برای تماس مجدد با خدمتگیر مشخص می‌کند.

اگر پذیرنده عضو تیم نباشد، با توجه به زمان پیش‌بینی شده برای مراجعه‌ی بیمار به پذیرنده، اقدامی در کارتابل منشی برای بررسی مراجعه بیمار به پذیرنده، در کارتابل منشی قرار داده می‌شود. در صورتیکه این بررسی حاکی از مراجعه کردن بیمار باشد، تاریخی برای مراجعه او به پزشک خانواده به منظور ارائه بازخورد مشخص می‌شود. اما اگر مراجعه نکرده باشد، ولی تمایل به مراجعه داشته باشد، طبق فرآیندی که قبلاً برای تعیین وقت ذکر شد، مجدداً زمان مراجعه برای او مشخص می‌شود؛ ولی اگر تمایل به مراجعه نداشته باشد، نتیجه به اطلاع پزشک خانواده رسانده می‌شود تا او، نظیر آنچه که در مورد مراجعه نکردن به خدمتگران عضو تیم ذکر شد، در مورد ادامه اقداماتی که باید برای او انجام شود، تصمیم‌گیری کند.

ویزیت متخصص

ویزیت متخصص عضو تیم، از نظر اقداماتی که به دنبال آن باید انجام شود مشابه ویزیت پزشک خانواده است؛ با این تفاوت که متخصص می‌تواند بیمار را به صورت الکتیو در بیمارستان بستری کند. متخصصان طرف قرارداد و مورد تأیید نیز می‌توانند بیمار را به صورت الکتیو در بیمارستان بستری کنند. با توجه به ویژگی‌های این نوع بستری، جزئیات آن به صورت جداگانه مورد بحث قرار خواهد گرفت.

جزئیات فرایند ارجاع به سایر خدمتگران در پیوست شماره ۳ نمایش داده شده است.

ارجاع الکتیو به بیمارستان

متخصصی که بیمار به او ارجاع شده است، ممکن است بستری شدن بیمار را در بیمارستان ضروری تشخیص دهد. بسته به نوع ارتباط متخصص با برنامه پزشکی خانواده، فرآیند ارجاع متفاوت خواهد بود. متخصص می‌تواند عضو تیم، طرف قرارداد، مورد تأیید یا مورد نظر بیمار باشد. فرآیند ارجاع در هر یک از این حالات ویژگی‌های خاص خود را دارد که در ادامه به توضیح آنها خواهیم پرداخت.

متخصص عضو تیم

متخصص عضو تیم ممکن است با بیمارستان خاصی در ارتباط باشد و بتواند بیماران تحت نظر خود را در آن بیمارستان بستری کند یا اینکه بدون آنکه با بیمارستان خاصی در ارتباط باشد، به عنوان عضو تیم با برنامه پزشکی خانواده همکاری می‌کند. اگر متخصص با بیمارستان در ارتباط باشد، ارتباط این بیمارستان با برنامه‌ی پزشکی خانواده در یکی از حالات زیر قرار می‌گیرد:

- طرف قرارداد یا مورد تأیید: در این صورت پس از تکمیل فرم ارجاع توسط پزشک، منشی مرکز پشتیبان هماهنگی‌های لازم را با بیمارستان برای بستری بیمار به عمل خواهد آورد.
- غیر مورد تأیید: بستری بیمار در بیمارستان غیر مورد تأیید هنگامی مطرح می‌شود که یا متخصص برای انجام

اقدام خاصی ناگزیر از بستری بیمار در بیمارستانی باشد که مورد تأیید برنامه پزشکی خانواده نیست یا اینکه بیمار اصرار دارد که در بیمارستان مورد نظر خود که مورد تأیید برنامه نیست بستری شود. در حالت اول پس از تأیید منحصر به فرد بودن بیمارستان توسط کارشناس ارجاع، با این بیمارستان به عنوان یک بیمارستان مورد تأیید رفتار می‌شود. در حالت دوم صرفاً به بیمار نامه‌ی معرفی داده می‌شود و انجام تمام مراحل مرتبط با بستری در بیمارستان و پرداخت هزینه‌های مربوطه بر عهده‌ی خود او خواهد بود.

در صورتیکه متخصص عضو تیم با بیمارستانی در ارتباط نیست، باید از طریق متخصص دیگری که عضو تیم، طرف قرارداد یا مورد تأیید باشد، بیمار را در بیمارستان بستری کند. با توجه به آنکه نبود ارتباط بین متخصص و بیمارستان، در عمل با دشواری‌هایی همراه خواهد بود، برنامه پزشکی خانواده، در صورت به کارگیری چنین متخصصی، باید در حد امکان، ارتباط او را با یکی از بیمارستان‌های طرف قرارداد خود برقرار کند.

متخصص طرف قرارداد یا مورد تأیید

اگر متخصص طرف قرارداد یا مورد تأیید بستری کردن الکتیو بیمار را در بیمارستان ضروری تشخیص می‌دهد، باید نظر خود را در پاسخ ارجاع، به پزشک خانواده اعلام و بیمارستانی را که بیمار باید در آن بستری شود نیز مشخص کند. تأیید ضرورت بستری بر عهده پزشک خانواده است. بدین منظور او می‌تواند با متخصصان عضو تیم مشورت یا از طریق تماس با پزشک پذیرنده نسبت به رفع ابهامات خود در مورد ضرورت بستری اقدام کند. در صورتیکه پزشک خانواده بستری بیمار را ضروری تشخیص ندهد، باید نتیجه را به او اعلام کند. اگر بیمار نتیجه را نپذیرد و برای بستری شدن در بیمارستان اصرار داشته باشد، می‌تواند شخصاً نسبت به انجام تمام مراحل اقدام و هزینه‌های آن را نیز خود پرداخت کند. اگر ضرورت بستری تأیید شود و بیمارستان طرف قرارداد یا مورد تأیید باشد، منشی پزشک خانواده هماهنگی‌های لازم را با بیمارستان به عمل خواهد آورد. در صورتیکه بیمارستان مورد تأیید نباشد و منحصر به فرد بودن آن با توجه به نیاز بیمار مورد تأیید کارشناس ارجاع قرار گیرد، با آن نظیر بیمارستان مورد تأیید رفتار می‌شود. اگر بیمار برای بستری شدن در بیمارستانی که مورد تأیید نیست، اصرار داشته باشد، انجام همه‌ی مراحل مربوط به پذیرش و پرداخت هزینه‌ها بر عهده خود او خواهد بود.

متخصص مورد نظر بیمار

اگر متخصص مورد نظر بیمار بستری شدن بیمار را در بیمارستان ضروری تشخیص دهد، انجام همه مراحل پذیرش و پرداخت هزینه‌ها بر عهده بیمار خواهد بود.

جزئیات فرآیند ارجاع الکتیو بیمار به بیمارستان در پیوست شماره ۴ نمایش داده شده است.

پیگیری غیر حضوری

به منظور کسب اطمینان از مصرف داروها، پاسخ بیمار به درمان، بروز عوارض دارویی، رعایت رژیم غذایی یا اقدام به سایر رفتارهایی که برای دستیابی به اهداف مراقبت و درمان ضروری هستند، خدمتگران ممکن است پیگیری غیر حضوری را ضروری تشخیص دهند. در این صورت خدمتگر با تکمیل فرم پیگیری‌های غیر حضوری، این اقدام را در فرآیند مراقبت

از خدمتگیر پیش‌بینی می‌کند. هر یک از خدمتگران می‌توانند خود یا یک نفر از اعضای تیم پزشکی خانواده را، با توجه به جدول زیر، مسؤول انجام این پیگیری قرار دهند.

درخواست کننده	انجام دهنده	پزشک خانواده	مراقب سلامت	منشی پزشک خانواده	خدمتگر مرکز پشتیبان	منشی مرکز پشتیبان
پزشک خانواده	✓	✓	✓			
مراقب سلامت	✓	✓	✓			
خدمتگر مرکز پشتیبان (متخصص، روان‌شناس، کارشناس تغذیه، مددکار اجتماعی)	✓				✓	✓

فرد درخواست‌کننده‌ی پیگیری غیر حضوری هدف از این اقدام، نکاتی که در هر تماس باید مورد توجه قرار گیرد، تاریخ‌های انجام پیگیری و فرد انجام دهنده آن را در فرم پیگیری غیر حضوری مشخص می‌کند. بر مبنای این اطلاعات در تاریخ مقرر، توسط سامانه اقدامی در کارتابل فرد انجام دهنده‌ی پیگیری قرار می‌گیرد. پس از تماس و اقدام به موارد پیش‌بینی شده یکی از پیامدهای زیر برای پیگیری غیر حضوری متصور است.

- شرایط خدمتگیر مطلوب است و پیگیری دیگری ضرورت ندارد. در صورتیکه ویزیت دیگری برای بیمار پیش‌بینی شده است، این ویزیت در تاریخ مقرر انجام می‌شود.
 - با توجه به شرایط خدمتگیر، تماس گیرنده مواردی را به او تذکر می‌دهد و تماس دیگری را برای کسب اطمینان از مطلوب بودن شرایط خدمتگیر ضروری تشخیص می‌دهد. در این صورت تماس گیرنده تاریخ دیگری را برای تماس مجدد با خدمتگیر مشخص می‌کند. سامانه در تاریخ مقرر اقدامی را به منظور تماس مجدد در کارتابل تماس گیرنده قرار می‌دهد.
 - اگر پیگیری توسط منشی یا مراقب سلامت انجام شده باشد، ممکن است آنان مشورت با پزشک را برای اقدام مناسب برای بیمار ضروری تشخیص دهند. در این صورت باید در اولین فرصت نسبت به انجام این مشورت اقدام و بر مبنای توصیه‌های پزشک مجدداً با خدمتگیر تماس بگیرند.
 - ممکن است شرایط بیمار ارجاع فوری به بیمارستان را ایجاد کند. در این صورت باید متناسب با شرایط بیمار اقدامات و هماهنگی‌های مورد نیاز به عمل آید.
 - اگر شرایط بیمار تعجیل در ویزیت بعد از ایجاد می‌کند، تماس گیرنده باید قادر به تغییر تاریخ ویزیت بعد بیمار باشد.
 - اگر برای خدمتگیر تاریخ ویزیت بعد پیش‌بینی شده است، در جریان پیگیری غیر حضوری این تاریخ به او یادآوری می‌شود.
 - اگر به هر دلیل او نتواند در تاریخ پیش‌بینی شده مراجعه کند، پیگیری کننده باید نسبت به تغییر تاریخ ویزیت بعد اقدام کند.
- جزئیات فرآیند پیگیری غیر حضوری در پیوست شماره ۵ نمایش داده شده است.

فصل دوم

تامین مالی اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود

پروژه ۲

مقدمه

سلامتی، نیاز اساسی هر جامعه و پیش شرط تحقق توسعه پایدار است. با توجه به اینکه سلامتی حقی است همگانی که تولیت آن بر عهده دولت‌هاست، حاکمیت هر کشور می‌کوشد تا با بسیج همه منابع در قالب نظام سلامت، به این مهم دست یابد. چهار کارکرد اصلی این نظام شامل تولیت نظام سلامت، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامتی است. بدیهی است از اهداف مهم نظام سلامت کشورها، بهره‌مندی عادلانه آحاد جامعه از خدمات مناسب سلامت، در زمان نیاز و بدون تحمیل هرگونه مشقت مالی است که از آن به‌عنوان «پوشش سلامت همگانی» یاد می‌شود.

تأمین مالی

شرط دستیابی به اهداف نظام‌های سلامت، بهره‌مندی عادلانه افراد جامعه از خدمات سلامت است. تحقق این شرط نیازمند مدیریت صحیح منابع و کارایی سیستم سلامت و تأمین عدالت در بهره‌مندی، از طریق اتخاذ سیاست‌های مناسب تأمین مالی است. نوع تأمین مالی نظام سلامت و سهم پرداخت‌های افراد و دولت برای تأمین هزینه‌ها، شاخصی کلیدی برای تعیین میزان دسترسی عادلانه افراد جامعه به مراقبت‌های ضروری محسوب می‌شود. اهداف کارکرد تأمین مالی در نظام‌های سلامت عبارت‌اند از:

- در دسترس قرار دادن وجوه
 - ایجاد انگیزش‌های صحیح مالی برای ارائه‌کنندگان خدمات
 - اطمینان از دسترسی تمام افراد به خدمات سلامت عمومی و مراقبت‌های فردی موردنیاز
- توجه به موضوع تأمین مالی مناسب می‌تواند اطمینانی نسبی در شرایطی که افراد توان پرداخت هزینه‌های سلامت خود را ندارند ایجاد کند و بدین ترتیب از هزینه‌های کمرشکن سلامتی می‌کاهد.
- راهبرد هر کشور در خصوص چگونگی تأمین مالی بیانگر روش تأمین مالی است. این راهبرد مشخص می‌کند به چه روشی هزینه‌های نظام سلامت تأمین خواهد شد، مالیات (درآمد عمومی) یا حق بیمه افراد در بیمه اجتماعی یا بیمه خصوصی، پرداخت مستقیم توسط افراد، تأمین مالی گروهی جامعه، کمک‌های خارجی و خیریه‌ها و یا ترکیبی از این شیوه‌ها.
- عدالت در تأمین مالی به معنای آن است که پرداخت هزینه‌های بیمار بیشتر از اینکه تابع نوع بیماری باشد، بر اساس توان افراد در پرداخت مرتبط باشد. در چنین حالتی از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌شود و احتمال عدم استفاده از مراقبت موردنیاز به دلایل مالی و یا سقوط به ورطه فقر به دلیل هزینه‌های سلامتی به حداقل می‌رسد.

روش‌های تأمین مالی

بالاسوبرامانیام در سال ۲۰۰۱ در مقاله‌ای با عنوان «تأمین مالی نظام سلامت» که با هدف معرفی شیوه‌ها و مدل‌های مختلف تأمین مالی انجام شد، چهار شیوه را معرفی می‌نماید:

- پرداخت مستقیم توسط مصرف‌کنندگان به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
- پرداخت توسط دولت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت از طرف مصرف‌کنندگان، که در اکثر کشورهای درحال توسعه مانند کلمبیا و تعدادی از کشورهای توسعه‌یافته مانند انگلیس و کانادا، دولت خدمت را خریداری می‌کند.

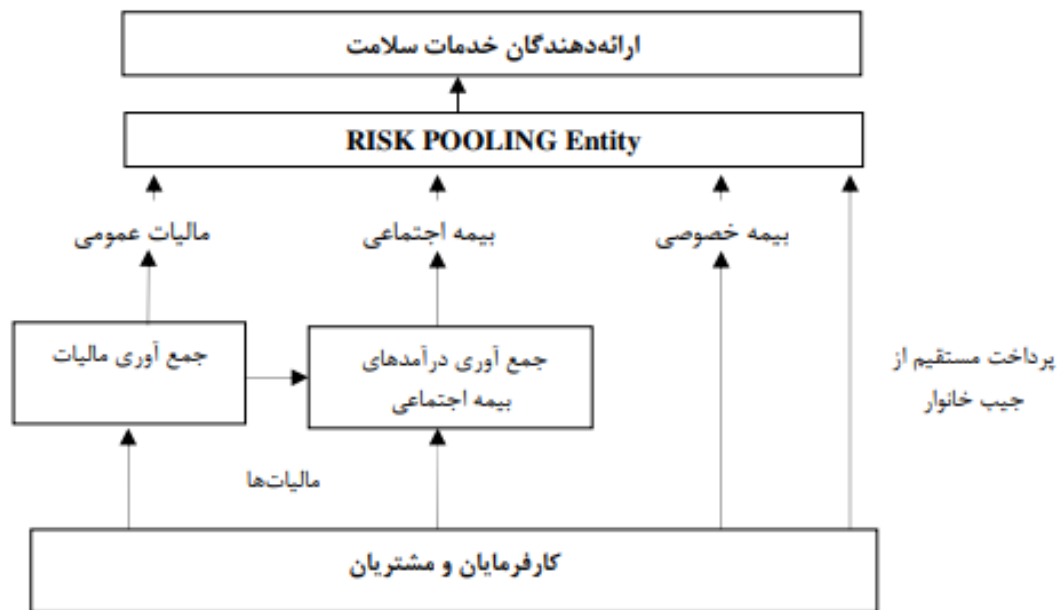
- پرداخت از طرف بیمه اجتماعی اجباری که در این حالت درصدی از حقوق همه حقوق‌بگیران، پس از تجمیع در صندوق بیمه، صرف تأمین منابع هزینه‌های سلامت جامعه می‌شود. حق بیمه افراد فاقد درآمد توسط دولت از محل درآمدهای مالیاتی پرداخت می‌شود و دریافت مراقبت‌های درمانی در محل دریافت خدمات رایگان است.
 - بیمه درمان خصوصی که درصد کمی از مردم، بیمه درمان خصوصی را خریداری می‌کنند. بیمه سلامت خصوصی یک گزینه مناسب و پایدار برای تأمین مالی خدمات سلامت نیست.
- به‌طور خلاصه بالاسوبرامانیام این‌گونه نتیجه‌گیری می‌کند که سیستم بیمه همگانی، از محل مالیات‌های عمومی یا حق بیمه‌های اجباری، سازوکارهایی بسیار مناسب برای انتقال پرداختی‌های سلامت از سوی افراد سالم و غنی به گروه‌های بیمار یا با درآمد اندک است. به‌طور کلی، ساختار و سازمان‌دهی مناسب و اجرای قوانین مدون در مورد شیوه‌های تأمین مالی، تضمین‌کننده موفقیت در سیستم تأمین مالی نظام‌های سلامت است.
- الیاس موسسالوس و انا دیکسون در کتابی با عنوان «تأمین مالی نظام سلامت» که با هدف ارائه تحلیل‌های جدید از تجربیات جاری تأمین منابع مالی نظام سلامت کشورهای اروپای شرقی، غربی و مرکزی تدوین گردید، چرخه نظام سلامت، عدالت در تأمین مالی نظام سلامت، چگونگی جمع‌آوری درآمد، روند مخارج سلامت در اروپا و مزایا و معایب شیوه‌های مختلف تأمین مالی را تشریح و شیوه‌های تأمین مالی را اینگونه دسته‌بندی می‌کنند:
- مالیات‌ها: از منابع مختلف (به طریق مستقیم یا غیرمستقیم) و در سطوح مختلف (ملی یا محلی).
 - حق بیمه تأمین اجتماعی: که با توجه به درآمد خانواده‌ها و توسط دولت جمع‌آوری می‌شود. پرداخت حق بیمه‌ها معمولاً اجباری است و بین کارگر و کارفرما تقسیم می‌شود.
 - بیمه سلامت خصوصی: ممکن است به‌صورت جایگزینی، تکمیلی یا متمم باشد.
- بیمه سلامت خصوصی به‌صورت جایگزینی برای بیمه دولتی و قابل ارائه برای بخشی از مردم است که تحت پوشش بیمه همگانی نیستند.
 - بیمه سلامت خصوصی، به‌صورت تکمیلی، می‌تواند دسترسی سریع‌تر به خدمات یا افزایش کیفیت تسهیلات بستری در بخش عمومی را فراهم نماید. البته داشتن این نوع بیمه، ممکن است به اختلاف افراد در دسترسی به برخی خدمات منجر شود.
 - بیمه سلامت خصوصی به‌صورت متمم، ارائه‌کننده تمام یا قسمتی از پوشش خدماتی است که توسط بیمه دولتی، تحت پوشش بیمه پایه قرار نمی‌گیرد.
- پرداخت مستقیم از جیب توسط خانواده: که شامل همه هزینه‌هایی است که به‌طور مستقیم توسط مصرف‌کنندگان خدمات پرداخت می‌شود؛ از قبیل پرداخت مستقیم همه هزینه‌ها، پرداخت بخشی از هزینه‌ها به‌طور رسمی و پرداخت‌های غیررسمی. کاربرد این نوع پرداخت در خدماتی است که یا تحت پوشش هیچ‌یک از بیمه‌ها قرار ندارند یا در بسته خدمت وجود دارند اما به‌طور کامل تحت پوشش نیستند.
 - کمک‌های خیریه و وام‌ها، از محل بنگاه‌های خیریه و بانک‌های بین‌المللی، به‌منظور ایجاد تناسب در درآمد کشور و به‌طور عمده در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، صورت می‌گیرد.

کارکرد تأمین مالی سلامت یکی از مهم‌ترین الزامات نظام سلامت است که به‌طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق تقویت پنج بلوک ساختاری دیگر، منجر به دستیابی به اهداف اصلی و فرعی نظام سلامت می‌شود. تأمین مالی نظام سلامت باید به‌گونه‌ای باشد تا دسترسی مردم را به خدمات سلامت باکیفیت و بدون تحمیل بار سنگین مالی فراهم کند. نظام تأمین مالی سلامت شامل ارائه‌کنندگان و مشتریان خدمات سلامت و پرداخت‌کنندگان هزینه آن است. ارائه‌کنندگان، خدمات سلامت را به بیماران ارائه می‌کنند و در مقابل بیماران و بیمه‌های سلامت، هزینه خدمات را می‌پردازند.

نظام تأمین مالی سلامت، فرآیند جمع‌آوری، تجمیع و مدیریت مالی به‌منظور خرید خدمات سلامت است.

- کارکرد جمع‌آوری مالی شامل عناصر منابع تأمین مالی، روش‌های مشارکت مالی و سازمان دریافت‌کننده مالی است.
- کارکرد تجمیع و مدیریت مالی شامل عناصر پوشش و ترکیب تجمیع مالی به‌منظور توزیع ریسک و روش‌های تخصیص مالی است. درآمد جمع‌آوری و تجمیع شده باید صرف خرید کالاها و خدمات سلامت از تولیدکنندگان و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت دولتی و خصوصی شود.
- کارکرد خرید خدمات سلامت شامل عناصر تعیین بسته حمایتی خدمات سلامت و روش‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت سلامت است.

نمودار زیر، سازوکارهای تأمین مالی را نشان می‌دهد:



شکل ۱: سازوکارهای تأمین منابع مالی

تأمین مالی اجرای برنامه در یک منطقه محدود

پایداری تأمین مالی برنامه به معنای حصول اطمینان از تأمین مالی به موقع برای نیل به اهداف برنامه است. تأمین مالی برنامه بدون در اختیار داشتن برآورد قابل قبولی از هزینه اجرای برنامه امکان پذیر نیست. لذا به کارگیری روشی که با سرعت و کیفیت قابل قبول چنین برآوردی را در اختیار ما قرار دهد الزامی است. این برآورد در پیوست این فصل نمایش داده شده است.

منابع بالقوه تأمین مالی برای اجرای برنامه در یک منطقه محدود

منابع بالقوه‌ای که در حال حاضر می‌توان از آن استفاده کرد، در جدول زیر لیست شده است. استفاده از هر منبع، نقاط قوت و پیامدهای منفی را در پی خواهد داشت. در ادامه به توضیح هر منبع خواهیم پرداخت.

منابع بالقوه تأمین مالی برای اجرای پایلوت برنامه	نقاط قوت و ضعف
خیران سلامت	<ul style="list-style-type: none"> با توجه به وضعیت ناپایدار اقتصادی کشور، ممکن است هزینه اجرا با تخمین و برآورد هزینه‌ها متفاوت باشد و امکان تأمین مالی به‌طور کامل فراهم نشود.
فرانشیز مراجعه‌کنندگان	
اعتبار دولتی: <ul style="list-style-type: none"> وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان برنامه و بودجه 	<ul style="list-style-type: none"> در صورت تصویب، احتمال تداوم و پایداری تأمین در دوره‌های مالی بعدی بیشتر است. تخصیص بودجه، نیازمند ایجاد ردیف بودجه‌ای است و تأمین آن زمان‌بر خواهد بود. جهت توجیه سیاست‌گذاران، مقدمات محتوایی کاملی نیاز دارد که زمان‌بر است. ممکن است کل بودجه مصوب، تخصیص نیابد. ممکن است بر اساس اولویت مدیران میانی، در محلی غیر از تخصیص، هزینه شود. تغییر مدیران تصمیم‌گیرنده، ممکن است فرایند تصویب را به تأخیر بیندازد.
ستاد اجرائی فرمان امام (برکت)	<ul style="list-style-type: none"> توجیه طرح زمان‌بر است. سابقه سرمایه‌گذاری‌های بلندمدت دارند. نیاز به شناخت و اعتماد به مسئول اجرایی طرح وجود دارد.
بانک‌ها	<ul style="list-style-type: none"> ممکن است از طریق سرمایه‌گذاری مشترک / وام با برخی سازمان‌ها در این برنامه شرکت کنند.
حمایت مالی شرکت‌های داروسازی، صنایع و تجهیزات پزشکی	<ul style="list-style-type: none"> ممکن است درازای تأمین مالی، انتظاراتی ایجاد گردد که از نظر عملی / اخلاقی، پاسخگویی به آن‌ها مشکل / ناممکن باشد.
سازمان‌های بیمه‌گر (حداقل به میزان سهم کنونی بیمه در تأمین دارو، پاراکلینیک و درمان بیماران و یا هزینه‌های پژوهشی)	<ul style="list-style-type: none"> سازمان‌های بیمه‌گر برای مشارکت در طرح‌های محدود انعطاف‌پذیری کمی دارند و عادت کرده‌اند که همیشه از ابتدا برای کل کشور تصمیم‌گیری کنند.
مالیات بر دخانیات و کالاهای آسیب‌رسان	<ul style="list-style-type: none"> نیازمند مصوبه قانونی است.

منابع بالقوه تأمین مالی برای اجرای پایلوت برنامه	نقاط قوت و ضعف
بخشی از مالیات بر ارزش افزوده	• نیازمند مصوبه قانونی است.
افراد شناخته شده در جامعه مانند هنرمندان و ورزشکاران	
شهرداری تهران	
کمیته امداد امام خمینی (ره)	
بنیاد مستضعفان	
سازمان‌ها و نمایندگی‌های بین‌المللی مانند پزشکان بدون مرز، JICA،	
سازمان جهانی بهداشت	
ستاد مبارزه با مواد مخدر	
سازمان‌های مردم‌نهاد	

خیران سلامت

الف- مجمع خیران سلامت

در پی دیدار رؤسای محترم کمیسیون بهداشت و درمان و امور اجتماعی مجلس شورای اسلامی و جمعی از خیران استان فارس با رهبر معظم انقلاب اسلامی در آبان ماه سال ۱۳۸۵ و توصیه و تأکیدات معظم له بر واگذاری امور سلامت مردم به مردم و با توجه به سوابق بسیار درخشان و ارزشمند جناب آقای سیدرضا نیری در گسترش فرهنگ ایثار و خدمت‌رسانی به محرومین و نیازمندان طی سالیان متمادی، نامبرده طی حکم مورخه ۱۳۸۶/۰۵/۱۷ جناب آقای دکتر لنکرانی وزیر محترم وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان مشاور وزیر بهداشت و رئیس ستاد مرکزی خیران سلامت کشور منصوب گردیدند.

تشکیل هیئت مؤسس و هیئت‌امنا، از اقدامات بعدی است که این مهم با دعوت جمعی از خیران مقیم استان تهران و تعامل با وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد. با مشخص شدن هیئت‌های مذکور، اساسنامه مجمع خیران سلامت کشور به‌عنوان یک سازمان مردم‌نهاد، تنظیم و جهت اخذ مجوزهای لازم و ثبت در اداره کل ثبت شرکت‌ها و مؤسسات غیرتجاری به وزارت کشور ارائه گردید.

مجمع خیران سلامت کشور در تاریخ ۱۳۸۷/۱۰/۱۹ به‌عنوان یک سازمان مردم‌نهاد باهدف فراهم آمدن امکان شناسایی و ساماندهی خیران فعال در امر سلامت کشور و برنامه‌ریزی برای بهره‌گیری صحیح از کمک‌ها و مشارکت‌های مردمی و هدایت این کمک‌ها به اولویت‌های ملی در حوزه سلامت، در اداره کل ثبت شرکت‌ها و مؤسسات غیرتجاری به ثبت رسید و فعالیت خود را رسماً آغاز کرد.

ارکان و تشکیلات

مجمع خیران سلامت کشور به‌عنوان یک سازمان مردم‌نهاد می‌باشد و کلیه فعالیت‌های آن غیرسیاسی، غیرانتفاعی و غیردولتی بوده و در موضوع بهداشت و درمان با رعایت کامل قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران، فعالیت می‌نماید و مطابق اساسنامه مربوطه اداره می‌شود. ستاد اصلی مجمع خیران سلامت کشور در تهران بوده و در تمامی استان‌ها و تعدادی از شهرستان‌ها که دارای دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی می‌باشند، شعبه اصلی داشته و در برخی از شهرستان‌های فاقد دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی دارای دفتر نمایندگی می‌باشد.

هدف مجمع

فراهم آمدن امکان شناسایی و ساماندهی خیران سلامت کشور و برنامه‌ریزی برای بهره‌گیری صحیح از کمک‌ها، مشارکت‌های مردمی و هدایت کمک‌ها به اولویت‌های ملی در حوزه سلامت

روش‌های اجرای هدف

احداث، تکمیل، ترمیم، تجهیز و همیاری در امر مراکز بهداشتی و درمانی کشور مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همیاری در اداره، مددکاری و توسعه برنامه‌های مراکز آموزشی، درمانی، تحقیقاتی و پژوهشی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تلاش در جهت ایجاد هماهنگی و وحدت رویه و حمایت معنوی و قانونی از فعالیت‌های مؤسسات خیریه در بخش سلامت کشور. محدوده فعالیت مجمع خیران در سطح ملی است و ارکان آن عبارت‌اند از: مجمع عمومی، هیأت مدیره و بازرس

مجمع عمومی

مجمع عمومی متشکل از کلیه اعضاء می‌باشد و عالی‌ترین مرجع تصمیم‌گیری است که به‌صورت عادی یا فوق‌العاده تشکیل می‌گردد.

هیأت مدیره

هیأت‌مدیره نماینده قانونی مجمع بوده و وظایف و اختیارات آن در چارچوب اساسنامه مربوطه قرار دارد. هیأت‌مدیره متشکل از ۷ نفر عضو اصلی و ۲ نفر عضو علی‌البدل می‌باشد و برای مدت ۲ سال انتخاب می‌شود. انتخاب مجدد اعضای این هیأت برای دوره‌های بعدی بلامانع است.

بازرس

مجمع دارای ۲ نفر بازرس اصلی و ۱ نفر بازرس علی‌البدل می‌باشد که با رأی کتبی مجمع عمومی برای مدت یک سال انتخاب می‌گردند. بازرس می‌تواند در هر موقع، هرگونه رسیدگی و بازرسی را در مورد عملیات مجمع انجام دهد و اسناد و مدارک و اطلاعات مربوطه را مطالعه و مورد رسیدگی قرار دهد.

اهداف و وظایف

مجمع خیران سلامت کشور باهدف فراهم آمدن امکان شناسایی و ساماندهی خیران سلامت کشور و برنامه‌ریزی برای بهره‌گیری صحیح از کمک‌ها، مشارکت‌های مردمی و هدایت کمک‌ها به اولویت‌های ملی در حوزه سلامت تشکیل گردیده است.

اهم وظایف مجمع خیران سلامت کشور عبارت است از:

۱. احداث، تکمیل، ترمیم و تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی کشور که مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.
۲. همیاری در اداره و توسعه برنامه‌های مراکز آموزشی، درمانی، تحقیقاتی و پژوهشی مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳. تلاش در جهت ایجاد هماهنگی و وحدت رویه و حمایت معنوی و قانونی از فعالیتهای مؤسسات خیریه در بخش سلامت کشور.
۴. طراحی و تدوین برنامه‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و بلندمدت مجمع.
۵. تلاش در جهت شناسایی نیازهای مناطق محروم کشور در زمینه نیازهای بهداشتی، درمانی و اهتمام در جهت رفع آن‌ها پس از تصویب مراجع ذی‌ربط.
۶. شناسایی سازمان‌ها، مؤسسات، ارگان‌ها و هسته‌های علاقه‌مند به امور عام‌المنفعه به‌منظور ارتقاء سطح همکاری و بهره‌گیری از توانمندی و استعدادهاى بالقوه آنان.
۷. تلاش در جهت شناسایی و برقراری ارتباط نظام‌مند با پزشکان نیکوکار، مؤسسات و خیریه‌های بهداشتی، درمانی و دارویی به‌منظور تعامل و بهره‌گیری از توان و ظرفیت آن‌ها و مشارکت آنان در زمینه امور بهداشتی و درمانی در راستای تحقق اهداف مجمع.
۸. تلاش در جهت شناسایی خیران داخل و خارج از کشور و بهره‌گیری از توان بالقوه آنان و تشکیل بانک اطلاعاتی خیران.
۹. تلاش در جهت شناسایی نیازهای واحدهای درمانی و مؤسسات بهداشتی، درمانی و دارویی و اهتمام در رفع آن‌ها پس از تصویب مراجع ذی‌ربط.
۱۰. تلاش در جهت احیاء و توسعه فرهنگ و سنت‌های اسلامی در زمینه وقف، حبس، وصیت، هبه، قرض‌الحسنه، خمس، صدقات و... و ترویج فرهنگ مشارکت‌های مردمی و خیران.
۱۱. ایجاد شرایط لازم جهت معرفی طرح‌های مختلف عام‌المنفعه بهداشتی و درمانی به نیکوکاران جهت تقویت و توسعه طرح‌های مذکور.
۱۲. بررسی، تشخیص و تعیین نیازهای مجمع در جهت انجام هر چه بهتر مأموریت‌های محوله بر اساس ضوابط، مقررات و خط‌مشی‌های مربوطه.
۱۳. ارزیابی عملکرد سالیانه مجمع در سطح استان‌ها و شهرستان‌ها باهدف رفع موانع، مشکلات و ضعف‌ها، تقویت و کارآمدتر نمودن واحدهای مذکور، شناسایی قابلیت‌ها و فرصت‌ها، آسیب‌شناسی و ارائه راهکارهای مناسب.
۱۴. کنترل و نظارت لازم بر فعالیتهای، طرح‌ها و پروژه‌های مرتبط با حوزه سلامت از لحاظ کیفی و کمی به‌منظور حسن اجرای وظایف و مأموریت‌های محوله.
۱۵. ارائه مشاوره به افراد خیر و نیکوکار در امور بهداشتی، درمانی و ... در جهت تطبیق نیت خیر آنان با نیازهای جامعه

منابع مالی

منابع مالی سازمان مردم‌نهاد مجمع خیران سلامت کشور به شرح زیر می‌باشد:

۱. هدیه، اعانه و هبه اشخاص حقیقی و حقوقی، اعم از داخلی و خارجی و دولتی و غیردولتی
۲. وقف و حبس
۳. وجوه حاصل از فعالیتهای انجام‌شده در چارچوب موضوع فعالیت، اهداف و اساسنامه مجمع
۴. حق عضویت اعضای مجمع خیران سلامت کشور

هیئت‌امنا (مجمع عمومی)

هیئت‌امنا (مجمع عمومی) با ترکیب اشخاص حقیقی و حقوقی ذیل انتخاب می‌شوند که این تعداد با تصویب هیئت‌امنا قابل افزایش است:

حسینعلی شهریاری	عبدالکریم فدایی اسلام	غلامرضا خواجه جهرمی
مرضیه وحید دستجردی	ناهید عقدایی	سید فریدون افضلی
هاشم سلیمی آشتیانی	محمدباقر بهرامی	کاظم ارد
امیدوار رضایی	دکتر محفوظی	ابوالقاسم ابراهیمی
محمد باقر لاریجانی	رسول مشهوری	سید محمدحسین حسینی
حسن ابوالقاسمی	دکتر ناصر اطمینان	عباس مؤمنی
عباس شاکری	محمدرضا صیدی	حسن امین لو
سید مجتبی قائم‌مقامی	سید حسین رضازاده	حسن ساده
غلامرضا بخشی زاده	رسول نبات خور	نادر ریاحی سامانی
مرتضی جابری	علی رستمیان	سیف‌الله رضایی
بیژن آدیش	عبدالکریم قربانی	سید علی ریاض
عباس معصومی	محمود تابنده	محمد طحان پور
محمد آزاد	علی‌اکبر زینالو	مصطفی قلی خسروی
داود بقایی	تقی کمالی	عباس تاج‌آبادی
مجید شایسته	محمد خادم الحسینی	علی اصغر ساعتچی
محمدتقی تصدیق مقدم	سید محمود حسینی	محمدرضا تیماج چی
سید عباس پورهاشمی	طیب قدیمی	مصطفی پریدار
مسعود پزشکیان	علی شمسی نیا	فاطمه آلیا
کامران باقری لنکرانی	قاسم نوده فراهانی	فاطمه رهبر
ابوالقاسم آقا حسین شیرازی	محمدحسن خداوردی	اسماعیل غنیان
سید حسین دکمه چی	عبدالمجید مرادی نسب	علی توسطی
مصطفی مرسلی	رضا صفی آریان	شیخی
حسین یزدانی	فرزاد گوهردهی	حمید زاده
سید جلال دخانچی	مرتضی تجددی	محمدرضا فلسفی
بهرام کاظم‌زاده	حسین نیکزاد	صلاح‌الدین دلشاد
علیرضا یزدانی	مجتبی ذوالقدر	محمدباقر عبدوس

حسین خاکی
 سیدعلی سیف السادات
 محمدتقی محمودیان
 کیان دهراب پور
 محمدتقی امین روان
 محمد کاظم مرادی فرد
 کاظم قاسمی
 حبیب نورا
 احمد درودی
 عبدالعلی حبیبی
 عبدالرضا یوسفی
 محمدرضا تقوی
 سید محمد شیرازی
 غلامرضا تاج گردون

اعضای هیئت مدیره مجمع خیران سلامت کشور:

۱. آقای دکتر حسن امین لو- عضو اصلی هیئت مدیره و رئیس هیئت مدیره
۲. آقای محمد آزاد - عضو اصلی هیئت مدیره و نائب رئیس هیئت مدیره
۳. آقای حسینعلی شهریاری - عضو اصلی هیئت مدیره و دبیر کل
۴. آقای نادر ریاحی سامانی - عضو اصلی هیئت مدیره
۵. آقای عباس مؤمنی - عضو اصلی هیئت مدیره
۶. آقای دکتر صلاح الدین دلشاد - عضو اصلی هیئت مدیره
۷. آقای مصطفی قلی خسروی - بازرس اصلی
۸. آقای رسول نبات خور بوشهری - بازرس اصلی
۹. آقای کیان دهراب پور دولت آباد - بازرس علی البدل

معاونان

۱. آقای علیرضا یزدانی - معاون اداری، مالی و برنامه ریزی
۲. آقای اسماعیل غنیان - معاون هماهنگی امور استان ها
۳. آقای سید محمد طباطبایی - معاون مشارکت های مردمی، روابط عمومی و اطلاع رسانی

مشاوران

۱. آقای عباس تاج‌آبادی - مشاور عالی دبیر کل
۲. آقای دکتر امیر صادقی - مشاور عالی دبیر کل
۳. آقای دکتر سید علی ریاض - مشاور ویژه دبیر کل
۴. آقای دکتر مصطفی پریدار - مشاور عالی دبیر کل

پروژه‌ها

۱. خانه بهداشت روستای بیهود
۲. پایگاه اورژانس جاده ای شهر کاخک
۳. مرکز بهداشتی درمانی و آزمایشگاه مرکزی شادروان علی جان شکیبایی
۴. ...

خیران مشهور

۱. حاج محمد شهرکی
۲. بانو زهرا سعادت
۳. آقای رشتی زاده
۴. دکتر شهریاری دبیر کل

مراحل پیشنهادی تأمین مالی از خیران سلامت

۱. تهیه پروپوزال طرح پزشکی خانواده
۲. ارائه مستندات و نشان دادن اهمیت کار
۳. ارتباط از طریق افراد نزدیک و بومی شهر محل تولد
۴. دیدار با دکتر شهریاری (استفاده از تکنیک حساس سازی)
۵. طرح مسئله و جلب حمایت

ب- افراد خیر در امور سلامت (مستقل)

نظام سلامت از جمله بخش‌های اجتماعی کشور است که از سالیان قبل شاهد حضور سازمان‌یافته نهادهای مردمی باوجود تمامی کمبودها و کاستی‌ها در این حوزه است. به‌طوری‌که بر طبق شواهد پرداخت بخشی از هزینه‌های درمانی توسط خیران انجام می‌شود و این گروه نقش به‌سزایی در تأمین مالی، توسعه منابع، ارائه خدمات سلامت و حمایت مالی از بیماران در نظام سلامت کشور بر عهده دارند. تعداد کل خیران سلامت ایران در سال ۱۳۹۴ برابر با ۱۳۱۳۸ نفر بوده است و حدود ۸۹۰ موسسه خیریه سلامت فعال تا سال ۱۳۹۶ در کشور گزارش شده است. مشارکت خیران در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ به ترتیب حدود ۱۵ و ۱۷ هزار میلیارد ریال بوده است. بنابراین، خیران از ظرفیت بالایی برای ارائه خدمات سلامت در ایران برخوردار هستند. آگاهی از چگونگی مشارکت خیران در ارائه خدمات سلامت برای برنامه‌ریزی و تقویت مشارکت آن‌ها در ارائه خدمات سلامت ضروری است.

روش‌های جذب مالی موردنیاز بخش سلامت از طریق خیران می‌تواند شامل: مؤسسات خیریه‌ی سلامت، مجمع خیران سلامت، توزیع صندوق‌های کمک مالی میان اقشار مختلف جامعه، شبکه‌های اجتماعی فضای مجازی و برگزاری مراسم

هدفمند باشد.

مؤسسات خیریه یکی از روش‌های متداول و شناخته‌شده در اقشار مختلف جامعه برای جمع‌آوری مالی هستند. در ایران، مؤسسات خیریه فراوانی در حوزه سلامت مشارکت دارند. بودجه موسسه خیریه می‌تواند از طریق مشارکت خیران تأمین شود. مالی مؤسسات خیریه بهداشتی-درمانی شامل سرمایه‌گذاری اولیه‌ی مؤسسين، درآمدهای حاصل از ارائه‌ی خدمات، مشارکت و کمک‌های مردمی و مؤسسات خیریه و عواید حاصل از صدقات، نذورات و خیرات است. مردم جامعه با توجه به شهرت، اعتبار و حوزه فعالیت مؤسسات خیریه سلامت، در قالب اعضای ثابت یا غیرثابت به این مؤسسات کمک‌های مالی می‌کنند.

مجمع خیران سلامت، به‌عنوان یک سازمان مردم‌نهاد غیردولتی و غیرانتفاعی، به‌صورت کشوری با شعب استانی و شهرستانی از طریق جذب خیران سلامت جهت ارتقای نظام سلامت کشور فعالیت می‌کند.

خیران از طریق توزیع صندوق‌های کمک‌های مردمی در میان اقشار گوناگون جامعه به جذب مالی اقدام می‌کنند و جوهی با توجه به فرهنگ اسامی ایران و اعتقاد به صدقات از این طریق جمع‌آوری می‌شود. خیران خارج از کشور مالی را از طریق توزیع صندوق‌ها در جلسات، نشست‌ها و مراسم‌های گوناگون، برای بخش‌های مختلف حوزه سلامت جمع‌آوری می‌کنند.

افزایش ارتباطات جمعی در اینترنت و فضای مجازی، منجر به نوعی مشارکت نوین مالی خیران سلامت شده است. دریافت‌کنندگان کمک‌های مالی خیران با تعریف پروژه‌های بهداشتی-درمانی مشخص در نظام سلامت و تبلیغ آن در فضای مجازی، اقدام به جذب مالی از طریق خیران می‌کنند. افراد جامعه با توجه به اعتبار و شهرت افراد دریافت‌کننده کمک‌های مالی اقدام به مشارکت مالی می‌کنند. به عبارتی، آنان با ایجاد بسیج برای دریافت حمایت مالی افراد مختلف جامعه، به جذب سرمایه جمعی موردنیاز یک پروژه اقدام می‌کنند. با تعریف یک پروژه بهداشتی درمانی و تبلیغ آن در فضای مجازی، طیف گسترده‌ای از افراد جامعه با این نیاز بهداشتی-درمانی آشنا شده مشارکت می‌کنند.

سایت‌های اینترنتی تخصصی برای این منظور وجود دارد که افراد می‌توانند پروژه بهداشتی-درمانی خود را تبلیغ کنند و خیران نیز در صورت تمایل مشارکت مالی کنند. در ایران، جمع‌آوری کمک‌های مردمی برای حوزه‌ی سلامت به‌صورت مجازی در شبکه‌های اجتماعی و اینترنت رو به افزایش است. بنابراین، مدیران مراکز بهداشتی-درمانی می‌توانند از طریق سایت‌های اینترنتی معتبر از این پتانسیل برای جذب مالی خیران استفاده کنند. تکرار کمک‌های مردمی از طریق فضای مجازی، نیازمند ایجاد تعامل مثبت دریافت‌کننده‌ی کمک‌های خیران در فضای مجازی است.

برگزاری مراسم هدفمند، مانند گل‌ریزان‌ها، بازارچه‌های خیریه و نمایشگاه‌های داخل و خارج از کشور و توزیع صندوق‌های اعانات و کمک‌های خیران نیز برای جذب مالی خیران مرسوم و متداول است. خیران در این مراسم با توجه به نیازها و اولویت‌های تعیین‌شده، به تأمین مالی می‌پردازند. مراسم گل‌ریزان در مراکز درمانی به منظور توسعه و تجهیز این مراکز و در مؤسسات خیریه سلامت، به‌منظور تسریع در دستیابی به اهداف خیریه موردنظر آن‌ها می‌تواند برگزار شود.

منابع مالی جمع‌آوری‌شده توسط خیران صرف توسعه فضای فیزیکی سازمان‌های بهداشتی-درمانی، تأمین تجهیزات و مواد مصرفی این سازمان‌ها، پرداخت حقوق و دستمزد کارکنان مراکز درمانی خیریه و پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت بیماران می‌شود.

ایجاد زمینه جذب منابع مالی از خیران

۱. آگاهی‌رسانی در جامعه در خصوص اثرات مثبت طرح در نظام سلامت
۲. اعتمادسازی در میان خیران
۳. توجیه و تشریح طرح توسعه‌ای پزشک خانواده برای خیران
۴. ایجاد امکان بازدید از طرح‌ها و پروژه‌های نظام سلامت برای خیران
۵. پاسخ مثبت به اقدامات خیران از سوی مسئولان ذی‌ربط
۶. تشریح وضعیت اقتصادی حاکم بر جامعه و محدودیت‌های دولت
۷. تشریح نحوه مصرف منابع مالی جذب‌شده از خیران نظام سلامت
۸. تشریح وضعیت سلامت مردم و درنهایت بهبود نظام سلامت کشور بعد از اجرای طرح

مراحل پیشنهادی تأمین مالی از افراد خیر در امور سلامت

۱. شناسایی خیران از طرق مختلف (ممکن است با واسطه رابطین خیران سلامت در حوزه اجتماعی دانشگاه‌ها انجام شود)
۲. تهیه پروپوزال طرح پزشکی خانواده و تعیین بودجه موردنیاز
۳. ارائه مستندات و نشان دادن اهمیت کار
۴. ارتباط از طریق افراد نزدیک و بومی شهر محل تولد
۵. طرح مسئله و جلب حمایت

ج- سازمان‌های مردم‌نهاد

سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن)، نظام پنهان ارتقای سلامت جامعه هستند. این سازمان‌های داوطلب، مستقل از دولت، غیرانتفاعی و در خدمت مردم هستند؛ و به همین دلیل، صدای مردم نامیده می‌شوند. سمن‌ها، نماد و واسط مشارکت مردم هستند و مشارکت مردم نیز یکی از بازوهای اصلی ارتقای سلامت و کاهش فقر و بی‌عدالتی در سلامت جوامع است. باهدف بررسی نقش و عملکرد سازمان‌های غیردولتی در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه ایران و به منظور طراحی الگوی تعامل سازمان‌های غیردولتی با بخش متولی سلامت در دولت تحقیقی انجام شده است که با توجه به ارتباط موضوع، نتایج این تحقیق در ادامه عرضه می‌شود.

از مجموع ده هزار سمن ثبت‌شده در کشور با معیار معرفی کار در حیطه سلامت و بیماری، حدود ۱۰۰۰ سمن در نظر گرفته شد و از میان آنها ۹۷ سمن، به صورت تصادفی از همه استان‌ها، به‌عنوان نمونه انتخاب شد. اطلاعات لازم از طریق پرسشنامه و با استفاده از ۹ پرسشگر آموزش دیده، جمع‌آوری شد. نتایج حاصل از تحلیل پرسش‌ها در بخش عملکرد و ظرفیت‌ها نشان داد که سمن‌های مورد مطالعه، نیازهای گروه هدف را می‌شناختند، اما در اغلب موارد روش استخراج این نیازها بیشتر بر مبنای جلسه با گروهی از آنان و یا نظرات هیئت مؤسس بوده از اصول علمی نیازسنجی کمتر تبعیت کرده است. مجموعه خدمات ارائه‌شده توسط سمن‌ها به ترتیب، حوزه پیشگیری سطح سوم، سپس سطح اول و درنهایت، سطح دوم بوده است. از دیدگاه سمن‌ها، میزان رضایت و موفقیت در مداخلات آموزشی و ارائه خدمات درمانی، پیشگیری و مشاوره‌ای بیشتر از مداخلات حمایت‌طلبی مربوط به حاکمیت (کار با دولت، مشارکت در روندهای قانونی و قضایی) بوده است و این نتیجه ضمن این که قابلیت‌های سمن‌ها را در ارائه خدمات آموزشی و مشاوره‌ای نشان می‌دهد، به تصمیم‌گیرندگان بخش عمومی (دولت) نیز هشدار می‌دهد که استفاده نکردن از ظرفیت نهفته و پنهان این سامانه‌ها، روند توسعه کشور را کند می‌کند. بیشترین منبع درآمد مالی، کمک‌های مردمی و خیریه و سپس دولت بوده است و اغلب باور دارند که «حمایت مالی دولت از سمن‌ها به صورت ردیف بودجه اختصاصی» لازم است. با اینکه سمن‌ها از مجموع فعالیت‌ها و نقش‌های حمایتی خود، توانمندسازی، مشارکت جامعه هدف

و حمایت طلبی بیش از سایر موارد، موفقیت داشته‌اند، اما تلاش برای تقویت بیش از پیش این توانمندی‌ها و همچنین روش‌های دیده‌بانی، تحقیق و شبکه‌سازی، سمن‌ها را در دست یافتن به پیامدها و اثرات برنامه‌ها کمک خواهد نمود. نداشتن برنامه راهبردی در ۳۵ درصد از سمن‌ها، هشدار برای کاهش اعتبار سمن‌ها در جامعه است، چراکه داشتن برنامه نشان از تعهد اعضای هیئت مؤسس و مدیره برای خدمات‌رسانی به گروه هدف است. ضمن اینکه خود برنامه برای آگاهی از اقدامات آتی سمن، برای تأمین‌کنندگان مالی کمک‌کننده است. منابع مالی محدود، ارتباط ناکافی سازمان‌های غیردولتی با دولت و باور ضعیف دولت از نقش سمن‌ها، سه مانع اصلی اعلام‌شده از سمن‌های مورد مطالعه بوده است. ضروری بودن ارتباط با دولت به اعتقاد اغلب سمن‌ها و کمی رضایت از تعامل فعلی با دولت، الزام‌بازنگری در این اعتماد را ایجاب می‌کند.

مراحل پیشنهادی تأمین مالی از سمن‌ها

۱. تهیه فهرست سمن‌های حوزه سلامت
۲. آشنایی مختصر با حوزه فعالیت آنها بر اساس مطالعه اساسنامه و مطالعات میدانی و غیر میدانی (فضای مجازی)،
۳. رابطان خیران دانشگاه‌ها
۴. تهیه پروپوزال طرح پزشکی خانواده و تعیین بودجه موردنیاز
۵. مراجعه به مدیرعامل سمن‌ها و ارائه مستندات و نشان دادن اهمیت کار
۶. طرح مسئله و جلب حمایت

فرانشیز

مقدمه

یکی از سیاست‌هایی که بیشتر با نیت کنترل رفتار بیمه‌شدگان یا مردم اتخاذ می‌شود، برقراری فرانشیز است که در آن بیمه‌شده درصدی از هزینه هر نوع خدمات درمانی دریافت شده را می‌پردازد. اگرچه فرانشیز راهکار مؤثری برای کاهش استفاده بیش از حد از خدمات، به‌ویژه برای خدمات کشش‌پذیر محسوب می‌شود، اما این سیاست مالی ممکن است دسترسی گروه‌های جمعیتی با درآمد پایین اما با نیاز بالا را کاهش دهد.

مشارکت بیمار در پرداخت مستقیم بخشی از هزینه‌های خدمات سلامت از جمله استراتژی‌های کاهش مصرف از سوی متقاضی و تأمین مالی هزینه‌های سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر و دولت‌ها محسوب می‌شود؛ اما تأکید سازمان‌های بیمه‌گر بر مشارکت بیشتر بیماران در پرداخت مستقیم یا تقبل سهم کمتری از هزینه‌های خدمات سلامت باعث شده است که به تدریج سهم بزرگی از هزینه‌های درمانی به بیمه‌شدگان منتقل شود؛ تا جایی که این تقبل هزینه برای گروهی از افراد جامعه سخت و دشوار گردد. میانگین پرداخت توسط بیماران در سال ۲۰۱۶ در جهان حدود ۱۸/۶ درصد کل هزینه‌های سلامت بوده درحالی‌که این میزان در ایران ۳۸/۸ درصد ثبت شده است.

مطالعات انجام‌شده در ایران نشان می‌دهند که پرداخت مستقیم از جیب بیمار از ۳۰ درصد در سال ۱۳۷۷ به ۶۷ درصد در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته است. در پژوهشی که در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی گرگان انجام شد، گزارش گردید که ۱۳ درصد از کل درآمد خانوارها به منظور خرید خدمات تشخیصی و درمانی به‌صورت مستقیم از جیب پرداخت

شده است. آمار نشان می‌دهند که متوسط ناخالص هزینه‌های خانوارهای شهری بابت بهداشت و درمان در سال ۱۳۸۷ در مقایسه با سال ۱۳۷۸ رشدی نزدیک به ۴۰/۶ درصد داشته است. به تبع آن، سهم آن نیز در مجموع هزینه خانوار از ۴/۲ به ۴/۵ درصد افزایش یافته است که در این میان، بیشترین هزینه مربوط به هزینه‌های خدمات پزشکی، دندانپزشکی، پیراپزشکی و هزینه‌های کمرشکن بیمارستانی بوده است.

دو نوع تغییر رفتار ناشی از بیمه یا مخاطرات اخلاقی در نظام سلامت وجود دارد:

- در بُعد تقاضا (مصرف‌کننده خدمات)
- در بُعد عرضه (ارائه‌کننده خدمات)

از روش‌های کنترل مخاطرات اخلاقی در بُعد تقاضا می‌توان به فرانشیز، پرداخت ثابت، همکاری در پرداخت یا تعیین سقف پرداخت، تشویق در استفاده نکردن، پرداخت اول، صف انتظار و حساب‌های پس‌انداز درمان نام برد (۷). روش‌های کنترلی در بُعد تقاضا اولاً می‌تواند باعث آگاهی از نیاز به پیشگیری در مصرف‌کننده شده از این طریق باعث کاهش مخاطرات پیش‌بینی شده شود؛ و ثانیاً آگاهی از هزینه، از طریق مصرف‌کننده می‌تواند تأثیر فوری بر تدارک خدمات به وسیله ارائه‌کننده داشته باشد و بدین وسیله احتمال خطرات به وقوع پیوسته را کاهش دهد.

البته روش‌های کنترلی برای بُعد تقاضا ممکن است به اندازه کافی مؤثر نباشد، چون خطرات اخلاقی ارائه‌کننده (تقاضای القایی) تأثیر پرداخت از جیب را خنثی می‌کند؛ بنابراین پرداخت از جیب بیماران زمانی می‌تواند مفید واقع شود که با اقدامات کنترل تقاضای القایی همراه شود. سیاست‌های طرف تقاضا به‌تنهایی فقط روی تقاضای خدمات از سوی مصرف‌کننده تأثیر می‌گذارند و مانع ارائه خدمات اضافی از سوی ارائه‌کننده نمی‌شود و به‌تنهایی مشکل مخاطره اخلاقی را کنترل نمی‌کند. بنابراین تلاش‌های بیشتر از طریق سیاست‌های طرف عرضه نیز لازم است تا این خدمات اضافی را کنترل کند. کنترل‌های بُعد تقاضا ممکن است از طریق هزینه‌های بالا و غیر قابل خرید خدمات، دسترسی به آن را برای بیماران بی‌بضاعت کاهش دهد. نتایج مطالعه کشاورز با عنوان انتخاب نامساعد و مخاطرات اخلاقی در بازار بیمه درمان ایران نشان می‌دهد که به‌طور متوسط افزایش یک‌درصدی نرخ پرداخت از جیب، ۲/۹ درصد هزینه‌های استفاده از خدمات دارویی و پاراکلینیکی را کاهش می‌دهد.

پزشک خانواده و بیمه روستایی یکی از راه‌کارهایی بود که در راستای ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم به‌منظور دسترسی بیشتر مردم به خدمات سلامت و کاهش پرداخت از جیب از سال ۱۳۸۴ در کلیه مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر به اجرا درآمد. بر اساس تجارب به‌دست‌آمده، سیاست‌گذاران و مجریان کشوری مصمم شدند تا طرح پزشک خانواده شهری را ابتدا در شهرهای با جمعیت ۵۰ هزار نفر اجرا نمایند. در این راستا با اجرای طرح پایلوت و شناسایی قسمتی از موانع و چالش‌های اجرایی و اتخاذ تدابیر متناسب، نسخه ۰۲ به‌عنوان دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده شهری در کلیه شهرهای با جمعیت بالای ۲۰ هزار نفر تنظیم شد و درنهایت از تیرماه سال ۱۳۹۱ در کلیه شهرهای با جمعیت بالای ۲۰ هزار نفر در دو استان فارس و مازندران اجرا گردید.

در طراحی ساختار پزشک خانواده شهری در نسخه ۰۲ به‌منظور کاهش پرداختی از جیب مردم و ایجاد عدالت در نظام سلامت، همه خدماتی که پزشکان خانواده و مراقبان سلامت در سطح اول به جمعیت شهری ارائه می‌دهند، رایگان اعلام شده است.

تعدادی از سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت، موافق و تعدادی دیگر مخالف رایگان بودن خدمات سلامت هستند. موافقان رایگان بودن خدمات ضمن نگرانی نسبت به عدم توان پرداخت مردم، مواردی مانند تقویت و توسعه ارتباط بین جمعیت و پزشک خانواده، کاهش میزان خوددرمانی، افزایش پوشش خدمات به‌ویژه خدمات پیشگیری، حذف انگیزه تجاری کار کردن و چشم‌داشت زیرمیزی، کاهش انگیزه مردم برای مراجعه غیرضروری به پزشکان متخصص، درمان کامل بیماری‌ها، عدم اجتناب مردم یا بیماران برای دریافت خدمات ضروری تشخیصی، نظم پذیرتر شدن مراقبت‌های دوره‌ای بیماری‌های مزمن و علمی‌تر و به‌هنگام تر شدن مداخلات درمانی موردنیاز را از دستاوردهای رایگان بودن ویزیت پزشک خانواده، دارو و خدمات تشخیصی سطح اول برمی‌شمارند.

مخالفان رایگان بودن خدمات اعتقاد دارند که اگرچه درصد قابل ملاحظه‌ای از بیماران ممکن است توان پرداخت نداشته باشند، اما رایگان نمودن همه خدمات سطح اول برای همه مردم می‌تواند پیامدهایی مانند افزایش تقاضای القایی و یا مراجعه غیرضروری مردم، افت کیفیت خدمات به دلیل افزایش بار مراجعات، کم‌رنگ‌تر شدن ارائه خدمات پیشگیری و مراقبت‌های ضروری، افزایش ناراضی‌بندی پزشکان به دلیل خستگی زودرس شغلی و فرسودگی، افزایش مصرف بی‌رویه و غیرضروری دارو، آسیب به رابطه بین پزشک و بیمار به دلیل دخالت بی‌مورد بیمار در فرایند تصمیم‌گیری (درخواست غیرضروری دارو و خدمات تشخیصی)، امکان کمیاب شدن برخی از داروها، افزایش مصرف ارز برای خرید داروها، تجهیزات و ملزومات تشخیصی، افزایش تقاضا برای انجام آزمایش، رادیولوژی و سونوگرافی و کاهش کیفیت خدمات تشخیصی را ایجاد نماید.

نتایج مطالعه‌ای در فارس و مازندران نشان داد که متداول نمودن فرانشیز در برنامه پزشک خانواده شهری، دیدگاه غالب عمده مدیران و مجریان بوده و کمتر از ۱۰ درصد از افراد مورد مطالعه اعتقاد داشتند که همه خدماتی که توسط پزشک خانواده و مراقب سلامت ارائه می‌گردد باید رایگان باشد. از ۶۳۵ فرد موردبررسی، در مجموع دو استان، ۴۹ نفر (۷/۷ درصد) موافق بودند که تمامی ۹ خدمتی که توسط پزشک خانواده و مراقب سلامت ارائه می‌گردد باید رایگان باشد و تنها دو نفر اعتقاد داشتند که باید برای ارائه این خدمات فرانشیز دریافت گردد. افراد موافق با رایگان بودن این خدمات در استان فارس ۵/۶ درصد و در استان مازندران ۱۰/۴ درصد بودند که بیشتر مدیران و مجریان اعتقاد داشتند که ارائه مراقبت‌های بیماری‌های مزمن باید رایگان باشد؛ اما دیدگاه بیش از سه چهارم مدیران و مجریان در مورد پرداخت فرانشیز برای ویزیت درمانی، انجام تزریقات، سرم‌درمانی و پانسمان، دریافت دارو، خدمات آزمایشگاهی، رادیولوژی و سونوگرافی مثبت بود. میانه دیدگاه مدیران و مجریان به‌جز در مورد مراقبت‌های بیماری‌های مزمن، پرداخت ۱۰ درصد فرانشیز است.

نام خدمت	بیشترین درصد	نام خدمت	بیشترین درصد
ویزیت پایه و معاینات دوره‌ای	۴۸/۱ درصد (خدمات رایگان)	سرم‌درمانی	۳۶/۸ درصد (خدمات رایگان)
مراقبت‌های بیماری‌های مزمن	۶۳/۷ درصد (خدمات رایگان)	داروهای نسخه شده	۳۴/۲ درصد (خدمات رایگان)
ویزیت درمانی	۵۳/۲ درصد (۱۰ درصد فرانشیز)	خدمات آزمایشگاهی	۳۴/۶ درصد (خدمات رایگان)
پانسمان	۳۵/۲ درصد (خدمات رایگان)	خدمات رادیولوژی و سونوگرافی	۳۵/۱ درصد (خدمات رایگان)

نام خدمت	بیشترین درصد	نام خدمت	بیشترین درصد
تزریقات	۴۰/۰۴ درصد (خدمات رایگان)		

نگرش مثبت مدیران و مجریان برای برقراری فرانشیز باید به‌طور عمده باهدف کنترل رفتار دریافت‌کنندگان خدمات باشد. در این مطالعه غالب افراد، به‌ویژه پزشکان، اعتقاد داشتند که رایگان شدن خدمات، نه‌تنها مزیت قابل‌توجهی را برای سلامت مردم به همراه ندارد، بلکه دارای دو عیب عمده می‌باشد که ادامه آن را غیرقابل‌تحمل خواهد کرد. رایگان شدن خدمات سلامت، ارزش خدمات را در نزد مردم کم‌رنگ می‌کند. مردم با این دیدگاه که خدمات کم‌ارزش یا بی‌ارزش هستند که با قیمت نازل یا معمولاً مجانی در اختیار همه قرار می‌گیرند و اگر ارزش بسیاری داشتند به سادگی و به‌صورت رایگان در اختیار همه قرار نمی‌گرفتند، اعتنایی به اثربخشی خدمات پزشک خانواده نمی‌کنند و خود این دیدگاه، انگیزه مردم جهت مراجعه به سطح دو را افزایش می‌دهد. عیب دوم آن همان مخاطرات اخلاقی است. در این راستا، مردم تصور می‌کنند حال که همه خدمات رایگان شده است می‌بایست تا می‌توانند از آن استفاده کنند؛ حتی اگر هیچ نیازی برای آن مطرح نباشد. در این مطالعه پزشکان بیش از سایر گروه‌ها به برقراری فرانشیز اعتقاد داشتند که احتمالاً با مراجعات بی‌دلیل یا بدون نیاز بیماران است که این مخاطرات اخلاقی منجر به آزار روحی و عصبانیت پزشکان بیش از سایر کارکنان نظام سلامت می‌شود. به همین دلیل، پزشکان تصور می‌کنند که اگر فرانشیز برقرار شود می‌تواند تا حدود زیادی مانع مراجعه غیرضروری بیماران شود. دلیل دیگری که ممکن است در نگرش پزشکان تأثیرگذار باشد این است که اگر قسمتی از هزینه خدمات نقدی دریافت شود، این درآمد نقدی در زمانی که سرانه به‌موقع پرداخت نشود و یا بسیار با تأخیر پرداخت گردد، می‌تواند قسمتی از مشکلات مالی پزشکان را حل کند.

در مطالعه روحانی و همکاران که در آن تعداد ویزیت انجام‌شده به‌وسیله ۱۲ پزشک، قبل و بعد از اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی مقایسه شد، افزایش حدوداً شش برابری تعداد ویزیت، افزایش دو برابری خدمات واحد تزریقات و پانسمان و واحد آزمایشگاهی نشان داده شد. اگرچه در مطالعه فوق ممکن است درصد قابل‌ملاحظه‌ای از افزایش ویزیت به دلیل دسترسی بیشتر به پزشک بر اساس نیاز واقعی باشد؛ اما عمده این افزایش می‌تواند ناشی از کاهش ۷۰ درصدی فرانشیز به دلیل صدور دفترچه درمانی آن‌هم بدون پرداخت حق بیمه باشد که می‌تواند به‌نوعی افزایش مخاطرات اخلاقی را نشان دهد. نتایج مطالعه‌ای در جامعه بیمه‌شده‌های نیروهای مسلح نشان داد رابطه منفی معنی‌داری بین فرانشیز و متوسط تعداد مراجعات در سال وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد در فرانشیز پایین، به این دلیل که تعداد دفعات مراجعه به دلیل وجود مراکز متعدد درمانی که هزینه زیادی را متوجه شخص نخواهد کرد افزایش خواهد یافت. این موضوع بیانگر این مسئله است که شخص فارغ از نگرانی پرداخت حق بیمه بیشتر، به استفاده از خدمات ارائه‌شده می‌پردازد. درآمد ناخالص و سن سرپرست خانواده دارای اثرات مثبت و معنی‌داری بر روی متوسط تعداد مراجعات جهت دریافت خدمات درمانی است و تأهل، بر تعداد مراجعات بی‌تأثیر بوده است. به‌طوری‌که با افزایش یک واحد فرانشیز، ۴/۳۹ واحد باعث کاهش در تعداد مراجعات می‌شود. علاوه بر این با افزایش یک واحد (میلیون ریال) درآمد ناخالص، ۲/۸۹ واحد تعداد مراجعات افزایش می‌یابد. درواقع می‌توان گفت که با افزایش فرانشیز، شخص باید هزینه بیشتری را از جیب بپردازد، پس ناچار است تعداد مراجعات خود را کاهش دهد.

در مطالعه‌ای که در مورد نقش بیماران در تقاضای القایی انجام شد، عدم آگاهی، دسترسی آزاد به پزشکان سطح دو و تمایل بیمار به استفاده هرچه بیشتر از خدمات رایگان از دلایل مهم تقاضای القایی بود. در این راستا، نمایندگان پزشکان خانواده اعتقاد داشتند در جامعه‌ای که مردم بنا بر تشخیص خود، پزشک متخصص را انتخاب و ضرورت مراجعه به ایشان را تقاضا می‌کنند و از پزشک خانواده خود می‌خواهند که فرم ارجاع را صادر نماید و از دلایل آن هیچ سؤالی نکند، صرفاً پزشک خانواده قادر به کنترل رفتار مردم نخواهد بود. انتظار نابجای مردم از پزشک خانواده، متقاعد نشدن بیمار با توضیحات پزشک در مراجعات قبلی، نگرانی‌های بیمار در مورد وضعیت سلامتی خود و مراجعه به پزشک برای مسائل بسیار ساده از دیگر عواملی هستند که مراجعه غیرضروری را ایجاد می‌نمایند. طبیعی است اگر در جامعه‌ای با تصورات مذکور فرانشیز حذف شود، بی‌شک موجب افزایش شدید مراجعه غیرضروری خواهد گردید.

در یک تحقیق بزرگ، موسسه رند با انتخاب ۵۰۰۰ نفر از سراسر امریکا و اعطای بیمه‌هایی با پوشش‌های متنوع صفر درصد (رایگان)، ۲۵ درصد، ۵۰ درصد، و ۹۵ درصد، مقدار مصرف این افراد را از هریک از خدمات سرپایی، بستری، کودکان، دارو، اورژانس، روانی، معاینه، حاد، مزمن، دندان‌پزشکی و ... در طول ۵ سال ثبت کرد. نتایج نشان داد که خدمات بستری مخاطره اخلاقی کمتری دارند. خدمات دارویی و سرپایی مخاطره اخلاقی مشابهی نشان دادند. علاوه بر این در بخش اطفال مخاطره اخلاقی مشاهده نشد. همچنین پوشش بیمه‌ای کامل‌تر موجب افزایش سطح سلامتی افراد پر درآمد و افراد با درآمد متوسط نمی‌شود. در مورد افراد فقیر نیز، به‌جز در مواردی معدود، این نتیجه صادق است.

باروس و همکاران در مطالعه خود در کشور پرتغال نشان دادند پوشش بیمه‌ای منجر به مخاطره اخلاقی در استفاده از خدمات سرپایی و آزمایشگاهی شده ولی نتایج در مورد خدمات دندانپزشکی معنی‌دار نبوده است. همچنین مطالعه ساپلی و ویال نشان داد نوع پوشش بیمه‌ای منجر به مخاطره اخلاقی در خدمات سرپایی شده ولی در خدمات بستری میزان ناچیز گزارش شده است. بازیار و رشیدیان در مطالعه خود استفاده از فرانشیز را به‌عنوان یکی از روش‌های کنترل مصرف بیش‌ازحد خدمات درمانی پیشنهاد کردند. کاهش بیش‌ازحد یا حذف فرانشیز می‌تواند باعث استفاده غیرضروری خدمات درمانی، به‌ویژه خدمات سرپایی و تشخیصی شده پدیده مخاطره اخلاقی بیمه‌شدگان را گسترش دهد. بنا بر این دریافت بخش قابل‌تحمیلی از هزینه خدمات درمانی در قالب فرانشیز می‌تواند مانع استفاده غیرضروری از خدمات درمانی توسط بیمه‌شدگان شود.

از آنجاکه الگوی فعلی استفاده از خدمات درمانی در بین بیمه‌شدگان به‌گونه‌ای است که در قبال مصرف، احساس مسئولیتی نداشته سعی خود را در استفاده از همه منابع در دسترس به کار می‌گیرند، بهتر است استراتژی مشارکت بیمه‌شده در هزینه‌ها به‌گونه‌ای اتخاذ شود که ضمن اصلاح الگوی مصرف بیمه‌شده، سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران بخش خدمات درمانی را به سمتی سوق دهد که صرفاً دید حمایتی نداشته باشند. با این کار علاوه بر اصلاح دید دو طرف درگیر در مسئله، از هدر رفت

منابع جلوگیری شده تمرکز در کمیت عرضه خدمات سلامت، باکیفیت مناسب جایگزین خواهد شد.

فرانشیز بیمه درمانی، خودپرداخت یا سهم بیمه شونده است. فرانشیز بیمه درمانی، بخشی از خسارت است که شرکت بیمه تعهدی برای پرداخت آن ندارد و خود بیمه شده باید آن را بپردازد. به طور مثال شرکت بیمه مشخص می‌کند که در صورتی که خسارت وارده کمتر از ۱۰۰ هزار تومان باشد، پرداختی نخواهد داشت. فرانشیز بیمه درمانی، بیشتر، در بیمه‌های تکمیلی کاربرد دارد.

چگونگی محاسبه فرانشیز

فرانشیز هم در ایران، هم در سایر کشورها وجود دارد؛ ولی شیوه محاسبه و درصد آن متفاوت است. بیمه شونده هنگام خرید بیمه‌نامه میزان فرانشیز را در بیمه‌نامه دیده و با میزان آن موافقت و آن را تأیید و امضا کرده است. این مبلغ در بیمه‌های مختلف فرق دارد و با نرخ ۱۲، ۱۴ یا ۱۸ درصد محاسبه می‌شود.

انواع فرانشیز

با نرخ مشخص

در این شیوه، سقف پرداخت فرانشیز مشخص است و عدد و رقم معینی برای پرداخت بیمه در نظر گرفته شده است. در این شیوه هیچ مبلغی کمتر یا بیشتر از رقم ثبت‌شده در قرارداد به بیمه شونده پرداخت نمی‌شود.

درصدی از مبلغ بیمه

فرانشیز درصدی مبلغ مشخصی ندارد و به صورت درصدی از مبلغ بیمه در نظر گرفته می‌شود. در این نوع فرانشیز، پرداخت مبلغ بیمه بستگی به نوع خسارت دارد، هر چه خسارت سنگین‌تر باشد، مبلغ دریافتی بیمه نیز بیشتر خواهد بود.

درصد ثابتی از خسارت

در این شیوه بیمه‌گذار تنها به میزان درصدی که معمولاً بسیار ناچیز است در جبران خسارت سهیم می‌شود. به طور مثال در خسارت ۵۰ میلیون تومانی که بیمه‌گذار فرانشیز ۲۰ درصدی را پذیرفته شرکت بیمه تنها خسارت ۴۰ میلیون را پذیرفته و تأمین مابقی خسارت بر عهده فرد بیمه شونده است. نکته مهمی که در فرانشیز با درصد ثابت باید بدانید این است که هراندازه خسارت واردشده بیشتر باشد، مبلغی که بیمه شونده می‌پردازد نیز بیشتر می‌شود.

فرانشیز ترکیبی

فرانشیز ترکیبی، به صورت درصدی و رقمی محاسبه می‌شود. در این شیوه از سقف خسارت و درصد فرانشیز برای محاسبه خسارت استفاده می‌شود؛ یعنی در قرارداد بیمه هم از ارقام هم از درصد استفاده می‌شود. به طور مثال وقتی بیمه ۲۰ درصد خسارت را به‌عنوان فرانشیز در نظر گرفته باشد و سقف فرانشیز پرداختی نیز ۴۰۰ هزار تومان باشد هرکدام که کمتر باشد به‌عنوان مبلغ فرانشیز در نظر گرفته می‌شود.

فرانشیز با در نظر گرفتن سقف غرامت

در این شیوه مبلغی به عنوان سقف غرامت مشخص می‌شود و مطابق همان رقم خسارت پرداخت می‌شود. اگر مبلغ خسارت

بیشتر از سقف گرامت باشد، بیمه کننده تنها رقم مورد تعهد خود را می‌پردازد و مابقی به عهده بیمه شونده است. به طور مثال برای پرداخت گرامت ۱۰۰ میلیونی درحالی که خسارت ۱۲۰ میلیون باشد شرکت بیمه همان رقم تعهد شده، یعنی ۱۰۰ میلیون را پرداخت کرده نسبت به پرداخت ۲۰ میلیون باقی مانده تعهدی ندارد.

استفاده از اسپانسر

برای جذب اسپانسر ابتدا باید یک پروپوزال پیشنهادی جذاب آماده کرد، در این پروپوزال، در عین کوتاهی و اختصار، باید به تمام سؤالات اسپانسرها پاسخ داده شود. معرفی طرح پزشکی خانواده، مزایای مشارکت اسپانسر و شیوه تبلیغ او در این طرح، اهم نکاتی است که باید در پروپوزال به آنها اشاره شود.

مراحل پیشنهادی تأمین مالی از وزارت بهداشت

افزودن بند به بودجه

تهیه و تنظیم و پیشنهاد لایحه بودجه از مهم‌ترین، اساسی‌ترین، فنی‌ترین و تخصصی‌ترین مراحل فرایند بودجه‌ریزی است و مسئولیت این مرحله از فرایند بودجه‌ریزی با قوه مجریه است. این مرحله از فرایند بودجه را می‌توان به سه فعالیت عمده تقسیم نمود:

۱. صدور بخشنامه بودجه

۲. تهیه و تنظیم بودجه در دستگاه‌های اجرایی

۳. تصویب لایحه در هیئت‌وزیران

صدور بخشنامه بودجه

در کشور ما مرحله تهیه و تنظیم و پیشنهاد بودجه با ارسال بخشنامه بودجه به امضای رئیس‌جمهور از طریق معاون رئیس‌جمهور و رئیس سازمان برنامه و بودجه به وزارتخانه‌ها، مؤسسات دولتی، شرکت‌های دولتی، مؤسسات انتفاعی وابسته به دولت و کلیه دستگاه‌های اجرایی که به نحوی از بودجه بهره‌مند می‌شوند آغاز می‌شود. بعد از ارسال بخشنامه بودجه، دستگاه‌های اجرایی نسبت به تهیه و تدوین بودجه پیشنهادی خود اقدام می‌کنند و سپس در آخرین بخش این مرحله بودجه‌های پیشنهادی پس از تعدیل و اصلاحات لازم در هیئت‌وزیران به تصویب رسیده به صورت لایحه بودجه توسط ریاست محترم جمهوری تقدیم مجلس شورای اسلامی می‌شود.

تهیه و تنظیم بودجه در دستگاه‌های اجرایی، بررسی در سازمان برنامه و بودجه و تصویب در هیأت وزیران

این مرحله شامل همه عملیات مربوط به تهیه، ارزیابی، طبقه‌بندی و تنظیم اطلاعات بودجه‌ای است. در این مرحله، هر سال ستادی به نام ستاد برنامه و بودجه در سازمان تشکیل می‌شود. این ستاد علاوه بر آنکه اهداف، سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی سازمان را برحسب بخش‌های مختلف بررسی، تصحیح و تلفیق می‌کند، بودجه پیشنهادی واحدهای اجرایی (ادارات کل اعم از ستادی و اجرائی) را نیز مورد رسیدگی قرار می‌دهد. بودجه پیشنهادی ستاد برنامه و بودجه پس از تأیید توسط هیئت مدیره برای تصویب نهائی به شورای عالی سازمان فرستاده می‌شود. طبق ماده ۲۰ اساسنامه سازمان، هیئت‌مدیره مکلف است تا اول دی‌ماه هر سال، بودجه کل سازمان را برای تصویب به شورای عالی تقدیم نماید.

با ارسال بخشنامه بودجه و فرم‌ها و دستورالعمل‌های مربوطه، کار بودجه‌نویسی در دستگاه‌های اجرایی با توجه به مفاد بخشنامه آغاز می‌شود و دستگاه‌هایی که به نحوی از بودجه کل کشور استفاده می‌کنند باید پیش‌بینی نیازهای اعتباری خود را برای سال بعد با توجه برنامه‌ها و سیاست‌های تعیین شده و در قالب ارقام به سازمان برنامه و بودجه ارسال کنند. از این رو دستگاه‌های اجرایی باید قبل از دریافت بخشنامه اطلاعات لازم را جمع‌آوری کنند تا به راحتی بتوانند با توجه به سیاست‌ها و اولویت‌های مندرج در آن بودجه پیشنهادی خود را در فرم‌های مربوط تنظیم کنند. برآوردها در هر پایه از سلسله‌مراتب ضمن حرکت صعودی خود، در داخل ترکیب سازمان نیز مورد تجدیدنظر و اصلاح قرار می‌گیرد و با هم ترکیب می‌شود. زمانی که این برآوردها به عالی‌ترین سطح اجرایی می‌رسد در حقیقت اساس پیشنهادهای بودجه‌ای را تشکیل می‌دهد. بدین ترتیب درخواست بودجه باید از کوچک‌ترین واحد خدمت آغاز شود و در هر یک از سطوح مختلف مدیریت از طرفی درخواست‌های بودجه واحدهای پایین‌تر مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گیرد و از سوی دیگر بودجه بررسی و تجدیدنظر شده به سطح بالاتر پیشنهاد و از آن دفاع شود. با تقدیم لایحه بودجه توسط رئیس‌جمهور به رئیس مجلس شورای اسلامی فرآیند تهیه و تنظیم بودجه خاتمه می‌یابد.

بنیاد برکت

بنیاد برکت، سازمان شبه‌دولتی متعلق به ستاد اجرایی فرمان امام است و در زمینه اشتغال‌زایی و اجرای پروژه‌های عمرانی فعالیت می‌کند. بنیاد برکت در سال ۱۳۸۶ تأسیس شد و هم‌اکنون مالک بیش از ۴۰ شرکت است. محمد ترکمانه در شهریور ماه سال ۱۴۰۰ پس از امیرحسین مدنی به‌عنوان مدیرعامل بنیاد برکت ستاد اجرایی فرمان امام منصوب شد.

مأموریت

بنیاد برکت به‌عنوان نماینده ستاد اجرایی فرمان امام در خدمت‌رسانی به مردم مناطق محروم ایران مأموریت خود را به‌صورت زیر معرفی می‌کند:

۱. مشارکت در توانمندسازی اقتصادی، توسعه کارآفرینی و اشتغال‌زایی
۲. کمک به آبادانی و توسعه فضاهای آموزشی، فرهنگی و مذهبی
۳. کمک به ارتقای سطح سلامت و توسعه فضاهای بهداشتی و درمانی
۴. ارائه خدمات حمایتی، بیمه‌ای و مالی به محرومین

فعالیت‌ها

بنیاد برکت فعالیت‌های برای اقشار محروم خدمات درمانی انجام می‌دهد و ضمن ایجاد مراکز درمان سرطان با تجهیزات از نوع ۳، بالغ بر ۶۰ هزار بیمار سرطانی را تحت پوشش قرار داده است. این بنیاد با اجرای ۳۲۲ طرح توانمندسازی اقتصادی برای ۱۹۸ هزار نفر اشتغال ایجاد و بیش از ۱۶۰ طرح کارآفرینی مشارکتی را در ۳۱ استان کشور اجرا کرده است. همچنین ۶ شرکت دارویی وابسته به ستاد اجرایی فرمان امام و تحت نظارت بنیاد برکت باهدف صرف درآمد حاصل از آن‌ها در امور عام‌المنفعه فعالیت می‌کنند. بنیاد برکت و ستاد اجرایی فرمان امام (با همکاری وزارت بهداشت)، به پیگیری و اجرای مسئله دورپزشکی (پزشکی از راه دور) نیز پرداخته‌اند.

کمک به مناطق محروم و آسیب دیده

بنیاد برکت از طریق دو طرح آسمان (آیین نامه سرمایه گذاری مردمی و اشتغال نیروی انسانی) و آفتاب (آیین فقرزدایی و توان افزایی برکت در حوزه اشتغال زایی زودبازده) در روستاها و مناطق محروم فعالیت می کند.

همکاری با بهزیستی

بنیاد برکت به بهره برداری از ۱۱۰۰ طرح اشتغال زایی برای ۳۳۰۰ نفر از افراد تحت پوشش سازمان بهزیستی با رویکرد اجتماع محوری در روستاهای ۳۵۰ شهرستان در کشور با اعتبار بالغ بر ۱۰۰ میلیارد تومان پرداخت.

وام قرض الحسنه

پرداخت وام قرض الحسنه از دیگر فعالیت های بنیاد برکت است. به گفته مدیرعامل صندوق قرض الحسنه توسعه اشتغال برکت، پرداخت وام قرض الحسنه به جوانان برای ایجاد ۱۵ هزار طرح و حدود ۴۵ هزار شغل، از جمله فعالیت های این بنیاد است.

سرمایه گذاری برای ساخت و تکمیل بیمارستان، مراکز جامع سلامت و خانه های بهداشت

بیمارستان یکی از نیازهای ضروری و اصلی مناطق محروم به شمار می رود. بر همین اساس، ستاد اجرایی فرمان حضرت امام (ره) به منظور ارتقای بهداشت و درمان و بر اساس اعلام نیاز و مشارکت وزارت بهداشت، کار تکمیل و ساخت ۱۴ بیمارستان و مرکز درمان سرطان و نیز انعقاد قرارداد ساخت ۲۳۰ مرکز جامع سلامت و خانه ی بهداشت را از طریق بنیاد برکت در دست اقدام دارد. بنیاد برکت تاکنون با تکمیل ۸ بیمارستان در شهرهای: گرمسار، مینودشت، میانه، فردوس، درگز، بهار، بانه و قرچک و تکمیل و تحویل ۱۷۰ مرکز جامع سلامت و خانه بهداشت در مناطق محروم سراسر کشور گام بلندی برای تحت پوشش قرار دادن خدمات درمانی نقاط روستایی کشور برداشته است.

کارگزاری بیمه ی برکت

بنیاد برکت ستاد اجرایی فرمان حضرت امام (ره)، توجه ویژه ای به ارائه ی خدمات بیمه ای به روستاییان و ساکنان مناطق محروم دارد. بخشی از این خدمات عبارتند از: طرح برکت مهدوی (بیمه ی درمان تکمیلی ایتم تحت پوشش بهزیستی)، طرح برکت خانواده (درمان زوج های نابارور روستایی و مناطق کم برخوردار) و طرح بیمه حوادث منازل مسکونی روستایی کشور (انعقاد تفاهم نامه های همکاری با استانداری های ۱۵ استان کشور برای پوشش بیمه آتش سوزی و حوادث طبیعی حدود ۵۰ درصد منازل روستایی کشور).

سایر فعالیت های حوزه سلامت:

معاون عمرانی و طرح های زیربنایی بنیاد برکت ستاد اجرایی فرمان امام (محمد مهجوری) فعالیت های ستاد برکت را شامل موارد زیر بیان می دارد:

۱. افتتاح پایگاه سلامت شهری برکت دیشموک با حضور مدیرعامل بنیاد برکت ستاد اجرایی فرمان امام (ره)
۲. ساخت ۷۵ مرکز بهداشتی و درمانی برکت پس از شیوع کرونا
۳. بنیاد برکت نسبت به ساخت ۲۶۵ مرکز بهداشتی و درمانی در کشور تعهد دارد که تا به امروز ۱۸۰ مرکز به بهره برداری رسیده و افتتاح شده است.
۴. ۷۶ مرکز جامع سلامت برکت در خدمت محرومان سیستان و بلوچستان

۵. راه‌اندازی بزرگ‌ترین کارخانه تولید ماسک‌های تنفسی جنوب غرب آسیا

۶. اولین واکسن ایرانی کرونا

۷. خط تولید کیت تشخیص سریع ویروس کرونا

به گفته مدیرعامل بنیاد برکت، این بنیاد اقدام به احداث و تکمیل ۱۵ بیمارستان در مناطق محروم کمتر توسعه یافته کشور کرده است که از این تعداد، ۷ بیمارستان به بهره‌برداری رسیده و ۸ بیمارستان دیگر نیز در حال احداث و تکمیل است. مدیرعامل بنیاد برکت تعداد تختخواب بیمارستان‌های این بنیاد را ۲ هزار و ۵۰۰ تختخواب ذکر کرد و افزود: میزان سرمایه‌گذاری بنیاد برای احداث و تکمیل بیمارستان‌های برکت ۴۸ هزار و ۸۰۰ میلیارد ریال است. به گفته مدیرعامل بنیاد برکت، ورود این بنیاد به حوزه ساخت و تکمیل بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در راستای افزایش سرانه و کیفیت درمان در مناطق محروم و تحقق عدالت در حوزه بهداشت و سلامت در سراسر کشور است.

مدنی تصریح کرد: بنیاد برکت نسبت به ساخت ۳۳۰ مرکز جامع سلامت، درمان بستر، خانه‌های بهداشت، پایگاه سلامت و پایگاه اورژانس در مناطق محروم کشور متعهد است که از این تعداد، ۱۵۰ مرکز به بهره‌برداری رسیده و ۸۰ مرکز دیگر در حال احداث است. مدیرعامل بنیاد برکت عنوان کرد: برای احداث این ۳۳۰ مرکز بهداشتی و درمانی، ۷۸۰ میلیارد ریال سرمایه‌گذاری انجام شده و ۶۵۰ منطقه روستایی کشور تحت پوشش خدمات این مراکز قرار دارند.

شرکت‌های زیرمجموعه:

برکت تل

شرکت برکت‌تل با بهره‌مندی از توان بالقوه و بالفعل اندیشه‌های جوان و خلاق و با محوریت نیازهای اساسی منطقه‌ای و بومی‌سازی، اقدام به طراحی و ساخت تجهیزات دورا پزشکی (تله‌مدیسین) کرده است و نرم‌افزارهای مرتبط با پرونده الکترونیک سلامت موردنیاز کشور و کشورهای منطقه را در دستور کار خود قرار داده است. برکت‌تل در هدف راهبردی خود، مصمم به حمایت از سیاست‌های ملی سلامت در قالب طرح‌ها و پروژه‌های مربوطه مانند ایجاد زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزار ارتباطی در اجرای برنامه پزشکی خانواده، سیستم شتاب نظام سلامت، اپراتور سلامت، و تولید سیستم‌های بیمارستانی است. سید محمد پورحسینی (مدیرعامل شرکت برکت تل) با بیان اینکه اجرای طرح سلامت الکترونیک بر عهده وزارت بهداشت است، اظهار کرد: آمادگی داریم در زمینه گسترش این طرح در کشور همکاری لازم را با وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور داشته باشیم. پورحسینی با بیان اینکه شرکت برکت‌تل از سوی بنیاد برکت مجری برنامه طرح سلامت الکترونیک است، اظهار کرد: مطالعات این طرح از اواخر سال ۱۳۹۲ آغاز شد و با انعقاد تفاهم‌نامه‌ای که از قبل با دو وزیر سابق بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده بود، سه شهرستان پاره در استان کرمانشاه، زهک در استان سیستان و بلوچستان و کلیبر در استان آذربایجان شرقی به‌عنوان پایلوت این طرح انتخاب شدند. مدیرعامل شرکت برکت‌تل اظهار داشت: برای اجرای طرح سه مرحله شناسایی مناطق اجرای طرح، پیاده‌سازی زیرساخت‌های مخابراتی، تأسیسات و ساخت، طراحی و خریداری تجهیزات تله‌مدیسین (پزشکی از راه دور) و تولید نرم‌افزارها و سامانه پرونده سلامت الکترونیک باید صورت می‌گرفت. پورحسینی اظهار کرد: در اولین مرحله بعد از شناسایی سه شهرستان، زیرساخت‌ها و تجهیزات تا پایان سال گذشته در هر سه شهرستان راه‌اندازی شد و بعد از انجام سرشماری، از مجموع ۱۸۰ هزار نفر جمعیت شهرستان برای ۱۷۴ هزار نفر آنان پرونده

الکترونیک تشکیل شد. وی تصریح کرد: در این طرح مردم به خانه‌های بهداشت مراجعه کرده بهورز برای آنان پرونده سلامت تشکیل می‌دهد. در صورتی که این افراد نیاز به آزمایش داشته باشند، با توجه به امکانات و تجهیزات، این آزمایش‌ها انجام می‌شود. سیستم ارجاع الکترونیکی و معاینه از راه دور نیز، در صورت نیاز بیشتر بیمار، در آنجا فعال است. مدیرعامل شرکت برکت تل در پایان، هزینه‌های اجرای پایلوت طرح سلامت الکترونیک در شهرستان پاوه را سه میلیارد تومان اعلام کرد (سال ۱۳۹۴). پورحسینی در خصوص اجرای طرح سلامت الکترونیک در سطح کشور، اظهار کرد: انجام این طرح بر عهده وزارت بهداشت است و ما آمادگی داریم در زمینه گسترش این طرح همکاری لازم را با وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور داشته باشیم.

بنیاد دارویی برکت

گروه دارویی برکت یک شرکت سهامی عام است که در سال ۱۳۸۹ تحت عنوان «شرکت فناوری‌های نوین دارویی تدبیر» تأسیس شد. این گروه شامل شرکت گروه دارویی برکت (سهامی عام) و شرکت‌های فرعی آن است. شرکت گروه دارویی برکت (سهامی عام) در تاریخ ۱۲ خردادماه ۱۳۸۹ به صورت شرکت سهامی خاص تشکیل شد. این شرکت در سال ۱۳۹۵ به شرکت سهامی عام تبدیل شد. موضوع فعالیت شرکت طبق ماده ۳ اساسنامه به شرح زیر است:

۱. سرمایه‌گذاری در سهام، سهم الشرکه، واحدهای سرمایه‌گذاری صندوق‌ها یا سایر اوراق بهادار دارای حق رأی باهدف کسب انتفاع به‌طوری که به‌تنهایی یا به همراه اشخاص تحت کنترل یا اشخاص تحت کنترل واحد، کنترل شرکت، موسسه یا صندوق سرمایه پذیر را در اختیار گرفته یا در آن نفوذ قابل‌ملاحظه یابد و شرکت، موسسه یا صندوق سرمایه پذیر اعم از ایرانی یا خارجی در زمینه یا زمینه‌های زیر فعالیت کند:

• تهیه و تولید، خرید، فروش، صادرات و واردات، توزیع انواع مواد اولیه و محصولات دارویی اعم از گیاهی و شیمیایی، رادیو ایزوتوپ‌ها، سلول درمانی، بیوتکنولوژی، خون و پلاسما، واکسن‌ها و غیره؛ کلیه مکمل‌های غذایی و دارویی، تجهیزات پزشکی، آرایشی، بهداشتی و کلیه محصولات مرتبط با سلامت اعم از دارو، غذا، تجهیزات و مکمل.

۲. انجام فعالیت‌های زیر در ارتباط با اشخاص سرمایه پذیر موضوع بند فوق:

- ۱- خدمات اجرایی در تهیه و خرید مواد اولیه و ماشین‌آلات برای اشخاص حقوقی سرمایه پذیر.
- ۲- خدمات طراحی و مهندسی اصولی و تضمین پروژه‌ها برای اشخاص حقوقی سرمایه پذیر.
- ۳- انجام مطالعات، تحقیقات و بررسی‌های تکنولوژیکی، فنی، علمی، بازرگانی و اقتصادی برای بهره‌برداری توسط اشخاص حقوقی سرمایه پذیر.
- ۴- تأمین مالی اشخاص حقوقی سرمایه پذیر از منابع داخلی شرکت یا از طریق سایر منابع از جمله اخذ تسهیلات بانکی به نام شرکت یا شخص حقوقی سرمایه پذیر با تأمین وثیقه یا تضمین بازپرداخت از طریق شرکت یا بدون تأمین وثیقه یا تضمین بازپرداخت.
- ۵- تدوین سیاست‌های کلی و راهبردی و مدیریتی اشخاص حقوقی سرمایه پذیر.
- ۶- شناسایی فرصت‌های سرمایه‌گذاری در خصوص بند اصلی به منظور معرفی به اشخاص حقوقی سرمایه پذیر.
- ۷- ارائه سایر خدمات فنی، مدیریتی، اجرایی و مالی به اشخاص حقوقی سرمایه پذیر.
- ۸- حمل‌ونقل، انبارداری، بازاریابی، توزیع و فروش محصولات.

۳. سرمایه‌گذاری با هدف کسب انتفاع و کنترل عملیات یا نفوذ قابل‌ملاحظه در سهام، سهم شرکت و سایر اوراق بهادار دارای حق رأی آن عده از اشخاص حقوقی که خدمات زیر را منحصراً به اشخاص سرمایه‌پذیر یا علاوه بر اشخاص سرمایه‌پذیر به دیگران ارائه می‌نمایند.

۴. تأسیس هرگونه کارخانه، موسسه یا شرکت جهت تولید، واردات، ساخت و توزیع و فروش و مشاوره هرگونه مواد اولیه و محصولات همه اقلام دارویی، آرایشی، بهداشتی و الکترونیک، سلامت، فرآورده‌های خونی و پلاسما و مشاوره پزشکی و سلامت.

۵. تأسیس هرگونه شهرک صنعتی و بیمارستان و مراکز تحقیقاتی در زمینه دارو، سلامت، درمان، غذا و مکمل و انجام کلیه زیرساخت‌های لازم.

۶. ایجاد، خرید و فروش هر نمونه دانش فنی و مشارکت در ایجاد دانش فنی و تحقیق و توسعه دارویی

اعضای مهم شرکت دارویی برکت

اکبر برندگی مدیرعامل اجرایی شرکت و دکتر حمیدرضا جمشیدی رئیس هیئت‌مدیره می‌باشد. اعضای هیئت مدیره شامل شرکت گروه سرمایه‌گذاری البرز (حمیدرضا جمشیدی)، شرکت گروه دارویی سبحان (نصراله فتحیان)، کار اندیش دوران معاصر (اکبر برندگی)، شرکت سرمایه‌گذاری پویا (حسن جلیلی)، سرمایه‌گذاری اعتلاء البرز (سعید عباسی) می‌باشد.

محصولات

گروه دارویی برکت ۷۰۰ قلم دارو را در شرکت‌های زیرمجموعه تولید و در داخل کشور ارائه می‌کند. گروه دارویی برکت نخستین شهرک تخصصی و پژوهشی دارویی کشور را به منظور متمرکزسازی مراکز تحقیق و توسعه و کارخانه‌های دارویی پیشرفته با عنوان شهرک دارویی برکت ایجاد نموده است.

شرکت‌های تابعه شرکت دارویی برکت

۱- شرکت ایران دارو، ۲- شرکت داروسازی البرز دارو، ۳- شرکت برکت الصحه، ۴- شرکت بیوسان فارمد، ۵- شرکت پخش البرز، ۶- شرکت پرشین داروی البرز، ۷- شرکت داروسازی تولید دارو، ۸- شرکت گروه دارویی سبحان، ۹- شرکت داروسازی سبحان انکولوژی، ۱۰- شرکت سل تک فارمد، ۱۱- شرکت سبحان دارو، ۱۲- شرکت شهرک صنعتی دارویی برکت، ۱۳- شرکت گروه صنایع شفا فارمد، ۱۴- شرکت کی بی سی، ۱۵- شرکت هربی فارمد.

مراحل پیشنهادی تأمین مالی از بنیاد برکت

تهیه پروپوزال طرح پزشکی خانواده

دیدار با آقایان دکتر جمشیدی (آقای نعمتی، معاون اداری-مالی) و برندگی

طرح مساله و جلب حمایت

بانک‌ها

موضوع مشارکت بانک‌ها در تأمین مالی پروژه‌های سلامت در یک دهه گذشته مورد توجه بیشتری قرار گرفته است. لکن بانک‌ها به‌عنوان یک بنگاه اقتصادی، صرفاً در پروژه‌هایی مشارکت می‌کنند که بازگشت وجوه سرمایه‌گذاری شده در آنها تضمین گردد و تخصیص مالی آنها به‌صورت حمایت و اعطای تسهیلات به بخش دولتی، خصوصی و یا مشارکتی و حتی

خیران است که پس از بهره‌برداری بتوان تسهیلات اعطایی را بازپرداخت نمود. با توجه به این شرایط به نظر می‌رسد امکان مشارکت بانک‌ها در تأمین مالی این طرح معقول و منطقی نباشد.

شرکتهای داروسازی، صنایع و تجهیزات پزشکی

اساساً رابطه بین شرکت‌ها و مدیر یک پروژه به دو صورت ممکن است، اسپانسرشیپ (حمایت مالی) و سرمایه‌گذاری. عموماً حمایت مالی، در چارچوب تبلیغات مطرح می‌شود و خارج از فضای سرمایه‌گذاری است. دریافت حمایت مالی از شرکت‌ها به معنای دادن مجوز تبلیغات برای خدمت، محصول یا کالای نام تجاری خاصی است. با توجه به این که طرح در مرحله اجرای آزمایشی قرار دارد و میزان موفقیت آن هنوز مشخص نیست، امکان حضور شرکت‌ها برای تبلیغات ناچیز خواهد بود، ضمن آن که مطابق ماده ۲۳ دستورالعمل نحوه اطلاع‌رسانی امور پزشکی و تبلیغات آگهی‌های داروئی، مواد خوراکی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی، انتشار تصاویر تجهیزات پزشکی که معرف برند خاص باشد در مطب/دفتر کار پزشکی ممنوع است. همچنین در ماده ۸ این آئین‌نامه تصریح شده، تبلیغ برای داروها و سایر اقلام و کالاهایی که دارای ادعای درمانی هستند برای مخاطب عام ممنوع است. موضوع ارتباط از طریق سرمایه‌گذاری نیز همچون بانک‌ها نیاز به ضمانت بازگشت وجه حمایتی دریافتی دارد که در این طرح اساساً امکان ارائه چنین تضمینی وجود ندارد.

بنگاه‌های اقتصادی، در چارچوب رسالت اجتماعی خود، ممکن است برای مشارکت در تأمین مالی طرح پزشکی خانواده تمایل داشته باشند.

بررسی سوابق شرکت‌ها برای یافتن شواهد چنین مشارکت‌هایی می‌تواند برای شناسایی شرکت‌هایی که این تمایل را دارند مفید باشد.

بیمه سلامت

توسعه نظام بیمه سلامت کشور یکی از مهم‌ترین فرامین مورد تأکید در سیاست‌های کلی مقام معظم رهبری، قانون برنامه پنجم توسعه و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران است. با تشکیل این سازمان، یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور به عهده آن نهاده شد و زمینه تحقق اهدافی چون عدالت محوری، ارتقاء کیفیت خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، رفع همپوشانی بیمه‌ای و بسط و گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم گردید. از این رو بر اساس ابلاغ اساسنامه تشکیل سازمان در تاریخ ۱۳۹۱/۵/۲۲ و بر اساس ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، با تجمیع سازمان‌های بیمه‌گر کشور، سازمان بیمه سلامت ایران در تاریخ اول مهرماه سال ۱۳۹۱ تشکیل شد تا به این ترتیب خدمات پایه سلامت به‌طور یکسان به همه مردم در قالب یک سازمان ارائه شود.

اهداف تشکیل سازمان

۱. توسعه کمی و کیفی خدمات بیمه سلامت
۲. دستیابی به پوشش فراگیر خدمات سلامت
۳. دستیابی به پوشش عادلانه خدمات سلامت

۴. کاهش سهم مردم در پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت (پرداخت از جیب)

۵. رفع هم‌پوشانی بیمه‌ای

۶. بسط و گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع

اعضای هیئت‌مدیره بیمه سلامت

رضا سعیدی، علیرضا اعرابی، عباسعلی پور بافرانی، محمد میرزاییگی و محمدمهدی ناصحی (رئیس سازمان بیمه سلامت) طرح‌های ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده در این سازمان شامل سه طرح است که در ادامه به آنها اشاره شده است:

طرح نظام ارجاع در صندوق بیمه همگانی

- بر اساس بند الف تبصره ۱۷ قانون بودجه سال ۱۴۰۰ کشور، سازمان بیمه سلامت مکلف شد بسته خدمات بیمه پایه را به همه اقشاری که، بر اساس آزمون وسع، به‌صورت رایگان تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار می‌گیرند، از طریق نظام ارجاع ارائه نماید.
- طرح نظام ارجاع با اهداف پوشش کامل خدمات سلامت برای اقشار آسیب‌پذیر، کاهش پرداخت از جیب مردم، مدیریت هزینه‌های سرپایی و بستری در سطح ۲ و ۳، ارائه خدمات سلامت بر اساس نظام سطح‌بندی، برای بیمه‌شدگانی که رایگان تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند، به اجرا درآمده است.
- در این طرح برای هر بیمه‌شده صندوق بیمه همگانی یک پزشک تعریف می‌شود و بیمه‌شدگان برای دریافت خدمات باید به پزشکان تعیین‌شده مراجعه کنند و در صورت نیاز به خدمات تخصصی به سطوح تخصصی ارجاع می‌شوند.

طرح بیمه روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر

- در سوم آبان ماه سال ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور را تصویب و برای اجرا به هیئت دولت ابلاغ کرد.
- سازمان بیمه خدمات درمانی رسماً در مهرماه سال ۱۳۷۴ فعالیت خود را آغاز کرد. جمعیت کشور مطابق قانون بیمه همگانی به چهار گروه تقسیم‌شده و یکی از این چهار گروه روستائیان کشور با جمعیتی بالغ بر ۲۰ میلیون نفر بودند که در انتظار دریافت دفترچه و خدمات بهداشتی درمانی همانند سایر بیمه‌شدگان سازمان بودند.
- از اوایل سال ۱۳۷۶ توزیع کارت درمان روستائیان به‌صورت رایگان و فراگیر شروع شد و طی آن بالغ بر ۲۳ میلیون روستایی کارت بیمه درمان دریافت نمودند که با استفاده از آن کارت از خدمات بستری و تخصصی با رعایت نظام ارجاع بهره‌مند می‌شدند.

- در سال ۱۳۷۷ ارائه خدمت به روستائیان و عشایر با ارائه کارت درمان روستایی و عشایری به جمعیتی بالغ بر ۲۲ میلیون نفر آغاز شد و این کارت‌ها تا سال ۱۳۸۴ همچنان معتبر بود و روستائیان بدون پرداخت هزینه در مراکز دولتی با این کارت خدمت دریافت می‌کردند.
- مدل پرداخت به صورت سرانه‌ای تعیین و اعتبارات از سوی سازمان برنامه‌بودجه در اختیار سازمان بیمه سلامت ایران جهت پرداخت به دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار گرفت.

اهداف اجرایی طرح نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده روستایی

۱. کاهش هزینه‌های درمانی مردم و کاهش پرداخت
۲. جلوگیری از تحمیل هزینه‌های غیرضروری به مردم
۳. توزیع عادلانه خدمات سلامتی در تمام نقاط کشور
۴. ساماندهی سیستم ارجاع و دریافت خدمات سلامت موردنیاز
۵. کاهش مراجعه غیرضروری به سطوح دوم و سوم
۶. افزایش رضایت‌مندی بیمه‌شدگان تحت پوشش
۷. ارتقاء شاخص‌های سلامت در جمعیت روستایی
۸. مدیریت هزینه‌های سرپایی و بستری در سطوح ۲ و ۳ خدمات

پوشش بیمه ساکنین مناطق کم برخوردار

در راستای فرامین مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) در خصوص توانمندسازی محلات کم‌برخوردار کشور و حمایت ویژه از نیازمندان این محلات و پیرو اهداف تعیین‌شده در تفاهمنامه همکاری مشترک فی‌مابین سازمان بیمه سلامت ایران و دبیرخانه طرح توسعه و تحول اجتماع‌محور محلات کم‌برخوردار، پوشش بیمه‌ای ساکنین فاقد پوشش بیمه‌ای این محلات در جهت پوشش همگانی خدمات سلامت (UHC) در دستور کار این سازمان قرار گرفت.

مراحل پیشنهادی تأمین مالی از بیمه سلامت

۱. تهیه پروپوزال طرح پزشکی خانواده
۲. ارائه مستندات و نشان دادن اهمیت کار به معاون برنامه‌ریزی مدیریت و توسعه منابع: حسین رنجبران
۳. دیدار با دکتر ناصحی
۴. طرح مسئله و جلب حمایت
۵. ارائه طرح تحقیقاتی به مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

1. Murray CJ, Xu K, Klavus J, Kawabata K, Hanvoravongchai P, Zeramdini R, et al. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: concepts and empirical application. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism* Geneva: World Health Organization. 2003;12.
2. Adashi EY, Geiger HJ, Fine MD. Health care reform and primary care—the growing importance of the community health center. *N Engl J Med*. 2010;362(22):2047-50.
3. Huber CA, Rüesch P, Mielck A, Böcken J, Rosemann T, Meyer PC. Effects of cost sharing on seeking outpatient care: a propensity-matched study in Germany and Switzerland. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012;18(4):781-7.
4. Ahmadi A, Nikravan A, Naseri A, Asari A. Effective determinants in household out of pocket payments in health system of Iran, using two part regression model. *Journal of Health Administration (JHA)*. 2014;17(56).
5. پورآقا ب، پوررضا ا، حسین زاده ح. تناسب تعرفه های دولتی و خصوصی ویزیت پزشکان عمومی با بودجه خانوار بیمه شدگان. *طب و تزکیه*. ۲۰۱۷;۲۱(۱):۱۴-.
6. Semnani S, Keshtkar A. Assessing of equality on health care cost in Gorgan. *JOURNAL OF GORGAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES* 2003;5(12):52-7.
7. Khorasani E, Karimi S, Jafarian Jazi M. The Role of patients in induced demand from experts' perception: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020;2(4):336-45.
8. Yilma Z, van Kempen L, de Hoop T. A perverse 'net'effect? Health insurance and ex-ante moral hazard in Ghana. *Social Science & Medicine*. 2012;75(1):138-47.
9. Zhou Z, Su Y, Gao J, Xu L, Zhang Y. New estimates of elasticity of demand for healthcare in rural China. *Health Policy*. 2011;103(2-3):255-65.
10. Haddad GK, Anbaji MZ. Analysis of adverse selection and moral hazard in the health insurance market of Iran. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*. 2010;35(4):581-99.
11. Kabir MJ, Ashrafiyan Amiri H, Rabiee SM, Keshvarzi A, Hoseini S, Nasrollahpour Shirvani SD. Are all of the services offered in the Urban Family physician program free? The perspective of administrators and executives. *Journal of health research in community*. 2019;4(4):1-12.
12. Rouhani S, Akbarzadeh F. The impact of change of payment mechanism on the performance of rural health centers in ambulatory care under family medicine scheme in Sari and Joybar. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2013;22(1):96-103.
13. Ebrahimnia M, Khezri J, Teymourzadeh E, Meskarpour Amiri M, Farzaneh A. Impact of deductibles on insured moral hazard in the armed forces health services: a case study in Tehran. *Journal Mil Med*. 2014;16(2):93-8.
14. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *The American economic review*. 1987:251-77.
15. Barros PP, Machado MP, Sanz-de-Galdeano A. Moral hazard and the demand for health services: a matching estimator approach. *Journal of health economics*. 2008;27(4):1006-25.
16. Sapelli C, Vial B. Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance. *Journal of health economics*. 2003;22(3):459-76.
17. Bazyar M, Soofi M, Rashidian A. Ways to control moral hazard in health system: demand-side and supply-side interventions. *Tolooebehdasht*. 2012;11(1):110-22.
18. Behzad Damari, Mohammad Ali Heidarnia, Maryam Rahbari Bonab. Role and performance of Iranian NGOs in community health promotion. *Payesh* 2014; 13 (5) :541-550

فصل سوم

حقوق خدمتگیران و خدمتگران

پروژه ۳

مقدمه

شاید علم اخلاق پزشکی به عنوان یک رشته دانشگاهی جوان باشد، اما مفاهیم اخلاقی همواره در کنار پزشکی مطرح بوده است. برای مثال متونی چون سوگندنامه بقراط، مناجات ابن میمون، آیین اخلاق عقلی شیرازی و توصیه‌های سقراط از متون کهن درباره اخلاق و حقوق بیمار هستند.

حق قدرتی است که از طرف قانون به شخصی داده میشود. به عبارتی دیگر، حق، قدرت و توانایی است که به موجب قانون شخص می‌تواند از چیزی منتفع گردد یا کاری را انجام دهد یا فعلی را ترک کند.

به همین معنا، ذی‌نفعان نظام سلامت، به‌ویژه خدمتگیران و خدمتگران خدمات سلامت، نیز دارای حقوقی هستند که باید مورد توجه و رعایت قرار گیرد. شناسایی این حقوق، تعریف دقیق و شفاف آن‌ها، اطلاع‌رسانی دقیق، وجود نظام مدون و کارآمد برای تضمین رعایت آن‌ها و پایش و ارزیابی مداوم، پیش‌زمینه‌های لازم برای تحقق حقوق افراد در این بستر است. در این مجموعه به حقوق دریافت‌کنندگان و ارائه‌کنندگان خدمات و مصادیق عملی هریک پرداخته شده است. لازم به ذکر است که موارد آموزش، نحوه پایش حقوق و روش شکایت، در صورت رعایت نشدن آنها، در سایر اسناد برنامه پزشک خانواده مورد بررسی قرار می‌گیرد.

برای رعایت یک حق، رعایت چارچوب کلی زیر الزامی است:

- تعریف حق
- وجود استانداردهایی که رعایت آن‌ها به معنای ادای آن حق است
- آموزش خدمتگران و خدمتگران در مورد استانداردها
- پایش مستمر و روشن بودن روش اقدام در صورت مشاهده موارد انحراف از استاندارد
- امکان شکایت ذی‌حق در صورت رعایت نشدن حقوق او و وجود فرآیند شفاف رسیدگی به شکایت و بازخورد به شاکی

حقوق خدمتگیران در نظام پزشکی خانواده

حقوق یک خدمتگیر عبارت است از تکالیفی که یک مرکز ارائه خدمت در قبال او بر عهده دارد. به بیان دیگر، حقوق خدمتگیر رعایت نیازهای جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول او است که به‌صورت استانداردها و قوانین و مقررات خود را نشان می‌دهد و تیم ارائه خدمت موظف به اجرا و رعایت آنها است.

نظام‌های سلامت برای آنکه مطمئن شوند ابعاد مختلف حقوق بیمار رعایت می‌شود به تدوین منشور حقوق بیمار اقدام کرده‌اند. هدف از منشور حقوق بیمار دفاع از حقوق بیماران و اطمینان از مراقبت کافی از آنان است. منشور حقوق بیمار موجب بهبود ارتباط بین بیمار و ارائه‌دهندگان خدمت و درنهایت منجر به ارتقای کیفیت خدمات می‌شود. در جدول شماره ۱ حقوق خدمتگیران در نظام پزشکی خانواده مورد بحث قرار گرفته است.

جدول ۱: حقوق خدمتگیران، تعاریف و استانداردهای مرتبط با آنها در برنامه پزشکی خانواده

حق	تعریف/توضیح	استانداردها	نکات
ایمنی	پیشگیری از بروز آسیب‌های محتمل در فرآیند دریافت خدمت و اقدام مناسب در صورت وقوع آن‌ها. این آسیب‌ها را می‌توان در گروه‌های زیر طبقه‌بندی کرد: <ul style="list-style-type: none"> آسیب‌های ناشی از محیط ارائه خدمت آسیب‌های فیزیکی یا روانی ناشی از رفتار خدمتگیران یا سایر افراد حاضر در محیط ارائه خدمت آسیب‌های ناشی از فرآیند خدمت 	<ul style="list-style-type: none"> استاندارد محیط ارائه خدمت استاندارد رفتار خدمتگیران استاندارد به‌کارگیری تجهیزات پزشکی و فرآیند ارائه خدمت 	ریشه‌یابی حوادثی که در فرآیند ارائه خدمت رخ می‌دهد با استفاده از تکنیک تحلیل علل ریشه‌ای ^۱ برای پیشگیری از وقوع مجدد حوادث ضروری است.
برخورداری از خدمات مؤثر و کم‌عارضه	مقدار تأثیر و عوارض ناشی از یک خدمت را تنها از طریق اجرای کارآزمایی‌های بالینی می‌توان مشخص کرد. به همین سبب خدمات پیش‌بینی‌شده بسته خدمت را فقط باید با روش‌هایی که شواهد بالینی کافی در مورد آن‌ها وجود دارد ارائه کرد.	<ul style="list-style-type: none"> راهنماهای ارائه خدمت مبتنی بر شواهد 	
تداوم خدمت	اگر دست‌یابی به اهداف خدمات سلامت مستلزم ارائه زنجیره‌ای از خدمات باشد، نظام خدمات سلامت باید بهره‌مندی خدمتگیر را از این زنجیره تضمین کند. در موارد زیر خدمات باید به‌صورت زنجیره‌ای ارائه شوند: خدمات مرتبط با یک بیماری یا آسیب حاد تا شفای بیمار <ul style="list-style-type: none"> خدمات مراقبتی به‌منظور پیشگیری از بیماری‌ها یا تشخیص زودهنگام آن‌ها تا هنگام منتفی شدن ضرورت مراقبت نظیر مراقبت مادران باردار، مراقبت اطفال، غربال‌گری سرطان پستان و ... مراقبت از بیماری‌های مزمن نظیر دیابت خدماتی که باید توسط خدمتگیران مختلف ارائه شوند (ارجاع). در این صورت دریافت خدمات هماهنگ از خدمتگیران مختلف نیز از حقوق بیمار است. افزون بر موارد فوق، خدمتگیر پیوسته باید تحت پوشش نظام پزشکی خانواده باشد. شرایطی که ممکن است منجر به از میان رفتن تداوم این پوشش شود عبارت‌اند از: تغییر محل سکونت خانواده <ul style="list-style-type: none"> مسافرت بیمار در دسترس نبودن پزشک خانواده نظیر مرخصی، غیبت، فوت، استعفا یا اخراج زمان‌هایی که پزشک خانواده در محل کار خود حضور ندارد (شب‌ها و روزهای تعطیل) علل قطع تداوم خدمت را در دو گروه کلی می‌توان طبقه‌بندی کرد: <ul style="list-style-type: none"> علل مربوطه به بیمار نظیر فراموشی، بی‌انگیزگی، بی‌خیالی، یا ناراضی بودن علل مربوطه به نظام ارائه خدمت نظیر مرخصی و غیبت پزشک خانواده لازم به ذکر است که شناسایی و رفع علل مربوط به خدمتگیر نیز بر عهده نظام ارائه خدمت است.	<ul style="list-style-type: none"> پیگیری دریافت خدمات برنامه‌ریزی‌شده تعیین روش دریافت خدمت در زمان عدم حضور پزشک خانواده در محل کار خود (مرخصی، غیبت، شب و روزهای تعطیل) طراحی فرآیند ارجاع طراحی فرآیند تغییر پزشک خانواده طراحی روش دریافت خدمت در مسافرت 	

نکات	استانداردها	تعریف/توضیح	حق
	<ul style="list-style-type: none"> پرسیدن ترجیحات خدمتگیران استانداردهای رفتار محترمانه خدمتگران 	<p>رفتاری که منطبق بر عرف منطقه و توقع خدمتگیران باشد، سبب رضایت آنان می‌شود. نتیجه رضایت، تبعیت از توصیه‌های خدمتگر و تداوم مراجعه و در نتیجه، دستیابی به اهداف خدمات سلامت است. ویژگی‌های یک رفتار مؤدبانه ممکن است از یک فرهنگ به فرهنگ دیگر متفاوت باشد؛ ولی می‌توان رفتارهایی را هم مشخص کرد که در تمام فرهنگ‌ها مؤدبانه تلقی می‌شود. برای مثال آرام صحبت کردن، فقط به خدمتگیر توجه داشتن و با دقت به حرف‌های او گوش دادن، سلام کردن و به سلام او پاسخ دادن و خودداری از قطع نابجای صحبت او، از مصادیق رفتارهای محترمانه است.</p>	رعایت شأن و احترام
<p>موضوع رعایت شأن و احترام خدمتگیران و ارتباط مؤثر با آنان، لازم و ملزوم یکدیگرند؛ ولی به سبب اهمیت، ارتباط مؤثر به‌عنوان یک حق جداگانه نیز مورد توجه قرار گرفته است.</p>	<ul style="list-style-type: none"> استانداردهای ارتباط مؤثر استانداردهای رفتار محترمانه 	<p>مقصود از ارتباط مؤثر آن است که خدمتگران به دقت به سخنان خدمتگیران گوش کنند و به گونه‌ای سخن بگویند که کاملاً برای آنان قابل‌درک باشد. به خدمتگیر فرصت دهند که همه سؤالات خود را بپرسد و از اینکه او به درک روشنی در مورد پاسخ‌های داده‌شده دست یافته است، مطمئن شوند. زمان و شرایط مناسب برای برقراری ارتباط، از ارکان مؤثر بودن ارتباط است. توجه به نگرانی‌های خدمتگیر در فرآیند دریافت خدمت (نظیر نزدیک شدن زمان مراجعت کودکان به منزل و ...) و اطلاع‌رسانی به نزدیکان در صورت صلاحدید خدمتگیر، موانع ارتباطی را کاهش می‌دهد.</p>	برقراری ارتباط مؤثر
	<ul style="list-style-type: none"> استانداردهای محیط دریافت خدمت 	<p>محیط ارائه خدمت باید به گونه‌ای باشد که نیازهای عمومی خدمتگیر در آن به خوبی پاسخ داده شود. مواردی از این نیازها عبارت‌اند از: صندلی راحت برای نشستن، هوای مطبوع، محیط تمیز و آراسته، سرویس بهداشتی تمیز و مجهز به مایع دست‌شویی و دستمال (حوله کاغذی) یا خشک‌کن، آب سرد و گرم، مکان شیردهی و مراقبت از کودک، غذای مناسب در صورت تحت نظر بودن طولانی‌مدت.</p>	محیط دریافت خدمت مطبوع
	<ul style="list-style-type: none"> پرسیدن ترجیحات خدمتگیران استانداردهای فرآیند ارائه خدمت استانداردهای محیط دریافت خدمت ضوابط دسترسی و بهره‌برداری از داده‌های پرونده سلامت بیمار 	<p>حریم خصوصی به هر آنچه خدمتگیر نمی‌خواهد دیگران در معرض آن قرار گیرند، اطلاق می‌شود. حریم خصوصی ممکن است به طرق مختلف در جریان دریافت خدمت شکسته شود. معاینه فرد در حضور دیگران، صحبت با بیمار درحالی که دیگران به راحتی می‌توانند گفته‌های آنان را بشنوند و برخوردار نبودن از پوشش مناسب درحالی‌که به دلیل سطح پائین هوشیاری، خود قادر به صیانت از حریم خود نیست، از مصادیق رعایت نشدن حریم خصوصی خدمتگیران است. با توجه به آنکه افراد ذاتاً به دنبال صیانت از حریم خصوصی خود هستند، نادیده گرفته شدن حریم خصوصی در شرایطی رخ می‌دهد که افراد نتوانند از حریم خود دفاع کنند. برتری موقعیت خدمتگر نسبت به خدمتگیر، نیاز به دریافت خدمت و ناتوانی در تغییر شرایط آن، حال عمومی بد که فرد را از محیط خود غافل می‌کند و کاهش سطح هوشیاری، حریم خصوصی افراد را شکننده می‌کند. محتوای پرونده پزشکی بیمار هم می‌تواند از مصادیق حریم خصوصی باشد؛ لذا فقط باید افرادی به آن دسترسی داشته باشند که بیمار در فرم ترجیحات خود چنین مجوزی را به آنان داده است.</p>	حفظ حریم خصوصی

نکات	استانداردها	تعریف/توضیح	حق
	<ul style="list-style-type: none"> طراحی نظام دریافت بازخورد از ذی نفعان و پاسخ به شکایات 	<p>امکان انتقال دیدگاهها و شکایات به سیاست‌گذاران و مدیران، افزون بر آنکه در خدمتگیران ایجاد آرامش و امنیت می‌کند، سبب وقوف آنان به نارسایی‌های نظام خدمات سلامت نیز می‌شود. نظام رسیدگی به شکایات یکی از ارکان تضمین رعایت حقوق خدمتگیران نیز به شمار می‌آید. اقداماتی که به دنبال دریافت شکایت انجام می‌شود باید سازمان‌یافته، سریع و مؤثر باشد و در کوتاه‌ترین زمان ممکن، بازخورد آن به شاکی منتقل شود.</p>	<p>اظهارنظر و شکایت</p>
	<ul style="list-style-type: none"> طراحی فرآیندهای انتخاب خدمتگر و تغییر آن در صورت لزوم 	<p>در صورتی که خدمتگیر بخواهد، در حد امکان، باید قادر به انتخاب خدمتگر موردنظر خود و تغییر آن باشد. دریافت خدمت از فردی مقبول و مورد اعتماد، سبب احساس آرامش و امنیت در خدمتگیر، تداوم و تأثیر بیشتر خدمت می‌شود. بدین منظور خدمتگیران حق دارند به همه اطلاعاتی که می‌تواند بر این انتخاب تأثیرگذار باشد، دسترسی داشته باشند. اگر به هر دلیلی نظام پزشکی خانواده حق انتخاب خدمتگیران را محدود می‌کند، باید تضمین کند که این محدودیت نقصانی در منافع آنان ایجاد نخواهد کرد.</p>	<p>انتخاب خدمتگر (Choice)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> تحلیل و از میان برداشتن موانع دسترسی 	<p>دسترسی به معنای توانایی بهره‌مندی از خدمت است. به‌منظور تأمین این حق باید موانع دسترسی را شناسایی و مرتفع کرد. این موانع عبارت‌اند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> آگاهی نداشتن از نیاز خود به خدمت آگاهی نداشتن از عرضه خدمت عرضه نشدن خدمت (فراهم نبودن منابع موردنیاز برای ارائه خدمت) استطاعت مالی ارائه شدن خدمت در زمانی که امکان بهره‌مندی از آن وجود ندارد. ارائه شدن خدمت در مکان و/یا توسط افراد غیر مقبول زمان دسترسی (فاصله زمانی بین احساس نیاز به خدمت تا بهره‌مند شدن از آن): زمان دسترسی از سه جزء زمان فرارسیدن نوبت (لیست انتظار)، زمان طی شده در راه و زمان انتظار در محل ارائه خدمت تشکیل می‌شود. زمان دسترسی طولانی ممکن است منجر به انصراف از دریافت خدمات غیر فوری یا کاهش تأثیر خدمات فوری شود. ویژگی‌های خدمتگیر مانند زبان و لهجه متفاوت، باورهای فرهنگی متفاوت، اختلافات گفتار، شنوایی یا مشکلات ذهنی و روانی و حتی کسانی که به دلایل جسمانی امکان حضور در مرکز را ندارند. 	<p>دسترسی به خدمت</p>

نکات	استانداردها	تعریف/توضیح	حق
	<ul style="list-style-type: none"> • دستورالعمل فرهنگسازی و اطلاع رسانی عمومی برنامه • ضوابط دسترسی و بهره‌برداری از داده‌های پرونده سلامت بیمار 	<p>طراحی و اجرای نظام پزشکی خانواده، هم متکی بر حجم عظیمی از اطلاعات است و هم خود حجم عظیمی از داده‌ها و اطلاعات را تولید می‌کند. دسترسی به این اطلاعات مشارکت را توسعه، بهره‌مندی را افزایش، امنیت را روزافزون و دستیابی به اهداف را تقویت می‌کند. مواردی از اطلاعاتی که می‌توان دسترسی جمعیت تحت پوشش را به آن‌ها فراهم کرد عبارت‌اند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • منطق و ساختار نظام پزشکی خانواده • خدماتی که در این نظام ارائه می‌شود • حقوق خدمتگیران در نظام پزشکی خانواده • هزینه‌های طراحی و اجرای نظام پزشکی خانواده • مقایسه نظام مستقر شده با سایر نظام‌ها، چه در کشور و چه در سایر کشورها • شاخص‌های عملکرد نظام پزشکی خانواده • شاخص‌های عملکرد خدمتگیران • اطلاعات مرتبط با سلامتی خود • محتوای بخش‌های منتخب از پرونده سلامت خود 	<p>دسترسی به اطلاعات</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • دستورالعمل اخذ رضایت آگاهانه بیمار • فرم ترجیحات بیمار 	<p>خدمتگر نمی‌تواند، صرفاً بر مبنای صلاحدید خود، گزینه مناسب را از میان خدمات موجود انتخاب و به خدمتگیر ارائه کند؛ مگر آنکه خدمتگیر به‌صراحت دست او را در اتخاذ چنین رویکردی باز گذاشته باشد. لذا خدمتگر باید گزینه‌های مختلف خدمت مورد نیاز خدمتگیر را به گونه‌ای برای او توضیح دهد که او بتواند گزینه مورد نظر خود را از میان آن‌ها انتخاب کند. اگر خدمتگیر از دریافت خدمت اصلی که برای درمان او ضروری است، خودداری کند، خدمتگر نمی‌تواند از ادامه مراقبت از او سرباز زند. حتی پس‌از آنکه خدمتگیر خدمت مورد نظر خود را انتخاب کرد، خدمتگر باید قبل از انجام هر کاری، با صراحت کامل از او اجازه بگیرد. خدمتگر می‌تواند از ارائه گزینه‌هایی که با مبنای اخلاقی خود او منافات دارد خودداری کند.</p>	<p>مشارکت در تصمیم‌گیری (Autonomy)</p>

الزامات رعایت حقوق خدمتگیران

رعایت حقوق ذکر شده برای خدمتگیران در نظام پزشکی خانواده مستلزم رعایت استانداردهای خاص در فعالیتهای جاری و طراحی و استقرار فرآیندهایی است که بدون آنها رعایت حقوق امکان پذیر نخواهد بود. جدول شماره ۲ به منظور شفاف کردن این الزامات طراحی شده است. ستون پیش نیاز در این جدول در برگیرنده طراحی‌هایی است که باید به منظور تضمین رعایت حقوق خدمتگیران انجام شود.

جدول ۲: الزامات رعایت حقوق خدمتگیران در برنامه پزشک خانواده

پیش‌نیاز	اقدامی که منجر به رعایت حق می‌شود	حق
سند استانداردهای ایمنی در مکان ارائه خدمت	رعایت استانداردهای ایمنی شناخته شده در مکان‌های ارائه خدمت	ایمنی
شیوه‌نامه بررسی عمیق حوادث و پی‌آمدهای نامطلوب ارائه خدمت	بررسی عمیق حوادث رخ داده در فرآیند دریافت خدمت به‌منظور برطرف کردن زمینه‌های تکرار آن‌ها (اعم از خطاهای پزشکی و سایر موارد) استفاده از تحلیل علل ریشه‌ای ^۱	ایمنی
<ul style="list-style-type: none"> سند استانداردهای رفتار ایمن نظام آموزش مستمر نیروی انسانی نظام آموزش عمومی خدمتگیران سند استانداردهای ایمنی در مکان ارائه خدمت نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان و پاسخ به شکایات شیوه‌نامه بررسی عمیق حوادث و پی‌آمدهای نامطلوب ارائه خدمت استاندارد رفتار خدمتگران 	آموزش خدمتگران و خدمتگیران در مورد رفتارهای ایمن (آزارهای کلامی، جسمی و جنسی را به حداقل برساند) نظیر تدوین استانداردهای رفتاری، آموزش کارکنان، اطلاع‌رسانی به خدمتگیر، نصب دوربین در مکان‌های عمومی، امکان شکایت و رسیدگی فوری، تیم واکنش سریع، تحلیل عمیق و پیشگیری از وقوع وقایع مشابه)	ایمنی
<ul style="list-style-type: none"> راهنمای ارائه خدمات مبتنی بر شواهد نظام آموزش مستمر نیروی انسانی نظام آموزش مستمر منابع انسانی نظام پایش و ارزشیابی عملکرد اجزای نظام پزشک خانواده نظام و فرآیند پرداخت به منابع انسانی 	ایجاد بستر مورد نیاز برای ارائه خدمات مبتنی بر شواهد (تولید راهنماهای ارائه خدمت و تضمین به‌کارگیری آن‌ها، فراهم کردن تجهیزات استاندارد، آموزش مستمر خدمتگران و پایش مستمر عملکرد آنان، تأثیرپذیری پرداخت از ارائه خدمت مبتنی بر شواهد)	برخورداری از خدمات مؤثر و کم‌عارضه
شیوه‌نامه تداوم خدمت	پیگیری دریافت خدمات پیش‌بینی‌شده تا حصول اطمینان از دریافت خدمت یا انصراف آگاهانه خدمتگیر از دریافت آن	تداوم خدمت
شیوه‌نامه تداوم خدمت	کسب اطمینان از دریافت بدون وقفه خدمت در صورت تغییر پزشک خانواده یا محل سکونت	تداوم خدمت
<ul style="list-style-type: none"> فرآیند ثبت نام خدمتگیر فرم ترجیحات خدمتگیر 	پرسیدن ترجیحات بیمار در هنگام ورود به برنامه	توجه و احترام
<ul style="list-style-type: none"> استاندارد رفتار خدمتگران نظام آموزش مستمر نیروی انسانی 	آموزش خدمتگران و خدمتگیران در مورد مشخصات رفتار محترمانه شامل: بلند شدن در هنگام ورود خدمتگیر به مطب و استقبال از او، نگاه کردن به چهره او همراه با لبخند و آرامش، گوش کردن فعال به خدمتگیر، اجتناب از به کار بردن الفاظ ناشایست مطابق با عرف منطقه، اجتناب از صحبت با صدای بلند که حاکی از پرخاش و بی‌احترامی باشد، خودداری از شوخی‌هایی که توهین‌آمیز تلقی شود، لمس غیرضروری، ایجاد محدودیت غیرضروری و توجه به ترجیحات بیمار	توجه و احترام
استانداردهای به‌کارگیری نیروی انسانی	استفاده از کارکنان بومی یا فردی که با زبان و لهجه شایع بیماران آشنا باشد	توجه و احترام

پیش‌نیاز	اقدامی که منجر به رعایت حق می‌شود	حق
استاندارد محیط ارائه خدمت و امکانات موردنیاز	برآورده کردن نیازهای عمومی بیمار در هنگام دریافت خدمت نظیر صندلی راحت برای نشستن، هوای مطبوع، محیط تمیز و آراسته، سرویس بهداشتی تمیز و مجهز به مایع دست‌شویی و دستمال (حوله) یا خشک‌کن، آب سرد و گرم، مکان شیردهی و مراقبت از کودک، غذای مناسب در صورت تحت نظر بودن طولانی‌مدت، اطلاع‌رسانی به نزدیکان، توجه به نگرانی‌های خدمتگیر در فرآیند دریافت خدمت (نظیر نزدیک شدن زمان مراجعت کودکان به منزل و ...)	توجه و احترام
سند پایش و ارزشیابی عملکرد اجزای نظام پزشک خانواده	پایش رفتار خدمتگر از منظر توجه و احترام	توجه و احترام
نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان و رسیدگی به شکایات	برقراری امکان شکایت برای خدمتگیر در صورت تجربه رفتار غیرمحترمانه	توجه و احترام
<ul style="list-style-type: none"> فرایند بهره‌مندی از خدمات پزشک خانواده (امکان انتخاب پزشک خانواده) نظام ارجاع، تداوم و هماهنگی خدمات استانداردهای حفظ حریم خصوصی خدمتگیر 	حفظ حریم خصوصی در فرآیند خدمت شامل: انتخاب پزشک هم‌جنس، عدم حضور سایر افراد در هنگام ویزیت خدمتگیر، حضور فرد معتمد در هنگام دریافت خدمت، سایر افراد نتوانند صدای مکالمه خدمتگیر و خدمتگر را بشنوند، استفاده نکردن از دوربین در اتاق ویزیت بیمار	حفظ حریم خصوصی
ضوابط دسترسی به پرونده سلامت خدمتگیر	شرایطی فراهم شود تا فقط افرادی که خدمتگیر اجازه داده است، به محتوای پرونده پزشکی او دسترسی داشته باشند. این افراد را می‌توان در هنگام پرسیدن ترجیحات بیمار مشخص کرد. مواردی که به‌موجب قانون، اطلاعات پرونده باید در اختیار مرجع دیگری قرار گیرد، از این قاعده مستثنی است.	حفظ حریم خصوصی
نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان و رسیدگی به شکایات	برقراری امکان دریافت نظرات و شکایات خدمتگیران و رسیدگی به آن‌ها در قالب یک فرآیند شفاف و ارائه بازخورد به فرد	حق اظهارنظر و شکایت
فرآیند ثبت نام خدمتگیر	فراهم کردن امکان انتخاب خدمتگر (پزشک خانواده و سایر خدمتگران) از میان گزینه‌های مختلفی که اطلاعات کافی در مورد آنها (سابقه و ...) در اختیار خدمتگیر قرار گرفته است.	حق انتخاب
نظام ارجاع، تداوم و هماهنگی خدمات	فراهم کردن امکان تغییر بدون محدودیت خدمتگر	حق انتخاب
نظام ارجاع، تداوم و هماهنگی خدمات	ارائه خدمات اورژانس در تمام ساعات شبانه‌روز به صورت غیرحضور و حضوری	دسترسی
شیوه‌نامه استفاده از تسهیلات ایاب و ذهاب (زیرمجموعه استانداردهای ارائه خدمات)	کسب اطمینان از اینکه در اختیار نداشتن وسیله نقلیه و همراه منجر به محرومیت فرد از خدمات ضروری مورد نیازش نمی‌شود.	دسترسی
<ul style="list-style-type: none"> استانداردهای رفتار خدمتگران استانداردهای رفتار خدمتگران 	توضیح وضعیت سلامتی خدمتگیر برای او در هر ویزیت، خدماتی که او می‌تواند از آن‌ها بهره‌مند شود، ویژگی‌های این خدمات و پاسخ سؤالات او در مورد آن‌ها	دسترسی به اطلاعات
ضوابط دسترسی به پرونده سلامت خدمتگیر	فراهم کردن امکان مشاهده بخش‌های منتخب پرونده الکترونیک سلامت برای خدمتگیر یا سرپرست او	دسترسی به اطلاعات
استاندارد زمان ارائه خدمت	ارائه خدمت در صبح و بعدازظهر به‌منظور تسهیل بهره‌مندی افراد دارای ترجیحات خاص زمانی از خدمات (نظیر افراد شاغل)	دسترسی زمانی
استاندارد مکان ارائه خدمات	استقرار پزشک خانواده و مکان‌های ارائه سایر خدمات پرتکرار (آزمایشگاه، تصویربرداری) در محله‌ای که خانواده در آن زندگی می‌کند.	دسترسی فیزیکی
شیوه‌نامه دریافت وجه از خدمتگیر	در مواردی که دریافت خدمت مستلزم پرداخت وجه است، کسب اطمینان از اینکه نداشتن استطاعت مالی منجر به محرومیت از خدمات مورد تعهد برنامه نشود.	دسترسی مالی

پیش‌نیاز	اقدامی که منجر به رعایت حق می‌شود	حق
<ul style="list-style-type: none"> استاندارد رفتار خدمتگزاران نظام آموزش مستمر منابع انسانی نظام آموزش عمومی خدمتگزاران 	آموزش خدمتگزاران و خدمتگزاران در مورد ضرورت شفاف کردن گزینه‌های مختلف خدمات توسط خدمتگر و انتخاب گزینه مناسب توسط خدمتگیر یا قییم قانونی او (سرپرست یا فردی که او در فرم ترجیحات به او اجازه تصمیم‌گیری داده است).	مشارکت در تصمیم‌گیری
استاندارد حفظ حریم خصوصی خدمتگیر	اخذ رضایت‌نامه کتبی از خدمتگیر برای شرکت در تحقیقات	مشارکت در تصمیم‌گیری
نظام پایش و ارزیابی عملکرد اجزای نظام پزشکی خانواده نظام و فرایند پرداخت به منابع انسانی	پایش رفتار خدمتگر از منظر مشارکت در تصمیم‌گیری	مشارکت در تصمیم‌گیری
نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان و رسیدگی به شکایات	برقراری امکان شکایت برای خدمتگیر در صورت نادیده گرفتن حق او برای انتخاب آگاهانه	مشارکت در تصمیم‌گیری

حقوق خدمتگزاران در نظام پزشکی خانواده

توسعه و موفقیت هر سازمانی به رضایت، انگیزه و تلاش نیروی انسانی آن وابسته است. رشد و توسعه نیروی انسانی باید همه‌جانبه باشد و تنها با آموزش‌های تخصصی تأمین نمی‌شود. بدین منظور، علاوه بر ارائه آموزش‌های لازم، باید مسائل مربوط با روحیات، انگیزش و رضایت نیروی کار نیز در نظر گرفته شود. اعتقاد به این که نیروی انسانی مهم‌ترین سرمایه سازمان است شرط لازم برای اتخاذ این رویکرد است. افراد برای ارضای نیازهای شخصی خود به سازمان‌ها می‌پیوندند و متناسب با پاسخی که سازمان‌ها به نیازهای شخصی آنان می‌دهند، در جهت تحقق اهداف سازمانی تلاش می‌کنند. لذا لازم است، حداقل‌هایی برای سرمایه‌های انسانی در هر سازمانی مشخص گردد تا بستر لازم برای کارایی و پایداری آنان فراهم گردد. بنابراین در طرح پزشک خانواده برای خدمتگزاران حداقل‌هایی مشخص شده است که نظام ارائه خدمت خود را ملزم به انجام آن‌ها می‌داند. این حداقل‌ها در جدول شماره ۳ مورد بحث قرار گرفته‌اند.

جدول ۳: حقوق خدمتگران، تعاریف و استانداردهای مرتبط در برنامه پزشکی خانواده

حق	تعریف/توضیح	استانداردها	نکات
ایمنی	<p>با عنایت به اینکه ایمنی خدمتگران سلامت، لازمه ایمنی بیمار است و حفاظت در برابر آسیب‌ها و مخاطرات احتمالی محیط کار از حقوق اولیه همه شاغلین به شمار می‌آید، باید از بروز آسیب‌های محتمل در فرآیند ارائه خدمت پیشگیری کرد و در صورت وقوع آن‌ها اقدام مناسب صورت گیرد. این آسیب‌ها را می‌توان در گروه‌های زیر طبقه‌بندی کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آسیب‌های ناشی از محیط ارائه خدمت مانند خطرات بیولوژیکی و انتقال عفونت، آسیب‌های ناشی از تجهیزات و وسایل اداری و پزشکی غیر استاندارد • آسیب‌های فیزیکی یا روانی ناشی از رفتار خدمتگیران یا سایر افراد حاضر در محیط ارائه خدمت، نظیر تهدید یک خدمتگر به دلیل خودداری از صدور گواهی خلاف واقع توسط کارکنان (خشونت در محل کار)، خستگی مفرط و فرسودگی ناشی از کار و بیماری‌های شغلی • آسیب‌های ناشی از فرآیند خدمت مانند سوزن‌گزیدگی، خطر عوامل بیماری‌زای قابل انتقال از طریق خون، خطرات تنفسی، خطرات ارگونومیک ناشی از کارهایی همچون بلند کردن و جابجایی بیماران، خطر انتقال عفونت از طریق دست‌های آلوده ... 	<ul style="list-style-type: none"> • استاندارد ایمنی محیط ارائه خدمت • استاندارد کنترل عفونت • استانداردهای ایمنی شغلی • استاندارد گندزدایی و تهویه مناسب • استاندارد استفاده از تجهیزات پزشکی • تهیه کتابچه الکترونیک راهنما و علائم تصویری استفاده از وسایل حفاظت فردی • تدوین آئین‌نامه امور ایمنی خدمتگران 	<p>ریشه‌یابی حوادثی که در فرآیند ارائه خدمت رخ می‌دهد با استفاده از تکنیک تحلیل علل ریشه‌ای^۱ برای پیشگیری از وقوع مجدد حوادث ضروری است.</p>
امنیت شغلی	<p>امنیت شغلی یعنی اینکه افراد بتوانند در صورت انجام تعهدات خود و تمایل برای ادامه کار، امکان تداوم کار خود را در این شغل، به شرط ثبات شرایط اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر عملکرد نظام ارائه خدمات، تضمین شده ببینند. به بیان دیگر نظام ارائه خدمات باید بتواند با استفاده از آنچه که کنترل آن‌ها را در اختیار دارد، امنیت شغلی کارکنان خود را تضمین کند. لذا خدمتگران باید از یک محیط کاری خوب با فرصت‌های کاری انعطاف‌پذیر برخوردار باشند. امنیت شغلی موارد زیر را شامل می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • به‌کارگیری بر اساس ضوابط و مقررات مربوطه و احراز توانمندی‌های لازم برای هر یک از مشاغل • توانمندسازی خدمتگران بر اساس آموزش‌های هدفمند • مسیر ارتقای شغلی روشن • پرداخت مالی مکفی برای کار تمام وقت • ارزیابی و نظارت بر عملکرد خدمتگران در مسیر ارتقاء و توسعه • ارزیابی شایستگی خدمتگران بر اساس معیارهای معین • حق منزلت و معاش (منزلت کارگران مستلزم مراقبت‌های بهداشتی کافی، امنیت برای کهولت یا ازکارافتادگی، غرامت بیکاری، شرایط کار سالم، استراحت هفتگی، تعطیلات دوره‌ای برای اوقات فراغت و امنیت معقول در برابر اخراج خودسرانه است) 	<ul style="list-style-type: none"> • تهیه راهنماهای انجام وظیفه • تدوین قوانین و مقررات شفاف • طراحی سیستم پرداخت شفاف • طراحی سیستم ارزیابی عملکرد • تهیه کتابچه توجیهی بدو خدمت • تدوین بسته بیمه 	

نکات	استانداردها	تعریف/توضیح	حق
	<ul style="list-style-type: none"> ● استانداردهای رفتار محترمانه ● آموزش مدیران و برگزاری جلسات بحث و گفتگو 	<p>کرامت انسانی ایجاد می‌کند با فرض اینکه کارکنان افرادی راست‌گو، قابل‌اعتماد و خواهان پیشرفت هستند، با آنان برخورد و از سرزنش آنان و ایجاد محیطی پرتنش و اضطراب‌زا جلوگیری شود. رعایت احترام و شأن خدمتگزاران مواردی چون محافظت در برابر آزار و اذیت، بدرفتاری و حمله و آزار کلامی و ذهنی را شامل می‌شود. نمونه‌هایی از آزار کلامی شامل بحث در مورد فعالیت‌های جنسی، شوخی‌های قومیتی یا جنسیتی، ناتوانایی‌های جسمی یا ذهنی افراد است. همچنین لمس غیر ضروری، اظهار نظر در مورد ویژگی‌های فیزیکی، نمایش تصاویر جنسی یا نژادی، استفاده از اصطلاحات یا القاب تحقیرآمیز و نامناسب، حرکات ناشایست، صحبت کردن بی‌ادبانه و بدون نزاکت و بروز رفتار فیزیکی خصمانه از نمونه‌های بدرفتاری و آزار کلامی و ذهنی است.</p> <p>همچنین توقعات غیرمنطقی و خارج از توان خدمتگزاران و وابسته کردن منافع افراد به برآورده کردن آنان موجب تنش بیش از حد و بی‌مورد می‌شود. این رویه می‌تواند سبب شود که کارکنان دست به انجام کارهای صوری زده سازمان را به سوی بحران سوق دهند.</p> <p>علاوه بر این نظام ارائه خدمت باید در تمامی فعالیت‌ها مانند اطلاع‌رسانی، دعوت‌نامه‌ها، آگهی‌ها، ابلاغ‌ها و هشدارها از ادبیات محترمانه و غیر تحکم‌آمیز استفاده کند.</p>	رعایت شأن و احترام
<p>رعایت شأن و احترام از الزامات ارتباط مؤثر است؛ ولی به سبب اهمیت ارتباط مؤثر و توجه ویژه به آن به‌عنوان یک حق جداگانه نیز مورد توجه قرار گرفته است.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● استانداردهای ارتباط مؤثر ● استانداردهای رفتار محترمانه ● تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی 	<p>مقصود از ارتباط مؤثر آن است که خدمت‌گران از ارتباط سازمانی و پاسخگویی مسئولان در حیطه وظایفشان آگاه باشند. کارکنان هم باید پیام مدیران و سطوح تصمیم‌گیر را به‌موقع و به روشنی دریافت کنند و هم پیام خود را به‌موقع و به روشنی به آنان برسانند. همچنین باید بازخورد مناسب به پیام خدمتگر داده شود و از اینکه خدمتگر به درک روشنی در مورد پاسخ‌های داده شده دست یافته است، مطمئن شد.</p>	برقراری ارتباط مؤثر
	<ul style="list-style-type: none"> ● استانداردهای محیط کار 	<p>محیط ارائه خدمت باید به‌گونه‌ای باشد که نیازهای عمومی خدمت‌گر در آن به خوبی پاسخ داده شود. مواردی از این نیازها عبارت‌اند از: صندلی راحت برای نشستن، هوای مطبوع، محیط تمیز و آراسته، سرویس بهداشتی تمیز و مجهز به مایع دست‌شویی و دستمال (حوله) یا خشک‌کن، آب سرد و گرم، آرامش صوتی، امکان صحبت دونفره بدون ایجاد مزاحمت برای دیگران، امکان برگزاری جلسات کاری، فضای کافی برای نگهداری مستندات و وسایل شخصی، دسترسی آسان به امکانات اداری نظیر چاپگر و دستگاه کپی، مکان مناسب استراحت بین کار و...</p>	محیط ارائه خدمت مطبوع

نکات	استانداردها	تعریف/توضیح	حق
	<ul style="list-style-type: none"> ● استاندارد پرونده خدمت‌گران و ضوابط بهره برداری از داده‌های آن ● تدوین پروتکل دسترسی به پرونده اطلاعاتی خدمت‌گران ● تدوین قوانین و مقررات شفاف 	<p>حریم خصوصی به هر آنچه که خدمت‌گر نمی‌خواهد دیگران در معرض آن قرار گیرند اطلاق می‌شود. وظیفه نظام ارائه خدمات تهیه محیط مناسبی برای کار با کیفیت است که موجب افزایش بهره‌وری خدمت‌گران شود. لذا حفظ حریم خصوصی خدمت‌گران بخشی از این وظیفه است. خدمت‌گران حق دارند به حریم خصوصی آنان احترام گذاشته شود و اطلاعات شخصی آنان محرمانه و ایمن نگه داشته شود. اطلاعات مربوط به هویت، وضعیت فردی، عقاید و باورها، پست الکترونیکی، تصویر، محل و تاریخ تولد، ازدواج، طلاق، مشخصات همسر، والدین و فرزندان، ناراحتی‌های جسمی و روحی، شماره حساب بانکی، محل سکونت و همچنین اطلاعات شخصی مربوط به انجام امور تجاری، شغلی، تحصیلی، مالی، آموزشی، اداری، پزشکی و حقوقی، مکالمات تلفنی و مکاتبات از مصادیق امور محرمانه خدمت‌گران محسوب می‌شوند. بازرسی و نرساندن نامه‌ها، ضبط و فاش کردن مکالمات تلفنی، افشاء، سانسور، عدم مخابره و نرساندن آن‌ها، استراق سمع و هرگونه تجسس، جز در موارد قانونی، از مصادیق نقض حریم خصوصی تلقی می‌شوند. همچنین نظام ارائه خدمت مجاز به استفاده از نظارت‌های الکترونیکی مغایر با حریم شخصی افراد نیست؛ مگر آنکه بر مبنای دلایل قوی، احتمال ارتکاب فعالیت‌های مجرمانه در محیط کار از قبیل سرقت، تخریب اموال یا سوء استفاده از اموال محل کار وجود داشته، یا این امر برای تأمین امنیت و بهداشت محل کار یا خدمت‌گران ضروری باشد. در صورت ضرورت برای اعمال نظارت الکترونیکی و نصب دوربین، نظام ارائه خدمت باید مراتب را با هشدار مکتوب و استفاده از علائم قابل‌رؤیت، به اطلاعات خدمت‌گران برساند.</p>	<p>حفظ حریم خصوصی</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ● طراحی نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان ● ایجاد زیرساخت ارتباطی کارکنان با مدیران شامل دریافت پیام، بررسی، اقدام و بازخورد 	<p>مدیران باید صدای خدمت‌گران را بشنوند و از حق آزادی بیان آنان دفاع کنند و انتقادپذیری را رواج دهند. لذا خدمت‌گران حق دارند نظرات، تجربیات، ابهامات و نگرانی‌ها، سوالات، انتقادات، پیشنهادهای و شکایات خود را با نظام ارائه خدمات به اشتراک بگذارند و از آنان بازخورد دریافت کنند. امکان انتقال دیدگاه‌ها و شکایات به سیاست‌گذاران و مدیران افزون بر آنکه در خدمت‌گران ایجاد آرامش و امنیت می‌کند، سبب آگاهی آنان از نارسایی‌های نظام خدمات سلامت نیز می‌شود. نظام رسیدگی به شکایات یکی از ارکان تضمین رعایت حقوق خدمت‌گران نیز به شمار می‌آید. اقداماتی که به دنبال دریافت شکایت انجام می‌شود باید سازمان‌یافته، سریع و مؤثر باشد و در کوتاه‌ترین زمان ممکن، بازخورد آن به شاکی منتقل شود.</p>	<p>اظهار نظر و شکایت</p>

نکات	استانداردها	تعریف/توضیح	حق
رفتار متفاوت حمایتی که بر مبنای معلولیت، سالمندی یا سایر وضعیت‌های قابل توجیه صورت می‌گیرد، تبعیض محسوب نمی‌شود.	تهیه قوانین و مقررات شفاف	از وظایف اصلی مدیریت، حفظ و توسعه رفتارهای عادلانه در مدیران و احساس عدالت در خدمتگران است. لذا نظام ارائه خدمت باید یک محیط کار بدون تبعیض برای همه خدمتگران به وجود آورد و نسبت به رفع تبعیض‌های ناعادلانه اقدامات مثبت برای جبران تبعیض‌ها به عمل آورد و طبق مقررات و قوانین با خدمتگر رفتار نماید و دلایل اتخاذ تصمیمات را به آنان اعلام نماید.	برابری و عدالت
	<ul style="list-style-type: none"> • تدوین پروتکل دسترسی به اطلاعات پرونده پرسنلی • تهیه کتابچه توجیهی بدو خدمت • تهیه راهنماهای انجام وظیفه • قوانین و مقررات شفاف • تهیه راهنماهای بالینی 	<p>طراحی و اجرای نظام پزشکی خانواده هم متکی بر حجم عظیمی از اطلاعات است و هم خود حجم عظیمی از داده‌ها و اطلاعات را تولید می‌کند. دسترسی به این اطلاعات مشارکت را توسعه، بهره‌مندی را افزایش، امنیت را روزافزون و دستیابی به اهداف را تقویت می‌کند. مواردی از اطلاعاتی که می‌توان دسترسی خدمتگران را به آن‌ها فراهم کرد عبارت‌اند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> • حقوق خدمتگران در نظام پزشکی خانواده • شاخص‌های عملکرد نظام پزشکی خانواده • محتوای بخش‌هایی از پرونده سلامت خدمت‌گران • شاخص‌های ارزشیابی عملکرد • قوانین و مقررات پزشک خانواده • اطلاعات جمعیت تحت پوشش 	دسترسی به اطلاعات
	<ul style="list-style-type: none"> • وجود طرح‌های مشخص برای شکل‌گیری تشکل‌های کارکنان • وجود طرح مشخص برای حضور کارکنان ذی‌ربط یا نمایندگان رسمی آنان در تمام جلسات تصمیم‌گیری در سطح سازمان 	احساس حاکمیت بر سرنوشت خود و مشارکت در تصمیم‌گیری‌هایی که بر منافع کارکنان تأثیر گذار است، سبب احساس آرامش و امنیت و تقویت روح مشارکت در آنان می‌شود. قدرت تفکر و خلاقیت منابع انسانی با ارزش‌ترین سرمایه‌ای است که سازمان در اختیار دارد و به همان اندازه که کارکنان داوطلبانه و از روی رغبت این سرمایه را در اختیار سازمان قرار دهند، زمینه رشد و شکوفایی آنان بیشتر فراهم می‌شود. مشارکت در تصمیم‌گیری‌های مهم سازمان سبب باز شدن درهای توانایی‌های کارکنان به روی مدیران می‌شود.	مشارکت در تصمیم‌گیری

پیش‌نیازهای لازم برای رعایت حقوق خدمتگران

جدول زیر پیش‌نیازهای لازم برای رعایت حقوق ذکرشده را تبیین مینماید:

جدول ۴: پیش‌نیازهای لازم برای رعایت حقوق خدمتگران در برنامه پزشکی خانواده

پیش‌نیاز	اقدامی که منجر به رعایت حق می‌شود	حق
سند استانداردهای ایمنی در مکان ارائه خدمت	رعایت استانداردهای ایمنی شناخته‌شده در مکان‌های ارائه خدمت	ایمنی
شیوه‌نامه بررسی عمیق حوادث	بررسی عمیق حوادث رخ داده در فرآیند دریافت خدمت به منظور برطرف کردن زمینه‌های تکرار آن‌ها (اعم از خطاهای پزشکی و سایر موارد) با استفاده از تحلیل علل ریشه‌ای ^۱	ایمنی
سند استانداردهای رفتار ایمن	آموزش خدمتگران در مورد رفتارهای ایمن که آزارهای کلامی، جسمی و جنسی را به حداقل برساند، نظیر تدوین استانداردهای رفتاری، آموزش کارکنان، اطلاع‌رسانی به خدمتگر، نصب دوربین در مکان‌های عمومی، امکان شکایت و رسیدگی فوری، تحلیل عمیق و پیشگیری از وقوع وقایع مشابه	ایمنی
تهیه راهنمای استفاده از تجهیزات پزشکی	آموزش خدمتگران در مورد نحوه استفاده از تجهیزات پزشکی	ایمنی
سند استاندارد تجهیزات حفاظت فردی	تهیه تجهیزات فردی موردنیاز برای خدمتگران	ایمنی
سند استانداردهای ایمنی در مکان ارائه خدمت	آموزش الزامات رفتاری کاهش مخاطرات محیط کار به کارکنان	ایمنی
سند استاندارد تجهیزات حفاظت فردی	تأمین تجهیزات حفاظت شخصی و آموزش کافی به خدمتگران، در زمینه استفاده مناسب از آن‌ها و اقدامات احتیاطی مربوط به ایمنی	ایمنی
	الزام پیمانکاران جهت تأمین و توزیع وسایل حفاظت فردی	ایمنی
	الزام رعایت استانداردها از سوی مدیران و پیمانکاران	ایمنی
	پوشش بیمه اجتماعی و مسئولیت	ایمنی
تهیه راهنماهای انجام وظیفه (شرح وظایف کارکنان)	تعیین وظایف مشخص و استاندارد کردن روش انجام آن‌ها	ایمنی
تهیه راهنماهای انجام وظیفه (شرح وظایف کارکنان)	متناسب سازی آموزش‌ها با نیازهای اجرایی	امنیت شغلی
نظام ارتقای شغلی	مشخص کردن مسیر ارتقای شغلی	امنیت شغلی
طراحی سیستم پرداخت منصفانه	<ul style="list-style-type: none"> انجام مطالعات تعیین دستمزد رده‌های مختلف منابع انسانی تعیین توان مالی نظام ارائه خدمات برای پرداخت به منابع انسانی ملزم کردن پیمانکار به در نظر گرفتن رتبه کارکنان در پرداخت مالی به آنان تنظیم قرارداد جامع که دربرگیرنده تمام انتظارات نظام ارائه خدمات از فرد و وظایف نظام در قبال او باشد. 	امنیت شغلی
طراحی سیستم ارزشیابی	<ul style="list-style-type: none"> ارزشیابی عملکرد و بازخورد بر اساس ارزشیابی (تمدید قرارداد با افرادی که عملکرد مناسبی داشته‌اند و لغو قرارداد و خودداری از تمدید آن با افرادی که عملکرد مطلوبی از خود نشان نداده‌اند) 	امنیت شغلی
	<ul style="list-style-type: none"> عقد قراردادهای بلندمدت با پیمانکاران تنظیم مبلغ قرارداد متناسب با رتبه پیمانکار ملزم کردن پیمانکاران به پرداخت حق بیمه و تأمین پوشش بیمه خود و کارکنانی که تحت مسؤلیت آنان کار می‌کنند. وابسته کردن پرداخت مبلغ قرارداد به پرداخت حق بیمه کارکنان 	امنیت شغلی

پیش‌نیاز	اقدامی که منجر به رعایت حق می‌شود	حق
سند استانداردهای رفتار محترمانه	آموزش مدیران و برگزاری جلسات بحث و گفتگو به منظور ایجاد تغییر نگرش در آنان	توجه و احترام
	آموزش مدیران نظام ارائه خدمت در مورد مشخصات رفتار محترمانه شامل: گوش کردن فعال به خدمتگر، اجتناب از به کار بردن الفاظ ناشایست مطابق با عرف منطقه، اجتناب از صحبت با صدای بلند که حاکی از پرخاش و بی‌احترامی باشد، خودداری از شوخی‌هایی که توهین‌آمیز تلقی شود، لمس غیرضروری، ایجاد محدودیت غیرضروری و توجه به ترجیحات خدمتگر	توجه و احترام
	برآورده کردن نیازهای عمومی خدمتگر برای ارائه خدمت: صندلی راحت برای نشستن، هوای مطبوع، محیط تمیز و آراسته، سرویس بهداشتی تمیز و مجهز به مایع دست‌شویی و دستمال، آب سرد و گرم، توجه به نگرانی‌های خدمتگر در فرآیند	توجه و احترام
طراحی سیستم بازخورد و شکایت	برقراری امکان شکایت برای خدمتگر در صورت تجربه رفتار غیرمحترمانه	توجه و احترام
طراحی و تدوین نمودار سازمانی	ابلاغ نمودار سازمانی	ارتباط مؤثر
	جمع‌آوری اطلاعات شخصی از افراد، تنها در حد ضرورت باید انجام گیرد همچنین نظام ارائه خدمت باید تدابیر ضروری جهت پیشگیری از مفقود شدن، افشا یا سوء استفاده از اطلاعات افراد که به با توجه به وظایف و اختیارات خود از آن‌ها مطلع شده‌اند را اتخاذ کنند.	حریم خصوصی
طراحی سیستم بازخورد و شکایت	برقراری امکان دریافت نظرات و شکایات خدمتگران و رسیدگی به آن‌ها در قالب یک فرآیند شفاف و ارائه بازخورد به فرد	حق اظهارنظر و شکایت
طراحی سیستم بازخورد و شکایت	اطلاع‌رسانی گسترده در مورد نظام رسیدگی به شکایات	حق اظهارنظر و شکایت
	پایش رفتار پیمانکار از منظر مشارکت در تصمیم‌گیری	مشارکت در تصمیم‌گیری
	بررسی برنامه‌ها و پروژه‌ها از نظر میزان و نحوه مشارکت کارکنان	مشارکت در تصمیم‌گیری

اسناد مورد نیاز برای رعایت حقوق خدمتگیران و خدمتگران

عنوان سند	مسئول تهیه	توضیح
استانداردهای ایمنی در مکان ارائه خدمت		
شیوه‌نامه بررسی عمیق حوادث		
استانداردهای رفتار ایمن		
نظام آموزش مستمر منابع انسانی		
نظام آموزش عمومی خدمتگیران		
استاندارد رفتار خدمتگران		
راهنمای ارائه خدمات مبتنی بر شواهد		
نظام پایش و ارزیابی عملکرد اجرای نظام پزشکی خانواده		
نظام و فرآیند پرداخت به منابع انسانی		
نظام ارجاع، تداوم و هماهنگی خدمات		
فرآیند ثبت نام خدمتگیر		
فرم ثبت ترجیحات خدمتگیر		
فرآیند به کارگیری منابع انسانی		
استانداردهای محیط ارائه خدمت		
نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان و رسیدگی به شکایات		
استانداردهای حفظ حریم خصوصی خدمتگیر		
ضوابط دسترسی به پرونده سلامت خدمتگیر		
شیوه‌نامه استفاده از تسهیلات ایاب و ذهاب		
استاندارد زمان ارائه خدمت		
استاندارد مکان ارائه خدمت		
شیوه‌نامه دریافت وجه از خدمتگیر		
راهنمای استفاده از تجهیزات پزشکی		
استاندارد تجهیزات حفاظت فردی		
راهنمای انجام وظایف		
نظام ارتقای شغلی		
نمودار سازمانی		
ضوابط دسترسی به پرونده پرسنلی		

1. Moosavi S, Solooki M, Shamsi Gooshki E, Parsapoor A. [Patient rights in the Iranian hospitals accreditation system: Explanation of challenges]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2022; 28(3): 243-258
2. Sarbaz M, Kimiafar Kh. Comparison of Patient's Rights in Developed Countries and Suggestion a Proper Model for Iran. Health Information Management 2011; 8(2): 227.
3. Rostami T, Yaghouti E, Emam S M R. Patients' Rights in the Light of International Documents and the Iranian Legal System. MLJ 2020; 14:133-145
4. Parsapoor A, Bagheri A, Larijani B. Review of revolution of patient's right charter. ijme 2010; 3 (1 and 2):39-47
5. Joolae S. An overview on "Iranian patient's bill of rights" And some practical strategies for promoting patients' rights practice. MLJ 2008; 2 (6):163-188
6. Mozafari M, Mousavi-Moghaddam SR, Jafari AGH. Surveying the prerequisites for establishing patient's rights charter in health centers of Iran- A Delphi study. Journal Clinical Nursing Midwifery. 2013; 2(3):74-85.
7. Pour Bakhsh S M. Analysis of logical criteria for codification of patients' rights charter. MLJ 2009; 3 (9):35-62
8. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2020) (Understanding my healthcare rights: a summary booklet for consumers). Sydney: ACSQHC; 2020. www.safetyandquality.gov.au/consumers/working-your-healthcare-provider/australian-charterhealthcare-rights
9. Your Rights and Responsibilities. A Charter for Consumers of the South Australian Public Health System. www.sahealth.sa.gov.au/yourrightsandresponsibilities
10. Our human rights approach for how we regulate health and social care services. https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20200922_Our_human_rights_approach_post_consultation_document_FINAL_WEB_accessible.pdf
11. World health Organization (WHO). health worker safety: a priority for patient safety. <https://www.who.int/docs/default-source/world-patient-safety-day/health-worker-safety-charter-wpsd-17-september-2020-3-1.pdf>
12. The rights and duties of health care workers. <https://section27.org.za/wp-content/uploads/2010/04/Chapter10.pdf>
13. Emson HE. Rights, duties and responsibilities in health care. Journal of Applied Philosophy. 1992 Apr; 9(1):3-11.
14. Charter of Health and Community Services Rights Policy Directive. https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/abb96d004be9063c9691970719f20a00/Directive_Charter+of+Rights_HCSC+Charter_v3.0_01.02.2019.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=-ROOTWORKSPACE-abb96d004be9063c9691970719f20a00-obYpn.9
15. Employee Rights, A Companion to Business Ethics, Edited by Robert E. Frederick, Blackwell, July 1999

16. Health Workers' Rights. New Zealand Nurses Organization. Available in: https://www.nzno.org.nz/support/workplace_rights
17. Health Information and Quality Authority. Guidance on a Human Rights-based Approach in Health and Social Care Services. <https://www.hiqa.ie/reports-and-publications/guide/guidance-human-rights-based-approach-health-and-social-care-services>
18. Masic I, Izetbegovic S. The role of medical staff in providing patients' rights. *Medical Archives*. 2014; 68(1):61.
19. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2011), Patientcentred care: Improving quality and safety through partnerships with patients and consumers, ACSQHC, Sydney.
20. Authorized by the Victorian Government, Melbourne Authorized by the Victorian Government, Melbourne. <http://www.patientcharter.health.vic.gov.au/>
21. Totten V. Patient Responsibilities, Health Care Workers Rights (for a Change). *Emergency Medicine News*. 2013;35(11):3.
22. Medicare Cf, Services M. Your rights and protections as a nursing home resident. 2020. https://downloads.cms.gov/medicare/your_resident_rights_and_protections_section.pdf
23. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. 2020.
24. Miller FH. The rights of the employee as patient. *Occupational Health Nursing*. 1977;25(12):11-3.
25. Berry LL, Beckham D, Dettman A, Mead R, editors. Toward a strategy of patient-centered access to primary care. *Mayo Clinic Proceedings*; 2014: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.06.011>
26. Rubenstein LV, Stockdale SE, Sapir N, Altman L, Dresselhaus T, Salem-Schatz S, et al. A patient-centered primary care practice approach using evidence-based quality improvement: rationale, methods, and early assessment of implementation. *Journal of general internal medicine*. 2014;29(2):589-97.
27. Workers' Rights, replaces Employee Workplace Rights. Available in: <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/osh3021.pdf>
28. April G. Dawson, A Next Step in Health Care Reform: Ensuring the Protection of Employee Rights Under the Family and Medical Leave Act, 56 St. Louis U. L.J. (2011). Available at: <https://scholarship.law.slu.edu/lj/vol56/iss1/3>
29. Australian Charter of Healthcare Rights. <https://about.healthdirect.gov.au/healthcare-rights>
30. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2020) Understanding my healthcare rights: a summary booklet for consumers. Sydney: ACSQHC; 2020 <https://www.safetyandquality.gov.au/>

۳۱. ولایی سودابه، حاجی‌بابایی فاطمه. منشور حقوق بیماران: مروری بر مطالعات انجام‌شده در ایران. اخلاق و تاریخ پزشکی ایران ۱۳۸۹؛ ۳(۵) و

۲۳-۳۳:(۱)

۳۲. مصدق راد علی‌محمد، بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و ایران، فصلنامه تأمین اجتماعی، ۱۳۸۲؛ ۳(۱۴):۳۳-۵۲

۳۳. حاجوی ابادر، طبیبی سید جمال‌الدین، سرباز زین‌آباد معصومه. بررسی تطبیقی منشور حقوق بیمار در چند کشور منتخب و ارائه راه‌حل مناسب برای ایران، پزشکی قانونی، ۱۳۸۸؛ ۱۹۶:۳۶-۲۰۱
۳۴. میثم موسایی، مرضیه فاطمی اکبری، فاطمه نیک‌بین. بررسی عوامل و راه‌کارهای رعایت حقوق بیمار. رفاه اجتماعی. ۱۳۸۹؛ سال دهم (۳۹): ۵۵.
۳۵. زهرا هادیان، ناهید دهقان. موانع و راهکارهای موجود در اجرای منشور حقوق بیمار در ایران: مطالعه مروری. پرستاری و مامایی جامع‌نگر. ۱۳۹۳؛ ۲۴(۷۴): ۶۹-۷۹.
۳۶. درگاهی حسین، اسحاقی شبنم. مطالعه تطبیقی منشور حقوق بیمار در کشورهای منتخب با کشور ایران، مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۳۸۶؛ ۹۱: ۹۸-۹۱.
۳۷. رضانی مژده. کیکاوسی لیلا. عابدینی پرستو. بررسی حقوق بیماران در استانداردهای اعتباربخشی بیمارستانی ایران. مجله اخلاق پزشکی، ۱۳۸۸؛ ۱۰، ۱۰۳-۱۲۵
۳۸. فاطمه باستانی، میلاد رضایی. اصول اساسی حقوق بیمار. فصلنامه قانون یار. ۱۳۹۸؛ ۱۱: ۲۰۹-۱۱.
۳۹. آقاپور هادی، ساجدی اکبر، موسوی سجاد. منشور حقوق بیمار از منظر نظام سلامت. فصلنامه مطالعات حقوقی، ۱۳۹۷؛ ۲۸، ۱۱۷-۱۳۲
۴۰. راهنمای جامع اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران. ویرایش سال ۱۴۰۱

فصل چهارم
دریافت بازخورد
از همه ذی نفعان
پروژه ۷

مقدمه

برای اقدام به موقع در قبال مشکلات برنامه پزشکی خانواده عناصر این نظام باید به موقع از نظرات هم مطلع شوند. پزشکان خانواده باید از نظرات خانواده‌ها مطلع باشند، مراکز پشتیبان باید از نظرات پزشکان خانواده، متخصصین و مردم مطلع باشند، متخصصین باید از نظرات پزشکان خانواده و مردم مطلع باشند و به همین ترتیب هر عنصر باید از نظرات سایر عناصر مطلع باشد. نظام دریافت بازخورد می‌تواند هرگونه بازخورد مثبت و یا منفی از سیستم را شامل شود. نظام رسیدگی به شکایات نیز جزئی از نظام دریافت بازخورد است که باید تمام مراحل آن به دقت طراحی شود. این نظام همچنین می‌تواند نقش راهنمایی مردم و سایر سطوح را در صورت وجود سؤال یا مشکل بازی کند (۱). نظام بازخورد یک استراتژی ارزشمند برای ارائه اقدامات موثر به منظور به دست آوردن بینش عمیق‌تر در مورد چگونگی مراقبت و تجربه بیمار می‌باشد (۲).

راهنمای بهداشت و ایمنی ملی برای خدمات روزانه توصیه می‌کند اولین چیزی که در نظام بازخورد باید در نظر گرفته شود، اجرای یک چارچوب مناسب برای ثبت بازخورد موثر است. این امر شامل ایجاد سیستم‌های کارآمد و جامع برای جمع‌آوری، بررسی، اقدام و حل و فصل بازخوردها است. این راهنما همچنین پیشنهاد می‌کند که به طور دوره‌ای اثربخشی سیستم بازخورد سازمان بررسی شود. بازخوردها باید به طور سیستماتیک و با استفاده از ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها که به خوبی طراحی شده و در حالت ایده‌آل معتبر است جمع‌آوری شود. سپس داده‌ها را می‌توان به روشی شفافتر برای بهبود کیفیت مراقبت تجزیه و تحلیل کرد (۲).

در یک نظام دریافت بازخورد کارآمد همه افراد باید به این حق خود (ثبت بازخورد مثبت و منفی در سامانه) آگاهی داشته باشند. در این نظام بررسی بازخوردها و پاسخ‌دهی به گونه‌ای است که بازخورددهنده مطمئن است پیامش بررسی می‌شود و قادر به پیگیری پاسخ است. برنامه ثبت بازخورد موثر مزایای متعددی دارد، از جمله:

- کمک می‌کند تا شکاف‌های موجود در خدمات شناسایی شود
- سطح رضایت افراد را بهبود می‌بخشد
- به بهبود کیفیت مراقبت کمک می‌کند و
- وفاداری نسبت به سیستم ارائه خدمت را تقویت می‌کند (۳).

روش‌های رایج برای دریافت بازخورد

روش‌های متعددی برای ثبت بازخورد در سیستم وجود دارد. یکی از بهترین روش‌ها اجرای نظام ثبت بازخورد در بستر فناوری اطلاعات است. در ادامه چند مورد از بهترین نرم‌افزارهای مدیریت بازخورد در سیستم سلامت معرفی شده است:

Zonka Feedback

Zonka Feedback یک سیستم جامع مدیریت بازخورد بیمار است که به بیماران آزادی ارائه بازخورد در مورد تجربه خود را از طریق تبلت، وب سایت، ایمیل و پیامک می‌دهد. این برنامه همچنین دارای سیستم بازخورد کیوسک^۱ است که سیستم را قادر می‌سازد تا بازخوردی در محل درباره پاسخگویی کارکنان، رتبه‌بندی امکانات و رضایت کلی بیمار دریافت کند. این برنامه مدیران را قادر می‌سازد تا از نقاط تماس مختلف از جمله محل بازدید، کلینیک پزشک، آزمایشگاه‌ها و داروخانه‌ها بازخورد بگیرند. مدیریت بازخورد بیماران، در سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی، که شعبه‌های وابسته در مکان‌های مختلف وجود دارند، بسیار چالش برانگیز است. Zonka Feedback یک ویژگی پشتیبانی چند مکان را ارائه می‌دهد که امکان بازخورد بیمار را در مکان‌های مختلف از طریق یک داشبورد به طور خودکار فراهم می‌سازد. به راحتی می‌توان بازخورد و رضایت بیماران را در نقاط مختلف ردیابی و مقایسه کرد. با این نرم‌افزار می‌توان به راحتی فرم بازخورد بیماران را به چندین زبان تنظیم کرد.

ReviewTrackers

ReviewTrackers نرم افزار عالی دیگری است که امکان نظارت بر تجربیات بیمار را در مورد مراقبت و درمان فراهم می‌سازد. این نرم‌افزار نه تنها کمک می‌کند تا درک بیمار را نسبت به مراقبت و درمانی که دریافت می‌کند بهبود بخشد، بلکه نگهداری و مشارکت بیمار را نیز افزایش می‌دهد. بنابراین، ReviewTrackers سازمان‌ها و واحدهای مراقبت‌های بهداشتی را قادر می‌سازد تا بیماران خود را بهتر درک کنند و فاکتور اعتماد را در بین بیماران افزایش دهند. این نرم افزار همراه با شفافیت در فرآیند بازخورد، بر امنیت اطلاعات پزشکی بیمار تمرکز دارد.

piHappiness

سیستم بازخورد piHappiness، بازخورد بیماران را از طریق تبلت‌های اندرویدی، آی‌پد، کیوسک‌ها و نظرسنجی‌های وب جمع‌آوری می‌کند. این ابزار مجموعه گسترده‌ای از کانال‌ها از جمله شکلک‌ها، متن باز، نظرسنجی‌های بازخورد و پرسشنامه‌های ساده شده را برای سنجش میزان رضایت بیمار ارائه می‌دهد. ویژگی ردیابی و تجزیه و تحلیل عمیق نرم افزار این امکان می‌دهد که درک بهتری از نیازهای بیمار به دست آید و کیفیت مراقبت را افزایش دهد. با piHappiness، به راحتی می‌توان گزارش‌های بازخورد جامعی را در ایمیل دریافت کرد.

Omoto

مدیریت بررسی‌های بیمار با نرم‌افزار مدیریت بازخورد بیمار Omoto سریع و آسان می‌شود. ویژگی‌های داخلی نرم‌افزار این امکان را فراهم می‌سازد تا به سرعت در مورد بازخوردهای منفی عمل کرد. سیستم گردش کار نرم‌افزار Omoto به صورت خودکار یک real-time trigger به بخش مربوطه ارسال می‌کند تا به محض دریافت بازخورد منفی اقدام اصلاحی انجام

1. Kiosk feedback system

دهد. در طول سال‌ها، نرم افزار Omoto به واحدهای مختلف مراقبت های بهداشتی کمک می‌کند تا نیروی انسانی را در جمع آوری بازخورد بیماران کاهش دهند. بنابراین، نرم افزار مدیریت بازخورد بیمار Omoto نه تنها تجربه بیمار را بهبود می‌بخشد، بلکه مشارکت بیمار را نیز افزایش می‌دهد (۳).

هر یک از برنامه‌های معرفی شده دارای مزایا و معایبی هستند که برای طراحی یک نظام بازخورد می‌توان از آنها بهره برد. در ادامه به مواردی اشاره شده است که به منظور طراحی یک نظام بازخورد در یک منطقه محدود در ایران باید مورد توجه قرار گیرد.

نظام دریافت بازخورد

برای دریافت بازخورد موثر و به موقع از عناصر مختلف سیستم می‌توان از روش‌های مختلفی استفاده کرد. این روش‌ها شامل ثبت بازخورد در بستر فناوری اطلاعات، بازخورد تلفنی، ارسال پیامک، پیام‌های صوتی و یا متن‌نویسه در شبکه‌های اجتماعی مانند وات‌آپ، ثبت نظرات از طریق پرسشنامه (ثبت کاغذی)، ارسال ایمیل و غیره است. از آنجا که استفاده از یک از این روش‌ها مزایا و معایبی دارد، به منظور کسب حداکثری از مزایای این روش‌ها می‌توان ترکیبی از آنها را برگزید. در ادامه در رابطه با هر یک روش‌ها توضیحاتی ارائه شده است.

الف- ثبت بازخورد در بستر فناوری اطلاعات (زیرسامانه نظام بازخورد)

ثبت بازخورد در بستر فناوری اطلاعات در قالب زیرسامانه نظام بازخورد اجرا می‌گردد. این زیرسامانه تحت سامانه پزشکی خانواده پیاده‌سازی می‌شود. در این زیرسامانه دریافت بازخورد به هر دو روش مستقیم (غیرهوشمند) و غیرمستقیم (هوشمند) انجام می‌شود. در روش مستقیم یا غیرهوشمند، هر فردی که در سامانه ثبت نام کرده باشد (در هر یک از سطوح خدمتگر، خدمتگیر و یا پشتیبان) قادر به ثبت بازخورد در زیرسامانه است. در این روش فرد می‌تواند به تکمیل فرمهای نظرسنجی از پیش طراحی شده بپردازد و یا به طور مستقیم انتقادات، پیشنهادات و یا بازخوردهای مثبت و منفی خود را به صورت متن باز در سامانه ثبت کند.

در روش غیرمستقیم یا هوشمند ابتدا نقاط بازخوردپذیر سیستم مشخص شده در زمان تماس افراد با این نقاط، از آنان خواسته می‌شود که به سوالات از پیش تعیین شده پاسخ دهند. نقاط بازخوردپذیر، نقاطی هستند که دریافت بازخورد از آنان برای ارزیابی و کنترل سیستم لازم است و پاسخ به سوالات تعیین شده در این نقاط، بسته به اهمیت آنها می‌تواند اختیاری یا اجباری باشد. زیرسامانه نظام بازخورد باید شامل ویژگی‌های زیر باشد:

۱. امکان پیاده‌سازی در بسترهای مختلف شامل وب، اندروید و IOS (به صورت وب فرم و اپلیکیشن) جهت استفاده در انواع تجهیزات هوشمند شامل رایانه، گوشی همراه و تبلت فراهم گردد.

۲. کاربرپسند باشد:

- اجتناب از فرم‌های زیاد
- اجتناب از درخواست بازخوردهای متناوب، متوالی و تکراری
- استفاده از شکلک‌ها، ایموجی‌ها و ...
- اجتناب از درخواست تایپ زیاد

۳. بعضی از مراحل ثبت بازخورد دارای نوار پیشروی باشد؛ به گونه‌ای که امکان آگاهی و پیگیری را برای بازخورد دهنده فراهم سازد.

۴. هرگونه اطلاع‌رسانی یا پاسخ ارائه شده از سیستم از طریق نوتیفیکیشن، ارسال پیامک و/یا ایمیل، به موقع، موثر و متنوع صورت گیرد.

۵. سطوح دسترسی به بازخوردها (و رعایت محرمانگی) قابل تنظیم و کنترل باشد.

۶. اثربخشی سیستم ثبت بازخورد به طور دوره‌های مورد ارزیابی قرار گیرد.

۷. در روش مستقیم یا غیرهوشمند که ارسال بازخورد از طریق متن باز انجام می‌شود، گروه‌بندیهای متعدد برای تعیین مسیر بازخورد

در نظر گرفته شود. به طور مثال می‌توان گروه‌هایی مانند «دارو»، «نوبت‌گیری»، «پزشک متخصص» و غیره را مدنظر قرار داد.

ب- روش ثبت بازخورد از طریق تماس تلفنی

در روش بازخورد تلفنی، شماره تلفن(هایی) برای این منظور در نظر گرفته می‌شود که دسترسی ۲۴ ساعته را برای ثبت

نظرات و بازخوردها در اختیار همه عناصر برنامه پزشکی خانواده شامل خدمت‌گران، خدمت‌گیران و تیم پشتیبان قرار می‌دهد.

همچنین پس از تلاقی افراد با نقاط بازخوردپذیر سیستم، می‌توان از طریق تماس تلفنی و پرسش‌هایی در رابطه با چگونگی

دریافت/ارائه خدمات، رضایت و موارد دیگری که اطلاع از آن برای ارزیابی سیستم مفید است، بازخوردهایی را کسب کرد.

مهمترین مزیت این روش در مقایسه با سایر روش‌ها این است منجر به افزایش پاسخگویی در افرادی می‌شود که کار کردن

در بستر اینترنت (ویا سایر روش‌های ثبت بازخورد) برای آنان دشوار است (مثلا افراد مسن).

ج- ارسال پیامک، پیام‌های صوتی یا متن‌نوشته در شبکه‌های اجتماعی

همه عناصر برنامه پزشکی خانواده از طریق شماره سامانه پیامکی (شماره حقیقی یا مجازی)، که در اختیار آنان قرار داده

می‌شود، امکان ارسال بازخورد با ارسال پیامک، پیام‌های صوتی و یا متن‌نوشته در شبکه‌های اجتماعی برای آنان فراهم

می‌گردد. در دسترس بودن این روش از مزایای آن به شمار می‌رود. امکان ارسال پیام‌های صوتی به جای متن‌نوشته نیز

بدلیل سهولت آن برای افراد کمسواد و یا بیسواد و یا افرادی که تمایلی به تایپ متن ندارند، مناسب به نظر می‌رسد.

د- ثبت نظرات از طریق پرسشنامه (ثبت کاغذی)

در این روش پرسشنامه‌های متعددی متناسب با فعالیت انجام شده یا خدمت ارائه شده، تهیه می‌شود که امکان دریافت

بازخوردهای مبتنی بر کاغذ را فراهم می‌سازد. از آنجایی که روش‌های مبتنی بر کاغذ، بدلیل محدودیت‌های آن در مقایسه

با روش‌های دیگر، طرفداران کمتری دارد، استفاده از این روش فقط در مواقع خاص پیشنهاد می‌شود. برای مثال پس از

ویزیت بیماران مسن می‌توان با کسب نظرات این افراد و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط منشی، بازخورد مناسب را دریافت کرد.

ه- ارسال ایمیل

در این روش نیز آدرس ایمیل معتبر در اختیار افراد قرار می‌گیرد. از آنجایی که به نظر می‌رسد استفاده از ایمیل محبوبیت

بیشتری در بین افراد آکادمیک داشته باشد، نظام ثبت بازخورد از طریق این روش، مشارکت کمتری را، در مقایسه با سایر

روش‌ها، نشان خواهد داد.

نقاط بازخوردپذیر و موارد بازخورد

یکی از روش‌های دریافت بازخورد در زیرسامانه نظام بازخورد، تعیین نقاط بازخوردپذیر و دریافت نظرات در آن نقاط است؛ به گونه‌ای که در زمان تماس افراد با این نقاط، از آنان خواسته می‌شود که به سوالات از پیش تعیین شده پاسخ دهند. نقاط بازخوردپذیر نقاطی هستند که دریافت فیدبک از آنها برای ارزیابی و کنترل سیستم لازم است و پاسخ به سوالات تعیین شده در این نقاط، بسته به اهمیت آنها می‌تواند اختیاری یا اجباری باشد. در جدول زیر برخی از نقاط بازخوردپذیر، بازخورد دهنده و سوالاتی مرتبط با نقاط مذکور، به عنوان مثال و پیشنهاد ارائه شده است و پس از اجرای برنامه، باید متناسب با نیاز تغییر کند.

جدول ۱- نقاط بازخوردپذیر در برنامه پزشکی خانواده

نقاط بازخورد پذیر	بازخورد دهنده	نوع بازخورد	موارد بازخورد
درخواست تغییر پزشک	بیمار	اجباری	<ul style="list-style-type: none"> عدم رفتار مناسب پزشک مانند آزار فیزیکی یا کلامی (تهدید، توهین و بی‌احترامی) عدم اعتماد به تشخیص و تجویز صحیح پزشک (حاذق بودن پزشک)، هر پزشک غیر از این پزشک تمایل به انتخاب پزشک متبحرتر، فقط پزشک X تغییر آدرس بیمار ترجیحات جنسیتی سایر (متن باز)
	پزشک خانواده	اختیاری	متن باز
اخذ نوبت (تلفنی، آنالین، حضوری و...)	بیمار	اختیاری	<ul style="list-style-type: none"> سهولت استفاده (کاربر پسند بودن) از سیستم نوبت دهی تلاش مکرر برای اخذ نوبت (مشکلات نرم افزاری، شلوغی صفوف و افراد در نوبت، ...) سایر (متن باز)
ویزیت بیمار توسط پزشک	بیمار	اختیاری	<ul style="list-style-type: none"> رایگان بودن زمان انتظار (از ثبت نوبت تا روز ویزیت/ زمان انتظار در مطب) برخورد مؤدبانه و محترمانه تیم پزشکی خانواده صرف وقت کافی برای بیمار و آگاه سازی در مورد وضعیت سلامتی بیمار پاسخگویی به سوالات بیمار سایر (متن باز)
	پزشک خانواده	اختیاری	متن باز
دریافت خدمات بستری و سرپایی (بیمارستان)	بیمار	دفعه اول اجباری، سایر دفعات اختیاری	<ul style="list-style-type: none"> رایگان بودن یا کم هزینه بودن خدمات سهولت دسترسی جغرافیایی به بیمارستان (ایاب و ذهاب) زمان انتظار از ورود تا پذیرش/ از پذیرش تا ویزیت برخورد مؤدبانه و محترمانه، راهنمایی و پاسخگویی مناسب کادر درمان استفاده از «همیاران بیمار» برای کمک به بیماران (در صورت نیاز؟) ایمنی بیمار در بیمارستان سایر (متن باز)
	پزشک خانواده	اختیاری	<ul style="list-style-type: none"> دریافت فیدبک مناسب و اطلاعات لازم و آگاهی از تصمیمات گرفته شده در روند درمان بیمار در بیمارستان سایر (متن باز)
	بیمارستان (پذیرش، متخصص)		<ul style="list-style-type: none"> همراه داشتن مشخصات کامل و برگه ارجاع کامل شده هماهنگی قبلی با پذیرش توسط پزشک ارجاع دهنده سایر (متن باز)

نقاط بازخورد پذیر	بازخورد دهنده	نوع بازخورد	موارد بازخورد
ویزیت بیمار توسط متخصص (مطب یا درمانگاه)	پزشک متخصص	دفعه اول اجباری، سایر دفعات اختیاری	<ul style="list-style-type: none"> همراه داشتن برگه ارجاع کامل شده دسترسی به اطلاعات و پرونده قبلی بیمار (سیستمی یا دستی) سایر (متن باز)
	پزشک خانواده	اجباری	<ul style="list-style-type: none"> ارسال فیدبک (یا مشاوره) لازم توسط پزشک متخصص سایر (متن باز)
دریافت دارو	بیمار	اختیاری	<ul style="list-style-type: none"> رایگان بودن برخورد مؤدبانه و محترمانه انتظار برای دریافت دارو (درداروخانه، یا ارسال توسط پیک و ...) ارائه آموزش لازم و کافی در رابطه با مصرف دارو توسط مسئول فنی سایر (متن باز)
	بیمار	اختیاری	<ul style="list-style-type: none"> رایگان یا کم هزینه بودن برخورد مؤدبانه و محترمانه، راهنمایی و پاسخگویی مناسب زمان انتظار (از ثبت نوبت تا روز ویزیت/ زمان انتظار در آزمایشگاه)
دریافت خدمات تشخیصی	پرسنل / مسئول آزمایشگاه	همراه داشتن برگه ارجاع کامل شده دسترسی به اطلاعات و پرونده قبلی بیمار (سیستمی یا دستی)	
	پزشک خانواده	دریافت فیدبک (یا مشاوره؟) لازم	
درخواست مشاوره با متخصص توسط پزشک خانواده	پزشک	اجباری	<ul style="list-style-type: none"> تعیین زمان مناسب برای ارائه مشاوره توسط متخصص رضایت از آموزش و کیفیت مشاوره سایر (متن باز)

سیستم عملی دریافت بازخورد

همانطور که گفته شد یکی از روش‌های دریافت بازخورد در زیرسامانه‌ی نظام بازخورد، تعیین نقاط بازخوردپذیر و دریافت نظرات از طریق سوالات از پیش طراحی شده است. طراحی سوالات باید به گونه‌ای باشد که از پرسش‌های تکراری و زیاد خودداری شود و در عین حال بتواند بازخورد مناسبی از جریان ارائه خدمات را برای تیم ستادی فراهم کند. به منظور دستیابی به این هدف، سوالات مطرح شده در جدول قبل، با در نظر گرفتن قابلیت ادغام آنها در نقاط بازخوردپذیر، با یکدیگر ترکیب شده است و در نتیجه از پرسش‌های مکرر در نظام بازخورد ممانعت به عمل می‌آید (جدول ۲). لازم به ذکر است سوالات زیر پیشنهادی است و قابلیت تغییر، تکمیل و یا اصلاح دارد.

جدول ۲. ادغام نقاط بازخورد پذیر و سوالات آن در سیستم دریافت بازخورد غیرمستقیم

نقاط بازخورد پذیر	بازخورد دهنده	نوع بازخورد	سوالات
درخواست تغییر پزشک	بیمار	اجباری	<p>سرپرست محترم خواهشمند است مشخص کنید دلیل درخواست تغییر پزشک توسط شما، کدامیک از موارد زیر است؟ (نکته: بیشتر از یک مورد را نیز می‌توانید انتخاب کنید)</p> <p><input type="checkbox"/> پزشک رفتار مناسبی با من یا خانواده من نداشته است (مانند آزار فیزیکی یا تهدید، توهین و بی‌احترامی)</p> <p><input type="checkbox"/> پزشکی که می‌خواهم انتخاب کنم از پزشک من باسواتر است.</p> <p><input type="checkbox"/> آدرس منزل ما تغییر کرده (یا قرار است تغییر کند)</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح میدهم پزشک خانواده زن باشد</p> <p><input type="checkbox"/> ترجیح میدهم پزشک خانواده مرد باشد</p> <p>اگر موردی غیر از موارد ارائه شده است لطفاً ذکر کنید:</p> <p>** در صورت تمایل به محرمانگی اطلاعات لطفاً علامت زیر را انتخاب کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> اطلاعات وارد شده در رابطه با تغییر پزشک محرمانه باشد</p>
پزشک خانواده	پزشک خانواده	اختیاری	<p>پزشک خانواده محترم،</p> <p>سرپرست خانواده (کد خانواده) آقا/ خانم درخواست داده که پزشک خود را تغییر دهد، اگر تصور میکنید لازم است بازخوردی در این زمینه به ستاد ارسال شود، خواهشمند است در بکس زیر ارائه فرمایید.</p> <p>.....</p> <p>** اگر درخواست محرمانه بودن اطلاعات توسط بیمار انتخاب نشده باشد، می‌توان علت درخواست تغییر پزشک توسط سرپرست خانوار را در اختیار پزشک قرار داد.</p>
<p>اخذ نوبت (تلفنی، آنلاین، حضوری و...)، ویزیت بیمار توسط پزشک خانواده، دریافت دارو</p>	بیمار	اختیاری	<p>خدمتگیر محترم،</p> <p>شما در ۲۴ ساعت گذشته برای دریافت خدمات پزشکی به مراکز عمومی پزشکی خانواده مراجعه کرده‌اید، خواهشمند است به سوالاتی که در این زمینه مطرح شده است پاسخ دهید:</p> <p>** از خدماتی که دریافت کردید چه اندازه راضی بودید؟ لطفاً علامت بزیند.</p> <p>اصلاً (☹️) کم (😞) متوسط (😊) زیاد (😄) خیلی زیاد (😁)</p> <p>←←← اگر پاسخ سوال ۱ "اصلاً"، "کم" یا "متوسط" است، کدامیک از موارد زیر منجر به نارضایتی شما شده است: (و یا اینکه کاربر وارد صفحه دیگر می‌شود)</p> <p>** برای دریافت خدمت در هنگام خیلی معطل شدم:</p> <p><input type="checkbox"/> در هنگام نوبت گرفتن <input type="checkbox"/> از زمان ثبت نوبت تا روز ویزیت توسط پزشک (بیشتر از دو روز طول کشید) <input type="checkbox"/> در مطب پزشک خانواده (بیشتر از یک ساعت منتظر شدم)</p> <p>** برخورد خدمت‌دهنده زیر محرمانه نبود:</p> <p><input type="checkbox"/> پزشک خانواده <input type="checkbox"/> پرستار/ ماما <input type="checkbox"/> منشی <input type="checkbox"/> پرسنل داروخانه</p> <p>** خدمت دهنده زیر برای من وقت کافی نگذاشت/ یا به سوالاتم به درستی پاسخ نداد:</p> <p><input type="checkbox"/> پزشک خانواده <input type="checkbox"/> پرستار/ ماما <input type="checkbox"/> منشی <input type="checkbox"/> پرسنل داروخانه</p> <p>** اگر موردی غیر از موارد ارائه شده در بالا منجر به نارضایتی شما شده است لطفاً ذکر کنید:</p>

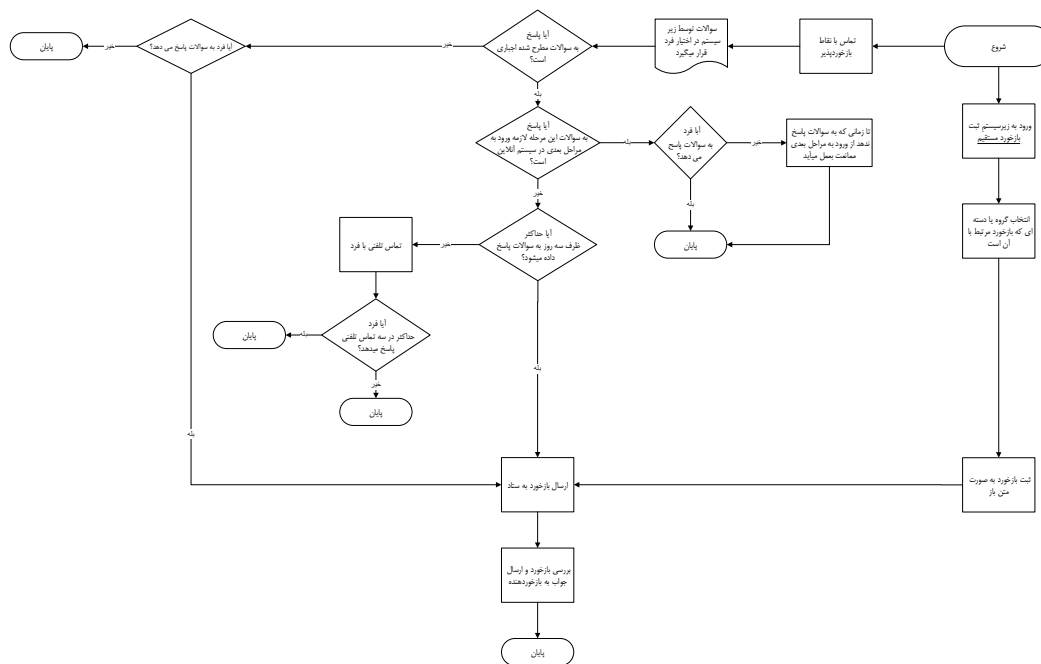
نقاط بازخورد پذیر	بازخورد دهنده	نوع بازخورد	سوالات
	بیمار	دفعه اول اجباری، سایر دفعات اختیاری	<p>خدمتگیر محترم، شما در ۲۴ ساعت گذشته برای دریافت خدمات پزشکی به بیمارستان مراجعه کرده‌اید، خواهشمند است به سوالاتی که در این زمینه مطرح شده است پاسخ دهید:</p> <p>** از خدماتی که دریافت کردید چه اندازه راضی بودید؟ لطفاً علامت بنزید.</p> <p>اصلاً (☹️) کم (😞) متوسط (😊) زیاد (😄) خیلی زیاد (😁)</p> <p>←←← اگر پاسخ سوال ۱ "اصلاً"، "کم"، "یا" "متوسط" است، کدامیک از موارد زیر منجر به نارضایتی شما شده است: (و یا اینکه کاربر وارد صفحه دیگر می‌شود)</p> <p>** برای دریافت خدمت در هنگام خیلی معطل شدم:</p> <p><input type="checkbox"/> در هنگام نوبت گرفتن <input type="checkbox"/> در بیمارستان قبل از پذیرش <input type="checkbox"/> در بیمارستان بعد از پذیرش و قبل از ویزیت توسط پزشک</p> <p>** بر خورد خدمت‌دهنده زیر محترمانه نبود:</p> <p><input type="checkbox"/> پزشک متخصص <input type="checkbox"/> پرستار/ ماما <input type="checkbox"/> منشی پذیرش <input type="checkbox"/> پرسنل داروخانه <input type="checkbox"/> حسابدار <input type="checkbox"/> سایرین</p> <p>** خدمت دهنده زیر برای من وقت کافی نگذاشت/ یا به سوالاتم به درستی پاسخ نداد:</p> <p><input type="checkbox"/> پزشک متخصص <input type="checkbox"/> پرستار/ ماما <input type="checkbox"/> منشی پذیرش <input type="checkbox"/> پرسنل داروخانه <input type="checkbox"/> حسابدار <input type="checkbox"/> سایرین</p> <p>** اگر موردی غیر از موارد ارائه شده در بالا منجر به نارضایتی شما شده است لطفاً ذکر کنید:</p>
دریافت خدمات بستری و سرپایی (بیمارستان)	پزشک خانواده	اختیاری	<p>پزشک خانواده محترم، بیمار (کد خانواده) آقا/ خانم به بیمارستان مراجعه کرده است و در تاریخ پذیرش و در تاریخ ترخیص شده است. خواهشمند است در این رابطه، به سوالات زیر پاسخ دهید.</p> <p>** آیا بازخورد مناسب و اطلاعات لازم از تصمیمات گرفته شده در روند درمان بیمار در بیمارستان (از طریق سامانه یا دستی) در اختیار شما قرار گرفته است؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>** اگر پاسخ سوال قبل خیر است، لطفاً توضیح دهید:</p> <p>** اگر لازم است مطلب دیگری در این زمینه به ستاد، بازخورد داده شود خواهشمند است ارائه فرمایید.....</p>
	بیمارستان (مسئول پذیرش/ متخصص)		<p>مسئول محترم پذیرش، بیمار (کد خانواده) آقا/ خانم به بیمارستان مراجعه کرده است و در تاریخ پذیرش و در تاریخ ترخیص شده است. خواهشمند است در این رابطه به سوالات زیر پاسخ دهید:</p> <p>** آیا بیمار مشخصات کامل و برگه ارجاع تکمیل شده به همراه داشت؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>** آیا هماهنگی قبلی با پذیرش توسط پزشک ارجاع دهنده انجام شده بود؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>** اگر لازم است مطلب دیگری در این زمینه به ستاد، بازخورد داده شود خواهشمند است در باکس زیر ارائه فرمایید.....</p>

نقاط بازخورد پذیر	بازخورد دهنده	نوع بازخورد	سوالات
	پزشک متخصص	دفعه اول اجباری، سایر دفعات اختیاری	<p>پزشک متخصص محترم، بیمار (کد خانواده) آقا/ خانم تحت پوشش پزشک خانواده در تاریخ به شما مراجعه کرده است. خواهشمند است در این رابطه به سوالات زیر پاسخ دهید:</p> <p>** آیا بیمار برگه ارجاع با اطلاعات کافی همراه داشت؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>** آیا دسترسی به اطلاعات و پرونده قبلی بیمار (سیستمی یا دستی) به راحتی مقدور بود؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>** اگر لازم است مطلب دیگری در این زمینه به ستاد، بازخورد داده شود خواهشمند است در باکس زیر ارائه فرمایید.</p>
ویزیت بیمار توسط متخصص (مطب یا درمانگاه)	پزشک خانواده	اجباری	<p>پزشک خانواده محترم، بیمار (کد خانواده) آقا/ خانم به پزشک متخصص مراجعه کرده است. خواهشمند است در این رابطه به سوالات زیر پاسخ دهید:</p> <p>** آیا پزشک متخصص بازخورد (یا مشاوره) مناسبی از وضعیت سلامتی بیمار ارائه کرده است؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>** اگر لازم است مطلب دیگری در این زمینه به ستاد، بازخورد داده شود خواهشمند است در باکس زیر ارائه فرمایید.</p>
	بیمار (یا سرپرست)	دفعه اول اجباری، سایر دفعات اختیاری	<p>خدمتگیر محترم، شما در ۲۴ ساعت گذشته برای دریافت خدمات پزشکی به مراکز تخصصی پزشکی خانواده مراجعه کرده‌اید، خواهشمند است به سوالاتی که در این زمینه مطرح شده است پاسخ دهید:</p> <p>** از خدماتی که دریافت کردید چه اندازه راضی بودید؟ لطفا علامت بزنیند.</p> <p>اصلا (🙄) کم (😞) متوسط (😐) زیاد (😊) خیلی زیاد (😄)</p> <p>←←← اگر پاسخ سوال ۱ "اصلا"، "کم" یا "متوسط" است، کدامیک از موارد زیر منجر به نارضایتی شما شده است: (و یا اینکه وارد صفحه دیگر می شود)</p> <p>** برای دریافت خدمت در هنگام نوبت گرفتن <input type="checkbox"/> از زمان ثبت نوبت تا روز ویزیت توسط پزشک متخصص (بیشتر از دو روز طول کشید) <input type="checkbox"/> در مطب پزشک متخصص (بیشتر از یکساعت و نیم منتظر شدم)</p> <p>** برخورد خدمتدهنده زیر محترمانه نبود:</p> <p><input type="checkbox"/> پزشک متخصص <input type="checkbox"/> منشی <input type="checkbox"/> پرسنل داروخانه</p> <p>** خدمت دهنده زیر برای من وقت کافی نگذاشت/ یا به سوالاتم به درستی پاسخ نداد:</p> <p><input type="checkbox"/> پزشک متخصص <input type="checkbox"/> منشی <input type="checkbox"/> پرسنل داروخانه</p> <p>** اگر موردی غیر از موارد ارائه شده در بالا منجر به نارضایتی شما شده است لطفا ذکر کنید:</p>

نقاط بازخورد پذیر	بازخورد دهنده	نوع بازخورد	سوالات
	بیمار	اختیاری	<p>خدمتگیر محترم، شما در ۲۴ ساعت گذشته برای دریافت خدمات مرکز آزمایشگاهی مراجعه کرده‌اید، خواهشمند است به سوالاتی که در این زمینه مطرح شده است پاسخ دهید:</p> <p>** از خدمتی که دریافت کردید چه اندازه راضی بودید؟ لطفاً علامت بزنیده اصلاً (تنگ) کم (تنگ) متوسط (تنگ) زیاد (تنگ) خیلی زیاد (تنگ)</p> <p>←←← اگر پاسخ سوال ۱ "اصلاً"، "کم"، "یا متوسط" است، کدامیک از موارد زیر منجر به نارضایتی شما شده است: (و یا اینکه کاربر وارد صفحه دیگر می‌شود)</p> <p>** برای دریافت خدمت در هنگام خیلی معطل شدم:</p> <p><input type="checkbox"/> در هنگام نوبت گرفتن <input type="checkbox"/> بعد از پذیرش و قبل از انجام آزمایش</p> <p>** برخورد خدمت‌دهنده زیر محترمانه نبود:</p> <p><input type="checkbox"/> منشی پذیرش <input type="checkbox"/> نمونه گیر <input type="checkbox"/> مسئول آزمایشگاه</p> <p>** خدمت دهنده زیر برای من وقت کافی نگذاشت/ یا به سوالاتم به درستی پاسخ نداد:</p> <p><input type="checkbox"/> منشی پذیرش <input type="checkbox"/> نمونه گیر <input type="checkbox"/> مسئول آزمایشگاه</p> <p>** اگر موردی غیر از موارد ارائه شده در بالا منجر به نارضایتی شما شده است لطفاً ذکر کنید:</p>
دریافت خدمات تشخیصی	پرسنل / مسئول آزمایشگاه	اختیاری	<p>مسئول محترم آزمایشگاه، بیمار (کد خانواده) آقا/ خانم به آن مرکز مراجعه کرده است و در تاریخ پذیرش شده است. خواهشمند است در این رابطه به سوالات زیر پاسخ دهید:</p> <p>** آیا بیمار برگه ارجاع کامل شده به همراه داشت؟ (احتمالاً این سوال نیاز نیست)</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>** آیا دسترسی به اطلاعات و پرونده قبلی بیمار (سیستمی یا دستی) وجود داشت؟ (احتمالاً این سوال نیاز نیست)</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>** اگر لازم است مطلب دیگری در این زمینه به ستاد، بازخورد داده شود خواهشمند است در باکس زیر ارائه فرمایید.</p>
	پزشک خانواده	اختیاری	<p>پزشک خانواده محترم، بیمار (کد خانواده) آقا/ خانم برای دریافت خدمات تشخیصی به مرکز مراجعه کرده است. خواهشمند است در این رابطه به سوال زیر پاسخ دهید:</p> <p>** آیا فیدبک (یا مشاوره؟) مورد نیاز توسط آن مرکز در دسترس شما (دستی یا سیستمی) قرار گرفته است؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>** اگر لازم است مطلب دیگری در این زمینه به ستاد، بازخورد داده شود خواهشمند است در باکس زیر ارائه فرمایید.....</p>
درخواست مشاوره با متخصص توسط پزشک خانواده	پزشک خانواده	اجباری	<p>پزشک خانواده محترم، با در نظر داشتن این که شما در رابطه با بیمار (کد خانواده....) در تاریخ.... از پزشک متخصص درخواست مشاوره داشته‌اید، خواهشمند است با پاسخ به سوالات زیر بازخورد مناسبی در این رابطه ارائه دهید:</p> <p>** آیا پزشک متخصص درخواست شما را برای تعیین زمان مناسب برای ارائه مشاوره پذیرفته است؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p> <p>** در صورتی که جواب سوال قبل مثبت است، آموزش و کیفیت مشاوره ارائه شده توسط متخصص را چگونه ارزیابی می‌کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> خیلی خوب <input type="checkbox"/> خوب <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> ضعیف <input type="checkbox"/> خیلی ضعیف</p> <p>** اگر لازم است مطلب دیگری در این زمینه به ستاد، بازخورد داده شود خواهشمند است در باکس زیر ارائه فرمایید.....</p>

فرآیند دریافت بازخورد از همه ذی نفعان

در زیر فلوجارت دریافت بازخورد از همه ذی نفعان نمایش داده شده است. ثبت بازخورد پس از دریافت خدمت توسط خدمتگیر (خروج خدمتگیر از مطب پزشک خانواده، خروج خدمتگیر از مطب پزشک متخصص، خروج خدمتگیر از آزمایشگاه و یا بیمارستان)، دریافت مشاوره توسط پزشک و یا هرگونه درخواست تغییر در نحوه خدمات ارائه شده (مانند درخواست تعویض پزشک خانواده توسط بیمار) صورت می پذیرد. ثبت بازخورد یا از طریق ثبت مستقیم و یا در نقاط بازخوردپذیر انجام می شود. در روش ثبت بازخورد مستقیم، بازخورد دهنده ابتدا وارد سامانه شده پس از انتخاب گروه مرتبط با محتوای بازخورد، اقدام به ثبت به صورت متن باز می کند. بازخورد ثبت شده در سامانه در اختیار ستاد قرار می گیرد و ستاد پس از بررسی و آنالیز، نسبت به ارائه پاسخ مناسب به بازخورددهنده اقدام می کند. در روش ثبت بازخورد غیر مستقیم، سوالات از پیش طراحی شده در اختیار افرادی قرار می گیرد که از نقاط بازخوردپذیر عبور کرده باشد. اگر پاسخ به سوالات اجباری باشد و فرد به سوالات پاسخ نگوید بسته به ماهیت نقاط بازخوردپذیر در رابطه با آن تصمیم گیری می شود. به طور مثال، در رابطه با درخواست تغییر پزشک توسط سرپرست خانواده، در صورتی که سرپرست علت درخواست خود را مشخص نکند (به سوالات در این رابطه پاسخ نگوید)، سیستم وارد مراحل بعدی ثبت درخواست نمی شود. اما اگر نقطه بازخوردپذیر پس از دریافت خدمات درمانی باشد و فرد به سوالات اجباری مطرح شده در سامانه پاسخ ندهد، تلاش می شود بازخورد از طریق تماس تلفنی دریافت گردد. بدلیل اهمیت عدم ممانعت از ارائه خدمات درمانی، اگر فرد خدمتگیر حتی پس از تماس تلفنی تمایلی به پاسخگویی نداشته باشد، فرآیند دریافت بازخورد به اتمام رسیده و هیچگونه ممانعتی برای خدمتگیر در نظر گرفته نمی شود. همه بازخوردهای ثبت شده در این مراحل توسط سامانه برای ستاد ارسال شده و پاسخ مناسب ارائه می گردد.



منابع

۱. ابوالحسنی ف. تلاش برای اجرای پزشکی خانواده در دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۹۱.
2. Quick guide for patient feedback management [Available from: <https://www.medicaldirector.com/news/practice-management/2019/03/quick-guide-for-patient-feedback-management>].
3. Best Patient Feedback Management Software for 2020.

فصل پنجم

برآورد جمعیت تحت پوشش یک پزشک خانواده

پروژه ۸

مقدمه

علیرغم آنکه برنامه‌ی پزشک خانواده در کشور از ابتدای سال ۱۳۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در حال اجرا است (۱)، اما هنوز برخی از مسائل آن نظیر نحوه‌ی محاسبه‌ی جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده به صورت شفاف بیان نشده است و صرفاً به بیان برخی اعداد کلی مانند ۲۰۰۰ نفر برای جمعیت شهری و ۲۵۰۰ نفر برای جمعیت روستایی و شهرهای زیر ۵۰۰۰۰ نفر اکتفا شده است. اما در واقع بیان صرف این اعداد برای کشوری با وسعت ایران نه تنها منطقی و علمی به نظر نمی‌رسد، بلکه ممکن است عدالت را نیز تحت الشعاع خود قرار دهد (۲). در سال‌های گذشته، مطالعاتی تحت عنوان اندازه‌ی پنل^۱ انجام شده است. اندازه‌ی پنل به طور کلی به صورت «تعداد بیمارانی که به طور منظم تحت مراقبت یک پزشک خانواده‌ی تمام وقت قرار می‌گیرند»، تعریف می‌شود. این متغیر براساس تعداد بیمارانی که هر ارائه دهنده، با توجه به محدودیت‌های خود، می‌تواند به آنان پاسخگو باشد، تعریف می‌شود (۳ و ۴).

چرا تعیین پنل سائز مهم است؟

تعیین اینکه چه حجمی از جمعیت به هر پزشک تخصیص داده شود، می‌تواند منجر به بهبود پیامدهای سلامت، رضایت مراجعه کنندگان، تعیین بار مراجعات، تعیین دقیق تعداد مراجعات و همچنین آشکار شدن مشکلات عملکردی ارائه دهنده‌ی خدمت شود (۵).

منطق محاسبه‌ی اندازه‌ی پنل

برای محاسبه‌ی اندازه‌ی پنل کافی است میانگین ویزیت‌های روزانه را در روزهایی که هر خدمتگر (پزشک) به ارائه‌ی خدمت می‌پردازد، ضرب و حاصل آن را بر میانگین ویزیت سالانه‌ی هر فرد در سال تقسیم کنیم، تا اندازه‌ی پنل به دست آید.

$$\text{تعداد روزهای فعال کاری در سال} \times \text{تعداد ویزیت خدمتگر در روز (عرضه)} = \text{میانگین ویزیت سالانه هر فرد} \times \text{اندازه پنل (تقاضا)}$$

با توجه به آنکه سن و جنس دو مورد از تعیین کننده‌های اصلی تعداد ویزیت مورد نیاز افراد است، میانگین ویزیت سالانه‌ی هر فرد را با استفاده از رابطه‌ی زیر محاسبه می‌کنیم (۳ و ۵).

$$\text{اندازه گروه سنی جنسی} \times \text{میانگین ویزیت در گروه سنی جنسی} = \frac{\sum \text{اندازه گروه سنی جنسی}}{\text{اندازه جمعیت}}$$

روش تعیین اندازه‌ی پنل برای ایران

نحوه محاسبه میانگین ویزیت‌های هر استان:

بدین منظور ابتدا از سایت مرکز آمار جمعیت هر استان به تفکیک گروه‌های سنی و جنسی استخراج شد. سپس از ترکیب دو مطالعه‌ی وانگ و مورای میانگین وزنی سنین مختلف محاسبه شد. در مطالعه‌ی وانگ نرخ ویزیت خام به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در سال به تفکیک گروه‌های جنسی و سنی برای گروه‌های سنی ۰-۲۰، ۲۱-۳۹، ۴۰-۵۷ و بالای ۵۸ سال گزارش شده است. در مطالعه مورای، احتمال ویزیت افراد در یک گروه سنی و جنسی خاص، در مقایسه با افراد همان جنس در سایر گروه‌های سنی، گزارش شده است (۵ و ۶). سپس وزن‌های بدست آمده برای افراد به تفکیک سن و جنس در داده‌های

استخراج شده از سایت مرکز آمار ضرب و میانگین ویزیت سالانه هر فرد به تفکیک هر استان محاسبه شد.

سناریوهای تعداد ویزیت سالانه‌ی پزشک خانواده:

در سناریوی اول، مانند مقاله‌ی مورای، تعداد ویزیت روزانه‌ی هر پزشک ۲۴ در نظر گرفته شد (۵): در سناریوی دوم با فرض ساعات کار روزانه‌ی پزشک در شرایط موجود و استاندارد ۱۵ دقیقه به ازای هر ویزیت که توسط وزارتین رفاه و بهداشت شده است، تعداد ویزیت روزانه محاسبه شد. در سناریوی سوم، میانگین زمان واقعی هر ویزیت که بر مبنای مطالعات موجود ۶/۹ دقیقه به دست آمده است، در نظر گرفته شد. و در سناریوی چهارم، برای پزشک دو شیفت چهارساعته در ۵ روز اول هفته و یک شیفت ۴ ساعته در پنجشنبه، میانگین ۱۵ دقیقه برای هر ویزیت و تعداد روزهای فعال کاری در سال نیز طبق تقویم رسمی کشور در نظر گرفته شد (۷-۹). مقایسه‌ی این سناریوها در جدول شماره‌ی ۱ نمایش داده شده است.

جدول شماره‌ی ۱- مقایسه‌ی سناریوهای مختلف تعداد ویزیت سالانه‌ی پزشک خانواده

میانگین زمان هر ویزیت	تعداد ساعات کار در هفته	تعداد روزهای فعال کاری بر حسب تقویم رسمی کشور در سال ۱۴۰۱	سناریوی اول
۱۵	۳۰	۲۴۰	سناریوی اول
۱۵	۳۸	۲۵۱	سناریوی دوم
۶/۹	۳۸	۲۵۱	سناریوی سوم
۱۵	۴۴	۲۳۳	سناریوی چهارم

نتایج بررسی

اندازه‌ی پانل بر مبنای سناریوهای چهارگانه در جدول شماره‌ی ۲ نمایش داده شده است.

جدول شماره‌ی ۲- اندازه‌ی پانل بر مبنای سناریوهای مختلف

استان	میانگین ویزیت	سناریوی اول	سناریوی دوم	سناریوی سوم	سناریوی چهارم
کل کشور	۳.۷۴۸	۱۵۳۷	۱۷۴۱	۳۷۵۰	۱۹۸۹
مرکزی	۳.۸۴۷	۱۴۹۷	۱۶۹۶	۳۶۵۴	۱۹۳۸
گیلان	۴.۱۲۷	۱۳۹۶	۱۵۸۱	۳۴۰۶	۱۸۰۷
مازندران	۳.۹۷۷	۱۴۴۸	۱۶۴۱	۳۵۳۴	۱۸۷۵
آذربایجان شرقی	۳.۸۶۹	۱۴۸۹	۱۶۸۷	۳۶۳۳	۱۹۲۷
آذربایجان غربی	۳.۶۴۴	۱۵۸۱	۱۷۹۱	۳۸۵۷	۲۰۴۶
کرمانشاه	۳.۸۲۶	۱۵۰۵	۱۷۰۶	۳۶۷۴	۱۹۴۹
خوزستان	۳.۵۳۴	۱۶۳۰	۱۸۴۷	۳۹۷۷	۲۱۱۰
فارس	۳.۷۶۶	۱۵۲۹	۱۷۳۳	۳۷۳۳	۱۹۸۰
کرمان	۳.۵۵۲	۱۶۲۲	۱۸۳۷	۳۹۵۷	۲۰۹۹
خراسان رضوی	۳.۶۶۹	۱۵۷۰	۱۷۷۹	۳۸۳۱	۲۰۳۲
اصفهان	۳.۸۹	۱۴۸۱	۱۶۷۸	۳۶۱۳	۱۹۱۷
سیستان و بلوچستان	۳.۲۴۱	۱۷۷۷	۲۰۱۴	۴۳۳۷	۲۳۰۱
کردستان	۳.۷۳۹	۱۵۴۱	۱۷۴۵	۳۷۵۹	۱۹۹۴
همدان	۳.۸۸۱	۱۴۸۴	۱۶۸۲	۳۶۲۲	۱۹۲۱
چهارمحال و بختیاری	۳.۶۷	۱۵۶۹	۱۷۷۸	۳۸۳۰	۲۰۳۲

استان	میانگین ویزیت	سناریوی اول	سناریوی دوم	سناریوی سوم	سناریوی چهارم
لرستان	۳.۶۸۶	۱۵۶۳	۱۷۷۰	۳۸۱۳	۲۰۲۳
ایلام	۳.۶۷۱	۱۵۶۹	۱۷۷۸	۳۸۲۹	۲۰۳۱
کهگیلویه و بویراحمد	۳.۵۱۶	۱۶۳۸	۱۸۵۶	۳۹۹۸	۲۱۲۱
بوشهر	۳.۵۰۳	۱۶۴۴	۱۸۶۳	۴۰۱۳	۲۱۲۸
زنجان	۳.۷۷۷	۱۵۲۵	۱۷۲۸	۳۷۲۱	۱۹۷۴
سمنان	۳.۷۶۷	۱۵۲۹	۱۷۳۲	۳۷۳۱	۱۹۷۹
یزد	۳.۶۶۵	۱۵۷۲	۱۷۸۱	۳۸۳۵	۲۰۳۴
هرمزگان	۳.۳۹۱	۱۶۹۹	۱۹۲۵	۴۱۴۵	۲۱۹۹
تهران	۳.۹۱۳	۱۴۷۲	۱۶۶۸	۳۵۹۲	۱۹۰۵
اردبیل	۳.۷۱۳	۱۵۵۱	۱۷۵۸	۳۷۸۶	۲۰۰۸
قم	۳.۶۰۳	۱۵۹۹	۱۸۱۱	۳۹۰۱	۲۰۶۹
قزوین	۳.۷۰۹	۱۵۵۳	۱۷۶۰	۳۷۹۰	۲۰۱۰
گلستان	۳.۶۵۴	۱۵۷۶	۱۷۸۶	۳۸۴۷	۲۰۴۱
خراسان شمالی	۳.۶۶۴	۱۵۷۲	۱۷۸۱	۳۸۳۶	۲۰۳۵
خراسان جنوبی	۳.۶۸۲	۱۵۶۴	۱۷۷۳	۳۸۱۷	۲۰۲۵
البرز	۳.۷۸۲	۱۵۲۳	۱۷۲۶	۳۷۱۷	۱۹۷۱

بحث

در برخی از کشورها مطالعاتی برای تعیین جمعیت تحت پوشش هر پزشک خانواده تحت سناریوها و بسته‌های مختلف خدمتی به انجام رسیده است. از آن جمله می‌توان به مطالعات دانشگاه دیوک اشاره کرد. بسته به اینکه بسته‌ی خدمتی برنامه‌ی پزشک خانواده چه خدماتی را در برگیرد و اینکه خدمات توسط خود پزشک به تنهایی و یا به صورت تیمی به انجام برسد، ممکن است که این اعداد در دامنه‌ی ۹۸۳ تا ۱۹۴۷ نفر قرار گیرد (۴).

گرچه براساس برآوردهای ما و استانداردهای موجود، جمعیتی که می‌توان به هر پزشک خانواده اختصاص داد بین ۱۵۸۱ تا ۲۰۱۴ نفر است، با توجه به کمبود پزشک در کشور، در صورت پای‌بندی به چنین استانداردی، برای انجام برنامه‌ی پزشکی خانواده در سطح ملی، با کمبود پزشک مواجه خواهیم شد (۱۰). به همین سبب برای محاسبه‌ی اندازه‌ی پانل سناریوهای مختلفی در نظر گرفته شد. یکی از سناریوهای جایگزین افزایش مدت زمان کاری پزشکان است. در این سناریو با افزایش زمان کاری پزشک در هفته به ۴۴ ساعت، در برخی از استان‌ها می‌توان تا ۲۳۰۰ نفر را تحت پوشش یک پزشک قرار داد. از طرفی، از آنجا که بار بیماری‌ها در مناطق مختلف در نظر گرفته نشده است، استقرار نظام پزشکی خانواده بر مبنای این محاسبات ممکن است به کاهش کیفیت خدمات در برخی از مناطق کشور منجر شود.

لازم به ذکر است که این محاسبات بدون در اختیار داشتن همه‌ی اطلاعات مورد نیاز برای تخمین اندازه‌ی پانل انجام شده است؛ ولی به خوبی موارد نقص اطلاعات را در کشور نمایش می‌دهد. با توجه به آنکه نمی‌توان تا آماده شدن همه‌ی اطلاعات مورد نیاز اجرای پزشکی خانواده را به تعویق انداخت، با در نظر گرفتن محدودیت‌های محاسبات، باید نسبت به شروع اجرای برنامه در یک منطقه‌ی محدود اقدام و به تدریج محاسبات را بر مبنای اطلاعاتی که از عرصه‌ی اجرا به دست می‌آید، تکرار کرد.

منابع

۱. براتی ا، ملکی م، گوهری م، کبیر م، امیراسماعیلی م، عبدی ژ. تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص‌های سلامت (مقاله کوتاه). پایش. ۲۰۱۲؛۱۱(۳):۳۶۱-۳.
2. Raffoul M, Moore M, Kamerow D, Bazemore A. A Primary Care Panel Size of 2500 Is neither Accurate nor Reasonable. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2016;29(4):496-9.
3. Muldoon L, Dahrouge S, Russell G, Hogg W, Ward N. How many patients should a family physician have? Factors to consider in answering a deceptively simple question. *Healthcare policy = Politiques de sante*. 2012;7(4):26-34.
4. Altschuler J, Margolius D, Bodenheimer T, Grumbach K. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. *Annals of family medicine*. 2012;10(5):396-400.
5. Murray M, Davies M, Boushon B. Panel size: how many patients can one doctor manage? *Family practice management*. 2007;14(4):44-51.
6. Wang Y, Hunt K, Nazareth I, Freemantle N, Petersen I. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. *BMJ Open*. 2013;3(8):e003320.
7. hasanpoor e, delgoshie b, Gorji H, khogam M, Sokhanvar M. Surveying The Standard of Outpatient Visit Time among General Hospitals: A case study in Qazvin. *Hospital*. 2015;14(3):75-81.
8. Behzadifar M, Heydarvand S, Gorji H, Behzadifar M, Darvishnia M, Bragazzi N. Average medical visit time in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2018;32.
9. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*. 2017;7(10):e017902.
10. Faranak Farzadi, Kazem Mohammad, Farzaneh Maftoon, Reza Labbaf Ghasemi, Noorsadat Tabibzade Dezfoli. General practitioner supply: family physician program and medical workforce. *Payesh (Health Monitor) Journal*. 2009;8(4):415-21.

فصل ششم

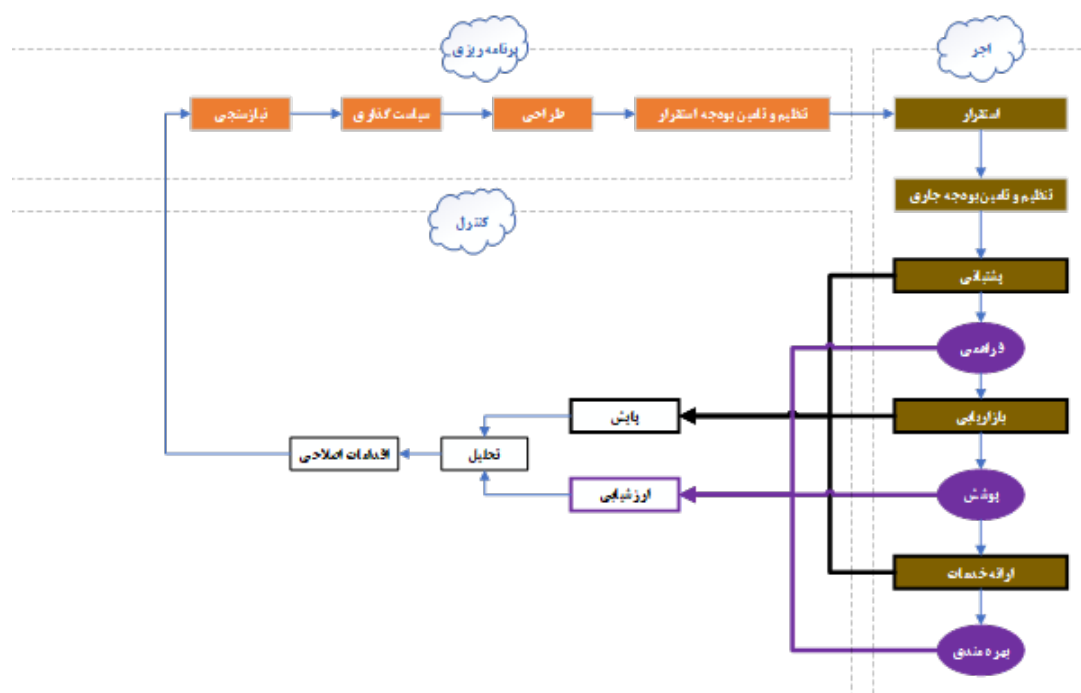
نظام پایش و ارزیابی

پروژه ۹

مقدمه

امروزه، سازمان‌های سلامت با استفاده از یک ساختار مناسب و نیز تدوین و ارایه بسته‌های خدمات مورد نیاز و با مدیریت مناسب، گام‌های اساسی در راستای تأمین و ارتقای مستمر سلامت جامعه بر می‌دارند. کنترل و نظارت مداوم بر اجرای درست برنامه‌های تندرستی جهت تحقق رسالت سازمانی، پایش و ارزیابی مستمر آنها را امری ضروری می‌سازد. نظام سلامت از طریق ارائه خدمات سلامت به رسالت خود، که ارتقای سلامت جامعه است، اقدام می‌کند. در چرخه وظایف یک مدیر، نظارت و کنترل در مجموعه سیستم تحت سرپرستی، اهمیت ویژه‌ای دارد که شامل مجموعه فعالیت‌هایی است که در ضمن آن عملیات پیش بینی شده با عملیات انجام شده مقایسه و در صورت وجود اختلاف و انحراف بین آنچه باید باشد و آنچه هست جهت رفع و اصلاح آنها اقدام می‌شود. کنترل از دو بخش اساسی پایش و ارزیابی تشکیل شده است که در ادامه اطلاعات بیشتری در مورد آنها ارائه خواهد شد.

نظارت و پایش فعالیتی هدفمند است که توسط مدیر، با هدف تنظیم عملکردهای مختلف برای رسیدن به اهداف از پیش تعیین شده، استفاده و با به کارگیری روش‌ها و ابزارهای استاندارد اعمال می‌شود. لازمه نظارت و کنترل فعالیت‌ها در سطوح مختلف داشتن آمار و اطلاعات درست و بموقع و دانستن چگونگی پیشرفت کارهاست و بر همین اصل است که با نظارت صحیح، تفاوت فعالیت‌های اثربخش و کم‌ثمر یا بدون اثر مشخص و بر مبنای آن اقدامات مورد نیاز برای تقویت فعالیت‌های کم‌اثر یا بی‌ثمر انجام می‌شود. به طور کلی، مهمترین پایشی که بر عهده مجموعه اعضای تیم سلامت قرارداد، نظارت بر تحقق مراقبت‌های اولیه سلامت در گروه‌های هدف (کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالیان و سالمندان) است.



شکل ۱- جایگاه پایش و ارزیابی

در مدیریت خدمات سلامت پس از اجرای برنامه‌ها می‌بایست نسبت به کنترل برنامه‌ها اقدام شود. در این مرحله، میزان تحقق برنامه‌های تنظیم شده و همچنین میزان دستیابی به اهداف تدوین شده مورد بررسی قرار می‌گیرد. در این جاست که مفاهیم پایش و ارزیابی مطرح می‌شود. پایش به بررسی میزان تحقق برنامه‌ها با استفاده از بررسی استانداردهای تدوین شده می‌پردازد و ارزیابی نیز شامل بررسی شاخص‌هایی است که میزان تحقق اهداف مدنظرمان در زمان برنامه‌ریزی را نشان می‌دهد. در ادامه به صورت مفصل‌تر به جزئیات مفاهیم پایش و ارزیابی پرداخته خواهد شد.

پایش^۱

پایش اصطلاحی است برای رصد مستمر برنامه‌ها و فعالیت‌های در حال اجرا که اطمینان حاصل شود دست‌آوردها، فعالیت‌ها، تأمین تجهیزات و اعتبارات، متناسب با منابع موجود جهت تحقق اهداف انجام می‌شود تا در صورت وجود مشکل و انحراف در هر بخش از فعالیت بتوان آن را به سرعت اصلاح کرد. به عبارت دیگر، پایش، سنجش درجه انطباق فعالیت‌ها با استانداردها در حین اجراست. پایش در سه قسمت درون‌داد، فرآیند و برون‌داد انجام می‌شود. این سه قسمت در همه فرآیندها اعم از ارائه خدمت، مدیریت و پشتیبانی مورد توجه است. در برنامه‌های بهداشتی و درمانی ویژگی‌های پایش مناسب به صورت زیر است:

- جامع: دربرگیرنده همه قسمت‌های برنامه
- پویا: مستمر
- گویا: سنجش با شاخص‌های اختصاصی و مناسب
- موثر: اطلاعات و نتایج حاصل از پایش باید به طور دقیق تحلیل شود و علت‌هایی که موجب تقویت یا تضعیف برنامه شده است و نیز فرصت‌هایی که وجود داشته و تهدیدهایی که در کمین برنامه بوده مشخص گردد.

مراحل انجام پایش در برنامه پزشکی خانواده

۱- بررسی گیرنده خدمت

این بررسی معمولاً از طریق انجام مصاحبه و پس از خروج گیرنده خدمت از واحد ارائه خدمت انجام می‌شود و لذا به مصاحبه هنگام خروج نیز معروف است. هنگامی که ناظر خارجی به منظور پایش به واحد ارائه خدمت نزدیک می‌شود، بهتر است به عنوان اولین قدم، با افرادی که در حال خروج از واحد هستند مصاحبه کند. اهمیت مصاحبه در این هنگام از آن جهت است که ارائه خدمت به این افراد متأثر از حضور ناظر خارجی نیست و تصویر روشن‌تری را از فعالیت‌های انجام گرفته در جریان ارائه خدمت ترسیم می‌کند. علاوه بر بررسی آگاهی و نگرش گیرنده خدمت، رضایت او از عملکرد واحد ارائه کننده خدمت نیز باید مورد ارزیابی دقیق قرار گیرد

۲- کنترل منابع

در این مرحله باید منابع موجود در واحد ارائه کننده خدمت را از نظر انطباق با استانداردهای تعیین شده برای آنها بررسی کرد.

۳- کنترل اسناد

با توجه به آنکه کلیه فعالیت‌های انجام گرفته در واحد ارائه کننده خدمت باید ردپای مکتوبی از خود بر جای گذاشته باشند،

ارزیابی اسناد به خوبی می‌تواند میزان رعایت استانداردها را نشان دهد. اینکه اسناد در غیاب ناظر خارجی تولید می‌شوند بر اهمیت آنها بعنوان شاهدی بر میزان رعایت استانداردها می‌افزاید. همچنین، اسناد از آن جهت که سازنده نظام جاری اطلاعات هستند نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند و کیفیت آنها در جریان پایش باید مورد ارزیابی قرار گیرد.

۴- مشاهده ارائه کننده خدمت در حین ارائه خدمت

عملکرد ارائه کننده خدمت در حضور ناظر خارجی همیشه از آن متاثر است. در چنین شرایطی ارائه کننده خدمت تلاش می‌کند که فعالیت خود را در کامل‌ترین شکل ممکن به انجام رساند و لذا به کمک مشاهده می‌توان دریافت که او از چه توانایی‌هایی برخوردار است ولی نمی‌توان به قضاوت دقیقی درخصوص عملکرد وی در غیاب ناظر خارجی دست یافت.

۵- پرسش و پاسخ و ایفای نقش

با توجه به آنکه امکان مشاهده ارائه کننده خدمت در حین ارائه همه خدمات وجود ندارد، دانش و مهارت او را می‌توان از طریق پرسش و پاسخ و ایفای نقش مورد ارزیابی قرار داد. مقصود از ایفای نقش آن است که ناظر خارجی با قرار گرفتن در موضع گیرنده خدمت به ارزیابی عملکرد ارائه کننده می‌پردازد.

ارزیابی^۱

ارزیابی بررسی تحقق اهداف در پی اجرای برنامه در عمل است. بنابراین، در ارزیابی، اثربخشی، پیامد و تاثیر نهایی برنامه در جامعه مورد مطالعه قرار می‌گیرد. ارزیابی عبارت است از تعیین میزان دستیابی به اهداف، که از طریق جمع‌آوری داده، محاسبه شاخص‌ها و مقایسه آنها با سطوح مورد انتظار از اهداف و در نهایت تفسیر نتایج و گزارش به تصمیم‌گیران برای طراحی خدمات کارآمد و اثربخش انجام می‌شود. به طور کلی، ارزیابی فرایندی از نمایش و بیان است که در آن ارزش کارهای معینی در رابطه با پروژه‌ها، برنامه‌ها یا سیاست‌ها سنجیده می‌شود. ارزیابی به موارد زیر نیازمند است:

- طرح مطالعه^۲
- گروه شاهد یا مقایسه
- اندازه‌گیری در دوره‌های زمانی مختلف
- انجام مطالعات ویژه

اهداف ارزیابی

- جمع‌آوری و تحلیل منظم اطلاعات برای تصمیم‌گیری
- بررسی تاثیر برنامه در اجتماع از نظر دستیابی به اهداف، هزینه اثربخشی، و شناسایی فرصت‌های پیشرفت
- پاسخگویی به ذی‌نفعان برنامه
- کمک به مبانی علمی مداخلات سلامت

1. Evaluation

2. Design Study

اندیکاتورها^۱

اندیکاتور در لغت به معنای تعیین کننده و نمودار است که در واقع یک معیار آماری است. شاخص (سنجه) معیاری برای ارزیابی است. ارزیابی، سنجش و اندازه‌گیری متغیرهایی است که کیفیت کالاهای تولید شده و خدمات ارائه شده و درجه‌بندی آنها را مشخص می‌کنند. در تعریفی دیگر، شاخص ابزاری برای اندازه‌گیری و مقایسه پدیده‌هایی است که دارای ماهیت مشخصی هستند و بر مبنای آن می‌توان، تغییرات ایجاد شده در متغیرهای معینی را در طول یک دوره، بررسی کرد. سه تعریف دیگر در زیر برای شاخص ارائه شده است:

- معیار قابل اندازه‌گیری برای تغییراتی است که بطور مستقیم در اثربخشی، کارایی یا پیشرفت یک برنامه ایجاد می‌شود.
- نشانگرهایی هستند که به وسیله نشان دادن پیشرفت در رسیدن به اهداف، به ما کمک می‌کند تا تغییر را اندازه بگیریم.
- نشانگرهای قابل مشاهده، قابل سنجش، و دارای اعتبار توافق شده برای یک مفهوم یا هدف.
- در برنامه پزشک خانواده شاخص‌ها از لحاظ نوع به دو دسته تقسیم می‌شوند:
- مبتنی بر درونداد و فرآیند که نشان دهنده شاخص‌های پایش است.
- مبتنی بر پیامد یا اثر که نشان دهنده شاخص‌های ارزیابی است.

ایندکس‌ها^۲

ایندکس ترکیبی از شاخص‌ها است. موارد زیر مثال‌هایی از ایندکس هستند:

- شاخص توسعه انسانی (Human Development Index) یا HDI: این ایندکس از ترکیب سه شاخص زندگی طولانی (امید زندگی)، دسترسی به آموزش (سال‌های تحصیل) و استاندارد زندگی مناسب (درآمد ناخالص ملی سرانه) ساخته می‌شود.
- active aging index

ابعاد کیفیت شاخص

- معتبر: اثری را اندازه بگیرد که برای اندازه‌گیری آن تعریف شده است.
- قابل اعتماد: در نوبت‌های مختلف اندازه‌گیری، به شرط ثبات متغیر، نتیجه یکسان به دست آید؛ یا تغییرات شاخص حاکی از تغییرات متغیری باشد که به کمک آن اندازه‌گیری می‌شود.
- عملی بودن: منابع مورد نیاز برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز برای محاسبه و به کارگیری نتایج آن قابل تدارک باشد.

استاندارد^۳

استانداردها حالت‌های موردانتظار برای داده‌ها، فرایندها و نتایج سیستم‌های بهداشتی و درمانی است. به عبارت ساده‌تر، استانداردها به ما می‌گویند برای خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت بسیار بالا ما انتظار چه رویدادهایی را داریم. استانداردها مهم هستند چرا که سازمان به وسیله آنها کیفیت را به واژه‌های عملیاتی تبدیل می‌کند و سطوح کیفیت را اندازه می‌گیرد. در بهداشت و درمان کلمه استاندارد می‌تواند شامل این مفاهیم باشد:

1. Indicators
2. Index
3. Standard

- **راهنما:** یک مرجع تخصصی انعطاف‌پذیر که همه چیزهایی را که ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی در یک موقعیت یا وضعیت بالینی باید یا نباید انجام دهد، مشخص می‌کند.
- **پروتکل^۲:** شامل جزئیات یک فرایند است.
- **روش‌های عملیاتی:** یک حالت مورد انتظار که کارکنان سازمان در آن فعالیت‌های مشخصی را انجام می‌دهند.
- **شرح وظایف:** جزئیات مربوط به یک شغل یا کار را شامل می‌شود:
 - الف- منابع نظیر مواد، داروها، ملزومات، تجهیزات و پرسنل
 - ب- فرآیندها و شیوه‌های ارائه خدمات
 - ج- نتایج مطلوب از این فرآیندها

پایش و ارزیابی، فعالیت‌های مکمل

نقش‌های مکمل برای پایش و ارزیابی در برنامه پزشک خانواده

ارزیابی	پایش
ارزیابی واقعی اثربخشی و تاثیر برنامه	جمع‌آوری روتین اطلاعات
تایید یا عدم تایید انتظارات برنامه	ردگیری پیشرفت در اجرای برنامه
اندازه‌گیری اثرات برنامه	اندازه‌گیری کارایی
آیا برنامه کار درست را انجام می‌دهد؟	آیا برنامه کار را درست انجام می‌دهد؟

سوالات پایش و ارزیابی در برنامه

پایش	ارزیابی
چه چیزی در حال انجام است؟	آیا محتوای مداخله یا فعالیت همان طور که طراحی شده بود اجرا شده است؟
به وسیله چه کسی؟	آیا محتوای مداخله یا فعالیت منعکس کننده استانداردهای لازم هستند؟
گروه هدف؟	آیا مداخله به نتایج مورد انتظار دست یافته است؟
چه زمانی؟	
چه مقدار؟	
چند وقت یک بار؟	
برون دادهای اضافی؟	
منابع استفاده شده؟	

به طور اختصاصی در انجام یک پایش به سوالات زیر باید پاسخ داده شود:

- گزارش عملکرد: چه میزان از فعالیت در حال اجرا بر مبنای برنامه از قبل تعیین شده، اجرا شده است؟
- تصمیم بهنگام: در صورت ضرورت ایجاد تغییر در روند اجرای فعالیت، آیا بموقع اقدام شده است؟
- اعتبار گزارش: آیا داده‌های لازم برای ایجاد یا تقویت بانک اطلاعاتی فراهم شده است؟
- آیا در به کارگیری منابع به رفع بهنگام کمبودها توجه شده است؟
- آیا در صورت خطا و انحراف برنامه از اهداف، برنامه‌های مداخله‌ای طراحی و اجرا شده است؟

1. Guideline

2. Protocol

به طور اختصاصی در انجام یک ارزیابی به سوالات زیر باید پاسخ داده شود:

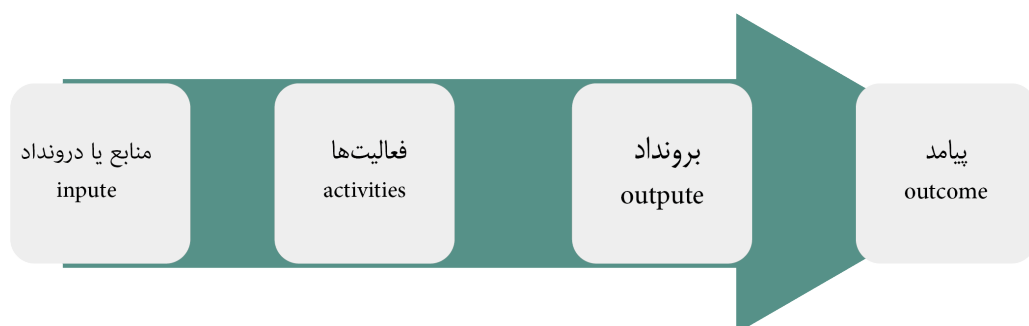
- در حال حاضر در کجا قرار داریم و چه چیزی به دست آمده است؟
- چه کارهایی انجام شده و چه کارهایی انجام نشده است؟
- آیا تغییرات لازم ایجاد شده است؟ تا چه میزان؟ و آیا این تغییرات مطلوب است؟
- میزان و اثربخشی برنامه و نحوه کارکرد اجزای فرآیند فعالیت‌ها چقدر است؟
- در قدم بعدی چه باید کرد؟

وظایف برنامه‌ریزان برنامه پزشک خانواده در پایش و ارزیابی

- تعیین شاخص‌ها برای سنجش فعالیت‌ها و اهداف برنامه
- مشخص کردن ارتباط بین شاخص‌ها با یکدیگر
- تعیین رابطه علت و معلولی و میزان تاثیر شاخص‌ها بر یکدیگر
- تعیین منابع داده‌ای مربوط به شاخص‌های مورد بررسی
- مشخص کردن شیوه‌های جمع‌آوری داده‌های موردنیاز
- تعیین دوره زمانی جمع‌آوری داده‌های موردنیاز
- تعیین دوره محاسبه شاخص‌های مربوطه
- تعیین شیوه تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده
- استفاده از افراد متخصص اعم از اپیدمیولوژیست، متخصص آمار و ... در محاسبه شاخص‌ها

مدل زنجیره‌ای یا مدل منطقی^۱

مدل منطقی، یک نمایش گرافیکی از ارتباط بین فعالیت‌های برنامه و پیامدهای مورد انتظار آن است. این مدل روشی سیستماتیک برای درک ارتباط بین منابع در دسترس برای اجرای برنامه، فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده و تغییرات یا نتایج مورد انتظار است. این مدل تصویری خلاصه شده از برنامه، در اختیار دست اندر کاران برنامه قرار می‌دهد. (شکل ۲)



شکل ۲- مدل زنجیره‌ای برنامه‌های سلامت

1. Logic model

مدل منطقی برای موارد زیر استفاده می‌شود:

۱. اجماع: اجماع کارکنان، حامیان مالی یا سایر ذینفعان برنامه در مورد پیامدهای برنامه و گروه هدف.

۲. طراحی: طراحی فعالیت‌ها برای گروه هدف بمنظور دستیابی به پیامدها

۳. پایش برنامه

۴. ارزیابی: کمک به انتخاب شاخص‌ها و تدوین سوال‌های ارزیابی

۵. ارتباط: یک ابزار گرافیکی ساده برای صحبت کردن در مورد برنامه بین افراد در سطوح مختلف است.

همچنین، مدل منطقی بیان‌کننده زنجیره‌ای از ارتباطات علیتی است که در شکل ۳ نمایش داده شده است:



شکل ۳- زنجیره ارتباطات علیتی در مدل منطقی

درون‌داد

درون‌داد منابعی را شامل می‌شود که برای اجرای فعالیت‌ها بمنظور دستیابی به نتایج، به کار گرفته می‌شود. منابع می‌تواند شامل منابع مالی و غیر مالی که توسط سازمان‌ها، سیاستها و برنامه برای دستیابی به نتایج استفاده می‌شوند، دسته‌بندی

گردد. در برنامه پزشک خانواده منابع عبارتند از:

- بودجه یا منابع مالی اختصاص داده شده
- وجود سازمان‌ها (ارائه دهنده خدمات، پشتیبانی، فنی و مدیریتی)
- ارائه‌دهندگان خدمات سلامت یا همکاران بالقوه
- اعضاء تیم اجرا کننده برنامه به عنوان کارکنان ستادی
- امکانات و تجهیزات و تدارکات فراهم شده
- منابع اطلاعاتی که در برنامه تولید و به کار گرفته می‌شود

فعالیت‌ها

شامل فرآیندها، ابزارها، رویدادها، تکنولوژی و عملکردهایی است که بخشی از اجرای برنامه هستند. ممکن است شامل: برنامه آموزشی، مشاوره، پایش سلامت، مدیریت ارتباطات، و ظرفیت مورد استفاده برای حصول به نتیجه مورد انتظار باشد.

برونداد

محصول اصلی مستقیم فعالیت‌های برنامه است. معمولاً بیانگر این هستند که آیا برنامه به گروه هدف مورد نظر بامیزان پیش بینی شده ارائه شده است. مثال در برنامه پزشک خانواده:

- تعداد ویزیت انجام شده
- تعداد ارجاع انجام شده توسط پزشکان خانواده
- تعداد واکسن تزریق شده به گروه‌های هدف
- تعداد مراقبت بارداری ارائه شده
- تعداد کلاس‌های آموزشی برگزار شده برای گروه‌های هدف برنامه پزشک خانواده

نتیجه یا پی‌آمد

نتایج مورد انتظار یا هدف کلی برنامه است که معمولاً به صورت نتایج کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت بیان می‌شوند. پیامدها معمولاً با عبارات تغییری مانند افزایش، کاهش یا بدون تغییر، بیان می‌شوند. پی‌آمد تغییرات ویژه در رفتار، آگاهی، مهارت‌ها، موقعیت و سطح عملکرد مورد انتظار ناشی از فعالیت‌های برنامه است که اغلب در سطح فردی بیان می‌شود. برای مثال:

- میزان تغییر آگاهی گروه‌های هدف در مورد بیماری دیابت نوع ۲
- میزان تغییر آگاهی گروه‌های هدف در مورد عواقب سوء مصرف مواد

دسته‌بندی نتایج یا پیامد

- نتایج کوتاه مدت: مانند افزایش آگاهی گروه هدف
- نتایج میان مدت: تغییر رفتار در گروه هدف
- نتایج بلندمدت: تغییر یک وضعیت یا موقعیت در یک جمعیت هدف

اثر نهایی^۱

تغییرات بنیادی پیش‌بینی شده یا پیش‌بینی نشده در سازمان‌ها، جوامع یا سیستم‌ها است که در نتیجه فعالیت‌های برنامه در درازمدت شکل می‌گیرد. ممکن است شامل شرایط بهبود یافته و/ یا تغییرات در حوزه سیاست‌گذاری باشد. مثال‌های زیر را می‌توان در مورد اثر نهایی در برنامه پزشک خانواده ذکر کرد:

- بهبود کیفیت زندگی در گروه‌های هدف
- افزایش امید زندگی در افراد جامعه
- کاهش بار بیماری‌های مزمن

ابزارهای مورد استفاده در نظام پایش و ارزیابی

شاخص

این واژه بر نحوه سنجش اهداف استراتژیک دلالت دارد. از مهمترین ابزارها برای انجام پایش هستند که می‌توان با استفاده از آن داده‌های خام را به اطلاعات قابل استفاده تبدیل کرد. شاخص‌های متعددی در برنامه پزشک خانواده می‌توان محاسبه کرد که نتایج حاصل از آن در سطوح مختلف قابل مقایسه و استفاده است.

چک‌لیست

ابزاری است که به شکل‌های متفاوت برای برنامه‌های مختلف و براساس دستورالعمل‌ها طراحی و تهیه می‌شود. در چک‌لیست‌ها معمولاً به هر سوال با توجه به اهمیت و اعتبار آن وزن داده می‌شود.

در فرآیند پایش و ارزیابی، اولین قدم، تهیه چک‌لیست‌های استاندارد شده ارائه خدمات است. این اقدام اصولی به منظور انجام پایش و ارزیابی جامع برنامه‌ها در سطوح محیطی خواهد بود و آن را از حالت سلیقه‌ای خارج خواهد ساخت. باید توجه داشت که پایش و ارزیابی به صورت چرخه‌ای از مراحل است: یعنی دارای هدف، فعالیت‌های منظم و ارسال پسخوراند است.

الگوی ارزیابی عناصر برنامه پزشکی خانواده (سامانه‌های الکترونیکی سلامت)

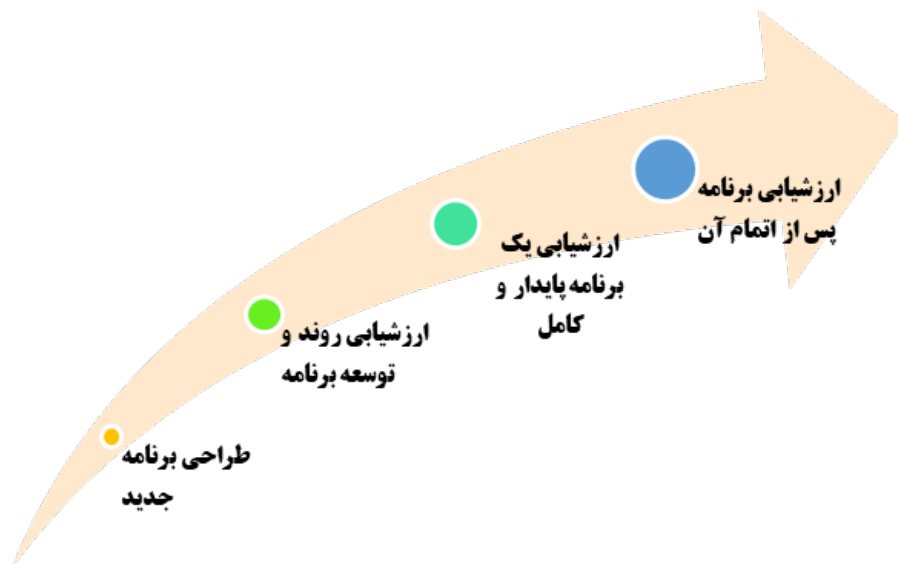
برنامه پزشکی خانواده عناصر یا اجزای مختلفی دارد که نیاز است در زمان‌های مشخص شده مورد ارزیابی قرار گیرد. در این راستا، سامانه اطلاعات پایش سلامت، سامانه‌ای کامپیوتری است که برای تسهیل مدیریت اطلاعات پزشکی و درمانی به منظور بهبود کیفیت مراقبت سلامت، طراحی شده است. پیاده‌سازی سیستم اطلاعات پایش سلامت شامل چهار مرحله اصلی اهداف، طراحی، اجرا و کاربرد، و ارزیابی است. توجه به این نکته ضروری است که ارزیابی نظام اطلاعات سلامت، مرحله جداگانه‌ای نیست؛ بلکه باید در جریان کار، مرحله ارزیابی همواره ادامه داشته باشد. ارزیابی نظام پایش سلامت در ۶ مرحله می‌تواند صورت گیرد. این مراحل عبارتند از:

۱. ضرورت انجام ارزیابی
 ۲. زمانبندی ارزیابی: در سه مرحله قبل از اجرا، حین اجرا و بعد از اجرا
 ۳. مفهوم ارزیابی: مشخص کردن اهمیت، ارزش و موقعیت معمول با استفاده از سنجش و مطالعه دقیق
 ۴. چگونگی ارزیابی: مشخص کردن شاخص‌ها و چگونگی جمع‌آوری اطلاعات
 ۵. چگونگی تحلیل نتایج ارزیابی و گزارش آن
 ۶. ارزیابی پیشنهادات و تصمیم‌گیری براساس آن
- در جدول زیر الگویی برای سنجش سامانه در سه زمینه سنجش اثربخشی (اندازه‌گیری نتایج)، سنجش بهبود کارایی، و سنجش توسعه دانش ارائه شده است.

چارچوب سنجش اثربخشی: اندازه‌گیری نتایج		
قبل از اجرا	آیا سیستم همان‌گونه که طراحی شده، کار می‌کند؟	اعتبارسازی، درستی، قابلیت آزمون
	آیا سیستم نتایج خواسته شده را ایجاد می‌کند؟	سودمندی، اعتمادسازی، بهره‌وری، دسترسی به داده‌ها، دقت و کامل بودن آن
حین و بعد از اجرا	آیا اجرای سیستم، ضربه‌ای به کنترل سازمان وارد می‌کند؟	ساختارهای مدیریتی، برنامه‌های حمایتی، ساختارهای محرمانگی و ایمنی
	آیا سرعت دسترسی به سامانه در حد مطلوب است؟	زمان پاسخگویی سیستم، سهولت استفاده از منوها، رضایت کارکنان
	آیا سیستم نقاط ضعف خدمات ارائه شده را بازگو می‌کند؟	هزینه‌های اجرای سیستم، طول اقامت بیمار، استفاده از آزمایشات بی مورد، تعداد ویزیت‌های پزشکان
چارچوب سنجش بهبود کارایی		
قبل از اجرا	آیا استانداردها و مستندات موردنیاز در دسترسی به سامانه شناسایی و تدوین شده است؟	اسناد مدیریت پروژه، استانداردها، مستندسازی، کارایی، مطلوبیت
	آیا سازوکارهای امنیتی مثل محرمانگی، کنترل دسترسی و غیره به سامانه شناسایی و تدوین شده است؟	معتبرسازی، اعتمادپذیری، امنیت ساختارهای محرمانگی و ایمنی در محل کار
	آیا کامپیوتر متصل به اینترنت به تعداد کاربران وجود دارد؟	بهره‌وری، الگوهای ارتباطی، زیرساخت شبکه
	آیا تجهیزات مختلف مورد استفاده در سازمان از فناوری لازم برخوردار است؟	کیفیت خدمات، قابلیت نصب، برآورد هزینه‌ها، منفعت‌ها
چارچوب سنجش توسعه دانش		
قبل از اجرا	آیا کارکنان از تاثیر به کارگیری IT در افزایش بهره‌وری و بازده کارایی آگاهی دارند؟	عملکرد کاربران در وانمود کردن، واکنش کاربران، تحلیل وظایف، انتظارات بیان شده در مورد اثر سیستم
	آیا کارکنان از نرم افزار ارائه شده در سازمان از نظر پوشش نیازها رضایت کامل دارند؟	ارزیابی فاکتورهای انسانی، رضایت کاربر، وفاداری نیروی کار، بررسی اکتشافی
	آیا آموزش لازم در ارتباط با این نرم افزار برای کارکنان انجام گرفته است؟	آموزش کاربران، الگوهای ارتباطی، شرح وظایف
طی اجرا و بعد از اجرا	آیا استفاده از سامانه منجر به تصمیم‌گیری بهتر و موثرتر مدیران برای ارائه خدمات بهداشت می‌شود؟	زمان انجام دادن وظایف، استفاده از سیستم در تصمیم‌گیری‌ها، استفاده روزمره از سیستم
	آیا سیستم پایش سلامت پاسخگوی نیازهای اطلاعاتی پژوهشگران در انجام پژوهش‌های علوم پزشکی است؟	دسترسی به اطلاعات بالینی، استفاده از سیستم در تصمیم‌گیری‌ها، دقت و کامل بودن داده‌ها
	آیا سیستم می‌تواند انواع بیماری‌های کارکنان را شناسایی کند؟	ارزیابی تاثیرات بالینی، دسترسی به اطلاعات بالینی در مواقع ضروری، قابلیت استفاده

زمان مناسب برای ارزیابی

باتوجه به نوع برنامه بهداشتی و درمانی، تیم ارزیابی در زمان‌های مختلفی می‌توانند اقدام به ارزیابی کنند. در شکل زیر زمان‌های رایج در ارزیابی نمایش داده شده است.



مراحل کلی ارزیابی در برنامه پزشکی خانواده

۱. بیان برنامه و تعیین اهداف ارزیابی
۲. جمع‌آوری داده‌ها
۳. تحلیل و تفسیر یافته‌ها
۴. گزارش یافته‌ها
۵. ارزیابی مجدد برنامه

انواع ارزیابی در برنامه پزشکی خانواده

در جدول زیر انواع ارزیابی مورد استفاده در برنامه پزشکی خانواده بیان شده است.

مفهوم مورد نظر	نوع ارزیابی	ردیف
به معنی هر گونه ترکیب شاخص‌های حاصل حین اجرای فعالیت‌های برنامه به منظور کنترل، تضمین یا بهبود کیفیت اجرا یا ارائه برنامه است. ارزیابی هر برنامه باید قبل از شروع آن، به منظور بررسی نیازهای جامعه توسط یک فرد ارزیابی کننده شروع شود تا نیازهای آن جامعه به خدمات سلامت را تحت بررسی منظم قرار داده طرحی مناسب برای رفع نیازها برنامه‌ریزی شود.	ارزیابی فرآیند	۱
این نوع ارزیابی در حین و بلافاصله بعد از پایان برنامه صورت گرفته تأثیر فوری برنامه را بر سیاست‌های سازمانی، منابع، فعالیت‌ها و همچنین، تأثیر برنامه را بر سیستم‌های دولت و قوانین نشان می‌دهد. ارزیابی اثر از طریق گزارش عوارض فوری و کوتاه مدت برنامه، میزان تأثیر برنامه را مدنظر قرار داده میزان پیشرفت آن را تعیین می‌کند؛ و به بازخوردهای گروه هدف دسترسی یافته تأثیرات فوری بر معلومات، نگرش، مهارت و یا رفتارها را ثبت می‌کند.	ارزیابی اثر	۲

ردیف	نوع ارزیابی	مفهوم مورد نظر
۳	ارزیابی نتیجه	این ارزیابی بر هدف یا محصول نهایی برنامه یا خدمت تاکید دارد و عموماً در بخش سلامت و با آمارهای ابتلاء یا مرگ و میر در یک جمعیت، آمارهای حیاتی، نشانه‌ها یا شاخص‌های فیزیولوژیک افراد سنجیده می‌شود. ارزیابی نتیجه، ماهیت دراز مدتی دارد و به نسبت ارزیابی تاثیر، زمان و منابع بیشتری صرف آن می‌شود.
۴	ارزیابی کیفی	در ارزیابی‌های کیفی، داده‌ها را می‌توان از مصاحبه‌های شخصی و مشاهدات مستقیم و اسناد مکتوب جمع‌آوری کرد. هدف از این ارزیابی‌ها کسب اطلاعات شخصی درباره‌ی پویایی و طرز برداشت شرکت‌کنندگان از نتایج و اهمیت برنامه است.
۵	ارزیابی در طول برنامه ^۱	عبارت است از روش قضاوت در مورد ارزش یک برنامه در دورانی که فعالیت‌های برنامه در حال شکل‌گیری و انجام هستند.
۶	ارزیابی در انتهای برنامه ^۲	برای قضاوت در مورد ارزش یک برنامه، در انتهای برنامه بکار می‌رود. تمرکز این نوع ارزیابی بر پیامدهای کوتاه مدت است. معمولاً روش‌های پژوهشی را به کار می‌گیرد تا امکان مقایسه بین گروه‌های تحت پوشش برنامه و گروه‌های خارج از پوشش و یا پیش‌آزمون و پس‌آزمون فراهم شود و تغییرات بوجود آمده در اثر اجرای برنامه مشخص شود.

مشکلات و موانع پیش‌بینی شده در ارزیابی برنامه پزشکی خانواده

- طراحان در اجرای ارزیابی در فرآیند طراحی برنامه یا ناکام می‌مانند یا آن را خیلی دیر انجام می‌دهند.
- ممکن است منابع برای ارزیابی مناسب در دسترس نباشد.
- ممکن است محدودیت‌های سازمانی در باره استخدام مشاوران و آموزش دهندگان وجود داشته باشد.
- معمولاً تشخیص آثار برنامه دشوار است، چون تغییرات گاهی کوچکند، به آهستگی پدید می‌آیند، یا دوامی ندارند.
- طول زمان اختصاص داده شده به برنامه و ارزیابی آن نیز مساله مهمی است.
- محدودیت‌هایی (مانند: سیاست‌ها، اخلاقیات، نداشتن اعتماد به ارزیابان) که جمع‌آوری داده‌ها را از اعضای گروه هدف محدود و مقید می‌کنند.
- مجزا کردن آثار مداخله‌ای چند استراتژی، یا تفکیک آثار برنامه روی گروه هدف در شرایط «واقعی» دشوار است.
- ممکن است میان استانداردهای حرفه‌ای و نگرش‌های غیر حرفه‌ای، تعارض ایجاد شود.
- درک ذی‌نفعان از ارزش ارزیابی نیز متفاوت است.

نکات مورد توجه در ارزیابی برنامه پزشکی خانواده

- هنگام تعیین ارزش برنامه؛ طراحان می‌توانند از چند نوع ارزیابی استفاده کنند.
- نوع ارزیابی انتخاب شده بیانگر آن است که آیا نتایج برای بهبود و ارتقای برنامه قبل یا حین اجرا مورد نیاز است.
- ارزیابی را می‌توان از منظرهای متعددی انجام داد و بستگی به این دارد که نتایج به مدیر برنامه، منبع سرمایه گذار، سازمان یا عموم مردم یا سایر ذی‌نفعان ارائه شود.
- هر نوع ارزیابی توسط ابزار ویژه که می‌تواند پرسشنامه، چک‌لیست، مشاهده یا مصاحبه باشد، انجام می‌شود.

1. Formative evaluation

2. Summative evaluation

- رایج است که ارزشیابی در فواصل سالانه و بیشتر انجام می‌پذیرد، در صورتی که پایش در فواصل کوتاهتر انجام می‌گیرد.
- به طور کلی نیازی به محاسبه تمام شاخص‌های برنامه در تمام سطوح برنامه نیست. در هر سطح، شاخص‌های مربوط به آن سطح را باید محاسبه و تحلیل کرد. شاخص‌های پایش در سطوح محیطی و شاخص‌های ارزشیابی در سطوح ستادی کاربرد دارند.
- ایده‌آل‌ترین حالت در طراحی نظام پایش و ارزیابی آنست که بتوان رابطه علت و معلولی مراحل مدل زنجیره‌ای در برنامه پزشکی خانواده را اندازه‌گیری کرد. همچنین، میزان تاثیرپذیری هر مرحله را، از مرحله قبل، اندازه‌گیری کرد. بدین منظور شناخت جامع از روابط و استانداردهای برنامه جهت طراحی نظام پایش و ارزیابی ضروری است.
- استفاده از اطلاعات و دادن بازخورد از اصولی است که در طراحی نظام پایش و ارزیابی باید رعایت شود.
- از جمع آوری داده‌هایی که کاربردی ندارند، باید خودداری کرد.
- بررسی جامع برنامه بدون جمع‌آوری و تحلیل تمام شاخص‌های مورد نیاز برای پایش و ارزیابی امکان‌پذیر نیست.

استفاده از روش‌های مختلف ارزیابی کارکنان برنامه پزشکی خانواده

روش ۳۶۰ درجه

ارزیابی ۳۶۰ درجه به معنای ارزیابی عملکرد اعضای سازمان از منظرهای مختلف است. در این نوع ارزیابی، کارکنان توسط همکارانشان، مدیرانشان، زیردستانشان و حتی خودشان مورد سنجش قرار می‌گیرند. از این رو، داده‌هایی معتبر و همه‌جانبه برای شناسایی نقاط قوت و ضعف هر یک از اعضای سازمان جمع‌آوری می‌شود. این نوع ارزیابی جدید نیست و در دهه‌های ۸۰ و ۹۰ میلادی با انتشار کتابی با همین نام در حوزه منابع انسانی متداول شد. در ارزیابی ۳۶۰ درجه کارمندان، اهداف زیر دنبال می‌شود:

- گردآوری نظرات مختلف نظردهندگان درباره درجه یا میزان بروز رفتارهای مشخص در یک فرد (رفتارهایی مثل نظم و تعهد، روحیه‌ی همکاری، حل مسئله و غیره)
- تحلیل تفاوت‌های معنادار نظرات نظردهندگان درباره‌ی یک شخص
- ایجاد و هدایت تغییرات فردی، تیمی و سازمانی به سوی رفتارهای دارای ارزش برای سازمان

بدین منظور، پرسشنامه ۳۶۰ درجه توسط مدیران سازمان با هدف سنجش رفتارها، عملکرد، تخصص و دانش هر یک از کارکنان و مدیران طراحی می‌شود. در پرسشنامه ۳۶۰ درجه معمولاً سنجش مهارت‌های مدیریتی، مهارت‌های فنی، ویژگی‌های اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی در محوریت قرار دارد. بدین منظور، پرسش‌هایی در قالب سوال‌های طیف لیکرت با مقیاس اندازه‌گیری ۵ تایی طراحی می‌شود. این پرسشنامه قابل ویرایش است و می‌توانید هر پارامتر دیگری را که در مدل ارزیابی سازمان شما اهمیت دارد، به آن اضافه کنید.

مزیت منحصر به فرد ارزیابی ۳۶۰ درجه، ایجاد دیدگاهی جامع به دلیل دریافت بازخورد از منابع و افراد مختلف است. در حالی که در برنامه‌های سنتی ارزیابی و نظرسنجی کارکنان، تنها یک منبع، یعنی مدیر مستقیم، نقش داشته است. در ارزیابی ۳۶۰ درجه، بازخورد از افرادی گرفته می‌شود که روزانه با فرد کار می‌کنند و از نزدیک رفتار، مهارت‌ها، دانش، نقاط قوت و ضعف وی را می‌شناسند. این موضوع می‌تواند به فرد این اطمینان خاطر را بدهد که با عمل به توصیه‌ها و نظرات همکاران نزدیک خود مسیر توسعه را با سرعت طی کند.

پراکندترین سوالات ارزیابی ۳۶۰ درجه کدامند؟

اینکه در پرسشنامه ارزیابی ۳۶۰ درجه، چه سوال‌هایی گنجانده شود، بسیار وابسته به سازمان و اهداف برنامه ارزیابی منابع انسانی آن سازمان است. براساس این اهداف، می‌توانید یکی از چارچوب‌های رایج شایستگی شغلی را انتخاب کنید و رفتارها و مهارت‌های کلیدی مرتبط با سازمان و برنامه را از میان آن‌ها برگزینید. در این راستا، رفتارها و توانمندی‌های افراد مهم‌ترین بخش‌هایی هستند که در ارزیابی عملکرد بررسی می‌شوند. موارد زیر نمونه‌هایی از پراکندترین پرسش‌های مطرح در این حوزه هستند:

مهارت رهبری:

- مهارت رهبری فرد موردسنجش را چگونه ارزیابی می‌کنید؟
- فرد موردسنجش، همیشه تصمیم‌های درستی می‌گیرد و زمانی که به اعضای تیم کارها را تفویض می‌کند، به آن‌ها اعتماد دارد.
- فرد موردسنجش، چه میزان بر رفتار و عملکرد سایر اعضای تیم اثرگذار است؟

حل مسئله:

- در مواقع بحرانی و بروز مشکل، توان حل مسئله فرد مورد سنجش چقدر است؟
- در صورت بروز اختلاف، فرد مورد سنجش چقدر احساسات خود را به خوبی کنترل می‌کند؟

چگونگی انجام وظایف:

- فرد مورد سنجش وظایف خود را به درستی بر اساس فرایندها و رویه‌های واحد انجام می‌دهد.
- فرد مورد سنجش تا چه حد به زمان پایان کار متعهد است؟

مهارت‌های ارتباطی:

- فرد مورد سنجش، به صورت شفاف با دیگران تعامل می‌کند و به‌طور منظم از اعضای تیم بازخورد می‌خواهد.
- فرد مورد سنجش همیشه با انرژی، صمیمی و خوش‌برخورد است.

خلاقیت در کار:

- به خلاقیت و نوآوری فرد موردسنجش چه امتیازی می‌دهید؟

دانش یا تخصص شغلی:

- فرد موردسنجش چقدر درک کاملی از نقش و مسئولیت‌های خود در واحد دارد؟
- تخصص فرد موردسنجش در شغلش چقدر است و چقدر مسئولیت‌های خود را به درستی انجام می‌دهد؟

خود ارزیابی^۱

یکی از شیوه‌های ارزیابی است که در آن، مسئولیت ارزیابی و گزارش کردن یک یا چند پارامتر به خود فرد واگذار می‌شود. این روش در انجام تست‌های شخصیت‌شناسی و رفتارشناسی از طریق پرسشنامه‌های خودارزیابی توسط خود فرد، ارزیابی میزان یادگیری فرد در سازمان و ارزیابی یک عضو از سازمان در مورد عملکرد، یا رشد و پیشرفت خودش کاربرد دارد. در این روش از پرسشنامه‌ها و چک‌لیست‌های طراحی شده با سوالات باز و بسته استفاده می‌شود.

چهارچوب پیشنهادی برای سطح عملیاتی پایش و ارزیابی

خدمت یا برنامه: مراقبت‌های دیابت در دوره بارداری

گروه مسئول	تناوب	روش جمع‌آوری داده (مشاهد، چک‌لیست، داده‌های ثانویه و ...)	تعریف مراقبت	شاخص	نتیجه

ارتباط بین پایش و ارزیابی با نظام پرداخت

روش تأمین مالی و نظام پرداخت از مهمترین اهرم‌های کنترل در نظام سلامت به شمار می‌روند. این دو ارتباط بسیار تنگاتنگی با نظام پایش و ارزیابی دارند. این دو مکمل یکدیگرند و بواسطه این دو می‌توان رفتار ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی خانواده را در جهت مورد نظر سیاست‌گذاران هدایت کرد. منظور از تأمین مالی همه سازوکارهای هدایت پول به بخش سلامت است که مالیات، حق بیمه، و پرداخت از جیب بیماران را در بر می‌گیرد. منظور از مکانیسم پرداخت نیز روش‌های انتقال پول به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در نظام پزشکی خانواده است که مواردی مانند دستمزد ثابت، کارانه، سرانه، بودجه و ... را شامل می‌شود. هریک از این روش‌های پرداخت، انگیزه‌های متفاوتی را در ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات ایجاد می‌کند. لذا بسته به نوع تغییر رفتار مدنظرمان می‌توانیم از ترکیبی از این روش‌ها استفاده کنیم. پس از اجرای برنامه پزشکی خانواده یقیناً شرایطی ایجاد می‌شود که نتایج پایش و ارزیابی مغایرت‌هایی را با برنامه‌ها و اهداف از پایش تعیین شده نشان خواهد داد. لذا نیاز به تغییر رفتار ارائه‌کنندگان خدمات خواهیم داشت. در اینجا است که می‌توان از اهرم‌های فوق‌الذکر برای هدایت رفتار افراد به سوی رفتارهای مورد نظر استفاده کرد.

فصل هفتم

ویژگی‌های سامانه

ثبت داده و مدیریت جریان کار

پروژه ۱۰

مقدمه

استفاده از بستر الکترونیک در برنامه پزشکی خانواده اهداف زیر را تعقیب می‌کند:

- ثبت الکترونیک داده‌ها به منظور مدیریت کارآمدتر خدماتی که به هر یک از افراد تحت پوشش ارائه می‌شود.
- استفاده از حجم عظیم داده‌هایی که به تدریج جمع‌آوری می‌شود به منظور ارتقای عملکرد برنامه
- مدیریت فرآیندها به منظور تضمین تداوم و هماهنگی خدمات

در این سند به جای استفاده از عبارت «سامانه ثبت داده و مدیریت جریان کار» از واژه سامانه استفاده خواهد شد.

ویژگی های معماری نرم افزار

۱. این یک سامانه تحت وب قابل دسترسی در دسکتاپ و گوشی تلفن همراه بود.

- این سامانه فقط از طریق مرورگر، بدون استفاده از هر گونه افزونه مانند (runtime, ActiveX, Applet) قابل دسترسی خواهد بود

۲. تولید کننده سامانه موظف است:

- سامانه را به گونه‌ای طراحی کند (از لحاظ به کارگیری فناوری های Docker) که محصول نهایی به روی سیستم عامل Linux قابل اجرا باشد.
- فقط از زبان برنامه نویسی #C یا vb.net با استفاده از مجموعه ASP.Net Core در طرف server-side با قالب بتدی MVC استفاده نماید
- از فناوری ASP.Net Core Razor جهت پیاده سازی user-interface استفاده نماید
- جهت پیاده سازی client-side فقط از Javascript خالص استفاده و از به کار گیری Javascript framework مانند JQuery, JQuery UI, Angular, Vue, Electron و غیره خوداری کند؛ مگر آنکه بسته مورد استفاده فقط بر اساس native Javascript باشد
- همه قابلیت‌های دسترسی Data Access Layer به پایگاه‌های داده باید بصورت منطقی و فیزیکی فقط از طریق یک Net Standard DLL که بصورت مرجع در بقیه نرم افزار استفاده می‌شود پیاده سازی شود.
- پس از ساخته شدن سامانه امکان تست سرعت و کارایی آن با استفاده از داده‌های آزمایشی وجود داشته باشد.
- به دلایل رعایت میزبانی سامانه به روی بستر Linux و صرفه جویی در مصرف منابع سخت افزاری و نهایتاً موضوع لیسانس پیشنهاد می‌شود از پایگاه داده MongoDB استفاده شود؛ خصوصاً از آن جهت که تعدادی از سرورهای آن را می‌توان بصورت federated تعریف کرد.

اجزای کلی و سرویس‌های مستقل

محیط‌های کار خدمت دهنده منشی بیمار	پرونده یکپارچه بیمار	منابع انسانی	قرار ملاقات	جریان کار ساز
	ارتباط با پاراکلینیک	محیط ثبت نام	پیگیری خدمات	مدیریت کاربر
	سامانه پیام‌رسان	انتخاب پزشک	فرم ساز	کنترل ویرایش
	ارتباط با داروخانه	کیفیت خدمات	گزارش ساز

مدیریت کاربر

- جزیی از سامانه اصلی تحت وب است و فقط به وسیله ادمین‌های سامانه قابل دسترسی خواهند بود.
- فقط پس از تکمیل پرونده پرسنلی، شخص، به صورت خودکار، به عنوان کاربر شناخته خواهد شد.
- ادمین می‌تواند کاربر را فعال، غیر فعال یا مسدود سازد.
- ادمین می‌تواند گروه‌های متعدد کاربری تعریف کند.
- کاربری که نقش سرگروه را دارد می‌تواند پیشنهاد به کارگیری افراد جدید را به عنوان پرسنل تحت مدیریت خود در سامانه ارائه کند. پس از طی مراحل پذیرش، این فرد به افراد گروه این کاربر افزوده می‌شود.

فرم ساز

- جزیی از سامانه اصلی تحت وب است.
- فقط افراد مشخصی مجاز به ساختن فرم هستند. این فرم‌ها عملکرد مستقلی دارند و ارتباط با سایر فرم‌ها ندارند. پس از آنکه فرم مورد تأیید قرار گرفت و جایگاه آن در جریان کار مشخص شد، جهت اعمال در فرآیند مورد نظر، به تیم Developer سپرده می‌شود.
- فقط کاربرانی که اجازه ساختن فرم‌های ورود داده را دارند، این بخش از سامانه را خواهند دید.
- کاربران مجاز می‌توانند بصورت ویزوال (همراه با اسکریپتینگ) فرم‌های ورود داده را ساخته تست کنند.
- کاربر می‌تواند روی ویرایش‌های مختلف از یک فرم هم‌زمان کار کند.
- فرم تست شده پس از تایید کاربر سطح بالا نهایی شده قابل تغییر نخواهد بود.
- مدل ایده آل فرم ساز آن است که همه قواعد و جریان‌های کاری مرتبط به آن در داخل فرم شده باشد.
- یک فرم تایید شده و داده‌های جمع‌آوری شده توسط آن، پس از اجرا می‌تواند بصورت JSON و یا XML ذخیره شود.

سرویس کنترل ویرایش

- همه فرم‌ها و الگوهای طراحی شده در کل سامانه شماره ویرایش خواهند داشت.
- فرم ورودی داده، الگوی قواعد، الگوی گزارش‌گیری یا فرم ساخته شده دیگر، پس از ذخیره سازی قابل تغییر نخواهد بود.
- کاربر می‌تواند هر ویرایشی از یک سند ذخیره شده را ایجاد نماید.

محیط ثبت نام (بیمار و خدمت دهنده)

- جزیی از سامانه اصلی تحت وب است.
- این محیط اولین نقطه تعامل کاری یک فرد با سامانه است. این فرد می تواند یکی از پرسنل یا یک دریافت کننده خدمت باشد.
- چارچوب اولیه پرونده پرسنلی خدمت دهنده و پرونده بیمار در این محیط شکل می گیرد.
- در این محیط از فرم های ورود داده از پیش طراحی شده جهت ثبت مشخصات کاربر استفاده می شود.

سرویس پرسنلی

- نرم افزاری مستقل جهت دسترسی کاربران مدیریت و همچنین جزیی از سامانه است.
- ایجاد و نمایش پرونده پرسنلی بصورت کامل، خلاصه و فیلتر شده بر اساس محیط قابل رویت و نوع کاربر
- هر پرونده از اجزای زیر تشکیل می شود:

۱. مشخصات فردی

۲. قراردادهای

۳. پرداختها

۴. شاخص های عملکرد

۵. همه بازخوردهای دریافت شده و پاسخ آنها

۶. دوره های آموزشی

جریان کار ساز و موتور قواعد

- جزیی از سامانه اصلی تحت وب است که ادمین به آن دسترسی دارد.
- قواعد کسب و کار را می توان به صورت ویژوال در آن تعریف کرد.
- تعریف قواعد بین چندین فرم ورود داده بصورت ویژوال، ذخیره قواعد و ویرایش های آنها، در آن امکان پذیر است.
- قابلیت بازیابی قواعد و نمایش و تست فرم های مرتبط در آن وجود دارد.

سرویس انتخاب پزشک

- نمایش محل سکونت خانواده بر روی نقشه
- نمایش پزشکان خانواده بر روی نقشه
- نمایش اطلاعات مربوط به پزشک بر روی نقشه (سابقه، دانشگاه محل تحصیل، نظام پزشکی)
- نمایش تعداد افراد تحت پوشش پزشک و وجود ظرفیت خالی

سرویس قرار ملاقات

- نرم افزاری مستقل جهت دسترسی مدیران و همچنین جزیی از سامانه
- پلانر شمسی و میلادی
- نمایش و مرور قرار ملاقات ها بصورت خلاصه

- قابلیت اعمال قواعد بصورت گلوبال، بر اساس منطقه یا خدمت دهنده خاص
- تعاریف حدود دسترسی در تغییر پلانرها
- در دسترس قرار دادن پلانر خدمت دهنده، تیم خدمت دهنده از طریق محیط کار

سرویس پیام‌رسان

- نرم افزاری مستقل جهت دسترسی کاربران و همچنین جزیی از سامانه
- قابل دسترسی از طریق مرورگر گوشی و دسکتاپ
- شامل قابلیت های چت، صدا، تصویر و Screen sharing

سرویس های ارتباطات با خدمات پاراکلینیک و دارو

- بررسی نحوه برقراری ارتباط (ارسال درخواست و دریافت) با سامانه نسخ دارویی الکترونیک کشور
- بررسی نحوه برقراری ارتباط (ارسال درخواست و دریافت) با سامانه خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری کشور
- این ارتباطات باید به صورت ASP.Net Core WebAPI دیمان (Demon) به روی سیستم عامل لینوکس باشد.

پرونده یکپارچه بیمار

- قابلیت جستجوی خدمتگیر بر اساس بخشی از نام خانوادگی، کد ملی و یا کد تعریف شده در حین ثبت نام وجود داشته باشد.
- حاوی همه اطلاعات ذخیره شده در گذشته (درخواست ها، مشاهدات ، مشاوره ها و خدمات ثبت شده) در مورد یک خدمتگیر باشد.
- حاوی اطلاعاتی باشد که وضعیت یا نتایج آنها در آینده مشخص خواهد شد؛ نظیر اقداماتی که پیش‌بینی شده است ولی هنوز انجام نشده است.
- قابلیت ارسال درخواست نسخه دارو از داخل پرونده بیمار برای این بیمار
- قابلیت ارسال درخواست خدمات پاراکلینیک از داخل پرونده بیمار برای این بیمار
- مشاهده وضعیت کلیه پیگیری های انجام شده برای این بیمار

محیط کار خدمتگر

- تحت وب از طریق مرورگر بر روی دسکتاپ
- دسترسی و جستجو پیام های دریافتی
- دسترسی کامل به پرونده بیماران
- دسترسی به خلاصه داشبوردهای روزمره و عملکردی
- نمایش منطقه تحت پوشش و اطلاعات دموگرافیک برای این خدمت دهنده به روی نقشه
- تقویم پلانر قرار ملاقات ها برای بازنگری و تغییرات
- قابلیت مرور بخش های مجاز از پرونده پرسنلی این خدمتگر

محیط کار منشی

- تحت وب از طریق مرورگر بر روی دسکتاپ
- دسترسی به بخش تیم خویش در سرویس قرار ملاقات
- مدیریت تقویم پلانر قرار ملاقات ها برای خدمتگرها
- مدیریت صف برای ورود به اتاق خدمتگر

محیط کار خدمتگیر

- تحت وب از طریق مرورگر گوشی یا دسکتاپ
- دسترسی به پیامهای ارسال شده از همه اعضای تیم ارایه خدمات
- دسترسی به اطلاعات و کمکهای مرتبط به follow-up شخصی
- دسترسی به تقویم زمان های آزاد خدمت دهنده خویش جهت درخواست قرار ملاقات
- قابلیت ثبت انتقادات، پیشنهادات و رتبه دادن خدمات
- دسترسی به محیط انتخاب خدمتگر پس از اولین ورود به محیط کار

فصل هشتم

روش فراخوان جمعیت برای ثبت نام

پروژه ۱۱

مقدمه

«فرهنگ‌سازی» به معنای فراگیر کردن رفتاری خاص در بین گروهی از افراد جامعه است که مستلزم ایجاد مقبولیت اجتماعی در گروه هدف و در نتیجه، مشارکت آنان است. برای آنکه در زمان استقرار یک برنامه، پذیرش اجتماعی روی دهد، دو فرایند به طور هم‌زمان و دقیقاً در زمان مواجهه با محتواها و پیام‌های اطلاعاتی روی می‌دهد: اول فهم پیام‌ها و سپس پذیرش آن‌ها. متخصصان تولید محتوا عمدتاً توجه خود را بر محور اول متمرکز می‌کنند و چندان توجهی برای پذیرش و اقناع گروه هدف ندارند. این در حالی است که علاوه بر توجه به موضوع صحت پیام‌های درک‌شده، اقناع افراد برای پذیرش آن‌ها هم مرحله‌های مستقل است که نیازمند برنامه‌ریزی است. دروازه ورود به این مرحله بازاریابی است. بازاریابی به معنای متقاعدسازی ذی‌نفعان برای شرکت در برنامه‌های است که خدمات موردنیاز آنان را در زمان و مکان متناسب با شرایطشان و با کیفیت مورد انتظار، توسط خدمتگران مورد اعتماد ارائه می‌دهد. همه محتواهای تولیدی باید تبیین‌کننده این مفهوم یا حداقل بخشی از آن باشد. هدف از بازاریابی جلب توجه ذی‌نفعان و شناساندن محصول (خدمت) به آنهاست. در نظر داشته باشید که مفهوم ضمنی تمام فعالیت‌های بازاریابی، مشتری محوری (خدمت‌گیر محوری) است و توجه به مشتری (خدمت‌گیر) باید نقطه آغازین هر فعالیتی باشد.

بازاریابی را مجموعه فعالیت‌ها، مؤسسات و فرایندهایی میدانند که در جهت خلق، برقراری ارتباط، ارائه و تبادل پیشنهادات، کار می‌کنند و باعث ایجاد ارزش افزوده برای مشتریان، مخاطبان، شرکای تجاری و به‌طور کلی جامعه می‌شوند. بازاریابی دارای سه رکن بازاریابی (شناخت مشتریان و نیاز آن‌ها)، بازاریابی (خلق و به دست آوردن سهم بازار) و بازاریابی (حفظ سهم بازار) است. فرایندی که در آن ابتدا گروه ذی‌نفعان شناسایی می‌شوند و سپس تلاش‌هایی صورت می‌گیرد تا افراد متقاعد شوند در برنامه پزشک خانواده شرکت کنند و از آن خارج نشوند. مهم‌ترین جزء آغاز پروسه متقاعدسازی، تبلیغات است. پویش بازاریابی می‌تواند شامل مدل‌های مختلفی از رسانه، رویدادها، تبلیغات مستقیم، مشارکت‌های مالی، روابط عمومی و موارد دیگر باشد. این فعالیت‌ها در قالب تبلیغات هدفمند، تلاش می‌کند افراد را به مشارکت و ماندگاری در برنامه علاقه‌مند و ترغیب نمایند.

انواع بازاریابی‌های کاربردی در برنامه

روش‌های بازاریابی بسیار متعدد و متنوعی معرفی شده است؛ ولی در این سند با انواع بازاریابی قابل اجرا در برنامه پزشکی خانواده آشنا می‌شویم. برخی از انواع معرفی‌شده با سایر موارد وجوه مشترک دارند. لازم به ذکر است که رکن محوری در همه روش‌ها، بازاریابی محتوایی^۱ است که به مفهوم ایجاد، انتشار و توزیع محتوا در بین مخاطبان هدف است. تولید محتوا، متداول‌ترین مؤلفه‌ی مربوط به برنامه‌های بازاریابی دیجیتال، شبکه‌های اجتماعی، بلاگ‌ها، محتواهای بصری، کتاب‌های الکترونیکی یا وبینارها است. لازم است معرفی برنامه و جزئیات آن، ویژگی‌ها و مزایای آن و نیز پاسخ به سؤالات و نگرانی‌های افراد در دستور کار تولیدکنندگان محتوا قرار گیرد. همچنین محتواها باید متناسب با گروه‌های مختلف ذی‌نفع و کانال ارتباطی مدنظر، تهیه گردد. همچنین با توجه به تأکید بر روش فراخوان جمعیت (مراحل آغازین برنامه)، استفاده از روش بازاریابی جذبی به معنای استفاده از مجموعه‌های از روش‌ها و استراتژی‌های ارتباط با خدمت‌گیران بالقوه از طرق مختلف (بازاریابی‌های درون‌گرا، شبکه‌های اجتماعی و موتورهای جست‌وجو...) است تا در برنامه ثبت‌نام کنند.^۲

1. Content Marketing

2. Acquisition Marketing

جدول ۱- انواع بازاریابی‌های کاربردی در برنامه پزشکی خانواده

زمان اجرا	خروجی	مراحل	تعریف/توضیح	گروه هدف	نوع بازاریابی
قبل از اجرا • قبل از اجرا • حین اجرا	فهرست افراد ذی‌نفوذ	<ul style="list-style-type: none"> شناسایی افراد ذی‌نفوذ توجه افراد ذی‌نفوذ توصیه به گروه هدف 	افراد ذی‌نفوذ با تمرکز بر قدرت خود بر افراد جامعه و جهت‌دهی فعالیت‌های آنان، پیام برنامه را به سمت گروه بزرگ‌تری از جامعه هدایت می‌کنند. افراد ذی‌نفوذ سلبریتی‌ها، مراجع علمی یا مذهبی، تولیدکنندگان محتوا، حامیان یا کارمندی هستند که مسئول معرفی برنامه به گروه هدف آن خواهند بود.	افراد ذی‌نفوذ	بازاریابی با استفاده از افراد ذی‌نفوذ ^۱
حین اجرا	<ul style="list-style-type: none"> گزارش حاصل از پایش و ارزیابی اجرای نظام پزشکی خانواده سند مدون درس آموخته‌ها و گزارشات اصلاح در اجرای پایلوت برنامه 	<ul style="list-style-type: none"> برقراری نظام دریافت بازخورد از ذی‌نفعان و پاسخ به شکایات توجه عملی به حقوق خدمتگیران برقراری نظام پایش و ارزیابی عملکرد اجزای نظام پزشکی خانواده 	در این روش عمدتاً از تکنیک‌های دریافت بازخورد و توجه عملی به درخواست‌های منطقی افراد تحت پوشش فعلی استفاده می‌شود. نتیجه استفاده از این روش، ایجاد مشتریان وفاداری است که خدمات برنامه را به دیگران توصیه می‌کنند؛ در فعالیت‌های تحقیقاتی شرکت می‌کنند؛ یا به روش‌های مختلف در جلب نظر دیگران برای شرکت در برنامه مداخله می‌کنند.	افراد تحت پوشش برنامه	بازاریابی رابطه‌ای ^۲
قبل از اجرا	<ul style="list-style-type: none"> مبتنی بر چاپ (تراکت، کتاب و کتابچه، بروشور، بیلبرد و پوستر...) مبتنی بر تبلیغات تصویری (تیزر، انیمیشن، گراف‌های متحرک، فیلم کوتاه و...) 	<ul style="list-style-type: none"> تعیین شیوه‌های سنتی تبلیغی چاپ و توزیع محتواهای چاپی کسب مجوز تبلیغات تصویری 	روش سنتی به معرفی برنامه به شیوه‌های قبل از ظهور اینترنت اشاره دارد. بیشتر رویکردهای این روش بر ایجاد محتواهای خروجی (چاپ، تبلیغات تلویزیونی و بیلبردها) متکی است.	جمعیت عمومی و دانش‌آموختگان رشته‌های مورد نیاز برنامه	بازاریابی سنتی ^۳
قبل از اجرا	<ul style="list-style-type: none"> فهرست آدرس‌های تماس (رایانامه، شماره تماس، ID کاربران...) 	<ul style="list-style-type: none"> تعیین شیوه‌های تبلیغات کلی (بدون توجه به گروه هدف) شامل ایمیل، پیامک، تماس تلفنی تهیه آدرس‌های تماس (رایانامه، شماره تماس، ID کاربران...) دریافت مجوز تهیه نرم‌افزارهای ارسال پیام انبوه ارسال 	تمرکز این روش بر ارائه اطلاعات و تبلیغات بدون توجه به گروه هدف است مانند تماس و ایمیل‌های همگانی.	جمعیت عمومی و دانش‌آموختگان رشته‌های مورد نیاز برنامه	بازاریابی برون‌گرا ^۴
قبل از اجرا	<ul style="list-style-type: none"> سامانه الکترونیک گزارش جلسات 	<ul style="list-style-type: none"> ایجاد بستر الکترونیک برای ارائه داده‌های اولیه مشاوره و پاسخ به پرسش‌ها از طرق مختلف (تلفن، پیامک، پیام‌رسان‌های مجازی، ایمیل...) در مراحل بعدی: برگزاری جلسات حضوری و غیر حضوری معرفی برنامه 	بیشتر روش‌های بازاریابی درون‌گرا زیرمجموعه‌ی بازاریابی دیجیتال هستند و به مشتریان آزادی عمل داده می‌شود تا بتوانند در مورد مشارکت در برنامه، پس از جمع‌آوری اطلاعات (عمدتاً آنلاین) تصمیم‌گیری کنند. مرحله تکمیلی این روش، استفاده از سایر ابزارهای ارتباطی دوطرفه و مداوم مثل ایمیل، چت و غیره است که افراد می‌توانند با ارائه مشاوره مؤثر، افراد جامعه را در تصمیم‌گیری برای مشارکت در برنامه متقاعد کنند.	دانش‌آموختگان رشته‌های مورد نیاز برنامه	بازاریابی درون‌گرا ^۵
قبل از اجرا • قبل از اجرا • حین اجرا	<ul style="list-style-type: none"> فهرست کلمات و واژه‌های کلیدی متناسب با انواع ذی‌نفعان فهرست کانال‌های مجازی کاربردی (پیام‌رسان‌ها، نرم‌افزارها، سایت‌ها و سامانه‌ها) پیام‌ها و محتواهای به تفکیک گروه‌های ذی‌نفع و نیز کانال‌های ارتباطی 	<ul style="list-style-type: none"> تعیین کلمات و واژه‌های کلیدی قرار دادن و ایجاد دسترسی محتوا در بسترهای مجازی 	این روش در مقابل روش سنتی قرار دارد. معرفی خدمات در این روش با استفاده از دستگاه‌های الکترونیکی یا اینترنت انجام می‌شود و اطلاع‌رسانی از روش‌های دیجیتالی (موتورهای جستجو، شبکه‌های اجتماعی، ایمیل و سایر وب‌سایت‌ها) به عنوان واسطه‌ای برای ارتباط با افراد استفاده می‌کند. بازاریابی کلمات کلیدی نیز شباهت زیادی به بازاریابی دیجیتال دارد در این روش قرارداد پیام بازاریابی پیش چشم کاربران، بر مبنای کلمات و عباراتی است که جستجو می‌کنند. مزیت اصلی این روش آن است که به بازاریاب این امکان را می‌دهد که پیام مناسب را در زمان مناسب به فرد مناسب آن برساند.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی دیجیتال ^۶ و بازاریابی کلمات کلیدی ^۷

1. Influencer Marketing
2. Relationship Marketing
3. Traditional Marketing
4. Outbound Marketing
5. Inbound Marketing
6. Digital Marketing
7. Keyword Marketing

زمان اجرا	خروجی	مراحل	تعریف/توضیح	گروه هدف	نوع بازاریابی	ردیف
قبل از اجرا • • •			این روش، فعالیت‌هایی را شامل می‌شود که منجر به مشاهده ویژگی‌ها و محتواهای برنامه پزشکی خانواده در نتایج ابتدایی صفحات موتور جست‌وجو می‌شود. برای استفاده از این روش لازم است از افرادی کمک گرفت که با فاکتورهای رتبه‌بندی موتورهای جست‌وجو آشنا باشند و همچنین محتوایی را برای موتورهای جست‌وجو تولید کرد تا در فهرست قرار داده شود.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی موتورهای جست‌وجو ^۱	۸
قبل از اجرا • •	• فهرست پلتفرم‌های شبکه اجتماعی منتخب • و کاربردی • فهرست شماره‌های تماس ذی‌نفعان • لیست بازخوردهای مجازی کاربران	• تهیه فهرست پلتفرم‌های شبکه‌های اجتماعی منتخب • ایجاد کانال/گروه اطلاعاتی • بارگذاری مداوم محتواها • چنانچه اعضای گروه امکان تبادل پیام داشته باشند، ادمن لازم است به طور مداوم پیام‌ها را مدیریت و سوالات را پاسخ دهد	معرفی برنامه و خدمات قابل ارائه در پلتفرم‌های شبکه‌های اجتماعی (فیسبوک، اینستاگرام، لینکدین و توئیتر...) روش دیگری است که کاربرد آن در حال افزایش است. محتوا در این روش باید کوتاه، مفید، جذاب، متقاعدکننده و مبتنی بر گروه هدف برنامه باشد که با ساختار پلتفرم انتخابی سازگار باشد.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی شبکه‌های اجتماعی ^۲	۹
قبل از اجرا • •	• قرارداد • فایل ویدیویی	• انعقاد قرارداد با فرد خبره در زمینه تولید رسانه تصویری • انتخاب کانال توزیع • بارگذاری	در این روش، از ویدئو به عنوان رسانه استفاده می‌شود. ایده این است که به منظور معرفی و اطلاع‌رسانی برنامه، ویدئوهایی تهیه و در وب‌سایت، یوتیوب و شبکه‌های اجتماعی آپلود گردند.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی ویدیویی ^۳	۱۰
قبل از اجرا • •	• قرارداد • فایل صوت	• انعقاد قرارداد با فرد خبره در زمینه تولید رسانه صوتی • انتخاب کانال توزیع • بارگذاری	بازاریابی صوتی از سخن‌گوهای هوشمندی مانند آمازون الکسا (Amazon Alexa) و گوگل هوم (Google Home) برای آگاهی افراد و پاسخ به سوالات موردعلاقه‌ی آنها بهره‌مند می‌شود.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی صوتی ^۴	۱۱
حین اجرا	• فهرست به‌روز افراد • علاقه‌مند دریافت پیام و گروه‌بندی آنها • محتوای متناسب با ویژگی‌های هر گروه • آمار افراد علاقه‌مند به دریافت و نیز انصراف از دریافت پیام‌ها (و سایر شاخصه‌ها: تعداد فورواردهای پیام‌ها/پیام‌های خوانده نشده...)	• ایجاد و به‌روزرسانی فهرست افراد علاقه‌مند دریافت پیام • ایجاد پیام‌ها/محتوای شخصی‌سازی‌شده (متناسب با ویژگی‌های دموگرافیک/سوابق بیماری) • ارسال (توالی و تداوم ارسال‌ها مهم است)	بازاریابی ایمیلی/نرم‌افزاری شامل ارسال محتوای آموزشی یا جذاب برای افرادی است که به خواست خود برای دریافت پیام موافقت کرده‌اند. قبل از آن باید پایگاه داده‌ای از مخاطبان آماده شود و سپس پیام‌های شخصی‌سازی‌شده برای افراد ارسال گردد. گزینه «انصراف از دریافت پیام» باید به راحتی در دسترس افراد باشد.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی ایمیلی/ نرم‌افزاری ^۵	۱۲
قبل از اجرا • •	• آمار تعداد تماس‌ها، متوسط زمان ارتباطی، ... به تفکیک هر روش • فهرست و فرم توضیح بازخوردها/ایهامات/ پیشنهادات/شکایات... • متوسط زمان پاسخگویی به افراد در هر روش • تعداد پیام‌های پاسخ داده شده و تعیین دلایل آن	• به تفکیک روش‌های مختلف قبلاً ذکر شده است.	این روش بیانگر امکان مکالمات شخصی یک به یک از طریق کانال‌های مختلف به شیوه مدنظر و در زمان و کانال ارتباطی دلخواه آنهاست. انواع روش‌ها شامل تماس‌های تلفنی، پیام‌ها، مسترچر فیسبوک، ایمیل، اسلک (Slack) و سایر برنامه‌ها را در بر می‌گیرد. چالش اصلی، مدیریت کانال‌های مختلف است بدون این‌که در پاسخ دادن تأخیری صورت گیرد، پیام به اشتباه منتقل شود یا کارایی نداشته باشد. به همین دلیل است که استفاده از ابزارهای بازاریابی مباحثه‌ای، مانند صندوق ورودی مشترک (Unified Inbox)، برای تسهیل عملکرد مدیر ارتباطات، اهمیت بسیاری دارد.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی مباحثه‌ای ^۶	۱۳

1. Search Engine Marketing
2. Social Media Marketing
3. Video Marketing
4. Voice Marketing
5. Email/App Marketing
6. Conversational Marketing

زمان اجرا	خروجی	مراحل	تعریف/توضیح	گروه هدف	نوع بازاریابی	
حین اجرا	<ul style="list-style-type: none"> سند حقوق ذی‌نفعان نتیجه ارزشیابی عملکرد اجزای نظام پزشکی خانواده نتایج نظر رضایت سنجی از ذی‌نفعان 	<ul style="list-style-type: none"> تدوین سند حقوق ذی‌نفعان طراحی نظام دریافت بازخورد و پاسخ به شکایات پاسخگویی عملی به انتظارات ذی‌نفعان بازنگری در قوانین و فرایندها برای تحقق خواسته‌های منطقی ذی‌نفعان رضایت‌سنجی از ذی‌نفعان 	در مقابل بازاریابی جذبی، که توجه ویژه‌ای بر جذب مشتریان جدید دارد، تمرکز بازاریابی مشتری بر نگهداری مشتریان فعلی، جلب رضایت آنان در مورد خدمات و تبدیل آنان به مشتریان وفاداری است که در بسط آوازه‌ی خدمات نقش فعالی داشته باشند.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی مشتری ^۱	۱۴
قبل از اجرا حین اجرا	<ul style="list-style-type: none"> لیست ذی‌نفعان بالقوه پروتکل اجرایی نحوه گروه‌بندی ذی‌نفعان ارسال پیام 	<ul style="list-style-type: none"> جمع‌آوری ویژگی‌های دموگرافیک و سلامتی افراد از طرق مختلف (سرشماری/استفاده از داده‌های سامانه‌های مانند سبب یا سینا، استفاده از داده‌های وزارت بهداشت) تعیین شاخص گروه‌بندی افراد گروه‌بندی افراد بر اساس شاخص‌های سلامتی ایجاد ارتباط مؤثر از طرق مختلف 	در این روش، قبل از برقراری هرگونه ارتباطی، ابتدا ویژگی‌های دموگرافیک و سلامتی افراد ثبت می‌گردد و خدمات متناسب به آن‌ها معرفی می‌شود.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی شخصی سازی شده ^۲	۱۵
حین اجرا	گزارشات/داستان‌های مبتنی بر بازخورد ذی‌نفعان	<ul style="list-style-type: none"> طراحی نظام بازخورد تهیه محتوای داستانی/گزارشی اشتراک‌گذاری با ذی‌نفعان از کانال‌های تعریف‌شده 	این روش درک عمومی از برنامه را در جامعه شکل می‌دهد. تجربیات جمعیت تحت پوشش و ارائه‌دهندگان خدمات در قالب داستان و گزارش با مخاطبان به اشتراک گذاشته می‌شود.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی برند ^۳	۱۶
قبل از اجرا حین اجرا			در این روش محصول/خدماتی به بازار ارائه می‌شود و بستری را برای تقاضای آن ایجاد می‌کند. این کار شامل جایگاه‌یابی و پیام‌رسانی، ارائه محصول و اطمینان از درک درست فروشندگان و مشتریان از مزایا و ویژگی‌های آن است. این استراتژی بسیار مؤثری است؛ زیرا هزینه جذب مشتری جدید بسیار بالاتر از نگه‌داری مشتریان فعلی است. بازاریابی مشتری به پیشرفت مداوم تجربه مشتری یا تأثیری که پس از ارائه‌ی خدمات بر مشتری دارد، تکیه دارد. از جمله روش‌های ساده‌ای که برای بهبود تجربه‌ی مشتری و در نتیجه استفاده از این روش وجود دارد، می‌توان به حذف فرایندهای موازی/غیرضروری در ارائه خدمات، مشارکت افراد در خدمت‌رسانی به خود و استفاده از نرم‌افزار خدمات به مشتری برای مدیریت و بهبود ارتباط با او اشاره کرد.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی محصول ^۴	۱۷
حین اجرا	<ul style="list-style-type: none"> سند حقوق ذی‌نفعان نتیجه ارزشیابی عملکرد اجزای نظام پزشکی خانواده نتایج نظر رضایت سنجی از ذی‌نفعان گزارش نحوه آشنایی ثبت نام کنندگان با برنامه (در زمان ثبت نام پرسیده شود) 	<ul style="list-style-type: none"> تدوین سند حقوق ذی‌نفعان طراحی نظام دریافت بازخورد و پاسخ به شکایات پاسخگویی عملی به انتظارات ذی‌نفعان بازنگری در قوانین و فرایندها برای تحقق خواسته‌های منطقی ذی‌نفعان رضایت‌سنجی از ذی‌نفعان 	بازاریابی دهان‌به‌دهان پیشنهاد مشارکت افراد در برنامه، توسط مشتری است. این رویکرد مورد اعتمادترین روش بازاریابی در دنیای امروز است. برای ایجاد هرچه بیشتر بازاریابی دهان‌به‌دهان، لازم است بر ارائه خدمات باکیفیت و رعایت حقوق بیمار تمرکز گردد. بدین ترتیب بیماران به افرادی وفادار و مشتاق تبدیل می‌شوند که مشارکت در برنامه را به دوستان و خانواده‌ی خود معرفی می‌کنند.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی دهان‌به‌دهان ^۵	۱۸

1. Customer Marketing
2. Personalized Marketing
3. Brand Marketing
4. Product Marketing
5. Word of Mouth Marketing

زمان اجرا	خروجی	مراحل	تعریف/توضیح	گروه هدف	نوع بازاریابی	
قبل از اجرا حین اجرا	• لینک • برنامه	• دریافت رضایت مراجعین به مراکز پزشک خانواده در خصوص دریافت اپلیکیشن پزشک خانواده • تهیه لینک • ارسال برنامه	در این نوع بازاریابی مسئولین اجرای برنامه برای معرفی خدمات خود از بیکن (Beacons) استفاده می‌کنند و هنگامی که افراد به یکی از مراکز پزشک خانواده وارد می‌شوند امکان ارسال اپلیکیشن پزشک خانواده، از طریق دستگاه‌های بلوتوثی به گوشی‌های همراه آن‌ها ایجاد می‌شود.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی مجاورتی ^۱	۱۹
قبل از اجرا حین اجرا	• برنامه عملیاتی برای اجرای رویدادهای معرفی برنامه به‌طور مستقل (همایش / سخنرانی/سمینار...) • برنامه عملیاتی برای اجرای رویدادهای معرفی برنامه به‌طور فرعی (برگزاری غرفه، برگزاری مسابقات...)	• اجرای مستقل رویداد • انتخاب رویدادهای مؤثر برای نفوذ در گروه‌های مختلف ذی‌نفعان • تدوین برنامه عملیاتی اجرا • اجرای رویداد فرعی • شناسایی رویدادهای مهم متناسب با گروه‌های مختلف ذی‌نفعان • هماهنگی با متولیان رویدادها اجرا	در این روش به‌منظور معرفی برنامه، رویدادی را برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و اجرا می‌کنند یا به‌عنوان فعالیت فرعی (مانند غرفه) در کنار رویدادهای مختلف مانند همایش، کنفرانس و غیره به معرفی برنامه پرداخته می‌شود. مدیریت برنامه ممکن است از تجربه منحصر به فرد تیم خود برای ارائه جلسات سخنرانی یا آموزشی مفید استفاده کند. این روش بیشتر برای ترغیب ارائه‌دهندگان خدمات در تخصصها و فعالیت‌های مختلف کلینیکی و پاراکلینیکی برای همکاری در برنامه کاربرد دارد.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی رویداد ^۲	۲۰
قبل از اجرا حین اجرا	• ویدئو • اینفوگرافیک • انیمیشن	• هماهنگی با خبره این حوزه	بازاریابی تعاملی نوع مبتکرانه‌ای از انواع بازاریابی است که از طریق آن مخاطبان می‌توانند با عوامل بصری جذاب یا ویدئوهای مربوط به محتوای برنامه تعامل داشته باشند. نمونه‌هایی از بازاریابی تعاملی شامل ویدئوهای جذاب و اینفوگرافیک‌های تعاملی هستند.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی تعاملی ^۳	۲۱
حین اجرا	• گزارشات دوره‌های از نتایج اجرای برنامه	• ارائه گزارشات دوره‌های از توصیف برنامه و فرایندهای اجرایی و نتایج حاصل از اجرای برنامه (مثبت و قابل ارتقاء)	در این روش، توجه بر چگونگی حل مشکلات بیماران بر اساس ویژگی‌های برنامه است. گزارش‌های واقعی به دور از احساسات ممکن است اطلاعات و دستاوردهای برنامه را به افراد ارائه کند و حتی خدمات ارائه‌شده را با نسخه‌های دیگر برنامه (قبلی یا در حال اجرا) مقایسه کند. انجام این روش بر واقعیت‌ها و آمار و ارقام تکیه دارد و این کار را به‌صورت متقاعد کننده‌ای انجام می‌دهد.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی آگاه‌کننده ^۴	۲۲
قبل از اجرا حین اجرا	• پیام‌های انگیزشی مبتنی بر احساسات	• ارائه پیام‌های انگیزشی مبتنی بر احساسات	تمرکز این نوع از انواع بازاریابی بیش‌تر بر احساسات است و توجه کمتری به واقعیت‌ها دارد. هدف این نوع بازاریابی این است که در افراد، احساسی را به وجود آورد تا به همکاری بیشتر در انجام اقدامات مطلوب منجر شود. این گزینه بیشتر ممکن است در زمینه‌سازی برای افزایش خودمراقبتی افراد کاربرد داشته باشد.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی ترغیبی ^۵	۲۳
قبل از اجرا حین اجرا	• پیام‌های انگیزشی مبتنی بر احساسات	• معرفی مزایای اجتماعی و پیشرفت‌های حاصل از مشارکت اجتماعی و نیت خیرخواهانه در پس پرده برنامه	بازاریابی انگیزشی روشی است که در آن، مدیران به‌جای توصیف برنامه و فرایندهای اجرایی آن، به معرفی مزایای اجتماعی و پیشرفت‌های حاصل از مشارکت اجتماعی و نیت خیرخواهانه در پس پرده برنامه می‌پردازند.	گروه‌های مختلف ذی‌نفعان	بازاریابی انگیزشی ^۶	۲۴

فعالیت‌های قابل اجرا

- تولید انواع مختلف محتوا که لازم است متناسب با گروه‌های مختلف ذی‌نفع و نیز روش توزیع آنها تولید گردند. (بازاریابی آگاه‌کننده، بازاریابی ترغیبی، بازاریابی انگیزشی، بازاریابی سنتی، بازاریابی ویدئویی، بازاریابی صوتی، بازاریابی تعاملی).
- راه‌اندازی سایت پزشکی خانواده.
- شناسایی افراد ذی‌نفع منطقه، توجیه و تحت پوشش قرار دادن آنان به‌منظور ایجاد تجربه خوشایند که منجر به ترغیب سایر افراد گردد (بازاریابی با استفاده از افراد ذی‌نفع).

1. Proximity Marketing
2. Event Marketing
3. Interactive Marketing
4. Informative Marketing
5. Persuasive Marketing
6. Cause Marketing

۴. اجرای پژوهش‌های پیمایشی در مورد عملکرد اجزای برنامه و رضایت‌سنجی از ایفای حقوق ذی‌نفعان به‌صورت دوره‌های، تحلیل و ارائه گزارش‌های دوره‌های، پیگیری اصلاحات لازم مبتنی بر بازخورد ذی‌نفعان و تهیه گزارش‌های دوره‌های از اصلاح و تکمیل مدل ارائه خدمات. هدف از انجام این فعالیت، اطمینان از ایفای حقوق افراد و نگهداشت مشتریان وفادار است (بازاریابی رابطه‌ای، بازاریابی محصول، بازاریابی دهان‌به‌دهان، بازاریابی مشتری).

۵. تعیین کلمات و واژه‌های کلیدی برای اجرای فعالیت‌هایی که منجر به مشاهده ویژگی‌ها و محتوای برنامه پزشک خانواده در نتایج ابتدایی صفحات موتور جست‌وجو می‌شود. در مرحله بعد به‌کارگیری افرادی است که با فاکتورهای رتبه‌بندی موتور جست‌وجو آشنا باشند (بازاریابی کلمات کلیدی، بازاریابی موتورهای جست‌وجو).

۶. تبلیغات محیطی در مکان‌های پر بازدید شامل: نصب پوستر، بنر، بیلبورد، تراکت و غیره (بازاریابی پارتیزانی، بازاریابی برون‌گرا).

۷. ارسال تبلیغات گروهی (شخصی‌سازی نشده) از طریق ایمیل، ایجاد کانال‌های مختلف پیام‌رسان و عضویت ذی‌نفعان در آن، پیامک و تماس تلفنی. در این روش می‌توان از نرم‌افزارهای ارسال گروهی پیامک، ایمیل بهره برد. لازم است نحوه عضویت در کانال‌های ارتباطی مرتبط با برنامه در همه انواع محتواهای تولیدی تأکید گردد. همچنین استفاده از آدرس‌های وب، کانال‌های مجازی، ایمیل و شماره تماس حتی‌الامکان کوتاه، مفهوم و مرتبط با واژه پزشکی خانواده باشد تا علاوه بر افزایش اعتماد ذی‌نفعان، موجب بازاریابی ساده ذهنی گردد. همچنین افراد بتوانند در صورت تمایل به‌سادگی از عضویت در کانال‌های ارتباطی مجازی انصراف دهند (بازاریابی برون‌گرا، بازاریابی شبکه‌های اجتماعی، بازاریابی ایمیلی/نرم‌افزاری).

۸. جمع‌آوری اطلاعات اولیه دموگرافیک و مرتبط با سلامت برای خدمتگیران بالقوه (بازاریابی درون‌گرا، بازاریابی شخصی‌سازی شده).

این فعالیت ممکن است از طرق زیر انجام شود:

- سرشماری منطقه تحت پوشش
 - استفاده از داده‌های سامانه‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی (سامانه سیب، سینا و...)
 - ثبت نام اولیه افراد
 - پس از جمع‌آوری اطلاعات، پیام‌ها می‌تواند از حالت عمومی به حالت شخصی‌سازی شده تغییر کند.
۹. تعیین فرد/افراد پاسخگو و آگاه برای پاسخگویی به موقع و صحیح در ارتباطات دوسویه شامل مدیریت دقیق کانال‌های مجازی، پاسخگویی به ایمیل‌ها، چت‌ها، تماس‌های تلفنی، پیامک‌ها و غیره (بازاریابی درون‌گرا، بازاریابی مباحثه‌ای).
۱۰. برگزاری جلسات معرفی و اطلاع‌رسانی برنامه به‌صورت حضوری و غیرحضوری برای گروه‌های مختلف ذی‌نفعان (بازاریابی درون‌گرا).

۱۱. بارگذاری گزارشات و داستان‌های مبتنی بر تجارب ذی‌نفعان در سامانه و ثبت پیام‌های رضایتمندی جمعیت تحت پوشش از دریافت خدمات (بازاریابی برند).

۱۲. برگزاری رویدادهای مؤثر متناسب با گروه‌های مختلف ذی‌نفعان شامل: همایش، کلاس آموزشی، جلسات آموزشی،

آموزش در فیلد، جلسات سخنرانی، ... (بازاریابی رویداد).

۱۳. استفاده از فرصت رویدادهای دیگران به عنوان نمایش فرعی شامل: برپایی غرفه، تبلیغات در هنگام برگزاری جشن ها و ... (بازاریابی رویداد).

انواع پیام‌ها و محتواها، گزارشات و اسناد مورد نیاز در برنامه

۱. فهرست ذی‌نفعان برنامه

۲. تعیین شاخص‌های دسته‌بندی خدمتگیران بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک و سوابق سلامتی

۳. تعیین نیازهای آموزشی خدمتگیران بر اساس دسته‌بندی خدمتگیران

۴. فهرست افراد ذی‌نفوذ منطقه

۵. فهرست کلمات و واژه‌های کلیدی مرتبط با برنامه

۶. تعیین مکان‌های پربازدید مناسب انجام تبلیغات محیطی

۷. تعیین انواع کانال‌ها و شیوه‌های ارتباطی قابل استفاده و مؤثر به تفکیک گروه‌های مختلف ذی‌نفع شامل:

- بسترهای مجازی همچون پیام‌رسان‌ها، ایمیل، سامانه
- جلسات حضوری و غیرحضوری همچون همایش، سخنرانی، کلاس، تلفنی
- استفاده از محتواهای چاپی مانند بیلبورد، تراکت، پوستر، کتابچه، بنر، بولتن و مجله
- رسانه‌های دیداری و شنیداری مانند ویدئو، موشن گراف، اینفوگراف، پادکست، انیمیشن و غیره

۸. اطلاع‌رسانی در خصوص آغاز مرحله سرشماری خانه به خانه.

۹. آمار دوره‌های از ثبت نام قطعی در برنامه.

۱۰. انواع محتواهای علمی-آموزشی متناسب برای گروه‌های مختلف (عمومی و شخصی‌سازی شده) شامل: متنی، صوتی، تصویری،

موشن گراف، اینفوگرام، جدول، نمودار و غیره که در روش‌های ارتباط دوسویه و یک‌سویه بتوان از آن‌ها استفاده کرد.

۱۱. فهرست اسامی و اطلاعات تماس کاربران بالقوه شامل شماره تماس، آدرس ایمیل و یا آی‌دی کانال‌های پیام‌رسان.

۱۲. آمار دوره‌های از تعداد عضویت افراد در کانال‌های مجازی.

۱۳. گزارشی از مدیریت تماس افراد شامل: تعداد و روش‌های برقراری ارتباط، متوسط زمان پاسخگویی، تعداد پیام‌های

پاسخ داده نشده و دلایل آن، ...

۱۴. محتوای معرفی منطقه تحت پوشش، مراکز ارائه‌دهنده خدمات، پزشکان تحت قرارداد، نحوه تماس با پشتیبانی، نحوه

پاسخگویی به سؤالات و ابهامات و شکایات. در سامانه، علاوه بر بارگذاری چنین محتوایی، لینک معرفی مراکز پزشک

خانواده و کارکنان آن‌ها با مدیریت پزشکان تحت قرارداد ایجاد خواهد شد.

۱۵. گزارش دوره‌های از میزان رضایت‌مندی افراد تحت پوشش.

۱۶. گزارشات دوره‌های از میزان موفقیت شیوه‌های مختلف بازاریابی به تفکیک گروه‌های مختلف ذی‌نفع.
۱۷. گزارش دوره‌های از اصلاحات مدل ارائه خدمات در برنامه بر اساس درس آموخته‌های مرحله پایلوت شامل: حذف فرایندهای موازی غیرضروری، اصلاح نرم‌افزاری برنامه، اصلاح و تغییرات متناسب با روند رو به رشد افراد ثبت‌نام‌شده در برنامه و ...
۱۸. گزارش نهایی درس آموخته‌ها از مرحله پایلوت برنامه.
۱۹. گزارش دوره‌های نتایج حاصل از اجرای برنامه (کاهش و کنترل بیماری‌ها، کاهش عوارض، کاهش هزینه‌ها، کاهش تعداد افراد نیازمند بستری و...).
۲۰. گزارشات و داستان‌های مبتنی بر تجارب ذی‌نفعان.

افزایش آگاهی در مورد پزشک خانواده

- موارد زیر، بر مبنای نتایج مطالعات مختلف، در افزایش آگاهی مردم در مورد پزشک خانواده، از اهمیت برخوردار است.
۱. دانستن نام یا نام خانوادگی پزشک خانواده خود
 ۲. دانستن نام یا نام خانوادگی مراقب سلامت خود
 ۳. دانستن داشتن حداقل یک پزشک خانواده جانشین
 ۴. دانستن نام یا نام خانوادگی پزشک خانواده جانشین
 ۵. دانستن آدرس مطب پزشک خانواده جانشین
 ۶. دانستن شیفت یا ساعات کار پزشک خانواده
 ۷. دانستن رایگان بودن ویزیت پزشک خانواده
 ۸. دانستن نرخ ویزیت پزشک متخصص (با فرم ارجاع)
 ۹. دانستن داشتن پرونده سلامت اعضای خانوار در نزد پزشک خانواده
 ۱۰. دانستن محل دریافت خدمات اورژانسی بعد از ساعت کاری (دانستن محل استقرار کشیک شب و روزهای تعطیل)
 ۱۱. دانستن شماره مرکز تماس
 ۱۲. آشنایی با وظایف و مساعدت‌های مرکز تماس
 ۱۳. دانستن امکان انتخاب و تغییر پزشک خانواده
 ۱۴. ساعات کاری پزشک خانواده در ایام تعطیل و آخر هفته
 ۱۵. محل مراجعه یا شماره تلفن شکایات یا کسب اطلاعات
 ۱۶. هزینه ویزیت
 ۱۷. ثبت نتایج ویزیت توسط پزشک متخصص سطح دو
 ۱۸. الزام به داشتن پرونده سلامت همه اعضای خانوار در نزد پزشک خانواده
 ۱۹. انجام معاینات دوره‌ای افراد توسط پزشک خانواده
 ۲۰. میانگین مجاز تجویز دارو توسط پزشک خانواده

۲۱. مکان انجام آزمایش، رادیولوژی و سونوگرافی در مراکز تشخیصی طرف قرارداد

۲۲. ویزیت در بیمارستان‌های دولتی و مطب‌های تخصصی طرف قرارداد

۲۳. بستری در بیمارستان‌های دولتی (سطح دوم و سوم)

منابع کسب اطلاعات در مورد برنامه پزشک خانواده

نتایج مطالعات نشان داده است که مردم اطلاعات خود را در مورد پزشک خانواده از منابع زیر کسب کرده‌اند:

۱. بهورزان و کارمندان مراکز بهداشتی درمانی

۲. پزشک خانواده

۳. آشنایان/همسایه‌ها

۴. رسانه‌های گروهی

۵. اعضای شورای شهر

۶. شورای بهداشتی

۷. شورای حل اختلاف

همچنین برای افزایش آگاهی و ارائه اطلاعات راهکارهای زیر مفید است:

۱. توجیه کافی پزشکان خانواده در مورد وظایف خود در این طرح: بدین منظور می‌توان از کارشناسان مجرب برای آموزش

و آگاه نمودن این گروه استفاده کرد؛ که به تبع آن، پزشکان نسبت به وظایف خود و نحوه انجام آن‌ها آگاه شده تمایل

و انگیزه بیشتری برای انتقال اطلاعات به روستاییان تحت پوشش خود خواهند داشت.

۲. برای بالا بردن انگیزه و اشتیاق پزشکان خانواده می‌توان از افراد بومی، که با فرهنگ منطقه آشنا هستند، استفاده کرد.

۳. پرداخت به موقع حقوق و مزایای پزشکان و کادر بهداشتی درمانی نیز تأثیر مهمی در اجرای هر چه بهتر برنامه خواهد داشت.

۴. برگزاری جلسات مستمر توجیهی و آموزشی و تکثیر و توزیع مطالب مرتبط خلاصه در بین اعضای نهادهای محلی

اثربخشی تبلیغات و بازاریابی

برای اثربخشی تبلیغات لازم است، در حد امکان، از چهار ویژگی تفکر تاکتیکی (مدل 4F) استفاده شود:

۱. محکم، اصیل و ابتکاری بودن ایده تبلیغات (Firm)

۲. روان و ساده بودن پیام تبلیغات (Fluent)

۳. انعطاف‌پذیری رسانه و پیام تبلیغات (Flexibility)

۴. بسط و گسترش تبلیغات به همه مزایای محصول و خدمت (Further)

همچنین برای تهیه برنامه تبلیغاتی باید پنج تصمیم عمده اتخاذ کرد. این تصمیم‌ها که به 5M معروف هستند، از این قرارند:

۱. هدف یا رسالت (Mission): هدف‌های تبلیغات کدام‌اند؟

۲. هزینه و بودجه (Money): چه مقدار پول می‌توان به این کار اختصاص داد؟

۳. پیام (Message): چه پیامی فرستاده شود؟

۴. رسانه (Media): از چه وسیله ارتباطی استفاده شود؟

۵. ارزیابی (Measurement): نتایج را چگونه می‌توان ارزیابی کرد؟

پیام بهداشتی

پیام‌های بهداشتی شامل آن دسته از پیام‌های ترغیب‌کننده‌ای هستند که برای تغییر رفتار افراد در حوزه سلامت طراحی می‌شوند. آن‌ها نه تنها می‌توانند به منظور تغییر رفتارهایی مانند استعمال سیگار یا فعالیت فیزیکی ناکافی استفاده شوند، بلکه می‌توانند در زمینه تغییر رفتارهایی چون ثبت نام نزد پزشک خانواده، پیروی از رژیم‌های درمانی یا گزارش موارد بیماری به سازمان‌های بهداشتی نیز استفاده شوند.

انواع پیام‌ها در بسیج‌های اطلاع‌رسانی

پیام‌های آگاهی‌دهنده

بیشتر بسیج‌های اطلاع‌رسانی، پیام‌هایی را با هدف افزایش آگاهی و هوشیاری جمع‌کثیری از مخاطبان و در پیش گرفتن رفتارهای مناسب از سوی آنان، طراحی می‌کنند. اهداف طراحی این پیام‌ها به قرار زیر است:

۱. ایجاد شناخت درباره موضوع یا رفتار خاص برای بخش بزرگی از جمعیت

۲. نشان دادن و بیان این مسئله که فلان مشکل بهداشتی مهم است.

۳. ارائه اطلاعات جدید و آسان درباره موضوع بهداشتی مورد نظر

۴. برانگیختن فعالیت داوطلبانه در بین مخاطبان مستعد و آماده

۵. تحریک ارتباطات بین فردی در شبکه‌های غیر رسمی

۶. تشویق به جستجوی اطلاعات بیشتر درباره فلان موضوع یا مسئله مورد نظر

۷. حساس‌سازی افراد برای رویارویی با پیام‌های خارج از بسیج اطلاع‌رسانی

پیام‌های آموزشی

در بسیاری از بسیج‌های اطلاع‌رسانی، باید اطلاعاتی در مورد اینکه فرد چگونه باید فلان رفتار را انجام دهد، به او ارائه دهیم.

لذا نیازمند ارائه دانش و مهارت به افراد هستیم.

پیام‌های ترغیب‌کننده

در برخی مواقع، بسیج‌ها نیازمند ارائه پیام‌هایی هستند که نشان می‌دهد که چرا افراد باید فلان رفتار را اتخاذ و یا از انجام فلان رفتار اجتناب کنند. در این نوع پیام، تمرکز اصلی بر تغییر یا ایجاد نگرش است. بسیج اطلاع‌رسانی در مواجهه با مخاطبینی که تمایل بیشتری به تغییر دارند، به نحو ساده‌تری می‌تواند نگرش‌های مثبت را تقویت بخشد، رفتارهای سالم گذشته را مستحکم کند و امکان تداوم رفتار توصیه شده را در طول زمان افزایش دهد.

طراحی پیام

برای طراحی یک پیام بهداشتی باید مراحل زیر را مد نظر قرار داد:

مرحله اول - شناخت مخاطب

قبل از طراحی پیام، باید ویژگی‌ها و مختصات مخاطب شناسایی شود. لذا، یکی از وظایف مهم ارتباطی، شناخت مخاطب است. اگر بسیج‌های اطلاع‌رسانی و پیام‌های منتشر شده در رسانه‌ها بدون شناخت مخاطب طراحی و اجرا شوند، احتمال شکست آنها بسیار است؛ چرا که ممکن است تفاسیر اشتباه از پیام در بین مخاطبین ایجاد شود. به بیان دیگر، برای طراحی پیام، تحلیل مخاطب باید به دقت انجام شود و افراد با توجه به مشخصات مورد نظر در گروه‌های ویژه دسته‌بندی شوند. در بسیج‌های اطلاع‌رسانی، عمدتاً دو نوع مخاطب اولیه و ثانویه وجود دارد:

- مخاطبان اولیه: این افراد در خطر ابتلا به یک مشکل یا مبتلا به آن هستند و برنامه ارتباطی مستقیماً برای آنان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود (مثلاً زنان میان‌سال در بسیج سرطان، یا افراد نوجوان در بسیج سوء مصرف مواد)
- مخاطبان ثانویه: افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و سیاست‌گذارانی هستند که بر تصمیمات و تغییرات مرتبط با مخاطبان اولیه تاثیر گذارند. به عبارت دیگر، مخاطبان ثانویه شامل آن افرادی هستند که می‌توانند در تغییر رفتار مخاطبان اولیه کمک کننده باشند. مخاطبان ثانویه می‌توانند شامل اعضاء گروه، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، هم‌تایان و دانش‌آموزانی باشند که بر مخاطبان اولیه نفوذ دارند.

دسته‌بندی مخاطبین اولیه و ثانویه می‌تواند بر مبنای سطوح آگاهی، عادات، درجه خطر، رفتار، نژاد، منطقه جغرافیایی و غیره باشد. تقسیم‌بندی مخاطبان سبب افزایش کارایی پیام و تناسب بیشتر پیام با ویژگی‌ها و توانایی‌های مخاطبان خواهد شد.

مرحله دوم - طراحی اولیه پیام

قبل از طراحی پیام باید نکات زیر را مورد توجه قرار داد:

- مخاطبان اولیه ما چه کسانی هستند و چگونه می‌توان آنان را دسته‌بندی کرد؟
- آیا اهداف ارتباطی برای هر گروه از مخاطبان دسته‌بندی شده چیست؟ این اهداف را می‌توان در گروه‌های افزایش آگاهی، تغییر نگرش، و تغییر رفتار طبقه‌بندی کرد.
- مخاطبان، در حال حاضر، چه اعتقادات و باورهایی در زمینه موضوع پیام دارند و چه رفتارهایی را انجام می‌دهند؟
- محتوای پیام چگونه باید باشد؟
- آیا مخاطبان قادر به ادراک موضوع پیام هستند؟ در اینجا باید عواملی مانند سطح سواد، سن و علاقه به انجام تفکر انتقادی درباره موضوع در نظر گرفته شود.
- مخاطبان بیشتر اطلاعات مربوط به موضوع پیام مورد نظر را از چه رسانه‌ای دریافت می‌کنند؟ کدام رسانه برای آنان معتبرتر، در دسترس‌تر و مقبول‌تر است؟

با توجه به نکات فوق‌الذکر، طراحی پیام را باید به افرادی که از دانش و مهارت کافی در این زمینه برخوردارند، واگذار کرد.

مرحله سوم - پیش‌آزمون پیام

زمان انجام پیش‌آزمون پیام

پیش‌آزمون باید بعد از تهیه اولین نسخه پیام انجام شود. ضمناً می‌تواند تا چندین بار قبل از تهیه نهایی و نشر پیام اجرا شود. پیش‌آزمون زمانی خاتمه می‌یابد که مخاطبان هدف شما به طور صحیحی پیام طراحی شده را ادراک کنند.

روش‌هایی انجام پیش‌آزمون

دو روش متداول برای پیش‌آزمون پیام شامل مصاحبه‌های فردی و بحث گروهی متمرکز می‌باشد. البته آزمون خوانایی و بررسی متخصصان نیز می‌تواند برای پیش‌آزمون استفاده شود.

- **مصاحبه‌های فردی:** شامل مصاحبه‌هایی است که بین یک مصاحبه‌کننده و یک مخاطب در یک فضای خصوصی و مطمئن انجام می‌شود.
- **بحث گروهی متمرکز:** شامل یک گروه کوچک (معمولاً بین ۸ تا ۱۰ نفر) از افراد است که در یک موقعیت گروهی به بحث در مورد پیام می‌پردازند.
- **ارزیابی میزان خوانایی:** به تعیین سطح دشواری در خواندن یک متن نوشتاری کمک می‌کند. این فعالیت باید قبل از پیش‌آزمون متن توسط مخاطب، انجام پذیرد.
- **بررسی متخصصین:** شامل بررسی نسخه اولیه پیام توسط کارشناسان و گرفتن نقطه نظرات و پیشنهادات اصلاحی آنان است.

مرحله چهارم - استفاده از نتایج پیش‌آزمون و انجام تغییرات لازم در پیام(در صورت لزوم)

تقریباً در تمام موارد طراحی پیام، نتایج پیش‌آزمون ایجاد تغییراتی را در محتوای پیام ایجاد می‌کند.

مرحله پنجم - انتخاب کانال مناسب برای انتشار پیام

انتخاب کانال مناسب نیز باید با توجه به یافته‌های مرحله اول باشد. کانال باید با توجه به عواملی چون کانال ارجح برای مخاطبان، دسترسی آنان، مسئله قیمت، پوشش رسانه، سطح سواد مخاطب، ویژگی‌های اجتماعی - اقتصادی، سن و جنس مخاطب انتخاب شود.

مرحله ششم - انتشار نهایی پیام

در این مرحله پیام نهایی از طریق کانال‌های مناسب به اطلاع مخاطب رسانیده می‌شود. باید توجه داشت که تکرار بیش‌ازحد و ارائه یک پیام واحد از خلال یک رسانه سبب خستگی مخاطب می‌شود و توجه او را به پیام کاهش می‌دهد. رسانه انتخاب شده برای ارائه پیام باید از نظر مخاطب معتبر و عامه‌پسند باشد. لذا بهتر است از پیام‌های متنوع و کانال‌های متعدد برای رسانیدن پیام به مخاطب استفاده شود.

معیارهای ارزیابی پیام در تبلیغات سلامت

۱- پیام باید توجه مخاطب را جلب و حفظ کند.

هر چه مخاطب شما بیشتر در مورد پیام تفکر کنند، به همان نسبت احتمال تغییر نگرش، آگاهی و رفتار او افزایش می‌یابد. برای جلب توجه، ایجاد جذابیت و برانگیختگی در پیام می‌توان از متن، تصاویر و گرافیک‌های با کیفیت بالا استفاده نمود.

۲- مفهوم کلیدی باید در شروع پیام ارائه شود.

مهم‌ترین مفهومی که لازم است به مخاطب، در جهت پذیرش رفتار توصیه شود باید در شروع پیام گذاشته شود. با این کار حتی مخاطبان آشفته یا مخاطبانی که علاقه کمی به موضوع پیام دارند، مفهوم کلیدی آن را دریافت می‌کنند. در واقع باید:

- ابتدا مهم‌ترین اطلاعات را ارائه کرد.
- سپس در مورد کاری که مخاطب باید انجام دهد، توضیح داد.
- در نهایت، اهمیت رفتار توصیه شده را برای مخاطب توضیح داد.

۳- پیام باید واضح و روشن باشد.

در پیام باید رفتارهای مورد انتظار از مخاطب، دلایل انجام آن رفتارها و شواهد لازم در مورد ضرورت آنها و هر گونه اطلاعات و تعاریف زمینه‌ای، به روشنی بیان شود. عواملی مانند زبان و نوع نوشتار، میزان محتوا، زمینه (متن، تصویر و...) و تکرار می‌توانند وضوح پیام را افزایش و یا کاهش دهد.

۴- رفتارهایی که در خلال پیام به مخاطب توصیه می‌شود، باید آسان باشد.

در برخی مواقع، رفتار توصیه شده برای مخاطب قابل‌پذیرش نیست، چرا که انجام آن رفتار نیازمند تلاش فراوان و منابع زیاد است. لذا باید رفتارهای ساده تر که موانع کمتر، آسانی بیشتر و جذابیت بهتری دارند، در پیام ارائه شود.

۵- پیام باید از محرک‌های مؤثر استفاده کند.

طراحی یک پیام ترغیب‌کننده در ارتباط بهداشتی، چیزی بیش از یک تقاضای ساده از مخاطب برای پذیرش رفتار توصیه شده است. شما باید به توضیح این موضوع بپردازید که مخاطبان شما، چرا باید به انجام رفتار توصیه شده در پیام شما علاقه‌مند شوند.

۶- شواهد و مدارک کافی برای تهدیدات و مزایای انجام دادن یا ندادن رفتار در پیام ارائه شود.

طراحان پیام باید مدارک و شواهد قابل‌باور را در مورد واقعی بودن و احتمال زیاد وقوع تهدیدها (مرتبط با عدم انجام یک رفتار) و مزایای رفتار توصیه شده برای کاهش تهدید، ارائه دهند. مخاطبان باید متقاعد شوند که رفتار توصیه شده، تهدید مورد بحث را کاهش می‌دهد.

۷- ارائه‌دهنده پیام باید یک منبع معتبر اطلاعات باشد.

اعتبار منبع نقش مهمی در ترغیب مخاطبان ایفا می‌کند و بر مقبولیت اطلاعات ارائه شده می‌افزاید. پیام‌دهنده معتبر می‌تواند در جلب توجه، روشن ساختن مفاهیم انتزاعی، الگوسازی پیرامون عملکرد و نتایج، آسان‌سازی به یادسپاری و حفظ عقاید شکل یافته مخاطب کمک فراوان کند. اعتبار منبع، افراد را برای داشتن نگرش صحیح برمی‌انگیزد. پیام‌دهنده می‌تواند یک آدم مشهور (مثل یک ورزشکار یا بازیگر معروف) مقام رسمی (رهبر یا رئیس یک سازمان) افراد متخصص (پزشک یا محقق)، هنرمندان تئاتر و غیره باشد.

۸- پیام باید جذاب و دل‌نشین باشد.

پیام باید قابل باور و پذیرفتنی باشد؛ از لحن و نحوه بیان و جاذبه‌های متناسب با مخاطب در آن استفاده شود؛ و از اهانت به مخاطب و سرزنش او در آن خودداری شود.

۹- یک بسیج اطلاع‌رسانی باید یک نام، نماد، و شعار برای شناسایی داشته باشد.

این موارد سبب افزایش تأثیر می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا پیام کلیدی را به خاطر آورند. شعار باید به طور برجسته و مختصر، مهم‌ترین ایده پیام را در خود داشته باشد. بیشتر افراد ترجیح می‌دهند اطلاعات ارائه شده، به صورت مختصر، ارائه شوند؛ هرچند استفاده از توضیحات بیشتر در قالب داستان یا حقایق (درام) می‌تواند موقعیت، رفتار و پیامدهای واقعی‌تری را به تصویر درآورد.

عوامل مؤثر بر اثربخشی پیام‌های نوشتاری

۱- استفاده از جاذبه‌های هیجانی و شناختی در طراحی پیام

در حوزه سلامت، از طیف وسیعی از جاذبه‌ها در طراحی پیام‌های ترغیب‌کننده استفاده می‌شود. جاذبه‌ها به دو دسته هیجانی و شناختی تقسیم می‌شوند. به‌عنوان مثال می‌توان از جاذبه‌های گناه (که نوعی جاذبه هیجانی است) در طراحی پیام‌های ترغیب‌کننده استفاده کرد. در این مورد می‌توان به جلب توجه مخاطب به احساس گناه ناشی از خود داری از اقدام به رفتار توصیه شده در آینده پرداخت. یادآوری افراد در زمینه قصورات و بی‌اعتنایی آنان به عمل به رفتارهای توصیه شده می‌تواند احساس گناه ایجاد کند. پیام‌های منطقی، که بر شناخت تأکید دارند، پیام‌هایی هستند که با بیان حقایق و ارائه اطلاعات (برای مثال حقایق مرتبط با ایدز، علل آن، راه انتقال و روش‌های پیشگیری) مخاطب را متقاعد می‌سازند. این پیام‌ها برای افرادی که تحصیلات بالا دارند، ارزش زیادی دارد. به‌طور کلی از جاذبه‌های شناختی می‌توان برای مخاطبان با نیازهای شناختی زیاد و از جاذبه‌های هیجانی می‌توان برای مخاطبان با نیازهای شناختی کمتر استفاده کرد.

۲- استفاده از جاذبه‌های تهدید در طراحی پیام

پیام‌های حاوی تهدید در زمره پیام‌های ترغیب‌کننده هستند که با توصیف حوادث ترس‌آور، برای ترساندن افراد طراحی شده‌اند. این دسته از پیام‌ها به مردم هشدار می‌دهند که برای آن‌ها این حوادث ترس‌آور اتفاق می‌افتد، اگر به توصیه‌های موجود در پیام عمل نکنند. طراحی پیام‌های تهدیدکننده به خصوص در بسیج‌های پیشگیری از بیماری کاربرد فراوان دارد. مطالعات انجام شده در مورد جاذبه‌های تهدید نشان می‌دهد که این جاذبه‌ها تأثیرات بالقوه ترغیب‌کنندگی دارند و می‌توانند سبب افزایش پذیرش پیام شوند. تأثیرات آن‌ها وابسته به ساختار پیام، متفاوت است. ارائه شدت متوسط ترس در پیام، تأثیرات بیشتری بر تغییر نگرش و رفتار عمومی مردم، نسبت به شدت ترس زیاد دارد. در هنگام طراحی پیام‌های تهدیدکننده باید چند جزء اساسی در پیام مد نظر قرار داد که شامل موارد زیر است:

- توجه به ویژگی‌هایی چون درجه اضطراب مخاطب، مرحله تغییر، سن، وضعیت اجتماعی اقتصادی و درجه درگیری مخاطب در موضوع مورد نظر، برای تعیین شدت ترس مورد نیاز در ارائه پیام
- ارائه یک یا چند راه‌حل یا رفتار ساده برای کاهش تهدید
- دادن اطمینان به فرد برای داشتن توانایی جهت انجام رفتار توصیه شده
- ذکر نشانی یا تلفن مراکز ارائه دهنده خدمات (مثلاً برای انجام واکسیناسیون یا غربالگری)

نظریه چشم‌انداز بیان می‌کند که چارچوب‌بندی‌های مختلف پیام می‌تواند تأثیر متفاوتی بر مردم داشته باشد. این نظریه بیان می‌کند که وقتی فرد با دامنه‌ای از ضرر و زیان‌ها روبرو می‌شود تمایل به خطر پیدا می‌کند؛ به این صورت که گزینه‌ای را انتخاب می‌کند که بتواند جلوی ضرر و زیان احتمالی را بگیرد (گزینه خطرناک). همین فرد وقتی با دامنه‌ای از سود‌ها و منافع روبرو می‌شود گزینه‌ای را انتخاب می‌کند که بتواند آن منافع را حفظ کند (گزینه کم‌خطر).

روتمن و سالوی استدلال نظریه چشم‌انداز را وارد حوزه‌ی پیام‌های بهداشتی کردند. برای درک بهتر این مسئله ابتدا باید

بیان کرد رفتارهای بهداشتی به دو گروه پیشگیری و تشخیصی تقسیم‌بندی می‌شوند. رفتارهای پیشگیری یعنی رفتارهایی که با انجام آن‌ها می‌توان از یک مشکل بهداشتی یا بیماری پیشگیری کرد (مانند مسواک زدن، ورزش کردن) و رفتارهای تشخیصی یعنی رفتارهایی که در تشخیص بیماری‌ها کاربرد دارند (مانند آزمایش تشخیص ایدز).

رفتارهایی که از وقوع بیماری‌ها پیشگیری می‌کنند کمتر خطرناک برآورد می‌شوند و رفتارهایی که منجر به تشخیص یک بیماری می‌شوند به عنوان رفتارهای پرخطر شناخته می‌شوند، چون احتمال دارد موجب کشف یک بیماری جدی شوند. بر این اساس روتن و سالوی پیش‌بینی کردند که ماهیت یک رفتار بهداشتی که تعیین‌کننده میزان خطر مرتبط با آن است، تأثیرپذیری از انواع چارچوب‌بندی پیام را تعیین می‌کند. به همین دلیل پیام‌های سودمحور برای رفتارهای پیشگیری (رفتارهایی که خطر پایین‌تری دارند) و برای رفتارهای تشخیصی (رفتارهایی که خطر بالاتری دارند)، پیام‌های زیان‌محور قانع‌کننده‌تر خواهند بود. این پیش‌بینی در تحقیقات زیادی مورد پشتیبانی قرار گرفته است. مثلاً مشخص شد برای تشویق به انجام رفتارهای تشخیصی مثل آزمایش سرطان سینه یا آزمایش اچ‌آی‌وی پیام‌های زیان‌محور مؤثرتر از پیام‌های سودمحور هستند. برعکس برای تشویق به انجام رفتارهای بهداشتی پیشگیری مثل استفاده از کرم ضد آفتاب، توقف سیگار و بهداشت دهان و دندان پیام‌های پیشگیری مؤثرتر از پیام‌های تشخیصی هستند.

چارچوب مثبت پیام یا پیام‌های سودمحور، بر مزایای انجام رفتار استوار است؛ درحالی‌که چارچوب منفی یا پیام‌های زیان‌محور بر هزینه‌های بهداشتی ناشی از اقدام نکردن به رفتار متمرکز هستند. در حوزه مراقبت سلامت پیام‌ها بر پیامدهای منفی یا مثبت ناشی از اتخاذ یا عدم اتخاذ یک رفتار خاص تمرکز دارند. به‌عنوان مثال چارچوب مثبت پیام نشان می‌دهد که حفاظت از پوست در برابر آفتاب می‌تواند پوست شما را سالم نگه دارد و چارچوب منفی پیام نشان می‌دهد که عدم حفاظت از پوست در برابر آفتاب می‌تواند عامل لکه‌دار شدن یا حتی ابتلا به سرطان پوست باشد.

مطالعه‌ای با هدف تعیین اثربخشی پیام‌های سودمحور و زیان‌محور نسبت به اتخاذ رفتارهای بهداشتی دهان و دندان در میان دانش‌آموزان ابتدایی شهر رفسنجان با به‌کارگیری الگوی فرآیند موازی گسترده اجرا گردید. نتایج نشان داد پس از ارائه پیام‌های آموزشی، دخترانی که پیام‌های مثبت و پسرانی که پیام‌های منفی را دریافت نموده بودند، بیش از سایر گروه‌ها تصمیم خود را برای مراجعه به دندان‌پزشک گزارش کرده بودند. بر این اساس حساسیت درک شده نقش مهمی در اتخاذ رفتار بهداشتی دهان و دندان ایفا کرد. دختران با دریافت پیام‌های منفی به سمت ترس بیشتر رفته کمتر برای اتخاذ رفتار ترغیب می‌شوند؛ در حالی‌که پسران نقش متضادی در این زمینه داشتند. لذا پیشنهاد می‌شود در ارائه پیام‌ها یا تدوین محتواهای آموزشی با هدف ترغیب در اتخاذ رفتارها بین پسران و دختران تفاوت جدی قائل شویم.

اصول طراحی پیام‌های تصویری

مردم بیشتر اطلاعات خود را از طریق دیدن به دست می‌آورند. بخش مهمی از این دیدنی‌ها، و نه همه آن‌ها، مطالب خواندنی هستند. یک گروه مهم از رسانه‌ها، رسانه‌های دیداری تصویری هستند. با تصویر می‌توان اطلاعات فشرده و بسیاری را در حجم و فضای کم ارائه کرد. تصاویر به تجربه دست‌اول و محسوسات نزدیک‌ترند و به همین علت قابل فهم‌تر هستند. در تصویر خود پدیده و نه علائم کلامی آن مطرح می‌شوند. کاربرد پیام‌های تصویری در آموزش عبارتند از:

- تأکید بر نکات مهم و جلب توجه مخاطبان نسبت به آن‌ها
- کمک به حافظه و یادآوری
- بازنمایی واقعیت
- نشان دادن پدیده‌های عینی غیرقابل دسترس
- عینی کردن مفاهیم مجرد مانند شکلی از یک مدل ارتباطی
- تغییر نگرش
- کمک به سازمان‌دهی مطالب در ذهن مخاطب (مانند استفاده از چارت‌ها)
- ایجاد فرصت استراحت ذهنی برای مخاطب (با قرار دادن یک تصویر در یک متن پیچیده)
- فراهم کردن امکان مقایسه برای تشخیص شباهت‌ها و تفاوت‌های بین پدیده‌ها و اشیاء
- فعال کردن دانش قبلی و یا ایجاد دانش زمینه برای یادگیری مطلب جدید
- نشان دادن تغییرات پدیده‌ها در طول زمان
- برقراری ارتباط بین کمیت‌ها، مانند نموداری که روابط بین مجموعه‌ای از اعداد را نشان می‌دهد

عناصر تصویری

عناصر تصویری را می‌توان حروف الفبای زبان تصویری دانست. هر تصویر از یک سلسله عناصر اولیه تشکیل شده است. این عناصر، ماده خام تمام تصاویر دیداری هستند و به شکل‌های مختلف با یکدیگر ترکیب و تلفیق می‌شوند. انواع این عناصر عبارتند از:

- **نقطه:** به عنوان ساده‌ترین واحد یا عنصر بصری، در عین آرامش و بی‌حرکتی، در درون خود نیروی شکل‌دهی و پدیدآوری عناصر تصویری دیگری را دارد. مهم‌ترین ویژگی نقطه، خاصیت جلب نگاه بیننده است. نقطه در هر جایی از صفحه باشد، به سرعت نگاه بیننده را به سوی خود جلب می‌کند. قرار گرفتن تعدادی نقطه در پی هم، چشم را به جهتی خاص هدایت می‌کند.
- **خط:** بر خلاف نقطه که چشم را بر روی خود ثابت نگه می‌دارد، خط نقش هدایت چشم را بر عهده می‌گیرد و می‌تواند نظر بیننده را به همراه خود در جهت‌های مختلف به حرکت درآورد. خط تصویری می‌تواند ضخامت‌های مختلف داشته باشد. هر یک از انواع خط و جهت‌های آن‌ها، با داشتن معانی ویژه، می‌توانند حس‌های متفاوتی به بیننده القا کنند. مثلاً خط منحنی بیانگر ملایمت، ظرافت، آرامش، لطافت، شادابی و نشان‌دهنده حرکات لطیف و موزون است. خط شکسته یا زیگزاگ نشانه و القا کننده حس اضطراب، بی‌نظمی، خشونت و خطرناک بودن است. خط‌های ترسیم شده با خط کش، احساس رسمی و دقیق بودن و خط‌های ترسیم شده با دست و خودکار، احساس غیر رسمی و آزاد بودن را القا می‌کند.

● **شکل:** آرایش خط و سطح برای ترسیم یک شیء را شکل می‌نامند. به عبارتی محدوده و پیرامون اجسام را شکل می‌نامند. شکل‌ها به دو دسته هندسی و آلی تقسیم می‌شوند. شکل‌های هندسی نیز خود به دو دسته هندسی اصلی و هندسی ترکیبی تقسیم می‌شوند. سه شکل هندسی اصلی عبارت‌اند از: مربع، دایره و مثلث متساوی‌الاضلاع. شکل مربع بیانگر حس تعادل مطلق، استحکام، اطمینان بخشی، انعطاف‌پذیری، صداقت، ثبات، صلابت و سکون است. شکل مثلث بیانگر حس دلهره، خطر، مبارزه جویی، انقباض، تحرک و فعالیتی بیش از مربع و دایره است. مثلی که بر ضلع قاعده‌اش قرار دارد بسیار استوار و همانند کوه است. اما اگر بر یکی از رأس‌هایش قرار گیرد، کاملاً ناپایدار و غیر متعادل به نظر می‌رسد. شکل دایره بیانگر حس جنبش و حرکت، تکرر و تداوم، گرما، بی‌انتهایی، نرمی و لطافت، معلق بودن، پاکی، صمیمیت، روحانیت و آسمانی بودن (دایره مینا اشاره به آسمان دارد) است.

● **جهت:** جهت حالتی است که در خطوط و در شکل‌های هندسی اصلی وجود دارد. در شکل‌های هندسی اصلی می‌توان چهار جهت عمودی، افقی، مایل و دورانی را تشخیص داد. جهت افقی، حالتی چون سرد، آرام، محزون، غمگین، استراحت و سکون، خموشی و مرگ، بی‌تحرکی و خواب را بازگو می‌کند. این حالت‌ها اگر با رنگ ترکیب شوند، شدت یا ضعف خواهند گرفت. مثلاً خط افقی با رنگ آبی کمرنگ، سردتر و دارای سکون بیشتر و خط افقی نارنجی‌رنگ، دارای سرما و سکون کمتر خواهد بود. جهت عمودی نیز نشان‌دهنده استواری، پایداری، گرما، رشادت، مقاومت، ایستادگی، غرور و خودپسندی است. جهت عمودی برعکس جهت افقی، بیانگر زندگی و تحرک است. جهت پایین به بالا (در خط عمودی) نشانه سبک شدن، صعود به سوی آسمان، ارتفاع گرفتن و حرکت به سوی معنویت و روحانیت است. درحالی‌که جهت بالا به پایین نشانه سنگین شدن، سقوط، دور شدن از آسمان و معنویت و نزدیک شدن به زمین و گرایش به مادیات است. در یک تابلو، خطوط دارای جهت عمودی، ارتفاع را بلندتر نشان می‌دهند و مانع از نفوذ نگاه به عمق تصویر می‌شوند. جهت مایل، مورب یا اریب (زاویه ۴۵ درجه) حالتی خنثی دارد؛ نه سرد و نه گرم است و بین شادی و حزن قرار دارد. جهت مایل دارای فشار بصری زیادی است؛ یعنی نگاه را زودتر و بیشتر به خود جلب می‌کند. زیرا نسبت به آن دو جهت از ناپایداری و تحرک بیشتری برخوردار است. جهت مورب، احساس فعال بودن، جنب‌وجوش، بی‌قراری، عدم تعادل و رو به سقوط رفتن، ناآرامی و تهدیدکنندگی را به بیننده القا می‌کند. جهت منحنی یا دورانی بیان‌گر حالت‌هایی مانند حرکت سیال و مداوم، ملایمت، ظرافت، سرزندگی و خوشحالی، تکرار، محاط‌کنندگی، ملاحظت و گرماست.

● **بافت:** بافت اجسام، حالت و کیفیتی در سطح آن‌هاست که با چشم یا لمس کردن، یا هر دو، احساس می‌شود. بافت دارای خاصیت یکنواختی یا متنوع بودن، حساس کننده سطح و تحریک‌کننده چشم است. بافت‌ها به ۳ دسته دیداری، لامسه‌ای و دیداری لامسه‌ای تقسیم می‌شوند. بافت‌های دیداری صاف و صیقلی احساس سردی و آرامی را القا می‌کنند؛ و بدون جاذبه و کسالت آورند. در مقابل، بافت‌های دیداری زبر و خشن، دارای ویژگی گرما، استحکام، صمیمیت و قدرت هستند و از جذابیت بیشتری برخوردارند. سطح بافت‌های لامسه‌ای جلوه سه‌بعدی دارد. لمس بافت‌های خشن برای انسان جالب نیست و ناخوشایند است. بافت‌های دیداری - لامسه‌ای (مانند سنگ خارا صیقلی در نمای ساختمان‌ها) که از لحاظ دیداری، خشن ولی از نظر لامسه‌ای، نرم و لطیف باشند، جذابیت بیشتری برای انسان دارند.

- **سایه‌روشن:** میزان شدت تاریکی یا روشنایی چیزهایی است که دیده می‌شود. یکی از مهم‌ترین کاربردهای سایه‌روشن، نشان دادن حجم یا بعد سوم اجسام است.
- **حرکت و ریتم:** تغییر مکان یا موقعیت یک شیء را حرکت می‌نامیم. حرکت، ابتدایی‌ترین و مؤثرترین محرک برای حس بینایی است. حتی ریزترین تغییر در محیط دیداری، ناخودآگاه موجب جلب توجه می‌شود.
- **اندازه‌ها (تناسب‌ها):** برای قضاوت در مورد اندازه (بزرگی یا کوچکی) یک شیء، لازم است آن را در مقایسه با شیء دیگری ببینیم. تناسب، نسبت و رابطه بین اجزاء یک کل با یکدیگر، یا رابطه جزء با کل است.
- **بعد سوم:** بعد سوم با اصطلاحاتی نظیر ضخامت، حجم، ارتفاع، فاصله، عمق و غیره خوانده می‌شود. با روش‌های مختلف مانند سایه‌روشن، می‌توان بعد سوم را به بیننده نشان داد.
- **رنگ:** رنگ یکی از جذاب‌ترین و تأثیرگذارترین پدیده‌های هستی است. رنگ علامت مشخصه هر جسم است و بیش از هر عنصر بصری دیگری با عواطف و احساسات بشر نزدیکی دارد.

ترکیب‌بندی

روان‌شناسان گشتالت سعی کرده‌اند چگونگی سازمان یافتن دریافت‌های حسی انسان را شناسایی کنند و در این مسیر به اصول متعددی پی برده‌اند که اغلب آن‌ها جزء قاعده‌های ترکیب‌بندی تصاویر به شمار می‌روند. بر اساس نظر روان‌شناسی گشتالت، مغز داده‌های حسی را بلافاصله در قالب الگوهای کلی، ساده‌سازی و منظم می‌کند. از نکات اصلی روان‌شناسی گشتالت این است که ادراک، یا تصویری که ذهن از داده‌های حسی دریافتی‌اش می‌سازد، صرفاً حاصل جمع جبری تک‌تک اجزاء دریافتی نیست؛ بلکه نتیجه کلیت آن است و ذهن در فرایند پردازش داده‌های حسی و یکپارچه‌سازی آنها، کیفیت‌های جدیدی به آن‌ها می‌افزاید. به این ترتیب، ارزش هر جزء تصویر (شکل، رنگ، خط، بافت و...) به رابطه آن جزء با دیگر اجزاء بستگی دارد و هر گونه تغییر در یکی از اجزای تابلو، بر معنی و حالت دیگر اجزا و کلیت تصویر تأثیر می‌گذارد. ادراک، صرفاً بازسازی هندسی محرک تصویری بر روی شبکه نیست، بلکه عبارت است از یک سری روابط نظام یافته یا گشتالتی. برخی از قاعده‌های ترکیب‌بندی عبارت است از:

- **فشار بصری:** هر عنصر تشکیل دهنده تابلو دارای میزانی از قدرت جلب نگاه بیننده است که به نام فشار بصری خوانده می‌شود. وجود این جاذبه در میان عناصر و کلیت تابلو، باعث نوعی رقابت بین آنها برای جلب نگاه بیننده می‌شود.
- **تراز کردن و برجسته‌سازی:** یکی از قاعده‌های مهم در ترکیب‌بندی، قاعده تراز کردن و برجسته‌سازی است. آنچه در برخورد با آن، برای ما طبیعی، عادی و منطبق با انتظارات مان به نظر می‌رسد امری تراز شده و آنچه برای ما غیرعادی و غیرمنتظره به نظر می‌رسد امری برجسته‌سازی شده تلقی می‌گردد.
- **تعادل و نبود تعادل:** تعادل به معنای تساوی نیروهای وارد بر یک جسم از جهات مختلف است؛ به گونه‌ای که آن شیء در وضعیتی با ثبات قرار گیرد. انسان‌ها به صورت ناخودآگاه در برخورد با تصاویر، سریعاً به بود یا نبود تعادل و توازن در آنها توجه می‌کنند.
- **هماهنگی و تضاد:** فن هماهنگی را می‌توان از طریق استفاده از عناصر بصری مشابه و همخوان یکدیگر،

- رنگ‌های هماهنگ، تعادل رسمی، طرح‌های ساده، منظم و آرام به اجرا گذارد.
- **شکل و زمینه:** در یک تابلو، خود موضوع اصلی را «شکل یا فضای مثبت» و محیط خالی اطراف آن را «زمینه یا فضای منفی» می‌نامند. یک شیء، برای دیده شدن، باید از محیطی که در آن جای دارد، متمایز شود. محیط اطراف شیء مورد مشاهده و نیز چگونگی محل و رابطه آن شیء با اشیای دیگر موجود در آن محیط، بر چگونگی درک ما از ویژگی‌های دیداری آن شیء مانند اندازه، رنگ، محل، شکل و بافتش تأثیر می‌گذارد. وجود رابطه مناسب بین شکل و زمینه، در داخل یک کادر یا قاب، یکی از عوامل اصلی شکل‌گیری یک ترکیب‌بندی مناسب است. در رسانه‌های تصویری این اصل با عنوان فضای خالی خوانده می‌شود و منظور آن رعایت نسبت مناسب بین فضای خالی به کل سطح تابلو است. وجود فضای خالی به معنای قرار دادن فاصله مناسب بین اجزا و تصویر موجود در تابلو است. وجود چنین فضایی مانع از شلوغی اجزای تابلو و به درک آسان‌تر پیام و تأثیرگذاری بیشتر منجر خواهد شد.
- **سادگی:** یک اصل مهم در ترکیب‌بندی، ساده نگاه داشتن آن است. سادگی به معنای ارائه اطلاعات مشخص، طرح‌ها و تصاویر محدود، نوشته‌های موجز و کمی تنوع رنگ‌ها بر روی تابلو است.
- **تأکید:** یک اصل مهم در ترکیب‌بندی مناسب، کسب موفقیت در جلب نظر بیننده به موضوع اصلی و مورد تأکید تابلو است.
- **وحدت:** به این معناست که اجزا و عناصر کاربردی در تابلو از جمله تصاویر، نوشته‌ها، رنگ‌ها و ... با وجود تنوع و کثرتی که دارند، همگی باید با یکدیگر مرتبط باشند و مجموعه در جهت بیان پیام و تأکید بر موضوع اصلی عمل کند.

استفاده از افراد مشهور در تبلیغات

امروزه شاهد حضور گسترده افراد مشهور در تبلیغات شرکت‌ها هستیم. در واقع گفته می‌شود استفاده از این منبع به عنوان محور تبلیغات و تلاش‌های ترفیعی شرکت‌ها، یکی از مؤثرترین راهکارهای تأثیرگذاری بر تصویر ذهنی مخاطب است. عوامل زیر در انتخاب فرد مناسب باید مد نظر قرار گیرد.

- تناسب فرد با پیام تبلیغات سلامت یا معرفی پزشک خانواده (تناسب با موضوع تبلیغ، خدمات و منبع)
- تناسب فرد با مخاطب (ویژگی‌های جمعیت شناختی، تناسب ارزش‌ها و اعتقادات افراد)
- تناسب تخصص فرد (تخصص حرفه‌ای، تجربه، صلاحیت)
- جذابیت ظاهری (چهره، حالات، صدا، اندام، شیک‌پوشی)
- قابل اعتماد بودن (حسن پیشینه، منحصر به فرد بودن، وجهه اجتماعی)
- محبوبیت فرد (مرجعیت، تمایل)
- اثربخشی تبلیغ (تمایل به استفاده، تمایل به مشاهده و کسب اطلاعات، توصیه به دیگران، به خاطر سپاری پیام، نگرش مثبت به پیام و خدمات)

تبلیغ در شبکه‌های اجتماعی

کسب و کارهای مختلف استفاده از شبکه‌های اجتماعی برای تبلیغات را بسیار کاربردی و مفید می‌دانند؛ اما اشتباه و باور غلط رایجی که بین صاحبان کسب و کارها به چشم می‌خورد این است که انتخاب بهترین پلتفرم را ضامن موفقیت و اثربخشی بالای تبلیغات در شبکه‌های اجتماعی می‌دانند. این در حالی است که انتخاب پلتفرم مناسب با نوع کسب و کار و نحوه اجرای بسیج‌های اطلاع رسانی، تنها بخشی از عوامل تأثیرگذار بر موفقیت تبلیغ‌ها بوده است و باید بتوان با تاکتیک‌ها و تکنیک‌های متنوع، اثربخشی آن‌ها را افزایش داد. برای افزایش اثربخشی تبلیغ‌ها در شبکه‌های اجتماعی موارد زیر از اهمیت برخوردارند:

تغییر لحن و شیوه پیام متناسب با مخاطبان در هر یک از انواع شبکه‌های اجتماعی

هر کدام از انواع شبکه‌های اجتماعی مخاطبان خاص خودشان را دارند؛ بنابراین باید متناسب با مخاطب جامعه هدف خود رفتار کرد. به همان اندازه که سفارشی‌سازی لحن و شیوه بیان پیام بهتر صورت بگیرد، نرخ موفقیت آن بالاتر خواهد رفت. به‌عنوان مثال تبلیغ متنی در تلگرام بسیار مناسب‌تر از اینستاگرام است که در آن محتواهای بصری مثل ویدیوها اثربخشی بالاتری دارند.

استفاده از آیت‌های گرافیکی سفارشی‌سازی شده

چنانچه طرح، مدل و حتی نوع تصاویری که استفاده می‌کنید تکراری باشند و ایده جدیدی در آن‌ها بکار گرفته نشده باشد، تبلیغ مؤثر و مفیدی نخواهید داشت. بنابراین بسته به نوع کسب و کار و جامعه هدف، عناصر گرافیکی خاص تولید کنید.

محتوای خاص و حق مالکیت معنوی

اگر هدف از تبلیغات در شبکه‌های اجتماعی این است که کاربران را به سایت بکشاند یا اینکه در همان شبکه‌های اجتماعی، بحث و گفت و گو صورت گیرد، باید محتوای خاص داشته باشد و حق مالکیت معنوی رعایت شود. در این صورت می‌توانید مخاطبان زیادی را جذب کرده به اهداف تعیین شده دست پیدا کنید.

انتقال ساده مفهوم و پیام

اجرای صحیح و اصولی تبلیغ در شبکه‌های اجتماعی، به معنای ساده‌تر کردن فرایند انتقال مفهوم و پیام تبلیغ به همه مخاطبان است. بنابراین از طراحی بخش‌های مختلف گرفته تا شیوه انجام تبلیغ و نحوه ارائه باید به ارتباط بهتر و راحت‌تر با مخاطبان توجه شود.

طراحی سایت مرجع اختصاصی

سعی کنید برای تبلیغ در شبکه‌های اجتماعی که لینک به سایت دارند، سایت‌های مرجع حرفه‌ای و جدید طراحی کنید تا بیشتر روی ذهن مخاطب تأثیر بگذارید.

در نظر گرفتن جوایز یا خدمات ویژه برای تبلیغ

یکی از نکات و اصول بسیار مهم تبلیغات در شبکه‌های اجتماعی این است که بخشی از این پروسه باید توسط مخاطبان هدایت شود. به‌عبارت‌دیگر باید نوع تبلیغ و شیوه اجرا در زمان و مکان مناسب به‌قدری زیبا و بی‌نظیر باشد که مخاطب را برای به اشتراک‌گذاری تبلیغ، تشویق کند. در این صورت مطمئن خواهید شد که همه مراحل را درست طی کرده‌اید و اثربخشی بسیج اطلاع رسانی شما چندین برابر خواهد شد.

تبلیغ جداگانه برای جذب مخاطبان جدید و هدف قرار دادن مخاطبان قبلی

مخاطبان قبلی و مخاطبانی که تازه با شما آشنا شده‌اند هر کدام به تبلیغ جداگانه و هوشمندانه مختص خودشان نیاز دارند. به‌عنوان مثال برای جذب کردن مخاطبی که قبلاً از خدمات شما استفاده می‌کرده اما مدت زیادی است که به اپلیکیشن کسب و کار شما مراجعه نکرده است، باید تبلیغ متفاوتی نسبت به جذب مخاطب کاملاً جدید اتخاذ کنید. در نهایت ممکن است اهداف متفاوتی در رابطه با تبلیغ در شبکه‌های اجتماعی دنبال شود. بنابراین باید توجه داشت که براساس نوع اهداف و مخاطبان مدنظر، باید از شبکه‌های اجتماعی مناسب استفاده و شیوه تبلیغاتی خاصی را نیز انتخاب کرد.

راهکار بهینه‌سازی سایت

راهکار اول- اجرای مطلوب سایت در تلفن همراه

از آن جایی که طبق آمارهای به دست آمده، میزان جست و جو در گوشی‌های همراه بیشتر از رایانه‌ها بوده است، نمایش مطلوب سایت در گوشی همراه موجب رضایتمندی کاربران می‌شود. نمایش مطلوب در گوشی همراه تنها به معنای تغییر ابعاد صفحه متناسب با صفحه گوشی همراه نیست؛ بلکه سایت باید به گونه‌ای طراحی شود که هم در هنگام نمایش در گوشی همراه سرعت خوبی داشته باشد و هم از نمایش عناصر شلوغ کننده فضا خود داری شود.

راهکار دوم- بالا بردن سرعت سایت

سرعت سایت یکی از مهم‌ترین عوامل برای بالا قرار گرفتن سایت در نتایج جست و جوی گوگل است.

راهکار سوم- اهمیت دادن به تولید محتوا

نکات زیر برای تولید محتوا کمک کننده است:

- زمان‌بندی دقیق برای ارائه محتوا در سایت
- ارائه محتواهای کاملاً اختصاصی و خاص
- ایجاد صفحات با کیفیت به جای ایجاد صفحات زیاد
- به کار گیری تکنیک‌های روان‌شناسی محتوا نویسی
- خوانایی بالاتر محتوا
- ایجاد محتواهای غنی از عناصر چند رسانه‌ای
- پوشش تمام نیازها و پرسش‌های کاربران در محتواها

راهکار چهارم- لینک سازی داخلی

ایجاد لینک‌های بین محتوای سایت باعث اتفاقات بسیار مثبتی می‌شود:

- کاربران با کلیک روی لینک‌ها، بیشتر در سایت می‌گردند.
- سبب ایجاد سلسله مراتب استاندارد برای راه‌یابی خزنده گوگل به صفحات مختلف سایت می‌شود.
- با استفاده از آن می‌توان قدرت صفحات را به هم انتقال داد.

راهکار پنجم - فعال سازی LSS

گواهی نامه SSL همان مجوزی است که سایت را از http به https تبدیل می کند و این موجب می شود که بسته های داده در سایت به شکل امن تری رد و بدل شود. از سال ۲۰۱۸ به بعد گوگل کروم هم سایت هایی که http بوده اند را به شکل not secure نمایش می دهد.

راهکار ششم - ارتباط با سایت های معتبر

یکی از راهکارهای کارآمد بهینه سازی سایت برای موتورهای جست و جو است که بهره گیری از آن اعتبار و صحت محتوا را هم بالا خواهد برد.

راهکار هفتم - تمرکز را از off page به on page ببرید.

تمرکز باید روی مفاهیم on page و سئ داخلی باشد تا طبق علاقه مندی گوگل، به شکل خودکار لینک شوید..

راهکار هشتم - بیشتر شدن طول محتوای متنی

افزایش طول محتوای متنی تا حداقل ۱۸۰۰ کلمه، راهکاری بسیار کارآمد و مهم برای بهینه سازی سایت برای موتورهای جست و جو است.

راهکار نهم - هدایت از شبکه اجتماعی

هدایت از شبکه اجتماعی یکی از مؤثرترین و کم خطرترین راهکارها برای بهینه سازی سایت برای موتورهای جست و جو است. هدایت از شبکه اجتماعی اعتبار و محبوبیتی است که از شبکه های اجتماعی به سمت سایت روانه می شود. این امر محصول به اشتراک گذاشته شدن پیوند صفحات در شبکه های اجتماعی معتبر دنیا است.

راهکار دهم - کلمات کلیدی خود را تخصصی تر انتخاب کنید.

با بالا رفتن رقابتها روی کلیدواژه های کلی، تمرکز بر روی کلیدواژه های تخصصی تر قرار گرفته است. مزایای این روش عبارتند از:

- زودتر به نتیجه می رسد
- به جای صفحه اول بودن، به راحتی می تواند رتبه اول باشد و بازخورد بهتر کسب کند.
- هزینه به شدت کاهش می یابد.

راهکار یازدهم - کاهش نرخ ترک فوری و افزایش زمان ماندگاری

نرخ ترک فوری به معنی ترک سایت بلافاصله پس از ورود به آن است. یعنی کاربر سریعاً نارضایتی خود را نسبت به سایت، با بستن آن ابراز می کند. هرچقدر این نرخ بیشتر باشد، رتبه سایت در نتایج جست و جو پائین تر خواهد آمد. در مقابل، افزایش زمان ماندگاری کاربر در سایت حکایت از راضی بودن کاربران از سایت دارد و در نتیجه رتبه آن در نتایج جست و جو ارتقا خواهد یافت.

راهکار دوازدهم - ساختن ویدیو

محتوای ویدیویی صفحات سایت را به شدت قدرتمندتر می کند و منجر به افزایش زمان ماندگاری کاربر در سایت می شود.

راهکار سیزدهم - برند سازی

قدرت برند به طور غیرمستقیم بر قدرت وبسایت تأثیر خواهد گذاشت.

راهکار چهاردهم - کاربر محور شدن

روش‌های بهینه‌سازی برای موتور جستجو اکثراً جای خود را به روش‌های جلب رضایت کاربر داده‌اند و بهتر است به جای روش‌های تخلف و دور زدن گوگل، رضایت کاربران را جلب کرد. کاربر محور بودن یعنی:

- طراحی استاندارد ساختار سایت
- ایجاد روش‌های راه‌یابی به تمام صفحات مهم از هر جای سایت
- راضی کردن کاربر با ارائه محتوای مفید و کارآمد به او
- استفاده از روش‌های روانشناسی برای ماندگاری در ذهن کاربر

راهکار پانزدهم - متن پیوند حرفه‌ای

متن پیوند، متنی است که با کلیک بر روی آن، کاربر به جای دیگری هدایت می‌شود.

راهکار شانزدهم - منحصر به فرد در همه بخش‌های محتوا

در عنوان نویسی، سبک محتوا نویسی، تصاویر، ویدیوها و ... باید روش خاص خود را داشته باشید.

راهکار هفدهم - بهینه‌سازی محلی

گوگل سعی بر این دارد با شناسایی محل استقرار جستجو کننده، نتایجی را نشان او دهد که به او نزدیک هستند.

راهکار هجدهم - جذاب بودن عناوین سایت

فقط در صورتی که شناخت کافی از مخاطب وجود داشته باشد می‌توان از عناوینی که برای او جذاب باشد استفاده کرد. لذا ضروری است که قبل از طراحی سایت، با استفاده از روش‌های مختلف شناخت، به درک مناسبی از مخاطب دست یافت.

راهکار نوزدهم - شناسایی صفحات با پتانسیل بالا با استفاده از گوگل وبمستر

گوگل وبمستر ابزاری است که گوگل به مدیران سایت‌ها هدیه داده که با استفاده از آن بتوانند آنالیزی از اتفاقات مربوط به قابلیت دیده شدن سایتشان در موتورهای جست و جو داشته باشند. با استفاده از این ابزار می‌توان دریافت که:

- چه صفحاتی از سایت بیشترین بازدید را برای ما به ارمغان می‌آورند
- چه صفحاتی از سایت بالاترین رتبه را در کلمات کلیدی مختلف دارند
- کدامیک از صفحات بیشتر توسط کاربران دیده می‌شود ولی روی آن کلیک نمی‌شود
- کدام صفحه نرخ کلیک خوبی دارد
- کدام صفحات میزان جستجو و بازخورد کمی را داشتند و ارزشی برای زمان گذاشتن ندارند

منابع

1. Zahra Baji, Fereshteh Zamani Alavijeh, Sedighe Nouhjah, Ghodratollah Shakerinejad, Said Payman Payami. Comparing gain- and loss-framed message texting (SMS) on foot self-care behaviors among women with type 2 diabetes. *Payesh* 2016; 15 (6) :695-705
URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-145-fa.html>
2. Moradpoor Z, Javad, Elahi T. Effectiveness of message framing on physical activity. *Payesh* 2019; 18 (5) :535-544, URL: <http://payeshjournal.ir/article-1-1182-fa.html>
3. Abdolmohamad Sagha, M., Hendijani Fard, M., Kooshki Jahromi, A. Banks and Social Networks Marketing: A Content Analysis. *Business Intelligence Management Studies*, 2021; 9(35): 35-76. doi: 10.22054/IMS.2021.53535.1758
4. Sardari F, Nemati Anaraki L. Social Marketing in Health-related Settings with an Emphasis on the Role of Knowledge Brokers. *Manage Strat Health Syst* 2018; 3 (2) :91-93, URL: <http://mshsj.ssu.ac.ir/article-1-180-fa.html>
5. Akbarian Bafghi M J, Montazeralfaraj R. Study of Marketing Components Affecting Health Care Services in Hospitals. *Manage Strat Health Syst* 2016; 1 (1) :51-59, URL: <http://mshsj.ssu.ac.ir/article-1-26-fa.html>
۶. صادقی لواسانی نیان، صدقی جلال، احمدی خ، خدابخش. نقش رسانه های ارتباط جمعی در آگاهی و پیشگیری از ایدز در بین دانشجویان. *مطالعات رسانه ای*. ۲۰۱۲: ۸ (۲۳)، ص ۳۶-۱۲۳
۷. برنامه آموزش مهارتهای ارتباطات میان فردی، ناهید احمدیان یزدی، مرکز مطالعات و آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۱۳۹۹
۸. نصیری، سپیده، کیماسی، مسعود، سماک نژاد، نگار، حسنقلی پور، طهمورث. الگوی انتخاب منبع انسانی پیام در کمپین های تبلیغاتی ایرانی. *کاوش های مدیریت بازرگانی*، ۱۳۹۷؛ ۱۰ (۲۰): ۲۸۳-۳۰۷.
۹. جبارزاده، سیدوحید و حیدری، سید عباس و نعمتی زاده، سینا، ۱۳۹۹، ارائه الگوی اثربخشی پیام تبلیغاتی با تاکید بر فرهنگ ملی ایران در بازار لوازم خانگی، قابل دسترسی در <https://civilica.com/doc/1035858>
۱۰. عزیزیان محمد، مزیدی شرف آبادی علی محمد، اسلامی حسین. بررسی عوامل در به کارگیری رسانه های اجتماعی با تاکید بر روابط عمومی متروی شهر تهران. *ماهنامه جامعه شناسی سیاسی ایران*، ۱۳۹۹؛ ۳ (۱): ۵۰۹-۵۴۲.
۱۱. رحمان زاده حقیقی. عوامل موثر در افزایش اثربخشی شبکه های اجتماعی مجازی در سازمان های رسانه ای؛ (مورد مطالعه: انجمن مدیران روابط عمومی ایران). *مطالعات رسانه ای*، ۲۰۱۳: ۸ (۲۱). صفحات ۴۸-۱۳۳
۱۲. درودی هما. نقش پیام تبلیغاتی رسانه بر اساس مدل (A.I.D.A) رفتار مصرف کننده (در فروشگاه های عرضه کننده

- لوازم خانگی، غرب تهران). مطالعات رسانه ای. ۱۳۹۲، قابل دسترسی در: <https://sid.ir/paper/fa/۲۱۱۹۴۲>
۱۳. برنامه گسترش مراقبت‌های اولیه برای تحقق پوشش همگانی سلامت در مناطق شهری، مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، نسخه ۶ مرداد ۱۴۰۱
۱۴. منبع اینترنتی Iran MCT، انواع بازاریابی: ۱۴۶ نوع بازاریابی، قابل دسترسی در سایت <https://iranmct.com/marketing/types-of-marketing>
۱۵. منبع اینترنتی، پردیسا یوسفی، بازاریابی چیست؟ بررسی ۱۵ نوع بازاریابی با مثال، قابل دسترسی در سایت <https://pardisayousefi.com/blog/marketing-types>
۱۶. منبع اینترنتی Web24.ir، بازاریابی یا مارکتینگ چیست؟ انواع روش‌های بازاریابی، قابل دسترسی در سایت <https://www.web24.ir/article/2745/%D8%A8%D8%A7%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D-B%8C%D8%A7%D8%A8%DB%8C-DA%86%DB%8C%D8%B3%D8%AA>
۱۷. منبع اینترنتی crmly، سارا رنجبران، انواع بازاریابی، معرفی ۴۲ نوع از انواع مارکتینگ، قابل دسترسی در سایت [/https://crmly.ir/marketing-types](https://crmly.ir/marketing-types)
۱۸. منبع اینترنتی اقیانوس آبی، انواع بازاریابی معرفی ۲۲ نوع پرکاربرد در ایران، قابل دسترسی در سایت <https://oghya-nooseabi.com/types-of-marketing>
۱۹. منبع اینترنتی jack black، سامان مرتضوی، انواع بازاریابی معرفی ۱۷۲ استراتژی بازاریابی، قابل دسترسی در سایت <https://jackblack.ir/blog/types-of-marketing>
۲۰. منبع اینترنتی آژانس نیک مارکتینگ، نازنین پاشایی، تعریف مارکتینگ و بازاریابی چیست و انواع بازاریابی ۲۰۲۳، قابل دسترسی در سایت [/https://nikmarketing.agency/what-is-marketing](https://nikmarketing.agency/what-is-marketing)

فصل نهم

پرداخت سرانه به پزشکان خانواده

پروژه ۱۲

مقدمه

مبحث زیر برگرفته از کتاب «طراحی و پیاده‌سازی سیستم‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت»^۱ از مجموعه کتابچه‌های "How-To" است. در ادامه بخشی‌هایی از کتاب که مربوط به پرداخت سرانه است ترجمه و ارائه شده است.

سیستم‌های پرداخت سرانه

در این گزارش به ترکیبی از شواهد و تجربیات بین‌المللی مرتبط با طراحی و اجرای سیستم‌های پرداخت سرانه در ارائه مراقبت‌های اولیه پرداخته شده است. بسیاری از مثال‌های وارد شده از تجربه‌ی کشورهای قزاقستان، قرقیزستان، تاجیکستان و ازبکستان گرفته شده‌اند. این چهار کشور از اواسط دهه ۱۹۹۰ سیستم‌های پرداخت سرانه را پیاده‌سازی کرده‌اند و چندین بار توسعه و اصلاح این سیستم‌ها را در برنامه خود قرار داده‌اند. از آنجایی که آنها وارث بسیاری از چالش‌های مشابه سیستم‌های مراقبت بهداشتی در سایر کشورهای با درآمد کم و متوسط، در سراسر جهان هستند، تجربه آنها در اجرای سیستم‌های پرداخت برای بسیاری از کشورهای دیگر مناسب است. به منظور انطباق با عوامل زمینه‌ای مختلف در داخل و خارج از سیستم مراقبت بهداشتی، این بخش برای طیف وسیعی از گزینه‌ها، از ساده‌ترین، یعنی، میانگین پرداخت به ازای هر فرد ثبت‌نام‌شده، تا سیستم‌های پیچیده‌تر، که شامل تعدیل‌کننده‌های سن/جنس و سایر تعدیل‌کننده‌های دیگر است، دستورالعمل‌هایی را ارائه می‌کند.

سیستم‌های پرداخت سرانه، به عنوان محرک‌های اصلاحات

از آنجایی که طراحی و پیاده‌سازی نظام پرداخت سرانه نسبتاً ساده است، می‌تواند تغییرات سریعی را در روابط بین بازیگران بخش سلامت ایجاد کند. سرانه می‌تواند تغییرات سریع و عمده‌ای را در امتداد چهار محور سیستم مراقبت بهداشتی، شامل تامین مالی، ارائه خدمات، ساختار نهادی و نقش جمعیت فراهم کند. به اجزای این چهار محور در ادامه اشاره شده است (شکل ۱).



شکل ۱- محورهای تأثیرگذاری سیستم پرداخت سرانه

تامین مالی

در تامین مالی سلامت، سیستم پرداخت سرانه، مکانیزمی فوری برای افزایش برابری در تخصیص منابع برای خدمات اولیه بهداشتی و افزایش شفافیت در تخصیص منابع ایجاد می‌کند. یک سیستم پرداخت سرانه به پرداخت‌کننده اجازه می‌دهد تا از نظر اداری میزان منابع تخصیص یافته به ازای هر فرد را برابر کند (گاهی تعدیل بر مبنای ریسک انجام شود) و منابع را به مراقبت‌های اولیه منتقل کند. اگر سیستم‌های پرداخت به درستی، با توجه به رقابت و انگیزه‌های اقتصادی مناسب طراحی شوند، وجوه به جایی که استفاده از آنها هزینه-اثربختر است، یعنی بخش مراقبت‌های اولیه، سرارزیر خواهد شد. سیستم پرداخت سرانه مکانیسم اجرایی را برای شروع این تغییر، در کوتاه مدت، فراهم می‌کند. سیستم پرداخت سرانه هنگامی که همراه با افزایش استقلال مدیریت و انتخاب جمعیت اجرا می‌شود، انگیزه‌های مالی برای ارائه‌دهندگان ایجاد می‌کند تا هم تصمیمات هزینه-اثربختری در تخصیص منابع داخلی برای جذب بیماران بیشتر بگیرند و هم هزینه‌ها را پایین نگه دارند و مزاد تولید داشته باشند.

ارائه خدمات

سیستم‌های پرداخت سرانه می‌توانند تغییرات قابل توجهی در نحوه ارائه خدمات ایجاد کنند. چنین سیستم‌هایی مستقیماً به بسته خدماتی مرتبط می‌شوند، که ارائه‌دهندگان باید به جمعیت ثبت نام شده خود ارائه دهند. بنابراین سیستم پرداخت مکانیزمی برای تعریف و افزایش تدریجی دامنه خدمات ارائه شده در سطح مراقبت‌های اولیه است. با افزایش ظرفیت بالینی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه، نرخ سرانه را می‌توان برای پرداخت به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه برای خدمات اضافی افزایش داد. نرخ سرانه را می‌توان برای ادغام برنامه‌های عمودی سنتی در مراقبت‌های اولیه، مانند ایمن‌سازی و تشخیص و درمان سل، افزایش داد. گسترش دامنه خدمات مراقبت‌های اولیه، همراه با افزایش نرخ سرمایه، رابطه جدیدی با سایر سطوح سیستم مراقبت بهداشتی ایجاد و پایه و اساس تامین مالی مناسب برای تداوم مراقبت یکپارچه را ایجاد می‌کند. با گذشت زمان، از آنجایی که انگیزه‌های مالی سیستم پرداخت سرانه برای ارائه‌دهندگان افزایش می‌یابد، آنها با تغییر در استفاده از ورودیها و ترکیب خروجی خود به منظور کاهش هزینه‌های خود و ایجاد مزاد، پاسخ خواهند داد. این تغییرات در ترکیب خدمات آنها، احتمالاً به نفع ارتقای سلامتی کم‌هزینه، پیشگیری از بیماری‌ها و مدیریت بیماری‌های مزمن، به جای مراقبت‌های درمانی گران‌تر خواهد بود. ارائه‌دهندگان نه فقط برای درمان بیماران، بلکه برای سالم نگه داشتن مردم پول میگیرند. اگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه جمعیت خود را سالم نگه دارند، می‌تواند پس‌انداز ایجاد کنند، که می‌تواند برای خرید داروها یا تجهیزات بیشتر یا اضافه کردن خدمات دیگر برای جمعیت استفاده شود.

یک سیستم پرداخت سرانه ممکن است بر نحوه ارائه خدمات نیز تأثیر بگذارد. در برخی موارد، سیستم‌های پرداخت به عنوان مشوق عمل می‌کنند. به عنوان مثال، از آنها می‌توان برای ترغیب به کارگیری دستورالعمل‌های جدید بالینی یا بهبود کیفیت تکنیک‌ها، یا حتی برای استفاده از دانش و مهارت‌های جدید به دست آمده توسط پزشکان استفاده کرد. در سایر روش‌های پرداخت، شیوه‌های بالینی جدید یا تکنیک‌های بهبود کیفیت که خدمات بهداشتی غیرضروری را کاهش می‌دهند، منجر به کاهش بودجه برای ارائه‌دهندگان سلامت می‌شود؛ ولی با استفاده از سیستم‌های پرداخت سرانه می‌توان اطمینان حاصل کرد که مشوق‌های مالی، استفاده مناسب از خدمات بهداشتی را تشویق می‌کنند و به اقدامات بالینی کارآمدتر یا با کیفیت بالاتر پاداش می‌دهند.

ساختار نهادی

مسئله‌ای که بسیاری از کشورهای جهان همچنان با آن دست و پنجه نرم می‌کنند، تعیین نقش بهینه پزشکان و متخصصان و روابط متقابل آنهاست. یکی از عناصر اصلاحات گسترده‌تر نظام سلامت، ممکن است تقویت نقش پزشکان خانواده و تمرکز متخصصان بر مداخلاتی باشد که به تخصص آنها نیاز دارد. این فرآیند ممکن است شامل تغییر اساسی ساختار نظام سلامت به منظور توسعه بیشتر خدمات مراقبت‌های اولیه هزینه-اثربخش باشد. مشوق‌های مالی موجود در سیستم‌های پرداخت سرانه می‌توانند به این فرآیند بازسازی کمک یا حتی آن را هدایت کنند.

یک سیستم پرداخت سرانه باید با استقلال مدیریت بیشتر و ساختار سازمان یافته تری همراه باشد؛ تا در بین ارائه‌دهندگان علاقه به استفاده مؤثرتر از منابع ایجاد شود. باید به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه اجازه داده شود تا بودجه سرانه خود را به هزینه-اثربخست‌ترین روش بین ورودی‌ها و خروجی‌ها تخصیص دهند و خود از هر گونه سودی که از بهره‌وری به دست می‌آورند، بهره مند شوند.

ارائه‌دهندگان باید درجاتی از استقلال (که حقوق تصمیم‌گیری نیز نامیده می‌شود) (کادر ۱) برای مدیریت ورودی‌های خود و پاسخ به انگیزه‌های جدید ایجاد شده، توسط سیستم پرداخت جدید، داشته باشند. ارائه‌دهندگان باید استقلال فزاینده‌ای در تصمیم‌گیری‌های زیر داشته باشند:

- **کارمندان:** استخدام و اخراج، پاداش و مزایای جانبی.
- **سایر نهاده‌ها:** مقدار و نوع داروها، لوازم و سایر نهاده‌های مورد استفاده برای ارائه مراقبت‌های اولیه
- **دارایی‌های فیزیکی:** واگذاری سرمایه موجود از جمله ساختمان‌ها و تجهیزات، یا کسب سرمایه جدید مانند تجهیزات.
- **ساختار سازمانی:** مدیریت ساختار و فرآیندها و قراردادهای خارج از خدمات.
- **ترکیب خروجی:** انواع خدمات ارائه شده
- **استفاده از درآمدهای مازاد:** نحوه استفاده از درآمدهای مازاد کسب شده از افزایش بهره‌وری.

اعطای این حقوق ممکن است همیشه و به مقدار مشخصی همیشه امکان‌پذیر نباشد. برای مثال، اگر ارائه‌دهندگان کارمندان دولت باشند، وزارت بهداشت ممکن است صلاحیت اعطای حق تصمیم‌گیری در مورد استخدام/اخراج و حقوق به ارائه‌دهندگان را نداشته باشد. بنابراین، این جنبه از اجرای سیستم پرداخت سرانه نیاز به هماهنگی بین چندین وزارتخانه یا سازمان دارد.

کادر ۱- موازنه حقوق تصمیم‌گیری در کاستاریکا

در کاستاریکا، موسسه تأمین اجتماعی، استقلال مدیریت ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه خود را با تبدیل آنها به تعاونی‌های متعلق به کارمندان افزایش داد. تعاونی‌ها حق تصمیم‌گیری در مورد کارکنان، تجهیزات و سایر نهاده‌ها و درآمدهای مازاد را دارند. با این حال، برای حفظ دسترسی مردم به خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی ضروری، موافقت نامه‌های قانونی فعالیت آنها را به «ارائه خدمات بهداشتی در جهت منافع عمومی» محدود می‌کند. موسسه تأمین اجتماعی از طریق وضعیت حقوقی و قراردادهای خرید، درجاتی از حقوق تصمیم‌گیری در مورد ترکیب خروجی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه را حفظ کرده است.

.Source: Gauri, Cercone, and Briceno 2004

نقش جمعیت

سیستم پرداخت سرانه مکانیسمی را برای افزایش نقش جمعیت در نظام سلامت و تغییر موازنه قدرت از ارائه‌دهندگان به بیماران ایجاد می‌کند. به ویژه، اگر بیماران حق انتخاب پزشک خود را داشته باشند، ارائه‌دهندگانی که می‌توانند بیماران بیشتری را جذب کنند، با کمک مالی بیشتر در سیستم پرداخت سرانه پاداش دریافت می‌کنند و ارائه‌دهندگان انگیزه‌ای برای درک بهتر (و بنابراین برآورده کردن) نیازها و خواسته‌های مردم خواهند داشت. مردم نیز مسئولیت بیشتری در قبال سلامت خود دارند، زیرا نظام مراقبت‌های اولیه تمرکز خود را بر ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها معطوف می‌کند، که به افرادی متکی است که برای سلامت خود مسئولیت بیشتری را تقبل می‌کنند.

راه اندازی سیستم پرداخت سرانه

در سیستم پرداخت سرانه، یک نرخ ثابت از پیش تعیین شده^۱ به همه ارائه‌دهندگان پرداخت می‌شود تا مجموعه تعریف شده‌های^۲ از خدمات را برای هر فردی که برای یک دوره ثابت^۳ نزد خدمتگر^۴ ثبت نام کرده است، ارائه دهد. این سیستم می‌تواند به شکل ساده باشد و به همه ارائه‌دهندگان میانگین سرانه یکسانی را پرداخت کند (نرخ سرانه پایه^۵)؛ یا می‌تواند پیچیده‌تر باشد و نرخ سرانه تعدیل شده‌ای را برای انعکاس تغییرات هزینه‌های مورد انتظار در نظر بگیرد (تعدیل ریسک^۶). ضرایب تعدیل ریسک ممکن است به منظور جبران تغییرات در هزینه‌های مورد انتظار درمان در گروه‌های جمعیتی مختلف، از جمله گروه‌های سنی/جنسی، بیماری مزمن، هزینه‌های تاریخی پزشکی، یا سایر عواملی که ممکن است با تغییرات هزینه‌های فردی مورد انتظار مرتبط باشد، اضافه شود. اگر تغییرات هزینه‌ای قابل توجهی برای ارائه یک بسته خدمات در مکان‌های مختلف وجود داشته باشد، ضرایب تعدیل جغرافیایی نیز ممکن است در نظر گرفته شود. به طور مثال در مناطق روستایی که ممکن است هزینه‌های ثابت در آن بالاتر باشد می‌توان از ضرایب تعدیل جغرافیایی استفاده کرد. تعدیل‌های دیگری به منظور دستیابی به اهداف سیاستی خاص ممکن است به نرخ سرانه اضافه شود. به عنوان مثال، برای تمرکز بر خدمات خاص یا جمعیت‌های اولویتدار می‌توان ارائه منابع یا مشوق‌های اضافی در نظر گرفت. در انگلستان، پزشکان عمومی علاوه بر پرداخت سرانه برای فعالیت‌های پیشگیرانه، پرداخت‌های هدفمند دریافت می‌کنند. پرداخت سرانه همچنین ممکن است با پرداخت‌های تشویقی که مکمل نرخ سرانه هستند ترکیب شود. در جمهوری چک، به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سرانه پرداخت می‌شود که بر اساس رده‌های سنی تنظیم می‌شود، و همچنین ارائه‌دهندگان برای خود داری از ارجاع بیش از حد به متخصصان و محدود کردن آزمایش‌های تشخیصی، پاداش محدودی دریافت می‌کنند.

سیستم پرداخت سرانه نیز ممکن است با سایر سیستم‌های پرداخت ترکیب شود. به عنوان مثال، در استونی صندوق بیمه سلامت ملی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه از طریق یک سیستم پرداخت مختلط پرداخت می‌کند. این سیستم بر سرانه تعدیل شده

1. Predetermined fixed rate
2. Defined set of services
3. Fixed period
4. Provider
5. The base per capita rate
6. Risk adjustment

با سن^۱ (حدود ۷۰ درصد از درآمد ارائه دهنده)، پرداخت به ازای خدمات^۲ برای برخی از خدمات مشخص (مانند جراحی های جزئی که ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه ممکن است از متخصصان خریداری کنند)، و کمک هزینه ثابت^۳ برای زیرساختها و تجهیزات بنا شده است. در این مثال، مشوق‌های کارآمدی پرداخت سرانه ممکن است کاهش یابد، زیرا با مشوق‌هایی ترکیب می‌شوند تا سایر خدماتی را که، به طور جداگانه، بهای آنها به صورت کارانه پرداخت می‌شود، افزایش دهند.

سیستم کلی تامین مالی سلامت و توالی اجرا در یک کشور به طور کلی تعیین می‌کند که آیا سیستم پرداخت سرانه با سایر روش‌های پرداخت ترکیب شده است یا خیر. به عنوان مثال، ازبکستان فقط بودجه عمومی برای بخش بهداشت دارد و در مرحله اولیه اصلاحات، در دوره پس از استقلال، بیشترین هزینه‌ها را با نرخ سرانه شروع کرد (به استثنای سرمایه و چند قلم خریداری شده ضروری). جمهوری قرقیزستان سیستم پرداخت سرانه خود را با یک سیستم مختلط آغاز کرد که شامل حقوق و منابع افزایشی در نرخ سرانه بود که از درآمدهای مالیات بر حقوق تامین می‌شد و سایر هزینه‌ها از طریق بودجه خطی پرداخت می‌شد. با گذشت زمان، تامین مالی از طریق بودجه در نرخ سرانه گنجانده شد، تا تمام هزینه‌ها را به جز سرمایه‌گذاری‌های عمده پوشش دهد. تاجیکستان سیستم پرداخت سرانه خود را با تامین مالی بودجه آغاز کرد و تنها هزینه‌های متغیر در نرخ سرانه گنجانده شد. حقوق، آب و برق و سرمایه توسط بودجه خطی پرداخت می‌شد تا سیستم پرداخت سرانه گام به گام اجرا شود. به طور خلاصه، اجرا و پیاده‌سازی می‌تواند به‌طور تدریجی به سمتی حرکت کند که همه منابع تامین مالی، همه ارائه‌دهندگان و همه انواع هزینه‌ها را در سیستم پرداخت سرانه شامل شود. این توالی پیاده‌سازی ممکن است یک فرآیند گام به گام ارائه دهد که مالکیت و ظرفیت کشور را، در زمانی که اصلاحات پرداخت در چارچوب کمک‌های فنی با بودجه اهداکنندگان توصیه می‌شود، افزایش می‌دهد.

اجزای یک سیستم پرداخت سرانه

سیستم پرداخت سرانه حداقل از سه جزء تشکیل شده است: تعریف بسته خدماتی که از طریق سرانه پرداخت می‌شوند، تعیین نرخ سرانه پایه، و مکانیسمی برای تعیین تعداد افراد ثبت نام شده به ازای هر ارائه‌دهنده. سیستم‌های دارای تعدیل ریسک همچنین به مجموعه‌ای از ضرایب تعدیل ریسک و اطلاعات دقیق‌تر در مورد ویژگی‌های جمعیت تحت پوشش هر ارائه‌دهنده نیاز دارند. کلیترین فرمول برای محاسبه نرخ سرانه پایه در سیستم پرداخت مراقبت‌های اولیه به شرح زیر است:

نرخ سرانه پایه = کل وجوه در خدمات مراقبت‌های اولیه صندوق^۴ / کل جمعیت^۵

کل بودجه سرانه ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه به شرح زیر تعیین می‌شود:

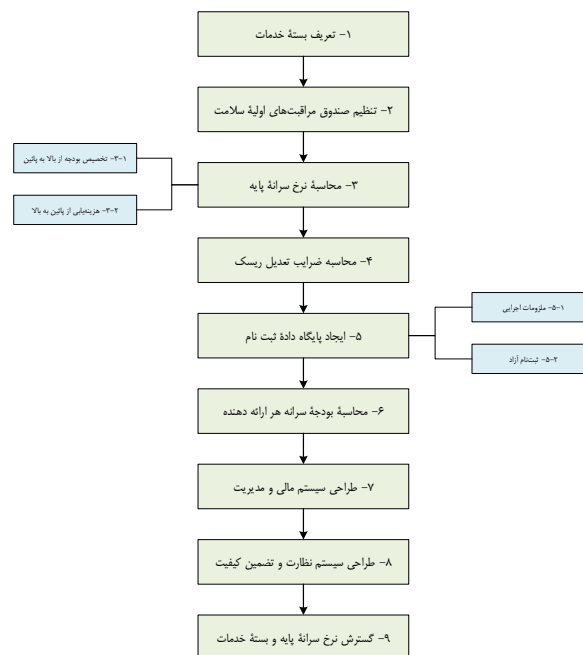
بودجه سرانه ارائه دهنده = نرخ سرانه پایه × جمعیت ثبت نام شده

شکل ۲ مراحل فرآیند ایجاد سیستم پرداخت سرانه را نشان می‌دهد:

1. Age-adjusted per capita
2. Fee-for-service
3. Fixed allowance
4. Total PHC Pool
5. Base per capita rate = Total funds in PHC pool / Total population

۱. تعریف بسته خدمات مراقبت‌های اولیه^۱
۲. تنظیم صندوق مراقبت‌های اولیه^۲
۳. محاسبه نرخ سرانه پایه^۳
۴. محاسبه ضرایب تعدیل ریسک^۴
۵. ایجاد پایگاه داده ثبت نام^۵
۶. محاسبه بودجه سرانه هر ارائه دهنده^۶
۷. طراحی سیستم مالی و مدیریتی^۷
۸. طراحی سیستم نظارت و تضمین کیفیت^۸
۹. گسترش نرخ سرانه پایه و بسته خدمات^۹

این مراحل در ادامه این فصل به تفصیل توضیح داده شده است. اگرچه مراحل به صورت توالی در شکل نشان داده شده‌اند، اما در واقع نشان دهنده یک فرآیند مداوم و تکرار شونده از جمع آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، توسعه پارامترهای پرداخت، پیاده سازی سیستم، نظارت، و پایش سیستم هستند. علاوه بر این، چندین مرحله ممکن است به طور همزمان انجام شود. به عنوان مثال، در حالی که اطلاعات برای محاسبه نرخ پایه جمع آوری می‌شود، باید کار برای ایجاد پایگاه داده ثبت نام آغاز شود.



شکل ۲- مراحل طراحی یک سیستم پرداخت سرانه

1. Defining a PHC package of services
2. Setting the PHC pool
3. Calculating the base per capita rate
4. Calculating risk adjustment coefficients
5. Developing an enrollment database
6. Calculating each provider's per capita budget
7. Designing a finance and management system
8. Designing a monitoring and quality assurance system
9. Expanding the base per capita rate and package of services

۱- تعریف بسته خدمت مراقبت‌های اولیه

تعریف خدماتی که در بسته خدمت پزشک خانواده گنجانده شده و از طریق نرخ سرانه پرداخت می‌شود، باید منعکس‌کننده توانایی‌های فعلی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه، گسترش و یکپارچگی مطلوب دامنه خدمات پزشکی خانواده و اولویت‌هایی برای ارتقای سلامت جمعیت باشد. تعریف بسته خدمات پزشکی خانواده فرصتی برای روشن کردن مرز بین خدمات تخصصی اولیه و سرپایی، تغییر اولویت‌ها در ارائه خدمات، و ادغام برنامه‌های عمودی در مراقبت‌های اولیه است. تعریف بسته به خدماتی که جمعیت تحت پوشش حق دریافت آنها را به صورت رایگان یا با پرداخت مشارکتی از بودجه دولتی دارند، نیز مرتبط است. بنابراین، مردم باید از بسته خدمات پزشکی خانواده، حقوق و مسئولیت‌های خود در قبال پرداخت مشترک آگاه باشند.

تعریف بسته خدمات پزشک خانواده گسترده است و بر ارتقای پایه سلامت، پیشگیری، خدمات خط اول برای تشخیص و درمان بیماری و همچنین مدیریت بیماری‌های مزمن تأکید دارد. به طور کلی باید تعادلی بین بیش از حد زیاد یا بیش از حد کم مشخص کردن بسته خدمات وجود داشته باشد. خدمات خاص ممکن است شامل مراقبت‌های اولیه پزشکی، خدمات اورژانسی، سلامت مادر و کودک، زنان، مراقبت‌های خانگی، و خدمات پیشگیرانه مانند ایمنسازی و غربالگری باشد. اینکه آیا خدمات تشخیصی خاص، مانند تصویربرداری و خدمات آزمایشگاهی را شامل شود، بستگی به تجهیزات و قابلیت‌های ارائه‌دهندگان و همچنین حقوق مشخص شده در بسته مزایای مورد تأیید دارد.

بسته خدمات پزشک خانواده ممکن است به انواع تسهیلاتی که از قبل در نظام ارائه خدمات وجود داشته، مرتبط باشد، اما ضروری نیست. انواع مختلف ارائه‌دهندگان، اعم از دولتی و خصوصی، در صورت داشتن توانایی (یا مجوز) برای ارائه بسته خدمات، ممکن است واجد شرایط برای شرکت در سیستم پرداخت باشند، بنابراین بسته باید برای همه ارائه‌دهندگان قابل اجرا باشد. بسته خدمات همچنین ممکن است به دستورالعمل‌های بالینی مبتنی بر شواهد مرتبط باشد که مرزهای مناسب بین سطوح مراقبت اولیه و بالاتر را مشخص می‌کند.

۲ و ۳- تنظیم صندوق پزشکی خانواده و محاسبه نرخ پایه سرانه

در ساده‌ترین سیستم پرداخت سرانه، به همه ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی خانواده در یک منطقه جغرافیایی یا اجرایی^۱ با یک نرخ سرانه مشابه، بازپرداخت انجام می‌شود (نرخ سرانه پایه). نرخ سرانه پایه برای یک سال، از تقسیم برآورد مقدار جوهری که پرداخت‌کننده در یک سال برای پرداخت بابت خدمات پزشکی خانواده به همه ارائه‌دهندگان در آن منطقه در اختیار دارد (صندوق پزشکی خانواده)، بر تعداد کل افراد ثبت نام شده نزد همه ارائه‌دهندگان، به دست می‌آید.

$$BPCR_R = \frac{PHCP_R}{\sum_p \text{Population}_{p,R}}$$

که در آن:

1. Geographic or administrative area

$BPCR_R$ = نرخ پایه سرانه در سال برای منطقه R

$PBCP_R$ = برآورد صندوق مراقبت های اولیه در یک سال معین در منطقه R

$Population_{p,R}$ = کل جمعیت ثبت نام شده نزد ارائه دهنده p در منطقه R

صندوق پزشکی خانواده، در واقع، تعهد منابع برای خدمات پزشکی خانواده است (به استثنای پرداخت‌های مستقیم از جیب) و به طور جمعی برای همه ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی خانواده در سیستم پرداخت به کار گرفته می‌شود. صندوق پزشکی خانواده ممکن است شامل وجوهی برای مخارج سرمایه‌ای باشد، یا همانطور که رایج‌تر است، صندوق پزشکی خانواده ممکن است فقط مخارج عملیاتی را تامین کند و مخارج سرمایه‌ای به طور جداگانه تخصیص داده می‌شود.

دو رویکرد اصلی برای تنظیم صندوق پزشکی خانواده وجود دارد: هزینه‌یابی از پایین به بالا و تخصیص وجوه از بالا به پایین. ترکیبی از این دو رویکرد نیز ممکن است مورد استفاده قرار گیرد.

هزینه یابی از پایین به بالا

هزینه‌ی تمام ورودی‌های مورد استفاده برای ارائه خدمات در سال (یا سال‌های) اخیر برآورد و تجمیع می‌شود. هزینه‌ها می‌تواند بر مبنای مخارج واقعی در سال (های) قبل و یا پیشبینی هزینه‌ها و مصارف باشد. در روش‌های هزینه‌یابی از پایین به بالا فرض می‌شود که ساختار هزینه‌ها در گذشته، منعکس‌کننده هزینه واقعی تولید خدمات است و این ساختار هزینه می‌تواند حفظ شود. با این حال، از آنجایی که خدمات پزشکی خانواده اغلب دارای بودجه کافی نیستند، این رویکرد ممکن است برآورد دقیقی از بودجه مورد نیاز برای صندوق پزشکی خانواده ارائه نکند.

از روش‌های پیچیده‌تری نیز می‌توان برای محاسبه هزینه‌ها بر اساس الگوهای مخارج براساس شبیه‌سازی و پروژه‌سازی تغییرات استفاده کرد. اگر هزینه‌یابی از پایین به بالا خدماتی را شامل شود که «باید در بر گرفته شوند» نه اینکه «واقعاً دربر گرفته شده‌اند»، ممکن است هزینه‌ها به طور قابل توجهی بیشتر از منابع موجود برآورد شود. به طور کلی، هزینه‌یابی از پایین به بالا به دو دلیل نمی‌تواند برآورد مناسبی از مجموعه پزشکی خانواده در کشورهای با درآمد کم و متوسط ارائه دهد؛ اولاً، داده‌ها برای تعیین هزینه‌های واقعی ارائه بسته خدمات کافی نیستند و ثانیاً، ساختارهای هزینه فعلی (هم در بخش پزشکی خانواده و هم بین پزشکی خانواده و سایر سطوح مراقبت) معمولاً ناکارآمدند و هدف سیستم پرداخت جدید، ایجاد یک ساختار هزینه جدید است.

تخصیص وجوه از بالا به پایین

سهم بودجه‌ای که به خدمات پزشکی خانواده تخصیص می‌یابد، باید از قبل تعریف شده باشد. اگر صندوق پزشکی خانواده از تخصیص بالا به پایین تبعیت کند، مکانیسم شفاف برای افزایش سهم منابع تخصیص یافته به خدمات پزشکی خانواده وجود دارد. در این رویکرد، صندوق پزشکی خانواده معمولاً به عنوان درصدی از کل بودجه مراقبت‌های سلامت مشخص می‌شود که می‌تواند به عنوان یک ابزار سیاستی برای هدایت رسمی منابع مراقبت‌های سلامت به سمت خدمات پزشکی خانواده مورد استفاده قرار گیرد (کادر ۲). درصد بودجه مراقبت‌های سلامت تخصیص یافته به پزشکی خانواده یک متغیر سیاستی است که می‌توان آن را به گونه‌ای تنظیم کرد که در ابتدا منابع را به پزشکی خانواده منتقل کند یا ورودی‌هایی را

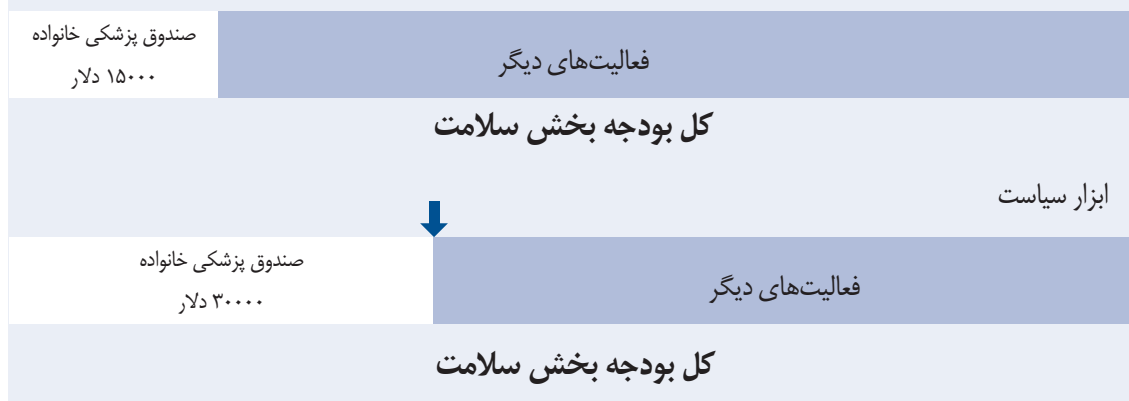
که قبلاً کمبود داشتند، مانند داروها، بیشتر در دسترس قرار دهد. تخصیص را می‌توان در طول زمان و با گسترش دامنه خدمات پزشکی خانواده، تنظیم کرد. به عنوان مثال، به تدریج می‌توان آزمایش‌های تشخیصی اضافی، برنامه‌های عمودی مانند ایمن سازی، بهداشت باروری یا خدمات بیماری‌های عفونی را به عنوان اجزای خدمات پزشکی خانواده تأمین اعتبار کرد. علاوه بر این، تخصیص درصد ثابتی از بودجه سلامت به خدمات پزشکی خانواده تضمین می‌کند که سهم این خدمات به طور نامتناسبی در بودجه مراقبت‌های سلامت عمومی کاهش نخواهد یافت.

ترکیب رویکردها

صندوق پزشکی خانواده ممکن است از طریق ترکیبی از «هزینه‌یابی از پایین به بالا» و «تخصیص از بالا به پایین» تنظیم شود. در ابتدا، یک محاسبه از پایین به بالا برای تعیین حداقل هزینه برای هر فرد برای ارائه خدمات پزشکی خانواده انجام می‌شود. سپس این حداقل می‌تواند با افزایش کل تخصیص منابع به پزشکی خانواده، به عنوان درصدی از بودجه مراقبت‌های سلامت دولت در یک منطقه معین (یعنی یک رویکرد از بالا به پایین) افزایش یابد. ترکیب این دو رویکرد یک مکانیسم تخصیص منابع بی‌طرفانه به دست می‌دهد که با هزینه‌های خدمات ارائه‌شده در پزشکی خانواده مرتبط است، اما منحصرأً به الگوهای مالی تاریخی^۱ مرتبط نیست. بهتر است که استفاده از هر یک از رویکردها یا ترکیبی از آنها در نقطه شروع تعریف شود. برای مثال، مشخص کردن تخصیص تاریخی^۲ پرداخت کننده از کل بودجه مراقبت‌های سلامت مفید است. با این حال، از آنجایی که در برخی موارد ممکن است تفکیک هزینه‌های تاریخی در پزشکی خانواده و خدمات تخصصی سرپایی دشوار باشد، شاید لازم شود الگوریتمی برای شناسایی و محاسبه هزینه‌های این گونه خدمات ایجاد و اعمال شود.

کادر ۲- برآورد از بالا به پایین صندوق پزشکی خانواده به عنوان یک ابزار سیاست سلامت

خدمات پزشکی خانواده در بسیاری از کشورها، به‌ویژه در رابطه با خدمات بیمارستانی، بودجه کافی ندارد. رویکرد از بالا به پایین برای تخمین مجموعه خدمات پزشکی خانواده ابزار قدرتمندی برای تعیین اولویت در بخش سلامت است و مبادله بین هزینه‌های پزشکی خانواده و سایر بخش‌های نظام سلامت را آشکار می‌کند. به عنوان مثال، اگر کل بودجه بخش بهداشت یک میلیون دلار باشد، یک صندوق پزشکی خانواده که از هزینه‌های پایین به بالا بر اساس هزینه‌های تاریخی تخمین زده می‌شود، ممکن است بالغ بر ۱۵۰۰۰۰ دلار یا ۱۵ درصد بودجه باشد. اگر پزشکی خانواده به عنوان یک اولویت شناسایی شده باشد و قبلاً بودجه کافی نداشته است، خریدار خدمات سلامت ممکن است تصمیم بگیرد که تخصیص کل بودجه بخش سلامت را به پزشکی خانواده گسترش دهد. به عنوان مثال، خریدار ممکن است تصمیم بگیرد که ۳۰ درصد از بودجه بخش سلامت باید به پزشکی خانواده اختصاص یابد. در این صورت، نرخ پایه از یک مجموعه خدمات پزشکی خانواده محاسبه می‌شود که از تخصیص ۳۰ درصدی منابع مراقبت‌های سلامت موجود، از بالا به پایین، تعیین شده است.



1. Historical funding patterns

2. Historical allocation

۴- محاسبه ضرایب تعدیل ریسک

برای اطمینان از اینکه سیستم پرداخت سرانه انگیزه‌های مناسب را ارتقا می‌دهد و به ارائه‌دهندگان پرداخت‌های مناسبی براساس خدمت‌رسانی به جمعیت‌هایی با نیازهای مختلف انجام می‌شود، ممکن است برخی از روش‌های تعدیل ریسک برای نرخ سرانه پایه اعمال شود. تعدیل ریسک^۱ یک ابزار اصلاحی است که از اندازه‌گیری تغییرات ریسک (هزینه مورد انتظار) به منظور جبران هزینه‌های مورد انتظار برای ارائه خدمات مورد نیاز (به جمعیت‌های تحت پوشش) به ارائه‌دهندگان یا برنامه‌های سلامت استفاده می‌کند. ضرایب تعدیل ریسک^۲، برای افزایش یا کاهش میزان پرداخت برای یک فرد، بر اساس هزینه‌های نسبی مورد انتظار در گروه خطری که آن شخص به آن تعلق دارد، بر نرخ سرانه پایه اعمال می‌شود.

در حالت ایده‌آل، ضرایب تعدیل ریسک، منعکس‌کننده تغییرات واقعی در نیازهای سلامت در گروه‌های مختلف جمعیت و هزینه‌های واقعی برآورده کردن این نیازها است. تغییرات در نیازهای مراقبت‌های سلامت و مصرف منابع به طور عینی بر اساس الگوهای بیماری و مرگ بر مبنای سن و جنس پیش بینی می‌شود. منابع مورد نیاز برای رفع این نیازها شامل هزینه‌های کامل تشخیص و درمان و همچنین خدمات پیشگیرانه است. بنابراین، برای تجزیه و تحلیل تغییرات در نیازهای واقعی مراقبت‌های سلامت، داده‌هایی از کل جمعیت، اعم از افرادی که مصرف‌کننده مراقبت‌های سلامت هستند و آنهایی که مصرف‌کننده^۳ نیستند، مورد نیاز است. چنین داده‌هایی را فقط می‌توان از پیمایش‌های مبتنی بر جمعیت به دست آورد. با این حال، زمانی که منابع محدود هستند، میزان استفاده از خدمات سلامت یک روش ممکن برای پیش‌بینی منابع مورد نیاز مراقبت‌های سلامت است.

در سطح پزشک خانواده، بسیاری از تغییرات هزینه بر اساس سن و جنس قابل پیش‌بینی هستند. می‌توان انتظار داشت که کودکان و زنان در سنین باروری بیشتر از میانگین از خدمات پزشک خانواده استفاده کنند؛ در حالی که مردان جوان معمولاً کمتر از میانگین، از خدمات پزشک خانواده استفاده می‌کنند. بنابراین، با افزودن ضرایب تعدیل ریسک سن/جنس به نرخ پایه سرانه، می‌توان به بهبود قابل توجهی در سیستم پرداخت سرانه دست یافت. چنین ضرایبی را می‌توان برای کشور یا منطقه خاص تعیین یا در ابتدا از سیستم‌های دیگر اقتباس کرد.

در ادامه، یک روش برای ایجاد ضرایب تعدیل ریسک سن/جنس ویژه شرایط محلی و بومی ارائه شده است. این روش فقط در مورد پرداخت خدمات پزشک خانواده اعمال می‌شود و اگر ارائه‌دهندگان نیز در معرض ریسک ارجاع دادن و بستری کردن در بیمارستان باشند، ممکن است این روش مناسب نباشد. روش‌های دیگری نیز برای تعدیل ریسک ممکن است مورد استفاده قرار گیرد که شامل نرخ بستری شدن در بیمارستان، مرگ و میر و ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی می‌باشد. روش ترجیحی به ویژگی‌های محلی و منابع موجود برای جمع‌آوری داده‌ها بستگی دارد. با این حال، به طور کلی، روش‌هایی که از مرگ‌ومیر

1. Risk adjustment

2. Risk adjustment coefficients

3. Users and nonusers

یا تغییرات بستری شدن در بیمارستان برای پیش‌بینی تغییرات استفاده از خدمات پزشک خانواده استفاده می‌کنند، ممکن است منابع مورد نیاز برای خدمات نوزادان و کودکان را دست کم بگیرند، که معمولاً به خدمات پیشگیرانه قابل توجهی نیاز دارند، اما معمولاً نرخ بستری و مرگ و میر بسیار پایین‌تری نسبت به بزرگسالان دارند.

روش تعیین ضرایب تعدیل ریسک برحسب سن/جنس

این روش، مصرف خدمات پزشک خانواده بر حسب سن و جنس را با هزینه هر واحد خدمت ترکیب می‌کند تا سرانه نسبی استفاده از منابع سالانه در هر گروه سنی/جنسی بدست آید. این روش در سه منطقه جغرافیایی (دو منطقه روستایی و یک منطقه شهری) در قزاقستان و ازبکستان آزمایش و اعمال شد. ضرایب تعدیل سن/جنس از سال ۱۹۹۸ در سراسر منطقه آسیای مرکزی مورد استفاده قرار گرفته است. در قزاقستان ضرایب تعدیل سن/جنس در ابتدا برای یک منطقه روستایی و یک منطقه شهری ایجاد شد، اما اکنون در قوانین ملی مرتبط با سرانه گنجانده شده است. در ازبکستان ضرایب تعدیل گسترش یافته، برای توسعه پرداخت سرانه روستایی استفاده می‌شود. تاجیکستان در حال اجرای اصلاحات PHC روستایی و ایجاد ضرایب تعدیل سن/جنس بر اساس تجربه در قزاقستان و ازبکستان است. روش تعدیل سرانه شامل فعالیت‌های زیر است که در ادامه توضیح داده شده است:

۱. گروه‌های متعددی از خدمات را تعریف کنید^۱
 ۲. هزینه هر واحد خدمات را تعیین کنید^۲
 ۳. میزان مصرف کلی خدمات را بر اساس سن و جنس تعیین کنید^۳
 ۴. میزان مصرف را با هزینه هر واحد خدمت ادغام کنید تا هزینه سرانه براساس گروه‌های جمعیت به دست آید و ضرایب نسبی را محاسبه کنید
 ۵. گروه‌ها را برای ایجاد ضرایب تعدیل سن/جنس ترکیب کنید
- هر فعالیت ممکن است به داده‌های موجود متکی باشد یا به داده‌های جدیدی نیاز داشته باشد. داده‌های جدید را می‌توان از طریق پیمایش مراکز ارائه خدمت جمع‌آوری کرد که اطلاعاتی را در مورد ویژگی‌های بیماران، خدمات ارائه شده و منابع مورد استفاده برای ارائه آن خدمات جمع‌آوری می‌کند. در ادامه هر یک از گام‌های بالا تشریح شده است.

۱- گروه‌های متعددی از خدمات را تعریف کنید.

خدماتی که از نظر شباهت‌های بالینی معنادار هستند و می‌توان انتظار داشت که هزینه‌های واحد مشابهی داشته باشند در یک گروه جمع شوند. در قزاقستان و ازبکستان، گروهی از ذی‌نفعان متشکل از سیاست‌گذاران سلامت و پزشکان، فهرستی تهیه کردند که شامل حدود ۴۰ خدمت است و به توافق رسیدند این خدمات نمایش دقیقی از خدمات ارائه شده توسط اکثر

-
1. Define aggregated groups of PHC services
 2. Determine unit costs of services
 3. Determine total utilization of services by age and sex

ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه است. همانطور که روش هزینه‌یابی اعمال شد، این فهرست تفصیلی (شکل ۳) در هشت دسته خدمات انبوه جمع شد. این تجمیع برای تخصیص برخی از انواع هزینه‌ها، مانند خدمات شهری یا اداری، به خدمات تفکیک‌شده‌تر ضروری بود.

۲- هزینه هر واحد خدمت را تعیین کنید.

تعیین ضرایب تعدیل ریسک، که عدالت در پرداخت سرانه را با مدنظر قرار دادن هزینه خدمات مختلف برای گروه‌های سنی/جنسی مختلف افزایش می‌دهد، مستلزم تعیین هزینه واحد خدمات سلامت است. از آنجایی که هزینه واحد ۴۰ خدمتی که در بالا توضیح داده شد از اطلاعات مالی موجود در دسترس نیست، باید از روش حسابداری هزینه برای تخصیص هزینه‌ها، برآورد هزینه کل هر خدمت و محاسبه هزینه واحد هر یک از خدمات استفاده شود. به دو دلیل اصلی، این روش حسابداری هزینه عموماً برای خدمات بستری یا بیمارستانی بیشتر از مراقبت‌های اولیه یا خدمات تخصصی سرپایی توسعه یافته است. اولاً، تعریف واحد خدمات برای مراقبت‌های بیمارستانی واضح‌تر یا استاندارد شده است (معمولاً یک مورد درمان شده) در حالی که تعریف واحد خدمات در مراقبت‌های اولیه کمتر واضح یا استاندارد است. دوم، بخش‌های فرعی در بیمارستان‌ها نیز نسبت به مراقبت‌های اولیه واضح‌تر یا استانداردتر هستند. برای مثال، بیمارستان‌ها معمولاً بخش‌هایی دارند که می‌توانند هزینه‌ها را گردآوری کنند، در حالی که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه سازماندهی ضعیف‌تری دارند. بنابراین، روش حسابداری هزینه‌ای که برای تعیین هزینه واحد خدمات در مراقبت‌های اولیه استفاده می‌شود، تا حدود بسیار زیادی بر محیط خاص متکی است. مثال دقیق حسابداری هزینه مراقبت‌های اولیه، که در زیر توضیح داده شده است، شامل هفت گام و بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده در سال ۱۹۹۶ در قزاقستان است. داده‌ها باید از بین چندین ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه جمع‌آوری و سپس میانگین آنها تعیین شود؛ اما برای ساده نگه داشتن مثال، تنها یک ارائه‌دهنده نشان داده شده است.

گام ۱- تعیین کل بودجه سالانه یا مخارج سالانه

در گام ۱ در جدول زیر کل بودجه سالانه یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه نشان داده شده است. بودجه، بر مبنای استاندارد نظام سلامت قزاقستان، به اقلامی مانند حقوق، مالیات بر حقوق، آب و برق، داروها و ملزومات تقسیم شده است (این مثال ساده شده است). باید اطمینان حاصل شود که بودجه (یا مخارج) اختصاص داده شده به خدمات فقط برای مراقبت‌های اولیه است. اگر هزینه‌های تخصصی سرپایی در داده‌های بودجه (هزینه) گنجانده شده باشد، باید در این مرحله از هم جدا شوند.

Step 1: Obtain annual budget or annual expenditures

Total	Budget amount	% of budget
Budget line item name		
Salaries	440,200	65.8
Payroll tax	132,060	19.7
Utilities	74,000	11.1
Drugs and supplies	23,016	3.4
Total	669,276	100.0

Procedures, analyses and other services	Type of the medical staff	Code	Beginning	Ending
1. Consultations				
Consultation of physician				
Consultation of the specialist from CRH				
Consultation of the medical assistant /midwife				
Consultation on Family Planning				
2. Laboratory examinations				
General blood analysis				
General urine analysis				
Microscopic stool examination				
Blood sugar test				
Syphilis test				
3. Functional diagnosis				
X-ray				
ECG				
4. General procedures				
Injections subcutaneous, intramuscular				
Intravenous injections				
Dropper				
Enema				
Compress				
5. Gynaecological procedures				
IUD withdrawal				
Speculum vaginal examination				
Vaginal irrigation				
Vaginal smear for flora				
6. Surgical examinations				
Primary surgical treatment of the wound				
Furuncle, carbuncle dissection				
Phlegmon dissection				
Panaritium dissection				
Stitches removal				
Novocaine blockade				
Bandaging				
7. Traumatological manipulations				
Plastering (gypsuming)				
Plaster removal				
8. Urological manipulation				
Urinary bladder catheterization				
9. Otorhinolaryngological manipulations				
Ear-wax removal				
Removal of the foreign body from the nasal cavity, stomatopharynx				
10. Ophthalmological manipulations				
Keeness vision examination				
Removal of the foreign body from the eye surface				
11. Physiotherapy procedures				
Inhalations, Aerosoltherapy				
Paraffin therapy				
UHF therapy				
Exercise therapy				
Massage				
12. Preventive vaccination				
13. Other procedures and analyses				
Other:				
Other:				
Other:				

شکل ۳- فرم جمع آوری داده های بیمار برای بررسی های مرکز بهداشتی

گام ۲- تفکیک هزینه‌ها به هزینه‌های مستقیم خدمات و هزینه‌های ثابت/اداری

هزینه‌ها باید به هزینه‌های مستقیم و هزینه‌های ثابت/اداری تفکیک شوند؛ زیرا این انواع مختلف هزینه با استفاده از معیارهای مختلفی (آماره تخصیص^۱) اختصاص می‌یابد. در این مثال، هزینه ثابت اصلی آب و برق^۲ است. هزینه‌های اداری با جدا کردن هزینه‌های حقوق پرسنل اداری از کل حقوق و اضافه کردن آن به هزینه‌های آب و برق تعیین می‌شود. جمع کردن حقوق اداری و تقسیم کردن آن بر کل حقوق نشان می‌دهد که ۹ درصد حقوق مربوط به هزینه‌های اداری است (در این مثال). بنابراین ۹ درصد از کل هزینه‌های حقوق و دستمزد و مالیات حقوق از حقوق برای ارائه خدمات مستقیم جدا می‌شود.

1. Allocation statistics

2. Utilities

Step 2: Separate into direct service delivery and fixed/administrative costs

Admin		Direct	
Budget line item name	Budget amount	Budget line item name	Budget amount
Salaries	39,618	Salaries	400,582
Payroll tax	11,885	Payroll tax	120,175
Utilities	74,000	Utilities	0
Drugs and supplies	0	Drugs and supplies	23,016
	125,503		543,773

گام ۳- تعیین آماره و معیارهای تخصیص^۱

پس از تفکیک هزینه‌ها، گام بعدی این است که تعیین کنید از کدام معیار (آمار تخصیص) برای تخصیص هر نوع هزینه به مراقبت‌های اولیه استفاده می‌شود. در مراقبت‌های اولیه، عمده‌ترین منبعی که برای خدمت رسانی به بیماران استفاده می‌شود، زمان متخصصان سلامت است. معیار تخصیص برای حقوق و دستمزد خدمات مستقیم و هزینه‌های مالیات بر حقوق، زمان صرف شده توسط خدمت‌گران برای هر یک از مراقبت‌های اولیه است. برای داروها و لوازم، تعداد خدمات ارائه شده برای هر نوع خدمت، و برای هزینه‌های آب و برق و همچنین هزینه‌های اداری، مقدار فضای موجود در واحد ارائه خدمت مد نظر قرار می‌گیرد. مراقبت‌های اولیه جمع‌آوری شده در جدول زیر، برای تخصیص هزینه‌های آب و برق و اداری استفاده می‌شود؛ زیرا تعیین فضای دقیق استفاده شده توسط هر یک از ۴۰ خدمت مراقبت‌های اولیه ممکن نبود.

Step 3: Determine allocation statistics

Allocation statistic	Budget line item name				
	Salaries Time	Payroll tax Time	Drugs and supplies Number used	Utilities Space	Admin Space
Description	To be allocated	Consultation	Home visit	Injection	Stitches removed
Blood test					
Urine test					

گام ۴- تخصیص هزینه‌های حقوق و دستمزد

زمان صرف شده توسط خدمت‌گران سلامت برای هر یک از مراقبت‌های اولیه بر اساس پیمایش مراکز ارائه خدمت، که در بالا توضیح داده شد است، محاسبه شد. مقدار زمانی که خدمت‌گران مراقبت‌های اولیه برای هر خدمت صرف می‌کردند، در پرسشنامه‌های بیمار در زمان تماس ثبت شد. مدت زمانهای صرف شده برای هر نوع خدمت با هم جمع می‌شود و سپس با تقسیم کل زمان صرف شده برای هر خدمت بر کل زمان صرف شده برای تمام خدمات، به یک درصد یا ضریب تبدیل می‌شود. سپس حقوق خدمت‌گران و مالیات حقوق و دستمزد آنان با استفاده از این ضریب به هر یک از خدمات اختصاص می‌یابد.

در واقع، از آنجایی که احتمالاً سطوح مختلف خدمت‌گران سلامت با حقوق‌های متفاوتی وجود دارند که زمان‌های متفاوتی را برای هر یک از خدمات صرف می‌کنند، زمان هر نوع خدمت‌گر سلامت باید به طور جداگانه در نظر گرفته شود. با این حال، این مثال ساده، همه‌ی انواع خدمت‌گران سلامت را ترکیب می‌کند. در عمل، ردیف‌های جداگانه‌ای برای تخصیص حقوق پزشکان، پرستاران، ماماها، تکنسین‌های آزمایشگاه و سایر خدمت‌گران سلامت ضروری است. در نهایت، تنها زمانی که واقعاً برای بیماران صرف شده بود برای ساختن معیار تخصیص (آمار تخصیص) استفاده شد. استفاده از زمان غیرتماسی ثبت نشده است؛ بنابراین موضوع ظرفیت مازاد یا استفاده ناکافی از زمان کارکنان، که ممکن است منبع مهم ناکارآمدی در برخی محیط‌ها باشد، در اینجا بررسی نشده است.

1. Allocation statistics

ارزیابی ضرایب از لحاظ منطقی بودن مهم است. یعنی آیا آنها با واقعیت بالینی و فرآیندهای عملیاتی سازگار هستند؟ به عنوان مثال، سیستم مراقبت های سلامت اتحاد جماهیر شوروی سابق سیاست هایی داشت که سطح بالایی از ویزیت‌های خانگی را الزامی میکرد. زمان چنین بازدیدهای وقت‌گیری در پیمایش‌های انجام شده در قزاقستان و ازبکستان مشخص شده است. تجزیه و تحلیل تخصیص هزینه دستمزد به خدمات مراقبت‌های اولیه بر اساس زمان، رابطه بین خدمات با حجم بالا و خدمات با زمان زیاد را نیز روشن می‌کند. به عنوان مثال، تزریقات خدماتی با حجم بالا و با زمان کم هستند، در حالی که کشیدن بخیه‌ها خدماتی با حجم کم و زمان زیاد هستند. نکته کلی این است که هر محیط خاص، ارائه خدمات و ویژگی‌های عملیاتی خاص خود را دارد، و بررسی اعتبار باید تأیید کند که آیا نتایج در آن زمینه معنادار هستند یا خیر.

Step 4: Allocate salary costs

	Total	Service					
		Consultation	Home visit	Injection	Stiches removal	Blood test	Urine test
Salaries/payroll tax	520,757						
Allocation statistic (time)	1.00	0.35	0.40	0.09	0.04	0.06	0.06
Allocation		182,265	208,303	46,868	20,830	31,245	31,245

گام ۵- تخصیص سایر هزینه‌های ارائه خدمات مستقیم - داروها و لوازم

هزینه‌های دارویی و ملزومات بر اساس تعداد خدمات ارائه شده برای هر نوع خدمت، تخصیص می‌یابد. این ضریب با جمع کردن موارد استفاده از دارو یا لوازم در هر خدمت و تبدیل آن به درصد، محاسبه می‌شود. طبق تعریف، مشاوره‌های مطب پزشک و ویزیت‌های خانگی فقط شامل زمان خدمتگر سلامت می‌شود، بنابراین هیچ دارو یا لوازمی به این خدمات اختصاص داده نمی‌شود. داروها و لوازم به هر یک از خدمات باقی مانده با استفاده از ضریب نشان داده شده، در مرحله ۵ اختصاص داده می‌شود.

Step 5: Allocate other direct service delivery costs—drugs and supplies

	Total	Service					
		Consultation	Home visit	Injection	Stiches removal	Blood test	Urine test
Drugs and supplies							
Amount to be allocated	23,016						
Allocation statistic (no.)	1.00			0.38	0.16	0.25	0.22
Allocation		0	0	8,631	3,596	5,754	5,035

گام ۶- تخصیص هزینه‌های ثابت/اداری

مبنای تخصیص هزینه‌های آب و برق به هر یک از مراقبت‌های اولیه، فضای اشغال شده است؛ زیرا همبستگی قوی بین آنها وجود دارد. تعیین فضای اشغال شده برای هر خدمت به صورت جداگانه امکان پذیر نیست و بنابراین آنها به شکل دسته خدمات تجمیعه شده^۱ ارائه می‌شوند. در شکل زیر، در ادامه بررسی واحد ارائه خدمت، اطلاعاتی در مورد اینکه کدام گروه از خدمات در کدام اتاق‌ها ارائه شده و همچنین اندازه اتاق‌ها بر حسب متر مربع نشان داده شده است. هزینه‌های اداری نیز بر اساس میزان فضای اشغال شده به دسته خدمات تجمیعه شده، که مراقبت‌های اولیه به آن تعلق دارد، تخصیص می‌یابد. در مرحله ۶، با استفاده از یک ضریب، بر اساس مقدار نسبی فضای اشغال شده، هزینه‌های ترکیبی آب و برق و مدیریت ابتدا به دسته‌های خدمات تجمیعه شده و سپس به طور مساوی به خدمات اختصاصی موجود در دسته‌های خدمات تجمیعه شده تخصیص داده می‌شود.

1. Aggregated service

Step 6: Allocate fixed/administrative costs

Fixed/administrative costs						
Amount to be allocated 125,503						
Aggregated groups	Consultation	Home visit	Procedures	Laboratory tests		
Allocation statistic (space in square meters)	447	284	0	105	59	
Coefficient	1.00	0.63	0.00	0.23	0.13	
Service	Consultation	Home visit	Stitches removed	Injection	Blood test	Urine test
Allocation	79,689	0	14,680	14,680	8,227	8,227

گام ۷- تعیین هزینه کل هر خدمت

پس از تخصیص هزینه‌های «حقوق و دستمزد و مالیات بر حقوق، دارو و ملزومات و هزینه‌های آب و برق و اداری» به «هر خدمت ارائه شده»، کل هزینه برای هر خدمت با جمع این سه عنصر هزینه تعیین می‌شود. در این مرحله مهم است که کاربرد حسابداری بهای تمام شده را از نظر سازگاری داخلی بررسی کنید تا اطمینان حاصل شود که کل هزینه یا بودجه، قبل و بعد از تخصیص هزینه‌ها، یکسان است.

Step 7: Determine total cost per PHC service

Service	Consultation	Home visit	Stitches removed	Injection	Blood test	Urine test
Salaries/payroll tax	182,265	208,303	46,868	20,830	31,245	31,245
Drugs and supplies	0	0	8,631	3,596	5,754	5,035
Fixed/administrative costs	79,689	0	14,680	14,680	8,227	8,227
Total cost	261,954	208,303	70,179	39,106	45,227	44,507
Cross-check on total cost	669,276					

هزینه واحد هر خدمت با تقسیم هزینه کل خدمات بر تعداد کل خدمات ارائه شده در طول دوره مطالعه (بر اساس یک دوره سالیانه) محاسبه می‌شود:

$$\text{Unit cost}_x = \frac{\sum_i \text{Total annual cost of service X in facility } i}{\sum_i (\text{No. service X delivered in facility } i \text{ over 1-month study period}) \times (12 \text{ months})}$$

میانگین هزینه واحد^۱ از تقسیم «هزینه کل همه خدمات ارائه شده در طول دوره مطالعه» بر «تعداد کلیه خدمات ارائه شده در طول دوره مطالعه» محاسبه می‌شود:

$$\text{Global average unit cost} = \frac{\sum_i \sum_x \text{Total cost of service X in facility } i \text{ over study period}}{\sum_i \sum_x (\text{No. of service X delivered in facility } i \text{ over study period}) \times (12 \text{ months})}$$

برای تعمیم هزینه‌های واحد، آنها را می‌توان به وزنهای نسبی^۲ تبدیل کرد. به این ترتیب که هزینه واحد برای هر گروه خدمت^۳ را تقسیم بر میانگین کلی^۴ کنید.

$$\text{Relative unit cost}_x = \frac{\text{Unit cost of service X}}{\text{Global average unit cost}}$$

1. Global average unit cost
2. Relative weights
3. Unit cost for each service group
4. Overall average

هزینه‌های واحد نسبی (که عمومی‌تر از هزینه‌های واحد پولی هستند) برای هشت دسته خدمات جمع‌آوری شده در قزاقستان و ازبکستان در جدول زیر نشان داده شده است.

هزینه‌های نسبی واحد برای دسته‌های خدمات انبوه در قزاقستان و ازبکستان

دسته خدمات	روستایی ازبکستان	روستایی قزاقستان	شهری قزاقستان
مشاوره (در مرکز بهداشت)	۱/۰۷	۱/۰۰	۱/۰۶
زنان/تنظیم خانواده	۰/۸۱	۱/۱۴	۰/۹۶
تست آزمایشگاهی	۱/۱۶	۰/۴۱	۱/۱۸
تشخیص عملکردی (مانند اشعه ایکس)	۰/۹۶	۰/۰۰	۲/۷۴
پروسیجرها	۰/۷۷	۰/۴۴	۰/۹۵
فیزیوتراپی	۱/۰۵	۰/۶۱	۱/۱۱
ویزیت پیشگیرانه (شامل ایمن سازی)	۰/۸۳	۰/۹۴	۰/۷۰
بازدید از منزل	۱/۲۶	۲/۰۲	۱/۰۰

۳- مصرف کل خدمات را بر اساس سن و جنس تعیین کنید.

تعیین میزان مصرف کل خدمات به تفکیک سن و جنس، مستلزم جدولبندی تعداد کل هر خدمت ارائه شده توسط گروه‌های سنی/جنسی است. نمی‌توان بدنبال بهترین تجربه بین کشورهای مختلف گشت، زیرا این فرآیند به داده‌های موجود^۱ و گروه‌های پذیرفته‌شده عمومی^۲ (تعداد گروه‌های سنی/جنسی) در هر کشور بستگی دارد. به طور کلی گروه‌های بیشتر منجر به محاسبات دقیقتر اما دشوارتر می‌شود. به عنوان مثال، در قزاقستان و ازبکستان، میزان استفاده از خدمات با افزایش سن در گروه‌های ۵ ساله جدولبندی شد. کل مصرف باید برای مطابقت با دوره داده‌های هزینه‌ای که به خدمات تخصیص داده می‌شود، تعمیم داده شود. در این دو کشور که از بودجه‌های سالانه برای تعیین هزینه‌های واحد استفاده می‌شد، در قزاقستان که دوره مطالعه یک ماه بود، مصرف کل خدمات در ۱۲ و در ازبکستان که دوره مطالعه دو هفته بود در ۲۴ ضرب شد.

1. What data are available

2. Commonly accepted groups

۴- میزان مصرف را با هزینه هر واحد خدمت ادغام کنید تا هزینه سرانه براساس گروه‌های جمعیت به دست آید و ضرایب نسبی را محاسبه کنید.

کل هزینه سالانه خدمات^۱ برای هر گروه سنی/جنسی به شرح زیر محاسبه می‌شود:

$$\text{Total annual cost of group A} = \sum_X (\text{Relative unit cost of service X}) \times (\text{Annual total no. of service X used by group A})$$

میانگین هزینه سرانه خدمات^۲ برای هر گروه سنی/جنسی به شرح زیر محاسبه می‌شود:

$$\text{Per capita annual cost of PHC services for group A} = \frac{\text{Total annual cost of group A}}{\sum_i \text{No. population in group A enrolled in facility } i}$$

میانگین مطلق هزینه سرانه خدمات^۳ برای هر گروه سنی/جنسی به مقادیر نسبی، به شرح زیر، تبدیل می‌شود:

$$\text{Relative per capita cost of group A} = \frac{\text{Per capita annual cost of group A}}{\sum_A \text{Total annual cost of group A}} \times \frac{\sum_A \sum_i \text{No. population in group A enrolled in facility } i}{\sum_A \sum_i \text{No. population in group A enrolled in facility } i}$$

۵- گروه‌ها را برای ایجاد ضرایب تعدیل سن/جنس ترکیب کنید.

هزینه‌های نسبی^۴ در گروه‌های سنی/جنسی، به‌طور ضعیف، نقطه شروعی برای ایجاد ضرایب تعدیل سن/جنس هستند. این گروه‌ها از طریق ترکیبی از علم (ساخت گروه‌ها بر اساس هزینه‌های سرانه نسبی مشابه) و هنر (ملاحظات خطامشی و تصمیم‌گیری در مورد جبران کامل تفاوت هزینه‌ها از طریق سیستم پرداخت) به گروه‌های سنی/جنسی بزرگ‌تر تجمع می‌شوند.

برای شناسایی گروه‌هایی با هزینه‌های نسبی مشابه، می‌توان از روش‌های آماری، مانند بررسی انحرافات استاندارد، در صورتی که بررسی مرکز ارائه خدمت بر اساس یک نمونه تصادفی باشد، استفاده کرد. یا می‌توان روش ساده‌تری مانند ترسیم هزینه‌های نسبی و شناسایی بصری الگوها را به کار برد.

در Semipalatinsk گروهی از ذی‌نفعان گروه‌های سنی/جنسی را به روش زیر ترکیب کردند:

- کودکان پسر/دختر ۰ تا ۱۲ ماه
- کودکان پسر/دختر ۱ تا ۱۹ سال
- بزرگسالان مرد ۲۰ تا ۵۹ سال
- بزرگسالان زن ۲۰ تا ۵۹ سال
- بزرگسالان مرد/زن ۶۰ سال و بالاتر.

1. Total annual cost
2. Average per capita cost
3. Absolute average per capita cost
4. Relative costs

پس از اینکه گروه‌های بالا تعریف شد، بدنبال چندین هدف سیاستی، تعدیلاتی برای گروه‌ها و ضرایب وزنی انجام شد. از آنجایی که تغییرات هزینه مشاهده شده منعکس کننده تغییرات واقعی در نیازهای مراقبت‌های اولیه جمعیت در چندین مورد نیست، ضرایب تعدیل سن/جنس باید برای ایجاد تغییر در برخی از الگوها استفاده شود. به عنوان مثال، ضریب برای کودکان ۰ تا ۱۲ ماهه به سمت پایین تنظیم شد تا انگیزه‌های برای ارائه مراقبت کارآمدتر^۲ از کودک در سال اول زندگی ایجاد شود، که احتمالاً کمتر به بازدید از خانه توسط پزشکان و بیشتر به پرستاران تکیه می‌کند. علاوه بر این، ضریب برای مردان بالغ به سمت بالا^۳ تنظیم شد تا منابع در دسترس برای افزایش استفاده توسط مردان بزرگسال، به ویژه برای مدیریت شرایط مزمن باشد. مجموعه نهایی ضرایب تعدیل سن/جنس که توسط خریدار بهداشتی در قزاقستان اتخاذ شد در جدول زیر نشان داده شده است.

ضرایب نهایی تعدیل سن/جنس در قزاقستان

کودکان > ۵	کودک ۱۴-۵	زن ۴۹-۱۵	مرد ۴۹-۱۵	بزرگسالان < ۵۰	ضریب تعدیل
۳	۰/۸	۱/۳	۰/۸	۱/۲	

۵- ایجاد یک پایگاه داده ثبت نام

یک سیستم پرداخت سرانه متکی به افرادی است که نزد یک ارائه دهنده برای یک دوره مشخص ثبت نام کرده‌اند. تخصیص یک جمعیت مشخص به ارائه‌دهنده از مزیت این نظام پرداخت است؛ زیرا خدمات پزشکی خانواده می‌تواند با سازمان‌دهی حول جمعیت‌های تعریف‌شده به جای خدمت‌رسانی به افرادی که فعالانه به دنبال مراقبت هستند، بیشترین سهم را در بهبود سلامت جوامع داشته باشد. تعداد افرادی که نزد هر ارائه‌دهنده ثبت‌نام می‌شوند، یکی از عوامل تعیین‌کننده کل مبلغی است که به یک ارائه‌دهنده پرداخت می‌شود. بنابراین اعتبار برآوردها و تخمین‌های مربوط به ثبت نام جمعیت برای افزایش پذیرش و اعتبار سیستم پرداخت بسیار مهم است. افراد را می‌توان به یکی از دو روش نزد ارائه‌دهندگان ثبت نام کرد: «ثبت نام اجباری» و «ثبت نام آزاد». برای اینکه یک سیستم پرداخت سرانه پزشکی خانواده به پتانسیل کامل خود برای ایجاد انگیزه‌های جدید و ایجاد تغییر در روابط بین ارائه‌دهندگان و جمعیت دست یابد، افراد باید بتوانند به طور آزادانه ارائه‌دهنده خود را انتخاب کنند. اگر سیستم پرداخت اجازه دهد که چرخش پول از انتخاب بیماران پیروی کند، انگیزه‌های اقتصادی قوی برای ارائه‌دهندگان ایجاد می‌شود تا رفتار خود را تغییر دهند و بیشتر به بیماران پاسخگو باشند. یک نظرسنجی از جمعیت عمومی در استونی نشان می‌دهد که انتخاب فعال پزشک، یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های رضایت بیشتر بیماران است (کالدا، پولوست و لمبر ۲۰۰۳). بنابراین، تا جایی که ممکن است ثبت نام آزاد باید هدف نهایی باشد؛ حتی اگر در ابتدای اجرای برنامه جمعیت تحت پوشش از طریق یک فرآیند اجباری مشخص شده باشد. گاهی اوقات ممکن است در برخی از مناطق روستایی هیچ گزینه انتخابی وجود نداشته باشد، زیرا فاصله بین ارائه‌دهندگان بسیار زیاد است و ثبت نام آزاد ممکن است انگیزه کافی برای ارائه‌دهندگان به منظور پاسخگویی به جمعیت ایجاد نکند. بنابراین، اقدامات تضمین کیفیت اضافی ممکن است ضروری باشد. این موضوع که آیا ثبت نام آزاد بلافاصله پس از اجرای برنامه امکان‌پذیر است یا خیر، به ظرفیت خریدار (پرداخت‌کننده) برای جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز به تفکیک افراد تحت پوشش بستگی دارد.

1. Downward
2. Efficient
3. Upward

ثبت نام اجباری

اگر صرفاً داده‌های کلی جمعیت موجود باشد، پرداخت‌کننده باید معیارهایی را برای انتساب جمعیت به ارائه‌دهندگان تعیین کند. به عنوان مثال، پرداخت‌کننده ممکن است از منطقه جغرافیایی (روستا، یا خیابان‌ها/محله‌ها در مناطق شهری)، تعداد جمعیت به ازای هر پزشک (مانند ۱۵۰۰ جمعیت برای هر پزشک)، یا ترکیبی از این معیارها استفاده کند. در هر صورت معیارها و فرآیند انتساب باید شفاف باشد و فرآیندی برای مدیریت سوالات و شکایات ارائه‌دهندگان ایجاد شود.

جمع آوری داده‌های سرشماری

اگر فقط داده‌های کلی سرشماری در دسترس باشد، سیستم پرداخت ساده‌ترین سیستم خواهد بود (بدون ضرایب تعدیل ریسک) و پایگاه داده ثبت‌نام را می‌توان در صفحه‌گسترده‌ای که توسط پرداخت‌کننده مدیریت می‌شود، به صورت کامپیوتری یا کاغذی نگهداری کرد. یک نمونه صفحه گسترده در جدول زیر نشان داده شده است.

یک نمونه صفحه گسترده برای پایگاه داده ثبت نام با استفاده از داده‌های سرشماری کل

PHC provider name	Location/address	No. of physicians	No. of enrollees
PHC clinic no. 1	Village X	3	5,500
PHC clinic no. 2	Village Y	3	3,800
PHC clinic no. 3	Street A, City B	4	5,600
PHC clinic no. 4	Street C, City B	6	9,100
PHC clinic no. 5	Street D, City E	7	10,700

جمع‌آوری داده‌ها بر اساس گروه سنی/جنسی

اگر داده‌های تجمیع‌شده بر اساس گروه سنی/جنسی در دسترس باشد، سیستم پرداخت می‌تواند شامل ضرایب تعدیل ریسک بر اساس سن/جنس باشد. پایگاه داده ثبت نام را می‌توان در صفحه گسترده‌ای که توسط خریدار (پرداخت‌کننده) مدیریت می‌شود، به صورت کامپیوتری یا کاغذی نگهداری کرد.

صفحه گسترده نمونه برای پایگاه داده ثبت نام با استفاده از داده‌های انباشته شده بر اساس گروه سنی/جنسی

PHC provider name	Location/address	No. of physicians	Total	No. of enrollees							
				<5		5-19		20-55		>55	
				M	F	M	F	M	F	M	F
PHC clinic no. 1	Village X	3	5,500	160	179	411	380	1,681	1,750	342	597
PHC clinic no. 2	Village Y	3	3,800	123	132	225	212	1,245	1,340	234	289
PHC clinic no. 3	Street A, City B	4	5,600	172	164	356	344	1,782	1,867	402	513
PHC clinic no. 4	Street C, City B	6	9,100	267	279	503	519	2,884	3,241	643	764
PHC clinic no. 5	Street D, City E	7	10,700	412	422	714	728	3,114	3,456	886	968

ثبت نام آزاد

ثبت نام آزاد به افراد این امکان را می‌دهد که ارائه‌دهنده خود را انتخاب و برای دوره زمانی معینی نزد او ثبت نام کنند. به منظور انجام فرآیند ثبت‌نام آزاد که شامل استقرار، نگهداری و به روزرسانی است، به یک سیستم نیاز است. ممکن است قبل از فرآیند ثبت‌نام لازم باشد یک پایگاه داده از اطلاعات پایه در مورد کل جمعیت (مثلاً از طریق سرشماری) ایجاد شود. هدف از این امر این خواهد بود که اطمینان حاصل شود که هرکسی که حق دریافت خدمات را دارد، به حساب آید و در نهایت نزد یک ارائه‌دهنده ثبت‌نام کند. این سیستم همچنین امکان بررسی ثبت نام تکراری نزد بیشتر از یک ارائه‌دهنده را فراهم می‌کند. با این

حال، در بسیاری از کشورها، ایجاد پایگاه داده جمعیت ممکن است مشکل ساز باشد. به عنوان مثال، اگر مهاجرت قابل توجهی وجود داشته باشد یا جمعیت‌های زیادی با آدرس‌های غیرمستند وجود داشته باشد، مکان‌یابی و مستندسازی کل جمعیت، به منابع گسترده‌ای نیاز دارد. علاوه بر این، مانند قزاقستان، ممکن است سازمان‌های دولتی و نهادهای مالی، آمار جمعیتی را که توسط یک آژانس رسمی دولتی تولید نشده است، نپذیرند. هزینه‌ها و موانع ایجاد یک پایگاه داده جمعیتی قبل از ثبت نام آزاد، باید در مقابل منافع حسابداری برای کل جمعیت سنجیده شود. از رویکردهای دیگری نظیر موارد زیر هم می‌توان استفاده کرد:

- استفاده از خود فرآیند ثبت‌نام باز برای ایجاد پایگاه داده
- استفاده از ثبت‌های موجود مانند فهرست‌های بیماران، به عنوان نقطه شروع و تأیید ثبت‌ها از طریق بررسی‌های نقطه‌ای
- تبلیغات مزایای ثبت نام در برنامه پزشکی خانواده و تشویق مردم به حضور و ثبت نام

۶- محاسبه بودجه سرانه هر ارائه دهنده

هنگامی که عناصر سیستم پرداخت سرانه ساخته می‌شود (شامل نرخ سرانه پایه؛ اندازه جمعیت، ویژگی‌ها و ثبت‌نام نزد ارائه‌دهندگان؛ و ضرایب تعدیل) بودجه سرانه برای هر ارائه‌دهنده قابل محاسبه است. فرمول آن به شرح زیر است:

Per capita budget of facility i = [(Adjustment coefficient for group A) × (No. of enrollees in group A) × (Base per capita rate)]

اگر مجموعه‌ای از ضرایب جغرافیایی وجود داشته باشد، فرمول به شرح زیر است:

Per capita budget of facility i = Per capita budget of facility i = [(Adjustment coefficient for group A) × (No. of enrollees in group A) × (Base per capita rate) × (Geographic coefficient g)]

از ضرایب تعدیل برای بازتوزیع وجود استفاده می‌شود؛ اما میزان وجوه موجود را افزایش نمی‌دهد. بنابراین، اگر از ضرایب تعدیل در سیستم پرداخت استفاده شود ولی ضرایب به طور کامل نرمال (مجموع آن روی ۱ کالیبره نشده باشد) نشده باشد، باید از نرخ سرانه پایه استفاده کرد. نرخ سرانه پایه از میانگین وزنی وجوه موجود برای هر نفر محاسبه می‌شود که بر اساس ترکیب سن/جنس جمعیت ثبت‌نام شده نزد هر ارائه‌دهنده وزن داده شده است.

$$Adjusted\ BPCR_R = \frac{PHCP_R}{\sum_A \sum_i [(No.\ population_{A,i}) \times (Adjustment\ coefficient_A)]}$$

که در آن:

R = Adjusted BPCR = نرخ سرانه پایه تعدیل شده در منطقه R

PHCPR = مجموع مراقبت‌های بهداشتی اولیه در منطقه R

i = Population = جمعیت (تعداد افراد) در گروه سنی/جنسی A ثبت نام شده نزد ارائه دهنده i

A = Adjustment coefficient = ضریب تعدیل برای گروه سنی/جنسی A

اگر در سیستم پرداخت سرانه از ضرایب جغرافیایی استفاده شود، این ضرایب باید برای تعدیل نرخ پایه سرانه نیز مورد استفاده قرار گیرد. اگر فقط تعدیلات جغرافیایی انجام شود، نرخ سرانه پایه با تقسیم مجموع خدمات پزشک خانواده بر مجموع جمعیتی که نزد ارائه‌دهنده 1 ثبت نام کرده‌اند ضرب در ضریب جغرافیایی که برای ارائه‌دهنده 1 اعمال می‌شود، تنظیم می‌شود:

$$Adjusted\ BPCR_R = \frac{PHCP_R}{\sum_i [(population_i) \times (Geographic\ coefficient_i)]}$$

اگر سیستم پرداخت از تعدیل کننده های سن/جنس و جغرافیایی استفاده می‌کند، نرخ پایه باید به صورت زیر تنظیم شود:

$$Adjusted\ BPCR_R = \frac{PHCP_R}{\sum_i [\sum_A [(# population_{A,i}) \times (Adjustment\ coefficient_A)] \times Geographic\ adjustment\ coefficient_i]}$$

۷- طراحی یک سیستم مالی و مدیریتی

مشوق‌های مالی یک سیستم پرداخت سرانه می‌تواند ارائه خدمات پاسخگوتر و کارآمدتر را به همراه داشته باشد؛ زیرا ارائه‌دهندگان تلاش می‌کنند از طریق ارائه خدمات با کیفیتتر و مناسب‌تر، ثبت‌نام کنندگان بیشتری را جذب کنند و تلاش می‌کنند از طریق افزایش کارایی و ترکیب خدمات، پس‌انداز را افزایش دهند. با افزایش پس‌انداز، می‌توانند سرمایه‌گذاری بیشتری داشته باشند و نهایتاً ثبت‌نام کنندگان بیشتری خواهند داشت. با این حال، برای بهره‌برداری از این پتانسیل، ارائه‌دهندگان سلامت باید عملکردهای بالینی خود را با برخی از ویژگی‌های کارآفرینی ترکیب کنند. برای موثر ساختن سیستم پرداخت سرانه، بسیار مهم است که پزشکان خانواده نه تنها استقلال مالی و مدیریتی بیشتری داشته باشند، بلکه ظرفیت فعالیت به عنوان یک نهاد تجاری، برنامه ریزی منطقی و استفاده از منابع موجود برای بهبود خدمات و جذب ثبت‌نام کنندگان را نیز داشته باشند.

این بخش، کارکردهای اساسی مالی و مدیریتی ارائه‌دهندگان پزشکی خانواده و همچنین مراحل ظرفیت‌سازی و توسعه سیستم‌های مدیریت مالی و اطلاعات سلامت را توضیح می‌دهد. هدف از این بخش، ارائه راهنمای گام به گام برای توسعه عملکردهای مالی و مدیریت نیست، زیرا چنین راهنماهایی را می‌توان از جاهای دیگر به دست آورد. با این حال یک نمای کلی از توسعه ظرفیت مالی و مدیریت در سطح ارائه خدمت، با مثال‌ها و تصاویر خاص برگرفته از ازبکستان و جمهوری قرقیزستان، که دارای سیستم‌های مدیریت مالی مراقبت‌های اولیه و اطلاعات سلامت بالغ هستند، ارائه شده است. از آنجایی که پزشکان خانواده استقلال و مسئولیت مدیریتی بیشتری را بر عهده می‌گیرند، باید مجموعه‌ای از وظایف اصلی مالی و مدیریتی را بدانند که شامل مدیریت عمومی، مدیریت مالی، سیستم‌های اطلاعاتی و منابع انسانی است.

مدیریت عمومی

پزشک خانواده باید سیستم‌ها، سیاست‌ها و رویه‌های داخلی را طراحی و پیاده‌سازی کند تا از برآورده شدن اهدافش مطمئن شود. همچنین باید سیستمی برای اطمینان از انطباق آن با تمام قوانین و مقررات محلی، از جمله مالیات، داشته باشد. مدیریت عمومی ممکن است شامل یک طرح تجاری نیز باشد که اساساً یک ابزار سنتی بخش خصوصی است که هم به

شناسایی اهداف و وظایف کوتاه مدت یک سازمان و هم به تعریف، بسیج و تخصیص منابع برای تحقق بهینه این اهداف و وظایف کمک می‌کند. طرح تجاری باید از یک برنامه استراتژیک (ماموریت، چشم انداز، اهداف بلند مدت و اقدامات) نشأت بگیرد. عناصر طرح کسب و کار باید شامل پیش بینی اندازه و ساختار جمعیتی جمعیت تحت پوشش، نیازهای پیشبینی شده برای خدمات سلامت خاص و راه های بهینه برای رفع نیازهای سلامت پیش بینی شده آن جمعیت باشد.

مدیریت مالی

با استقلال مالی بیشتر، خود ارائه‌دهنده مسئول برنامه‌ریزی و اجرای بودجه، عملیات حساب‌های بانکی، خریده‌ها، راه‌اندازی سیستم حسابداری و تهیه گزارش‌های مالی می‌شود. باید سیستمی برای تجزیه و تحلیل عملکرد مالی و تهیه گزارش‌هایی داشته باشد که بتواند از آن برای بهبود تخصیص منابع و بهبود وضعیت مالی خود استفاده کند. سیستمی برای مدیریت تهیه و خرید تدارکات شامل تنظیم انبار، موجودی، نظارت بر استفاده مناسب و خرید به موقع کلیه لوازم بالینی و غیر بالینی مورد نیاز است.

سیستم های اطلاعاتی

ارائه‌دهنده باید سیستم‌های اطلاعات داخلی (کامپیوتری یا کاغذی) را برای نظارت و مدیریت منابع مالی و انسانی و ارزیابی عملکردهای بالینی/ ارائه خدمات ایجاد و اجرا کند. همچنین ممکن است برای کمک به ثبت نام و تهیه گزارش‌های مربوط به ثبت نام کنندگان؛ ردیابی تغییرات جمعیت به دلیل تولد، مرگ یا مهاجرت، و رعایت سایر الزامات اطلاعاتی سیستم پرداخت سرانه، به سیستم‌های اطلاعاتی نیاز باشد. یکی از جنبه‌های مهم طراحی سیستم اطلاعاتی، تعیین این است که کدام زیرمجموعه از داده‌ها، و از چه طریقی، به پرداخت‌کننده یا سایر مقامات و ذی‌نفعان گزارش می‌شود.

منابع انسانی

در یک سیستم پرداخت سرانه، ارائه‌دهندگان باید حق تصمیم‌گیری در مورد کارکنان خود داشته باشند؛ اگرچه این موضوع ممکن است یک هدف بلندمدت در سیستم‌هایی با ارائه‌دهندگان دولتی باشد. اگر مسئولیت تصمیم‌گیری در مورد کارکنان به ارائه‌دهندگان منتقل شود، سیاست‌ها و سیستم‌هایی برای حمایت از توسعه برنامه‌های کارکنان و شرح وظایف، استخدام/ اخراج، نگهداری سوابق پرسنل، تنظیم پاداش/مزایا و مدیریت منافع کارکنان مورد نیاز است.

تجربه آسیای مرکزی نشان می‌دهد که با بلوغ انگیزه‌های مالی در سیستم پرداخت سرانه، ارائه‌دهندگان شروع به دفاع از حق تصمیم‌گیری بیشتر در مورد پرسنل و سایر الزامات ورودی خود می‌کنند. به عنوان مثال، اگرچه کنترل دولت بر عرضه نیروی کار در بخش سلامت، یکی از سخت‌ترین موانع برای اصلاح سیستم‌های سلامت در آسیای مرکزی بوده است، در ازبکستان، ارائه‌دهندگان کنترل بیشتری بر تصمیم‌گیری‌های مربوط به کارکنان به دست آورده‌اند. در حال حاضر رعایت برنامه زمان‌بندی کارکنان دولت، بیشترین محدودیتی است که برای ارائه‌دهندگان وجود دارد و این ارائه‌دهندگان در حال حاضر اختیار استخدام (و اخراج) پرسنل را تا زمانی که از حداکثر محدودیت‌های کارکنان تجاوز نکنند، به عهده دارند. با این حال، ارائه‌دهندگان هنوز ملزم به تبعیت از قوانین کار و مقررات دولتی در مورد مسائل مدیریت منابع انسانی، از جمله سیاست‌های هدایت‌کننده استخدام و اخراج و مرخصی زایمان، هستند.

افزایش ظرفیت های مالی و مدیریتی

جدایی بین کارکردهای مالی و مدیریتی و عملکردهای بالینی اغلب سودمند است. ایجاد یک جایگاه شغلی مجزا، تحت عنوان مدیریت مالی، به منظور کمک به مدیریت بالینی، برای انجام وظایف مدیریت مالی و مدیریت عمومی جدید، توجیه قوی دارد. در جایی که ارائه دهندگان کوچک هستند، ممکن است فقط ایجاد جایگاه های شغلی پاره وقت و یا تسهیم یک جایگاه شغلی میان چند ارائه دهنده هزینه اثربخش باشد. مدیریت مالی برای پزشکان خانواده ممکن است نوع جدیدی از جایگاه شغلی در برخی کشورها باشد که نیاز به مراحل برای رسمی کردن این جایگاه، ایجاد شرح وظایف و کسب تاییدیه بودجه دولتی برای تامین مالی این جایگاه مورد نیاز باشد. تجربه عملی در برخی کشورها نشان داده است که ممکن است چالش هایی برای ایجاد این موقعیت وجود داشته باشد، و ممکن است یک رویکرد گام به گام برای تضمین حمایت از این سیاست و برای غلبه بر هرگونه تغییر قانونی مورد نیاز باشد. برای مثال، حدود پنج سال طول کشید تا ازبکستان مسئله جداسازی عملکردهای مدیریتی و بالینی را حل کند. با این حال، در سال ۲۰۰۴، مطابق دستور وزارت بهداشت، با حمایت سایر وزارتخانه های مرتبط، جایگاه شغلی، الزامات علمی و حرفه ای و نقش و مسئولیت های مدیران مالی در خدمات مراقبت های اولیه ازبکستان مشخص شد. مدیر مالی تحت نظارت کلی مدیر بالینی مرکز کار می کند. از نظر شرایط آکادمیک و حرفه ای، مدیر مالی باید فارغ التحصیل یک مرکز تحصیلات عالی یا تخصصی در رشته های حسابداری، اقتصاد یا امور مالی، با گذراندن دوره های پیشرفته حسابداری پایه و مدیریت مالی و پرسنلی در مراکز بهداشتی-درمانی، تجربه عملی کار در زمینه مربوطه به مدت حداقل سه سال باشد.

** نکته: جزئیات مربوط به سیستم های اطلاعات مدیریت مالی، آموزش مدیران مالی، سیستم های اطلاعات سلامت، طراحی سیستم نظارت و تضمین کیفیت، شاخص های عملکرد و... در ادامه این مبحث در کتاب رفرنس موجود است.

منبع

1. Langenbrunner J, Cashin C, O'Dougherty S. Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals: World Bank Publications; 2009.

فصل دهم

آموزش مستمر حرفه‌ای

پروژه ۱۴

مقدمه

نیروی انسانی مهمترین و راهبردی‌ترین منبع یک سازمان به حساب می‌آید، سازمان موفق مجموعه‌ایست متشکل از انسان‌هایی با فکر و اندیشه و اهداف مشترک که با کار گروهی در نظام انعطاف پذیر سازمان، تجارب و دانش خود را با نیت پیشرفت روز افزون، در اختیار سازمان قرار می‌دهند. رسیدن به اهداف سازمان بستگی به توانایی کارکنان در انجام وظایف محوله و انطباق با محیط متغیر دارد. اجرای آموزش و بهسازی نیروی انسانی سبب می‌شود تا افراد بتوانند متناسب با تغییرات سازمانی و محیط، بطور مؤثر فعالیت هایشان را ادامه داده بر کارایی خود بیفزایند. بنابراین آموزش و بهسازی، کوشش مداوم و برنامه‌ریزی شده به وسیله مدیریت برای بهبود سطوح شایستگی کارکنان و عملکرد سازمانی است. اگر کارکنان سازمان دارای دانش، اطلاعات، مهارت‌های لازم و مناسب نباشند، سازمان را با دشواری‌های فراوان مواجه خواهند کرد. از آنجا که دانش و فناوری با سرعت رشد می‌کنند، کارکنان در زمانی کوتاهی پس از استخدام نیازمند دریافت آموزش به منظور کسب دانش و مهارت روزآمد هستند. آموزش شامل توسعه مهارت‌هایی است که معمولاً در انجام یک کار خاص ضروری هستند و هدف آن دستیابی به یک تغییر خاص در رفتار فراگیران و قادر ساختن آنان برای انجام بهتر وظایف است. آموزش سبب می‌شود که کارکنان در زمان کوتاه‌تری به بهره‌وری مناسب دست یابند.

چارچوب کلی نظام آموزش مستمر

در نظام آموزش، ابتدا بر مبنای شرح وظایف اولیه کارکنان، نیازهای دانشی، نگرشی و مهارتی آنان استخراج و بر اساس آنها سرفصل‌های آموزشی تدوین می‌شود. این نیازها به صورت مستمر نیز، با توجه به تغییرات نظام پزشکی خانواده، مورد بازنگری قرار می‌گیرد. در ابتدا بر مبنای این نیازها، حداقل‌های آموزش بدو خدمت تدوین و با توجه به آنها برنامه آموزش بدو خدمت طراحی می‌شود. برای آموزش‌های حین خدمت، نیازسنجی بر نتایج بازنگری فرآیندهای سازمانی و ارزیابی عملکرد کارکنان مبتنی خواهد بود.

فرایند آموزش

به منظور درک بهتر چارچوب نظام آموزش، در ادامه به شرح فرآیند ارائه آموزش‌ها خواهیم پرداخت. فرآیند آموزش از پنج مرحله کلی به شرح ذیل تشکیل می‌شود:

مرحله اول: تعیین نیازهای آموزشی

نیازسنجی آموزشی به دلیل نقش زیربنایی و ساختاری خود نسبت به سایر اجزای فرایند آموزش کارکنان، از اهمیت و حساسیت بالایی برخوردار است؛ و هر گونه نقصی در نیازسنجی، اشکالاتی را در سایر قسمت‌های فرایند آموزش به وجود می‌آورد.

تعریف

نیازسنجی آموزشی عبارت است از فرآیند جمع‌آوری اطلاعات درباره آن دسته از نیازهای آشکار یا پنهان سازمان که از طریق آموزش قابل رفع است.

اصول نیازسنجی آموزشی

انجام نیازسنجی آموزشی در سازمان مستلزم رعایت چند اصل مهم است. این اصول عبارتند از:

۱- اصل تداوم

به دلیل تغییرات دائم محیط بیرونی و درونی سازمان، نیازسنجی مداوم امری اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین مدیران منابع انسانی باید دائماً به شناسایی و اولویت‌بندی نیازهای اساسی آموزش متناسب با شرایط محیط بیرونی و دورنی سازمان خود بپردازند.

۲- اصل جامعیت

به دلیل اهمیت و جایگاه اطلاعات حاصل از نیازسنجی، در برنامه‌ریزی آموزشی، لازم است اطلاعات جامعی شامل همه ابعاد و ارکان و جهات گوناگون و با استفاده از روش‌های مختلف، گردآوری و تجزیه و تحلیل شود.

۳- اصل مشارکت

پپچیدگی موقعیت و جامعیت نیازسنجی، برخورداری از همکاری یک تیم نیازسنجی را ایجاب می‌کند. به عبارت بهتر اصل مشارکت به درگیر کردن همه ذی‌نفعان در شناسایی و اولویت‌بندی نیازهای آموزشی اشاره دارد.

۳- اصل عینیت و اعتبار

براساس این اصل، نیازسنجی نیازمند طی کردن مراحل علمی است و براساس حدس و گمان و یا به صورت ذهنی انجام نمی‌شود. نیازهای شناسایی و اولویت‌بندی شده باید از اعتبار لازم برخوردار باشند و ارزش سرمایه‌گذاری برای برآورده کردن را داشته باشند.

۴- اصل واقع‌بینی

دست‌اندرکاران نیازسنجی آموزش باید پیش از تهیه و اجرای طرح نیازسنجی نسبت به مطالعه و شناخت هدف، سطح و محیط نیازسنجی و واقعیات مربوطه اقدام کنند تا زمینه و بستر کار خود را به خوبی بشناسند و متناسب با واقعیات عمل کنند.

۵- اصل رعایت ملاحظات فرهنگی

براساس این اصل، جو و خصوصیات فرهنگی حاکم بر سازمان در زمان نیازسنجی باید مورد توجه قرار گیرد. این اصل از دو سو لازم است. نخست از آن جهت که این ویژگی‌ها عملاً در کار نیازسنجی نمود پیدا می‌کنند و حتی آن را جهت می‌دهند و دوم آن که لازم است طرح‌ریزی نیازسنجی و انتخاب روش‌ها و ابزارها و حتی تعبیر و تفسیر اطلاعات متناسب با موقعیت فرهنگی و کلی سازمان انجام شود.

تکنیک‌های نیازسنجی آموزشی

روش‌های فراوانی برای نیازسنجی آموزشی وجود دارد که از مهمترین آنها می‌توان به ۷ مورد زیر اشاره کرد:

۱- اطلاعات شغل

با مطالعه اسناد شرح و شرایط احراز شغل می‌توان نیازهای آموزشی را شناسایی کرد. این اسناد نشان می‌دهند که هر یک از مشاغل در سازمان، چه وظایفی دارند و برای احراز آن مشاغل چه مهارت، دانش و توانایی‌هایی لازم است. بنابراین، این روش به ویژه در تعیین نیازهای آموزشی کارکنان تازه وارد بسیار مؤثر است. البته اطمینان از به‌روز بودن این اسناد اهمیت بالایی دارد چون متأسفانه در برخی سازمان‌ها اسناد شرح شغل منسوخ شده‌اند و به خوبی نمی‌توان از آنها برای نیازسنجی آموزشی استفاده کرد. در این سازمان‌ها برای استفاده از اطلاعات شغل به‌عنوان یکی از تکنیک‌های نیازسنجی آموزشی، لازم است ابتدا تحلیل شغل صورت پذیرد.

۲- مطالعه طرح‌های توسعه آتی سازمان

از آنجایی که هر توسعه‌ای نیازمند کسب دانش و مهارت جدید یا تقویت آن‌ها است، یکی از روش‌های نیازسنجی آموزشی، مطالعه و بررسی طرح‌های توسعه سازمان است. در واقع با مطالعه طرح‌های توسعه مشخص می‌شود که برای ورود به بازارهای جدید، تولید محصولات و ارائه خدمات جدید، استفاده از تکنولوژی‌های جدید و گسترش حیطه فعالیت‌های سازمان چه نیازهای آموزشی وجود خواهد داشت.

۳- نتایج ارزیابی عملکرد

یکی دیگر از تکنیک‌های نیازسنجی آموزشی، استفاده از نتایج ارزیابی عملکرد است. این روش فقط زمانی قابل استفاده است که علت سطح عملکرد پایین، کمبود مهارت و دانش باشد. در غیر این صورت نمی‌توان از نتایج ارزیابی عملکرد برای شناسایی نیازهای آموزشی استفاده کرد. اگر عملکرد فرد پایین‌تر از حد انتظار بوده و میان آنچه فرد باید انجام دهد با آنچه واقعا انجام می‌دهد اختلاف وجود داشته باشد باید مشخص شود آیا کاستی‌های عملکرد، با آموزش برطرف می‌شوند؟ یعنی باید اطمینان حاصل شود که کاستی‌ها، به دلیل کمبود مهارت یا دانش بوده است و دلایل دیگری چون فقدان انگیزش، وجود موانع کاری، آگاهی نداشتن کارمند از استاندارد عملکرد علت عملکرد پایین‌تر از حد مورد انتظار نیست.

۴- برگزاری آزمون

شاید فکر کنید شرکت در آزمون فقط مربوط به دوره تحصیلی باشد؛ اما برگزاری آزمون در قالب سؤالات کوتاه چندگزینه‌ای آن هم به صورت آنلاین یکی از تکنیک‌های سریع نیازسنجی آموزشی به شمار می‌رود. می‌توان با طراحی چند سؤال در زمینه دانش کاری کارکنان به نیازهای آموزشی آنان پی برد.

۵- نظرسنجی از مشتریان

نظرسنجی از مشتریان یکی دیگر از تکنیک‌های نیازسنجی آموزشی است. برای استفاده از این تکنیک لازم است ابتدا نظرات مشتریان طبقه‌بندی شود؛ آنگاه نارضایتی‌ها و شکایت‌هایی که مربوط به فقدان دانش و مهارت است به عنوان نیاز آموزشی در نظر گرفته شود. در اینجا منظور از مشتریان تنها مشتریان خارجی نیستند و باید نظرات مشتریان داخلی نظیر همکاران، زیردستان و سایر ذی‌نفعان نیز برای ارزیابی نیاز آموزشی لحاظ گردد.

۶- مشاهده

مشاهده یکی دیگر از روش‌های قابل استفاده برای نیازسنجی آموزشی است. در تکنیک مشاهده، گروه هدف در یک بازه زمانی و به صورت غیررسمی، در سه حوزه تخصصی، عملکردی و رفتاری مورد ملاحظه قرار می‌گیرد. نکته‌ای که باید در این روش در نظر گرفته شود این است که کارکنان باید بدانند این مشاهده‌ها جنبه تنبیهی ندارد و صرفاً برای اهداف آموزشی انجام می‌شود.

۷- نظرخواهی از مدیران و کارکنان

یکی از تکنیک‌های نیازسنجی آموزشی که خیلی سریع ما را با مسائل و مشکلاتی که ناشی از وجود نیازهای آموزشی است آشنا می‌کند، نظرخواهی از مدیران و کارکنان است. مدیران به‌واسطه تسلطی که بر الزامات شغل و توانمندی‌های شاغل دارند می‌توانند راهنمای خوبی برای نیازسنجی آموزشی کارکنان باشند. نظرخواهی از کارکنان و کسب اطلاعات به‌صورت خوداظهاری، اگرچه ممکن است چندان قابل‌اعتماد نباشد اما می‌تواند برای شروع، روش مناسبی باشد. برای کسب اطلاعات از مدیران و کارکنان می‌توان از ابزارهای مصاحبه فردی یا گروهی به‌صورت رسمی یا غیررسمی یا ارسال پرسشنامه به‌صورت فیزیکی یا الکترونیکی استفاده کرد.

طرح عملیاتی

در این قسمت قصد برآن است تا طرحی عملیاتی برای نیازسنجی در برنامه پزشکی خانواده ارائه گردد. در برنامه پزشکی خانواده تمرکز اصلی بر وظایف کارکنان است. از این رو می‌بایست بر مبنای شرح وظایف کارکنان سرفصل‌های آموزشی تدوین گردد تا پرسنل برای وظایف محوله توانمندی‌های لازم را کسب کنند. البته از سایر روش‌های نیازسنجی مانند نتایج ارزیابی عملکرد، نیازهای آتی سازمان و مطالعه پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی نیز در مرحله آموزش مستمر کارکنان استفاده می‌شود. با عنایت به اینکه در ابتدای طراحی برنامه، دسترسی کامل به منابع نیازسنجی وجود ندارد، در این سند هدف تنها بر اساس مواردی، مانند فرآیند ارجاع و حقوق گیرندگان خدمت، که فرایند آنها شفاف شده است، سرفصل‌های آموزشی تدوین می‌شود؛ تا بتوان در ادامه به عنوان الگویی عملیاتی برای نیازسنجی و طراحی برنامه‌های آموزشی سایر بخش‌ها از آنها بهره برد.

جدول ۱: نمونه سرفصل‌های آموزشی

حیطه	سرفصل آموزشی	گروه هدف
حقوق گیرندگان خدمات	رفتار محترمانه با گیرندگان خدمات	عمومی
	ارتباط موثر با بیمار و همراه	منشی، پرستار، پزشک
	حفظ حریم خصوصی بیماران	عمومی
	برخور با بیمار و همراه شاکی	عمومی
نظام ارجاع	نحوه دسترسی به اطلاعات بیماران	منشی، پرستار، پزشک
	پیگیری دریافت خدمات برنامه‌ریزی شده	منشی، پرستار، پزشک
	ارجاع فوری و الکتیو به بیمارستان	منشی، پرستار، پزشک
	ارجاع به سایر خدمتگاران	منشی، پرستار، پزشک، طرفین قرارداد
	مشورت غیرفوری با متخصص	منشی، پزشک، طرفین قرارداد
	پیگیری غیرحضور	منشی، پزشک، طرفین قرارداد

مرحله دوم: طراحی برنامه آموزشی

در این مرحله اهداف باید کاملاً صریح و روشن باشد. باید معلوم باشد که بعد از دوره، کارکنان توانایی انجام چه کارها و وظایفی را پیدا می‌کنند و در چه شرایطی می‌توانند آموخته‌های خود را عملی سازند. همچنین این مسئله نیز باید مشخص شود که چه نوع عملکردی از آنان قابل قبول است.

همانگونه که پیشتر نیز اشاره شد، هدف اصلی نظام آموزش آن است که دانش، مهارت و نگرش کارکنان را متناسب با وظایفی که دائماً با آنها سروکار دارند، ارتقا دهد. از این رو می‌بایست برنامه طراحی شده، در حد امکان، مطابق با سرفصل‌های نیازسنجی شده در مرحله قبل تدوین گردد. قالب‌های متنوعی برای طراحی برنامه‌های آموزشی مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ ولی ویژگی‌های مشترکی بین همه آنها وجود دارد که در ادامه به آنها اشاره می‌شود.

۱- تعیین اهداف آموزشی، متناسب با نیازسنجی انجام شده، در سه حیطه دانش، مهارت و نگرش

اهداف یک برنامه آموزشی می‌تواند دقیقاً منطبق با سرفصل‌های آموزشی تعیین شده در مرحله قبل باشد. البته اهدافی که برای برنامه‌ریزی‌های عملیاتی تهیه می‌شود می‌بایست، در حد توان، به صورت قابل اندازه‌گیری تدوین گردند. به علاوه اهدافمان باید دست یافتنی باشند.

۲- تعیین گروه هدف

گروه هدف برنامه باید مشخص شود تا هم ارائه دهنده بتواند متناسب با ویژگی‌های آن، محتوای آموزشی را تدوین کند و هم آمادگی‌های مورد نیاز در اعضای آن برای بهره‌مندی مناسب از برنامه ایجاد شود.

۳- تعیین زمان اجرای برنامه آموزشی

ضرورت تعیین زمان اجرای برنامه بدیهی است.

۴- انتخاب مدرس

مدرسان باید از بین مرتبط‌ترین افراد با سرفصل‌های آموزشی انتخاب شوند. افراد درگیر در طراحی برنامه پزشکی خانواده و اعضای تیم پایش باید نقش مدرسان برنامه‌های آموزش منابع انسانی را عهده‌دار شوند.

۵- تعیین شاخص‌های ارزیابی

تعیین شاخص‌های ارزیابی برای تعیین میزان دستیابی به اهداف آموزشی ضروری است.

برای نمونه یک مورد از برنامه‌های آموزشی متناسب با سرفصل‌های تدوین شده در مرحله قبل طراحی گردیده است:

جدول ۲: نمونه برنامه آموزش

گروه هدف	زمان و مکان	نوع روش آموزش	شاخص ارزیابی	ارائه دهنده	عنوان آموزش
در جدول یک مشخص شده است	مطابق شرایط مشخص می‌شود	ترکیب کارگاه آموزشی آنلاین و ایفای نقش یا سخنرانی	میزان رضایت بیماران از خدمات دریافت شده	یکی از اعضای تیم پایش یا تدوین کنندگان حقوق خدمتگیر	رفتار محترمانه با گیرندگان خدمات
					ارتباط موثر با بیمار و همراه
					حفظ حریم خصوصی بیماران
					برخور با بیمار و همراه شاکی
					نحوه دسترسی به اطلاعات بیماران
		سخنرانی یا آموزش آنلاین به کمک رایانه	۱- میانگین زمان صرف شده برای دریافت خدمات ارجاع توسط بیماران ۲- رضایت بیماران از فرآیند ارجاع	یکی از طراحان فرآیندهای ارائه خدمت و ارجاع	پیگیری دریافت خدمات برنامه‌ریزی شده
					ارجاع فوری و الکتیو به بیمارستان
					ارجاع به سایر خدمتگران
					مشورت غیرفوری با متخصص
					پیگیری غیرحضور

چگونگی پیدا کردن عناوین آموزشی و گروه هدف آنها در مرحله نیازسنجی مشخص شده است. ارائه‌دهندگان آموزش‌ها نیز، همانگونه که در ادامه بیشتر توضیح داده می‌شود، باید از بین مرتبط ترین افراد انتخاب شوند. شاخص‌های ارزیابی برای تعیین میزان موفقیت ما در دستیابی به اهداف آموزشی به کار می‌روند. ارتقای سلامت، رضایت از خدمات، بهبود دسترسی و کاهش پرداخت از جیب، اهم اهداف برنامه پزشکی خانواده را تشکیل می‌دهند. از آنجا که برنامه آموزش کارکنان نیز در راستای آماده سازی پرسنل برای انجام وظایف خود در راستای تحقق بخشیدن به همین اهداف است، بنابراین شاخص‌های ما باید به نحوی میزان دستیابی به این اهداف را بسنجد. از نظر بیمار و همراه وی خدماتی با کیفیت به نظر می‌رسد که بتواند رضایت وی را جلب کند، زمان انتظار را کاهش دهد، و با کمترین هزینه ارائه شود. پس برای تدوین شاخص‌ها باید به این موارد دقت شود تا نتیجه نهایی به مواردی که مدنظر بیمار است ختم شود. محاسبه برخی از شاخص‌ها، نظیر رضایت از خدمات، مستلزم جمع آوری میدانی داده است و برای محاسبه برخی دیگر از شاخص‌ها، مانند زمان انتظار بیماران برای دریافت خدمات، می‌توان از سامانه ثبت الکترونیک داده‌ها استفاده کرد.

مرحله سوم: انتخاب روش آموزش

موفقیت هر برنامه آموزشی تا حد زیادی بستگی به روش یا روش‌هایی دارد که برای ارائه محتوای تعیین شده انتخاب می‌شود. روش آموزش به همه فعالیت‌هایی اطلاق می‌شود که در جهت ارتقای سطح دانش و آگاهی، مهارت‌های فنی و حرفه‌ای و شغلی و همچنین ایجاد رفتار مطلوب در کارکنان یک سازمان به عمل می‌آید و آنان را آماده انجام و پذیرش مسئولیت‌های شغلی خود می‌کند. به همین سبب وظیفه‌گرا بودن رویکرد محوری در برنامه‌های آموزشی نظام پزشکی خانواده است. با حفظ این رویکرد می‌توان از روش‌های متنوعی که برای آموزش وجود دارد، استفاده کرد. با توجه به ماهیت وظیفه و سهم حیطه‌های دانش، نگرش و مهارت در انجام آن، می‌توان روش مناسب را از میان روش‌هایی که مورد بحث قرار خواهند گرفت انتخاب کرد. در ادامه، به اختصار، روش‌های آموزش را مورد بحث قرار خواهیم داد.

سخنرانی

سخنرانی متداولترین روش آموزش کارکنان است که در اکثر موارد به شکل زنده و با حضور شخص سخنران، در محل سخنرانی انجام می‌شود؛ ولی استفاده از فیلم، صوت، تلویزیون مدار بسته، آموزش الکترونیک و مجازی نیز رایج است. در این روش می‌توان اطلاعات زیادی را در زمان کم به افراد زیادی منتقل کرد. ضعف این روش این است که تفاوت‌های افراد، نظیر سرعت یادگیری، در نظر گرفته نمی‌شود. این روش در مباحث مربوط به آموزش‌های غیرفنی (نظیر مهارت‌های ارتباطاتی، توجه به حقوق گیرندگان خدمت و ...) کاربرد دارد.

کارگاه آموزشی

در این روش، افراد در مباحث مشارکت می‌کنند و مدرس (مربی) نقش راهنما و هدایت گر را دارد. نظرات هر یک از اعضای گروه مورد بحث قرار می‌گیرد، فرد بازخور می‌گیرد و میزان یادگیری خود را ارزیابی می‌کند. تفاوت‌های میان افراد از نظر توان و سرعت یادگیری در نظر گرفته می‌شود و آموزش متناسب با شرایط هر یک از افراد خواهد بود. این روش زمانی تقسیم می‌شوند و مربی نتیجه کار تیم را می‌بیند. از این روش می‌توان برای ارائه آموزش‌های فنی مانند کار با کامپیوتر و سیستم‌های نرم افزاری استفاده کرد.

ایفای نقش

در این روش به هر یک از اعضای گروه، نقش خاصی واگذار می‌شود که آن را ایفا کنند. با این روش به کارکنان آموخته می‌شود که چگونه با یکدیگر رابطه برقرار کرده مسائل ارتباطاتی فی مابین را حل کنند. در روش ایفای نقش، مسائل در تعامل افراد با یکدیگر و در حین ایفای نقش به وجود می‌آید و فرد باید همان موقع تصمیم بگیرد و واکنش نشان دهد.

گردش شغلی

یکی از روش‌های بسیار مؤثر برای ایجاد بینش در مدیران و کارکنان چرخش شغلی است. در این روش، مدیران و کارکنانی که جزئی نگردند و تنها به حوزه تخصصی خودشان فکر می‌کنند تبدیل به افراد کل نگری می‌شوند که مسائل را در ابعاد سازمانی و وسیع‌تر از حوزه خود درک می‌کنند. چرخش در مشاغل موجب افزایش دانش و تجربیات فرد شده خستگی حاصل از یکنواختی را کاهش می‌دهد.

استاد شاگردی

این روش برای یاد دادن مهارت‌های دشوار و پیچیده بسیار مناسب است. زمان دوره کارآموزی نباید طولانی‌تر از نیاز باشد. این روش برای آموزش مهارت‌های فنی مناسب است. افراد تازه وارد به برنامه پزشکی خانواده می‌توانند بخشی از آموزش‌های مورد نیاز خود را از این طریق دریافت کنند.

روش‌های آموزش الکترونیکی^۱

پس از شیوع ویروس کرونا، استفاده از اینترنت و ابزارهای آنلاین برای آموزش گسترش چشمگیری داشته است. به همین سبب ضروری است تا نقش بستر مجازی در اجرای برنامه‌های آموزشی مورد توجه بیشتری قرار گیرد. آموزش مجازی، به همه برنامه‌های آموزشی که با هدف ارتقای دانش و مهارت‌های نیروی کار سازمان انجام می‌شود و در طی آن کارکنان فعالیت‌های آموزشی شغلی را به‌جای حضور در یک مکان فیزیکی از طریق اینترنت و به صورت آنلاین تکمیل می‌کنند، اطلاق می‌شود. آموزش مجازی کارکنان به این دلیل به آموزش از راه دور معروف است که در هر زمان و هر مکان فقط با اتصال به اینترنت و داشتن یک دستگاه دیجیتال مانند تلفن همراه، کامپیوتر، لپ‌تاپ، تبلت و ... قابل دسترسی است و مخاطبان می‌توانند با توجه به سبک زندگی کاری یا شخصی و مدیریت زمان خود در آن حضور پیدا کنند.

مزایای استفاده از آموزش مجازی

اگر آموزش مجازی به صورت صحیح اجرا شود و اجزای تشکیل دهنده آن، یعنی سامانه مدیریت یادگیری (LMS) و محتوای الکترونیک، از کیفیت مناسب برخوردار باشند جایگزین بسیار خوبی برای آموزش حضوری خواهد بود. برخی از مزیت‌های آموزش مجازی را نمی‌توان با سایر روش‌ها جایگزین کرد. قابلیت حضور در هر زمان و از هر مکان، عدم محدودیت در تعداد ۱۱ جمله‌ی مزایای آموزش مجازی در مقایسه با سایر روش‌هاست. تنوع فراوان روش‌های ارائه محتوی و تعامل با فراگیر و همچنین امکان پایش مستمر عملکرد آموزشی فراگیر را می‌توان از دلایل اصلی استقبال از آموزش مجازی ذکر کرد. با استفاده از نرم افزارهای مربوط به سیستم‌های آموزش مجازی به سرعت می‌توان محیط آموزشی مؤثر و کارآمد را با بهره‌گیری از عناصر متفاوت آموزشی ایجاد کرد.

نکات مورد توجه در استفاده از بستر مجازی

ایران کشوری پهناور است و اجرای برنامه پزشکی خانواده در نظام سلامت به دلیل پراکندگی جمعیت امری دشوار است. گردآوری کارکنان در یک محیط فیزیکی خاص هزینه‌بر است و در روند ارائه خدمات وقفه ایجاد می‌کند. لذا به کارگیری بستر مجازی برای آموزش مستمر حرفه‌ای در نظام پزشکی خانواده در ایران باید مورد توجه جدی قرار گیرد. توجه به موارد زیر در استفاده از این بستر آموزشی مورد تاکید است:

- کارکنان از مهارت کافی برای استفاده از نرم‌افزارهای آموزشی برخوردار باشند.
- اطمینان حاصل شود که تمامی فراگیران دسترسی مناسب به اینترنت پایدار و وسایل ارتباطی دارند.
- قبل از استفاده از بستر مجازی در آموزش، دیدگاه و نظرات کارکنان دریافت شود.
- کیفیت آموزش‌های مجازی ضمن خدمت کارکنان بعد از اجرای برنامه آموزشی مورد ارزیابی قرار گیرد.
- موارد قانونی و اخلاقی موردنیاز در استفاده از بستر مجازی آموزشی کارکنان رعایت شود.
- ارتباط حمایتی میان کارکنان برنامه پزشکی خانواده و مدرسان دوره آموزشی برقرار گردد.
- از یک نرم‌افزار کاربر پسند به منظور ارائه آموزش‌ها استفاده شود.

روش‌های آموزش الکترونیکی

در ادامه تعدادی از روش‌های آموزش الکترونیکی ارائه شده است. هریک از این روش‌ها دارای مزایایی است که آن را در موقعیت‌های خاص کارآمدتر می‌کند.

۱- مدیریت یادگیری از طریق رایانه (CML)

در مدیریت یادگیری از طریق رایانه (Computer Managed Learning) که به آن مدیریت آموزش از طریق رایانه (CMI) نیز می‌گویند، از رایانه‌ها برای مدیریت و ارزیابی فرآیندهای یادگیری استفاده می‌شود. سیستم‌های مدیریت یادگیری از طریق رایانه، با پایگاه داده‌ها کار می‌کنند. این پایگاه داده‌ها حاوی اطلاعاتی هستند که فراگیر باید آن‌ها را بیاموزد، و همچنین تعدادی پارامتر رتبه بندی دارند که به سیستم اجازه می‌دهد تا بر اساس خواسته‌های هر فراگیر، شخصی‌سازی شود. اگر فراگیر از آموزش خود راضی نباشد، می‌تواند فرآیندهای آموزشی را آنقدر تکرار کند تا بالاخره به هدف یادگیری خود دست پیدا کند. علاوه بر این، مؤسسات آموزشی با استفاده از سیستم‌های آموزشی تحت مدیریت رایانه می‌توانند اطلاعاتی را که به مدیریت آموزش کمک می‌کند، ذخیره و بازیابی کنند. این اطلاعات می‌تواند شامل اطلاعات مربوط به کنفرانس‌های درسی، مواد آموزشی، نمرات، برنامه‌های درسی، اطلاعات ثبت نام و غیره باشد.

۲- یادگیری به کمک رایانه (CAI)

یادگیری به کمک رایانه (Computer Assisted Instruction)، یکی دیگر از انواع آموزش‌های الکترونیکی است که رایانه‌ها را در کنار آموزش‌های قدیمی و مرسوم به کار می‌گیرد. این نوع آموزش می‌تواند به شکل یک نرم‌افزار تعاملی باشد و برای فراگیر طراحی شود یا می‌تواند به شکل یک نرم‌افزار آموزشی باشد. از بین انواع آموزش الکترونیکی، روش‌های آموزشی به کمک رایانه، از ترکیبی از متن، تصویر، صدا و فیلم استفاده می‌کنند تا بتوانند یادگیری فراگیران را افزایش دهند. اصلی‌ترین ارزش و هدف CAI این است که تعامل را برقرار کند. CAI با کمک روش‌های مختلفی از قبیل آزمون‌ها و با استفاده از مکانیسم‌های آموزش و آزمون به کمک رایانه، باعث می‌شود که فراگیران منفعل نباشند و به فراگیران فعالی تبدیل شوند.

۳- یادگیری آنلاین همزمان

از انواع آموزش الکترونیکی، یادگیری آنلاین همزمان (Synchronous Online Learning) این امکان را فراهم می‌کند که فراگیران از هر جای دنیا به صورت گروهی و در یک زمان بتوانند در یک فعالیت آموزشی مشارکت داشته باشند. یادگیری‌های آنلاین همزمان غالباً چت‌های آنلاین و ویدئو کنفرانس‌ها را نیز در بر می‌گیرد. زیرا این دو مورد، از ابزارهایی هستند که به فراگیر و مدرس اجازه می‌دهند که سؤال و جواب را در بین خود رد و بدل کنند و در عین حال بتوانند ارتباط خود را با سایرین حفظ کنند. رشد سریع فناوری‌های مربوط به آموزش آنلاین باعث شده که امروزه بتوانیم به این نوع از آموزش‌های آنلاین جامعه محور، دسترسی داشته باشیم. قبل از اختراع شبکه‌های رایانه‌ای در دهه‌ی ۱۹۶۰ میلادی، اجرای این آموزش‌های الکترونیکی همزمان، کاری غیرممکن بود. در حال حاضر آموزش الکترونیکی همزمان، به عنوان یکی از روش‌های آموزشی بسیار مفید شناخته می‌شود؛ زیرا بسیاری از معایب آموزش الکترونیکی از قبیل انزوای اجتماعی، ارتباط

ضعیف مدرس با فراگیر و فراگیر با فراگیر را از میان برداشته است. در حال حاضر آموزش الکترونیکی همزمان، به یکی از محبوب ترین و سریع‌الرشدترین روش‌های آموزش الکترونیکی تبدیل شده است.

۴- یادگیری آنلاین غیرهمزمان

در یادگیری آنلاین غیر همزمان (Asynchronous Online Learning)، فراگیران به طور مستقل در زمان‌ها و مکان‌های مختلف به یادگیری دروس می‌پردازند و هیچ ارتباط واقعی و هم‌زمانی در بین آن‌ها برقرار نمی‌شود. یادگیری‌های الکترونیکی ناهمزمان معمولاً فراگیر محورتر از یادگیری‌های الکترونیکی هم‌زمان هستند، زیرا انعطاف بیشتری را برای فراگیران فراهم می‌کنند. بنابراین غالباً فراگیرانی که برنامه‌ی منعطفی ندارند، این روش آموزشی را ترجیح می‌دهند؛ زیرا این روش به آنان اجازه می‌دهد که آموزش را به صورت خودگام پیش برند. فراگیران با استفاده از این روش می‌توانند زمان آموزش را خودشان تعیین کنند و دیگر نیاز نیست که حتماً محتوای آموزشی را در یک بازه‌ی زمانی مشخص و به همراه سایر فراگیران یاد بگیرند. قبل از اختراع سیستم رایانه ای PLATO، تمام آموزش‌های الکترونیکی به صورت غیرهمزمان انجام می‌شدند، زیرا هیچ شبکه‌ی رایانه‌ای در دسترس نبود. اما امروزه با فراگیر شدن رایانه‌ها و شبکه‌ی جهانی وب، انتخاب یک روش از بین انواع آموزش الکترونیکی همزمان و غیر همزمان به کار دشوارتری تبدیل شده است، زیرا هر کدام از این روش‌ها موافقان و مخالفان خود را دارند.

۵- یادگیری الکترونیکی ثابت^۱

یادگیری الکترونیکی ثابت در واقع فقط یک نام‌گذاری فانتزی برای روشی است که روش آموزشی شناخته شده‌ای نیز هست. واژه‌ی «ثابت» در اینجا به این معنا است که محتوای آموزشی در حین فرایند آموزش به هیچ وجه تغییر نمی‌کند و تمام فراگیران محتوای یکسانی را دریافت خواهند کرد. این مطالب از قبل توسط مدرسان تعیین می‌شوند و به ترجیحات فراگیران بستگی ندارد. این روش آموزشی هزاران سال است که در کلاس‌های حضوری اجرا می‌شود، اما برای محیط‌های آموزشی الکترونیکی اصلاً ایده آل نیست؛ زیرا آموزش الکترونیکی ثابت اصلاً از داده‌های با ارزش حاصل از فراگیران استفاده نمی‌کند. مدرسان با تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از هر فراگیر و ایجاد تغییر در مطالب آموزشی، با توجه به این داده‌ها، می‌توانند منجر به یادگیری بهتر فراگیران شوند.

۶- یادگیری الکترونیکی تطبیقی^۲

یادگیری الکترونیکی تطبیقی، یک نوع آموزش الکترونیکی جدید و ابتکاری است که به مدرسان اجازه می‌دهد که مواد آموزشی خود را متناسب با هر فراگیر، طراحی و اجرا کنند. ابزارهای آموزش الکترونیکی تطبیقی با در نظر گرفتن پارامترهای مختلفی مثل عملکرد، اهداف، توانایی‌ها، مهارت‌ها و ویژگی‌های هر فراگیر، این امکان را فراهم کرده‌اند که آموزش‌ها بیش از هر زمان دیگری، فراگیرمحور شوند.

1. Fixed E-Learning

2. Adaptive E-Learning

۷- یادگیری الکترونیکی خطی^۱

از بین انواع آموزش الکترونیکی، ارتباط خطی در تعامل بین انسان و رایانه به این معنا است که اطلاعات بدون هیچ واسطه‌ای از فرستنده به گیرنده منتقل می‌شوند. اما ارتباط خطی در زمینه آموزش الکترونیکی می‌تواند عامل بسیار محدود کننده‌ای باشد؛ زیرا اجازه نمی‌دهد که یک ارتباط دو طرفه در بین مدرسان و فراگیران برقرار شود. این نوع آموزش الکترونیکی جایگاه خاص خود را در آموزش و پرورش دارد، اما به مرور زمان کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. آموزش دروس از طریق برنامه‌های تلویزیونی و رادیویی، یکی از نمونه‌های قدیمی این روش آموزشی است.

۸- یادگیری آنلاین تعاملی^۲

یادگیری الکترونیکی تعاملی، به فرستنده‌ها اجازه می‌دهد که به گیرنده تبدیل شوند و بالعکس. در نتیجه یک کانال ارتباطی دو طرفه بین طرفین آموزش شکل می‌گیرد. مدرسان و فراگیران بر اساس پیام‌های ارسالی و دریافت شده‌ی خود می‌توانند روش‌های آموزش و یادگیری‌شان را تغییر دهند. به همین سبب روش آموزش الکترونیکی تعاملی بسیار محبوب‌تر از آموزش خطی است؛ زیرا به مدرسان و فراگیران اجازه می‌دهد که آزادانه با یکدیگر ارتباط برقرار کنند.

۹- یادگیری آنلاین فردی^۳

آموزش آنلاین فردی در اینجا به معنای فراگیرمحور بودن مطالب نیست، بلکه به معنای تعداد فراگیری است که در دستیابی به اهداف آموزشی مشارکت دارند. این روش آموزشی، هزاران سال است که در کلاس‌های حضوری اجرا می‌شود. در روش آموزش فردی، فراگیران مطالب آموزشی را به تنهایی (به صورت جداگانه) مطالعه می‌کنند و انتظار می‌رود که هر کدام به تنهایی بتوانند به اهداف آموزشی دست پیدا کنند. این نوع روش آموزشی برای رشد مهارت‌های ارتباطی و توانایی کار تیمی فراگیران اصلاً ایده‌آل نیست، زیرا فقط بر روی یادگیری جداگانه‌ی هر فراگیر تمرکز دارد. بنابراین برای رشد مهارت‌ها و توانایی‌های ارتباطی فراگیران، به رویکرد مدرن‌تری نیاز داریم.

۱۰- یادگیری آنلاین مشارکتی^۴

آموزش الکترونیکی مشارکتی، نوع جدیدی از آموزش است که در آن چندین فراگیر به صورت گروهی آموزش می‌بینند و به اهداف آموزشی خود دست پیدا می‌کنند. فراگیران برای دستیابی به اهداف آموزشی مشترکشان مجبورند که با هم کار و کار گروهی را تمرین کنند. برای دستیابی به این نتایج می‌توان گروه‌های مؤثری را تشکیل داد که در آن‌ها، هر فراگیر نقاط قوت و ضعف فراگیران دیگر را در نظر داشته باشد. این گروه‌ها باعث می‌شوند که مهارت‌های ارتباطی و توانایی کار تیمی فراگیران افزایش پیدا کند. آموزش الکترونیکی مشارکتی بر این ایده استوار است که "دانش" در داخل گروه‌هایی که افراد با یکدیگر تعامل دارند و از یکدیگر چیزی یاد می‌گیرند، به بهترین شکل ممکن منتقل می‌شود. درست است که این نوع آموزش بیشتر در کلاس‌های حضوری استفاده می‌شود، اما باز هم یک روش آموزش الکترونیکی معتبر است که اگر به درستی اجرا شود می‌تواند بسیار مفید باشد.

1. Linear E-Learning

2. Interactive Online Learning

3. Individual Online Learning

4. Collaborative Online Learning

همانگونه که توضیح داده شد، روش های مختلفی برای آموزش استفاده می‌شود که هر یک با توجه به مزایایی که دارد در موقعیت‌های خاص می‌تواند بهترین کارایی را داشته باشد. هنگام انتخاب روش آموزش، علاوه بر اهداف آموزشی و مزایای روش، باید محدودیت‌های روش، منابع قابل تدارک برای اجرای آن و همچنین تعداد و ویژگی‌های شرکت کنندگان را نیز مورد توجه قرار داد. به عنوان مثال در صورتی که بتوانیم برای آموزش مباحث دسته اول، یعنی رفتار محترمانه با بیمار، حفظ حریم خصوصی و... از کارگاه آموزشی به همراه روش ایفای نقش استفاده کنیم، بیشترین تاثیر را بر دانش، نگرش و مهارت کارکنان بر جای خواهیم گذاشت. از طرفی، در صورت محدودیت منابع و/یا تعداد زیاد شرکت کنندگان، ناگزیر از به کارگیری روش های کم هزینه مانند سخنرانی خواهیم بود. در چنین شرایطی حتی می‌توان محتوای آموزشی را در قالب کلیپ‌های آموزشی آماده کرد و از طریق نظام جامع الکترونیک پزشکی خانواده در اختیار پرسنل قرار داد.

مرحله چهارم: اجرای برنامه آموزشی

به همان اندازه که جزئیات برنامه آموزشی در مرحله طراحی با دقت بیشتری تعیین شده باشد، مرحله اجرا با سهولت بیشتری سپری می‌شود. طراحی یک برنامه بی‌نقص که در جریان اجرا نیازمند بازنگری و اصلاح نباشد، امکان‌پذیر نیست. لذا دست اندرکاران یک برنامه آموزشی باید با پایش و ارزیابی تکوینی برنامه در حال اجرا، اصلاحات مورد نیاز را به موقع در آن اعمال کنند. آموزش ها بسته به نوع و گستره مشکل می‌تواند به صورت اجباری یا اختیاری برگزار شود. چنانچه براساس ارزیابی عملکرد سیستم، متوجه یک مشکل گسترده شویم، می‌بایست آموزش گروهی، برای کل سیستم، برگزار شود؛ ولی در مواردی که ارزیابی‌ها از نقص عملکرد تعداد محدودی از کارکنان حکایت دارد، باید افزون بر بازخورد موردی، بستر مناسب نیز برای ارائه آموزش‌های مورد نیاز به این افراد فراهم گردد.

مرحله پنجم: ارزیابی برنامه آموزشی

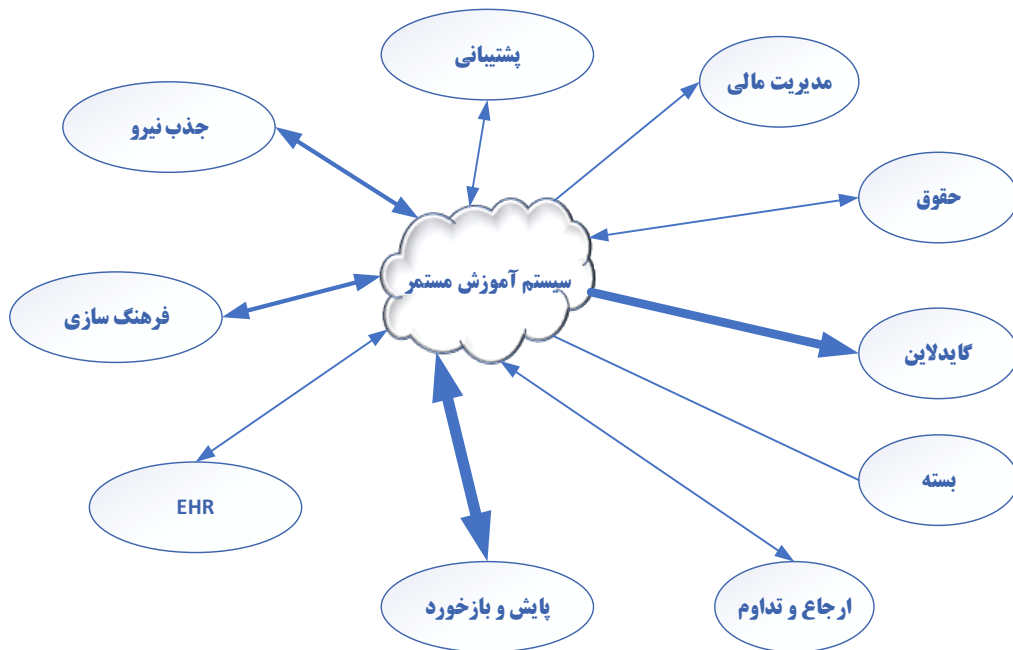
ارزیابی برنامه‌های آموزشی با هدف بررسی میزان دستیابی به اهداف تعیین شده در ابتدای برنامه انجام خواهد شد. بدین منظور چنانچه در ابتدای تدوین برنامه آموزشی، شاخص‌های مناسبی برای ارزیابی آن تدوین شده باشد، در پایان برنامه می‌توان شاخص‌ها را اندازه‌گیری کرد و از میزان اثربخشی آموزش‌ها مطلع شد. از آنجا که هدف اصلی در برنامه‌های آموزشی پزشکی خانواده، ارتقای دانش، نگرش و مهارت کارکنان است، برای هر یک از این سه عنصر باید شاخص‌های متناسبی را تعریف کرد. ارتقای سطح دانش را به راحتی می‌توان با آزمون‌های قبل و بعد اندازه‌گیری کرد. ارزیابی سطح دانش شرکت کنندگان در برنامه‌های آموزشی می‌تواند به عنوان یک شاخص اولیه توسط سیستم آموزش مورد استفاده قرار گیرد تا میزان تاثیر کار خود را مشاهده و براساس آن اقدامات اصلاحی را در برنامه‌های آتی خود اعمال کند. دومین هدف تغییر نگرش افراد است. تغییر نگرش منجر به ثبات و تداوم رفتار می‌شود. از طریق پایش فعالیت‌ها می‌توان تداوم رفتارهای مورد انتظار را در کارکنان مشاهده کرد و به واسطه آن، میزان تغییر نگرش آنان را مورد بررسی قرار داد. سومین مورد هم مهارت است. مهارت افراد را هم می‌توان به صورت مستقیم و در قالب برگزاری آزمون‌های سنجش مهارت عملی (نظیر OSCE) مورد ارزیابی قرار داد و هم از طریق بررسی مقدار تحقق استانداردهای برونداد و تحقق پی‌آمدهای مورد انتظار از اجرای فرآیندها، آن را به صورت غیر مستقیم اندازه‌گیری کرد.

ساختار آموزش اعضای تیم آموزش

تیم آموزش بسته به محتوای آموزش می‌تواند از اعضای ستاد و صف برنامه پزشکی خانواده تا اعضای هیأت علمی دانشگاه های علوم پزشکی متغیر باشد. با توجه به اینکه هدف در سیستم آموزش ارتقای سطح دانش، نگرش و مهارت کارکنان برای انجام هرچه بهتر وظایف محوله است، بهتر است برای آموزش سرفصل‌های نیازسنجی شده، اولویت انتخاب مربی با افرادی باشد که افزون بر دانش تخصصی، از تجربه کاری مناسبی نیز در موضوع مورد نظر برخوردار باشند.

ارتباطات با سایر بخش‌ها

همانگونه که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، واحد سازمانی آموزش مستمر، به منظور تعیین نیازها و اهداف آموزشی، باید با سایر واحدها تعامل مستمر داشته باشد. نزدیکترین و بیشترین ارتباطات واحد آموزش با واحد پایش و ارزیابی است؛ چرا که بسیاری از اولویت‌های آموزشی برگرفته از مشکلات سیستم در هنگام ارزیابی عملکرد است. بهتر است در تیم ارزیابی از برنامه ریزان آموزشی هم حضور داشته باشند تا بتوانند مشکلات را از نزدیک لمس کرده بر مبنای آنها برنامه‌های مناسب آموزشی طراحی کنند.



شکل ۱: مقدار ارتباط واحدها با سیستم آموزش

بسترسازی برای ورود بخش خصوصی

در برنامه پزشکی خانواده، چشم انداز بر این است تا پس از راه اندازی برنامه، بستری فراهم شود تا بخش خصوصی برای ورود به عرصه آموزش کارکنان در نظام پزشکی خانواده انگیزه داشته باشد. به بیان دیگر باید در کارکنان تقاضا برای دریافت خدمات آموزشی، به مفهوم تمایل و توانایی برای پرداخت بها آن، ایجاد شود. در صورت وجود تقاضا، عرضه از سوی بخش خصوصی شکل خواهد گرفت. به بیان دیگر بخش خصوصی در صورت وجود خریدار برای محتوای آموزشی، برای تولید

و ارائه آن اقدام می‌کند. یک کارمند در صورتی در زمینه آموزش حرفه‌ای خود هزینه می‌کند که یا به واسطه مهارت بیشتر درآمد بیشتری کسب کند و یا از زیان ناشی از مهارت کم پیشگیری کند. بنابراین نظام پزشکی خانواده باید از طریق استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد، انگیزه کافی را در ارائه‌کنندگان خدمت برای ارتقای کیفیت خدمات و کسب درآمد بیشتر ایجاد کند. در اجرای محدود برنامه، به سبب تعداد کم کارکنان، تقاضای کافی برای توجیه ورود بخش خصوصی به آموزش وجود ندارد؛ ولی با گسترش برنامه در سطح کشور به تدریج چنین تقاضایی شکل خواهد گرفت. تا آن زمان، برنامه پزشکی خانواده باید خود نسبت به استقرار نظام آموزش مستمر حرفه‌ای اقدام کند.

از مزایای ورود بخش خصوصی به عرصه آموزش مستمر حرفه‌ای، ارتقای کیفیت آموزش است. هنگامی که خریدار خدمات آموزشی، بهای آن را از جیب پرداخت می‌کند، به دنبال دریافت خدمات با کیفیت است و این امر منجر به ترغیب بخش خصوصی برای ارتقای کیفیت به منظور کسب درآمد بیشتر می‌شود. از سوی دیگر آموزشی که فرد برای آن پول پرداخت پرداخت کرده است، در قیاس با آموزشی که صرفاً برای رفع تکلیف در آن شرکت کرده است، با احتمال بیشتری منجر به تغییر رفتار می‌شود. این نظام آموزشی در مقابل نظام جاری آموزش مستمر حرفه‌ای است که در آن فرد عمدتاً بدون انگیزه و صرفاً برای دریافت گواهی آموزشی، به شرکت در دوره‌های آموزشی، با هر کیفیتی، اقدام می‌کند.

جمع بندی

نظام آموزش مستمر حرفه‌ای برنامه پزشکی خانواده بر رویکرد وظیفه‌گرایی بنا می‌شود. در این رویکرد وظایف حرفه‌ای منبع اصلی تشخیص نیازهای آموزشی و تعیین اهداف آموزشی است. در آموزش بدو خدمت فراگیران با اهم وظایف حرفه‌ای خود آشنا می‌شوند. در آموزش‌های حین خدمت افزون بر تکمیل آموزش‌های بدو خدمت، برای جبران نقاط ضعف عملکرد کارکنان، با توجه به نتایج ارزیابی عملکرد آنان، تلاش می‌شود. ایجاد هر تغییری در نظام پزشکی خانواده مستلزم ایجاد مهارت‌های جدید در کارکنان است. این مهارت‌ها نیز از طریق آموزش‌های حین خدمت ایجاد خواهد شد. استفاده از بستر فضای مجازی به منظور افزایش کارایی برنامه‌های آموزشی امری اجتناب‌ناپذیر است. استفاده از نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد، منجر به ایجاد انگیزه در کارکنان برای ارتقای عملکرد خود و ایجاد تقاضا برای آموزش‌های با کیفیت می‌شود. در صورت گسترش برنامه پزشکی خانواده در کشور، حجم این تقاضا انگیزه کافی را برای حضور بخش خصوصی در عرصه آموزش مستمر حرفه‌ای ایجاد خواهد کرد که باید از طریق ایجاد بستر مناسب برای این حضور، توسط دولت، تقویت گردد.

منابع

۱. سیدحسین ا. آموزش و بهسازی منابع انسانی. تهران: انتشارات سازمان گسترش و نوسازی صنایع ایران; ۱۳۷۴.
 ۲. اکبر سع. روان شناسی تربیتی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور; ۱۳۸۱.
 ۳. سعید ه. رویکردی استراتژیک به فرآیند برنامه ریزی آموزشی. ماهنامه تدبیر. ۱۳۸۴; سال شانزدهم. شماره ۱۸۶.
 ۴. محمد عرس. نیاز سنجی آموزشی در سازمان ها. تهران: شرکت سهامی انتشار; ۱۳۷۹.
 ۵. توران آ. مفاهیم اساسی در مدیریت سازمانی: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی تبریز; ۱۳۸۱.
 ۶. مهدی ا. بزرگترین اصل مدیریت دنیا: انتشارات نشر مدیران; ۱۳۷۸.
 ۷. مهدی ا. سازمان و مدیریت از تئوری تا عمل: انتشارات موسسه عالی بانکداری ایران; ۱۳۸۳.
8. Tamm S. All 10 Types of E-Learning 2023 [Available from: <https://e-student.org/types-of-e-learning/>].

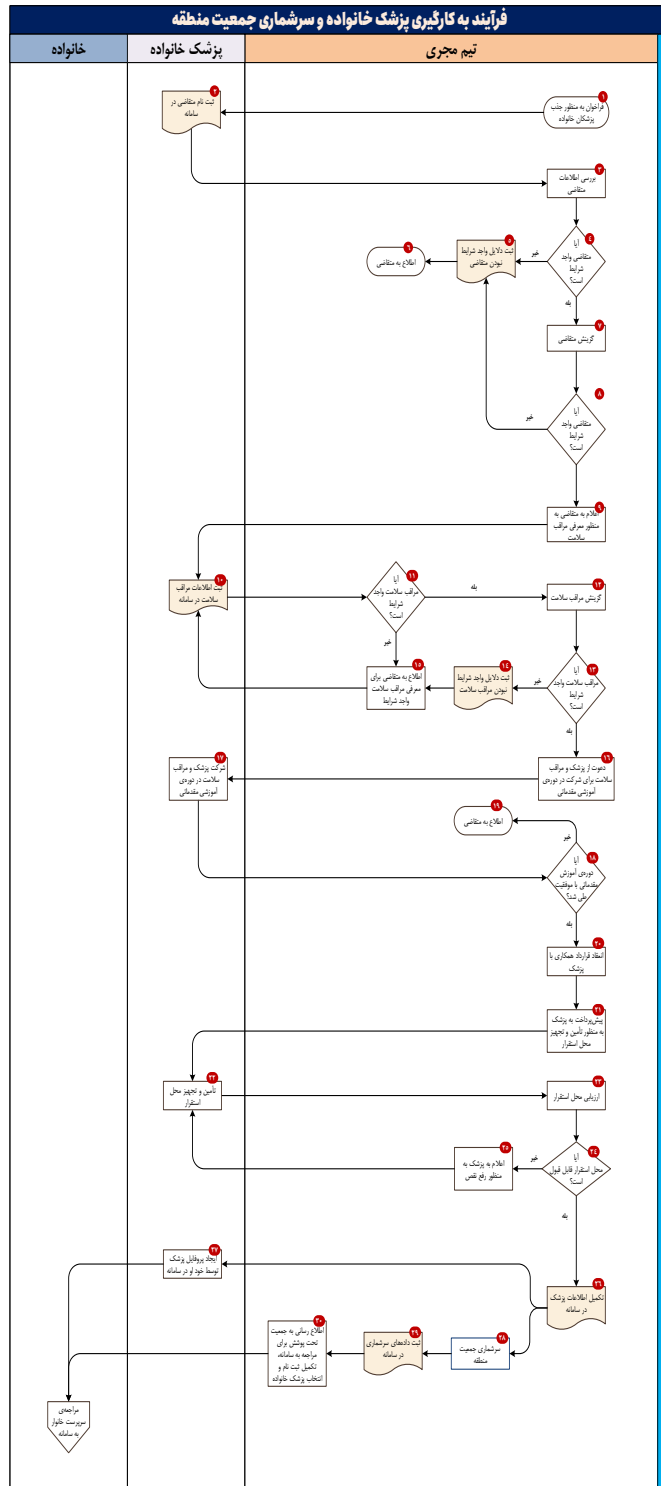
فصل یازدهم

فرآیند جذب منابع انسانی

پروژه ۱۵

مقدمه

اجرای برنامه را هنگامی می‌توان آغاز کرد که حداقل استانداردهای اجرایی آن، توسط تیم طراحی، مشخص شده باشد. با چنین فرضی، پیش‌نیاز طراحی برنامه آموزش بدو خدمت منابع انسانی آماده است و می‌توان نسبت به تهیه این برنامه اقدام کرد. پس از آماده شدن این برنامه می‌توان منابع انسانی را برای طی مراحل ثبت نام، گزینش و پذیرش فراخواند. به منظور فراخوان منابع انسانی باید اطلاعات کافی از برنامه‌ای که قرار است به اجرا گذاشته شود، وظایف مورد انتظار از آنان، حداقل ویژگی‌های متقاضیان، فرآیند ثبت نام، گزینش و پذیرش، کلیات برنامه آموزش بدو خدمت و چارچوب کلی قراردادی که با آنان منعقد خواهد شد، در اختیار متقاضیان بالقوه قرار داده شود. ثبت نام متقاضیان با تکمیل فرم‌های ثبت نام و بارگذاری مدارک مورد نیاز در سامانه الکترونیک پزشکی خانواده انجام می‌شود. گزینش اولیه بر مبنای اطلاعات دریافت شده انجام می‌شود و در صورت پذیرفته شدن متقاضی از او برای شرکت در مصاحبه حضوری دعوت به عمل می‌آید. در صورت پذیرفته شدن در مصاحبه، از متقاضی خواسته می‌شود که تیم خود را معرفی کند. مراحل گزینش و مصاحبه حضوری در مورد افراد معرفی شده نیز طی می‌شود و در صورت پذیرفته شدن، مجوز ورود آنان به دوره آموزش بدو خدمت صادر می‌شود. پس از طی موفقیت آمیز دوره، با پزشک خانواده قرارداد همکاری منعقد و به او مبلغی بابت تأمین و تجهیز محل استقرار پرداخت می‌شود. پزشکان خانواده می‌توانند به صورت مستقل یا با مشارکت یکدیگر در یک مجتمع به ارائه خدمت بپردازند. پس از ارزیابی و تأیید محل استقرار، از پزشک خانواده خواسته می‌شود که نسبت به تکمیل صفحه شخصی خود در سامانه اقدام کند. اطلاعاتی که در این صفحه قرار داده می‌شود برای خانواده‌ها قابل مشاهده است و در انتخاب پزشک خانواده به آنان کمک خواهد کرد. پس از تکمیل صفحه شخصی، این فرد در لیست پزشکانی که سرپرست خانواده‌ها می‌توانند آنان را به عنوان پزشک خانواده انتخاب کنند، قرار خواهد گرفت. این مراحل در شکل شماره ۲ نمایش داده شده است.



شکل شماره ۲- فرآیند به کارگیری پزشکی خانواده و سرشماری جمعیت

توضیحات فرآیند به کارگیری پزشک خانواده و سرشماری جمعیت منطقه

توضیحات	اقدام	شماره
از چه روش‌هایی برای فراخوان می‌توان استفاده کرد؟	فراخوان به منظور جذب پزشک خانواده	
<ul style="list-style-type: none"> ارسال پیامک از طریق سازمان نظام پزشکی انجمن پزشکان عمومی نشریات پزشکی سایت برنامه‌ی پزشکی خانواده شبکه‌های مجازی روزنامه‌های کثیرالانتشار <p>متن فراخوان هم باید تهیه شود. متن را باید هنگامی تهیه کرد که جزئیات برنامه روشن شده باشد تا بر مبنای آن پزشکان را به همکاری دعوت کرد.</p>		
<p>ثبت نام متقاضی یعنی تکمیل یک فرم و بارگذاری مدارک.</p> <p>اطلاعاتی که از طریق فرم می‌توان دریافت کرد عبارتند:</p> <ul style="list-style-type: none"> اطلاعات دموگرافیک: نام، نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، محل تولد، کد ملی، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، آدرس محل سکونت، تلفن همراه، تلفن ثابت، آدرس پست الکترونیک سوابق تحصیلی: مدرک تحصیلی از دیپلم به بعد همراه با دانشگاه محل تحصیل، سال ورود و سال فراغت از تحصیل سوابق کاری: تاریخ شروع، عنوان شغلی (مسئولیت)، تاریخ خاتمه وضعیت پروانه‌ی پزشکی مدارکی که باید بارگذاری شود: کارت ملی آخرین مدرک تحصیلی 	ثبت نام متقاضی در سامانه	
<p>در بررسی اطلاعات متقاضی باید مشخص شود که آیا مشخصات متقاضی با ویژگی‌هایی که برای پزشک خانواده به تصویب رسیده‌اند انطباق دارد یا خیر. برای مثال اگر محدودیت سنی قائل شده‌ایم، آیا سن متقاضی در محدوده‌ی مورد نظر قرار دارد یا خیر. یا اینکه می‌توان سوابق او را از نظر تخلفات پزشکی از نظام پزشکی درخواست کرد.</p>	بررسی اطلاعات متقاضی	
	آیا متقاضی واجد شرایط است؟	
<p>اگر ویژگی‌های ثبت شده توسط متقاضی منطبق با ویژگی‌های تعریف شده برای پزشک خانواده نباشد، باید این موارد، برای اطلاع رسانی در مرحله‌ی بعد، به وضوح ثبت شود</p>	ثبت دلایل واجد شرایط نبودن متقاضی	
<p>به یکی از روش‌های زیر می‌توان متقاضی را از نتیجه‌ی بررسی مطلع کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> از طریق سامانه‌ای که متقاضی در آن ثبت نام کرده است. ارسال ایمیل ارسال پیامک ارسال پیام از طریق شبکه‌های مجازی همه‌ی موارد فوق 	اطلاع به متقاضی	

شماره	اقدام	توضیحات
	گزینش متقاضی	اگر ویژگی‌های اولیه‌ی متقاضی، با مشخصات پیش‌بینی شده برای پزشک خانواده سازگار باشد، متقاضی وارد مرحله‌ی گزینش می‌شود. این گزینش می‌تواند در برگیرنده‌ی اقدامات زیر باشد: <ul style="list-style-type: none"> • مصاحبه • آزمون چند گزینه‌ای در مورد دانش پزشکی و قضاوت بالینی • ارزیابی مهارت‌های ارتباطی و بالینی در قالب یک آزمون OSCE
	آیا متقاضی واجد شرایط است؟	
	اعلام به متقاضی به منظور معرفی مراقب سلامت	مراقب سلامت باید توسط پزشک خانواده معرفی شود.
	ثبت اطلاعات مراقب سلامت در سامانه	مشابه اطلاعاتی که پزشک در هنگام ثبت نام باید در سامانه وارد کند، مراقب سلامت هم باید ارائه کند.
	آیا مراقب سلامت واجد شرایط است؟	
	گزینش مراقب سلامت	همان عناصری که برای گزینش پزشک خانواده به کار گرفته می‌شود، در مورد مراقب سلامت هم اعمال می‌شود.
	آیا مراقب سلامت واجد شرایط است؟	
	ثبت دلایل واجد شرایط نبودن مراقب سلامت	
	اطلاع به متقاضی برای معرفی مراقب سلامت واجد شرایط	
	دعوت از پزشک و مراقب سلامت برای شرکت در دوره‌ی آموزشی مقدماتی	
	شرکت پزشک و مراقب سلامت در دوره‌ی آموزشی مقدماتی	دوره‌ی آموزشی کاملاً منطبق بر فرآیندهای کار طراحی می‌شود و در بر گیرنده‌ی بخش‌های زیر خواهد بود: <ul style="list-style-type: none"> • دوره‌ی مقدماتی: در این بخش اصول کلی کار (مهارت‌های ارتباطی، اصول اخلاق حرفه‌ای، تعامل با سایر اجزای سیستم)، روش استفاده از مستندات (فرآیندها، راهنماهای بالینی)، و روش کار با سامانه‌ی پزشکی خانواده و روش ارزیابی عملکرد و پرداخت آموزش داده می‌شود. • دوره‌ی کارآموزی: در این دوره پزشک خانواده و مراقب سلامت فعالیت خود را تحت نظارت مربیان دوره‌ی آموزشی آغاز و به صورت عملی آموزش‌های دریافت شده در دوره‌ی مقدماتی را تمرین می‌کنند. • آموزش منشی: منشی به همراه پزشک و مراقب سلامت در دوره‌ی مقدماتی شرکت می‌کند. بخشی از دوره مشترک خواهد بود و می‌توان بخش‌های اختصاصی دوره را به صورت جداگانه برای پزشکان، مراقبان سلامت و منشیان برگزار کرد.
	آیا دوره‌ی آموزشی مقدماتی با موفقیت طی شد؟	فراگیر با توجه به عملکرد او در طی دوره آموزش و امتیازهای کسب شده از شرکت در آزمون نهایی ارزیابی می‌شود. حضور منظم در کلاس‌ها، نمرات کسب شده از انجام تمرین‌ها، توانایی‌های فراگیر در برقراری ارتباط و انجام کارهای گروهی، انگیزه و توانایی او برای خودآموزی اهم معیارهای ارزیابی عملکرد فراگیر را در طی دوره آموزشی تشکیل می‌دهند. آزمون نهایی در قالب ارائه مورد و سؤال در مورد آن، آزمون کتبی چند گزینه‌ای و آزمون عملی به روش OSCE برگزار می‌شود.
	اطلاع به متقاضی	

شماره	اقدام	توضیحات
	انعقاد قرارداد همکاری با پزشک	متن قرارداد در برگزیده‌ی جزئیات تعهدات طرفین است و همه‌ی مستندات مورد نیاز به عنوان پیوست آن آورده می‌شود. به همین سبب پس از تکمیل طراحی سیستم باید نسبت به تنظیم متن قرارداد اقدام کرد.
	پیش پرداخت به پزشک به منظور تأمین و تجهیز محل استقرار	
	تأمین و تجهیز محل استقرار	استانداردهای محل استقرار، در قالب پیوست قرارداد، به اطلاع پزشک خانواده رسیده است. پزشک موظف است بر مبنای این استانداردها محل استقرار خود را تأمین و برای ارائه‌ی خدمت آماده کند.
	ارزیابی محل استقرار	محل استقرار با استفاده از چک‌لیست‌هایی که بر مبنای استانداردها تدوین شده قبلاً در اختیار پزشک خانواده قرار گرفته است، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.
	آیا محل استقرار قابل قبول است؟	
	اعلام به پزشک به منظور رفع نقص	
	تکمیل اطلاعات پزشک در سامانه	تأیید محل استقرار پزشک خانواده به معنی تکمیل فرآیند استقرار پزشک خانواده است و او می‌تواند فعالیت خود را به عنوان پزشک خانواده آغاز کند. پس از این مرحله پزشک به بخش‌هایی از سامانه که مربوط به ایجاد پروفایل شخصی و ارائه‌ی خدمت است، دسترسی خواهد یافت.
	ایجاد پروفایل پزشک توسط خود او در سامانه	مقصود از ایجاد پروفایل شخصی، بارگذاری مطالبی در سامانه است که توسط سایر کاربران سامانه قابل مشاهده خواهد بود. مدیریت این بخش از سامانه کاملاً بر عهده‌ی پزشک است و او می‌تواند برای معرفی بهتر خود به خانواده‌ها از آن استفاده کند.
	سرشماری جمعیت منطقه	سرشماری جمعیت باید هنگامی انجام شود که امکان مراجعه‌ی سرپرست خانواده به سامانه و تعیین پزشک خانواده فراهم شده باشد. به منظور سرشماری باید فرم‌هایی طراحی شود. بهتر است این فرم‌ها با مراجعه‌ی کارشناس سرشماری به در منازل تکمیل شود. مراجعه‌ی حضوری ارتباط بهتری بین جمعیت تحت پوشش و نظام ارائه‌ی خدمت برقرار می‌کند. اطلاعاتی که در بدو کار باید از خانواده اخذ شود به دو بخش تقسیم می‌شود. بخشی در هنگام مراجعه به منزل تکمیل می‌شود و بخش دیگر پس از مراجعه‌ی سرپرست خانواده به سامانه برای تکمیل ثبت نام و انتخاب پزشک خانواده وارد خواهد شد.
	ثبت داده‌های سرشماری در سامانه	بهتر است پرسشنامه‌های سرشماری به صورت الکترونیک و همزمان با پرسش‌گری با استفاده از تبلت تکمیل شود.
	اطلاع رسانی به جمعیت تحت پوشش برای مراجعه به سامانه، تکمیل ثبت نام و انتخاب پزشک خانواده	این دعوت در ادامه‌ی سرشماری به عمل می‌آید. یعنی سه فعالیت سرشماری، ثبت داده و دعوت از سرپرست خانواده برای مراجعه به سامانه در یک جلسه انجام می‌شود. فرد مسؤول سرشماری پس از طی مراحل فوق می‌تواند به سرپرست خانواده برای ورود به سامانه و انتخاب پزشک خانواده نیز کمک کند.

فصل دوازدهم
ساختار سازمانی
پروژه ۱۶

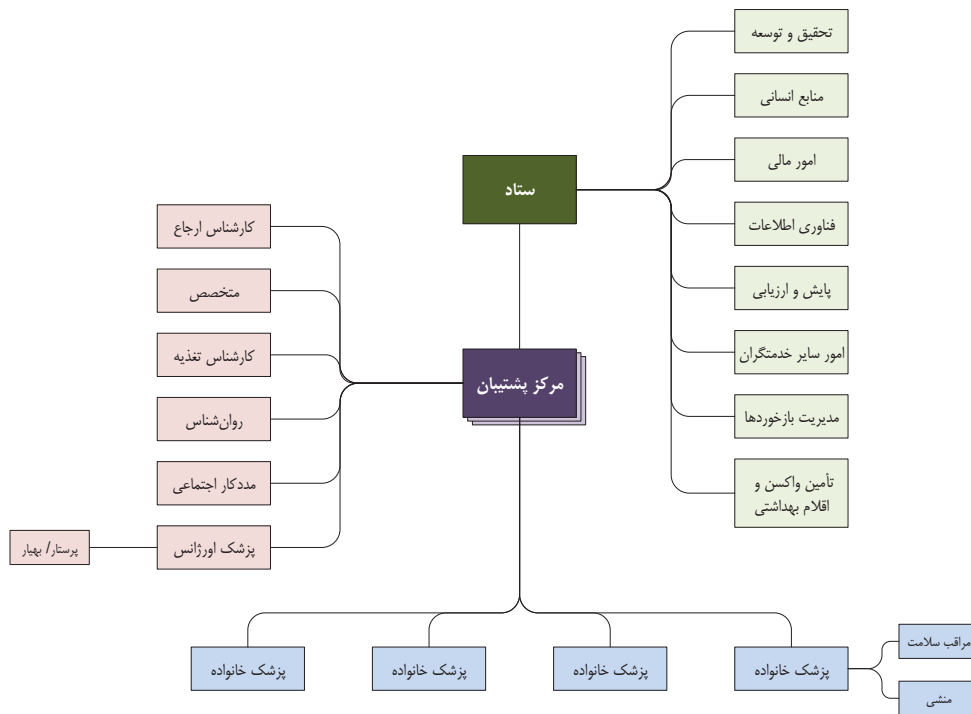
مقدمه

نمودار سازمانی نمایش دهنده گروه‌های تخصصی تشکیل دهنده سازمان و سلسله مراتب قرار گرفتن آنهاست. با توجه به آنکه در گام اول باید پزشکی خانواده را در یک منطقه محدود به اجرا گذاشت، نمودار سازمانی نیز برای مدیریت و اجرای برنامه در چنین قالبی پیشنهاد شده است. بدیهی است با گسترش گام به گام برنامه به سطح شهرستان، استان و کشور، نمودار سازمانی نیز باید متناسب با گستره اجرای برنامه طراحی شود.

نمودار سازمانی اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود

شکل زیر نمودار سازمانی اجرای برنامه را در یک منطقه محدود نمایش می‌دهد. در ادامه توضیحات مربوط به بخش‌های مختلف برنامه ارائه شده است.

نمودار سازمانی اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود



ستاد

- تحقیق و توسعه: این واحد ادامه‌ی تیمی است که مسؤلیت طراحی برنامه‌ی پزشکی خانواده را بر عهده داشته است.
- منابع انسانی - وظایف این گروه به قرار زیر است:
 - جذب منابع انسانی
 - آموزش مستمر منابع انسانی
 - عقد قرارداد با منابع انسانی

○ ارزیابی عملکرد منابع انسانی با توجه به نتایج پایش

○ محاسبه‌ی ضریب تعدیل پرداخت

● امور مالی

● فناوری اطلاعات

● پایش و ارزیابی - وظایف این گروه به قرار زیر است:

○ تحلیل داده‌های ثبت جاری

○ دریافت و پردازش بازخوردها

○ رسیدگی به شکایات

○ جمع‌آوری داده‌های مستمر و مقطعی به منظور پایش و ارزیابی

● امور سایر خدمتگران - وظایف این گروه به قرار زیر است:

○ شناسایی خدمتگرانی که جمعیت تحت پوشش برای دریافت خدمات تکمیلی به آنان ارجاع می‌شوند.

○ عقد قرارداد با این خدمتگران

○ ارزیابی عملکرد خدمتگران با توجه به داده‌های پایش و ارزیابی

○ محاسبه‌ی ضریب تعدیل پرداخت

مرکز پشتیبان

● کارشناس ارجاع: وظیفه‌ی این فرد کمک به پزشکان خانواده برای ارجاع بیمار به مناسب‌ترین خدمتگر است.

● متخصص: متخصصان داخلی، اطفال، زنان و روان‌پزشک به عنوان همکاران پزشکان خانواده در مرکز پشتیبان مستقر می‌شوند.

● کارشناس تغذیه: بیماران ارجاع شده از سوی پزشکان خانواده، مراقب سلامت یا پزشک متخصص را ویزیت می‌کند.

● روان‌شناس: بیماران ارجاع شده از سوی پزشکان خانواده، مراقب سلامت یا پزشک متخصص را ویزیت می‌کند.

● مددکار اجتماعی: بیماران ارجاع شده از سوی پزشکان خانواده، مراقب سلامت یا پزشک متخصص را ویزیت می‌کند.

تبصره: تعداد کارشناس تغذیه، روان‌شناس و مددکار اجتماعی متناسب با نیاز جمعیت منطقه تعیین می‌شود. خدمات اولیه

و غیر تخصصی مشاوره تغذیه، روان‌شناسی و مددکاری اجتماعی توسط مراقب سلامت ارائه می‌شود. آموزش‌های مورد

نیاز به منظور ارائه این خدمات به مراقب سلامت ارائه شده است.

● پزشک اورژانس: پزشکان خانواده به نوبت در ایام هفته با استقرار در مرکز پشتیبان نقش پزشک اورژانس را ایفا

می‌کنند. در کنار پزشک اورژانس یک پرستار یا بهیار نیز انجام وظیفه می‌کند.

● پزشک خانواده:

○ مراقب سلامت: در کنار هر پزشک خانواده یک پرستار، ماما یا کارشناس بهداشت به عنوان مراقب سلامت

انجام وظیفه می‌کند.

○ منشی

فصل سیزدهم

برآورد هزینه‌های اجرای پزشکی خانواده در
یک جمعیت ۵۰ هزار نفری

پروژه ۱۸

مقدمه

گزارش پیشرو برآوردی از هزینه‌های مربوط به اجرای طرح پزشکی خانواده در یک جمعیت ۵۰ هزار نفری را نشان می‌دهد. به منظور برآورد هزینه‌های مربوط به اجرای این طرح، هزینه‌ها در شش دسته مجزا به نامهای ساختمان، تجهیزات، نیروی انسانی، مواد مصرفی، پشتیبانی-اجرایی، و "بهداشتی، تشخیصی و درمانی" مورد بررسی و برآورد قرار گرفتند. در ادامه نحوه برآورد هر یک از اجزای هزینه شرح داده شده است.

ساختمان

در جدول ۱ هزینه اجاره مطب برای پزشکان خانواده نمایش داده شده است. با این فرض که هزینه اجاره یک ساختمان ۵۰ تا ۶۰ متری (در اسلامشهر) در سال ۱۴۰۱ برابر با ۲۰ میلیون تومان باشد، متوسط هزینه اجاره مطب برای هر پزشک در یکسال ۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰ تومان است. برای ارائه خدمات در جمعیت ۵۰ هزار نفری، با این فرض که هر پزشک خانواده به طور ۲۵۰۰ نفر را تحت پوشش قرار دهد، به ۲۰ پزشک خانواده نیاز است. لذا هزینه اجاره مطب برای ۲۰ پزشک برابر با ۴,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰ خواهد بود.

جدول ۱- هزینه‌های مربوط به ساختمان (تومان)

قلم هزینه	هزینه هر واحد	تعداد	برای یکسال
متوسط هزینه اجاره ماهیانه مطب ۵۰ تا ۶۰ متری (در اسلامشهر)	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲ ماه	۲۴۰,۰۰۰,۰۰۰
هزینه اجاره ماهیانه ۲۰ مطب (در اسلامشهر)	۴,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰		

نیروی انسانی

در جدول ۲ برآورد هزینه‌های مربوط به نیروی انسانی در برنامه پزشکی خانواده نمایش داده شده است. فرض بر این است که نیروی انسانی مورد نیاز برای یک جمعیت ۵۰ هزار نفری شامل پزشک عمومی، ماما، پرستار، منشی، تغذیه، فیزیوتراپ، بینایی‌سنج، متخصص و فوق تخصص، روانشناس، مددکار اجتماعی و شنوایی‌سنج می‌باشد. هزینه‌ها با توجه به جمعیت تحت پوشش، شیوه پرداخت، تعرفه و میانگین تعداد ویزیت برآورد شده‌اند. همانطور که در این جدول قابل مشاهده است هزینه‌های نیروی انسانی به ازای یک پزشک خانواده و جمعیت ۲۵۰۰ نفری، در یک سال برابر است با ۱,۸۱۶,۴۴۰,۰۰۰ تومان و به ازای ۲۰ پزشک در یک جمعیت ۵۰ هزار نفری برابر با ۳۶,۳۲۸,۸۰۰,۰۰۰ می‌باشد.

جدول ۲- هزینه‌های مربوط به نیروی انسانی (تومان)

عنوان	نوع پرداخت	میانگین تعداد ویزیت در ماه	تعرفه	حق ویزیت برای یکماه	ملاحظات
پزشک عمومی	حق ویزیت	۷۲۰	۶۹,۰۰۰	۴۹,۶۸۰,۰۰۰	تعداد ویزیت های انجام شده توسط هر پزشک
ماما	کارانه توسط پزشک	۱۸۰	۵۶,۰۰۰	۱۰,۰۸۰,۰۰۰	هر ۷۰۰۰ نفر یک ماما و در طرح تحول بهداشتی هر ۱۲۵۰۰ نفر؛ لذا برای هر ۴ پزشک یک ماما
پرستار	حقوق ماهیانه	*	*	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	به ازای هر پزشک یک پرستار /دستیار با حقوق ثابت ۱۰ میلیون
منشی	حقوق ماهیانه	*	*	۷,۰۰۰,۰۰۰	به ازای هر پزشک یک منشی
تغذیه	حقوق ماهیانه	۱۸۰	۵۶,۰۰۰	۱۰,۰۸۰,۰۰۰	مانند ماما
فیزیوتراپ	حقوق ماهیانه	۱۵۰	۲۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰,۰۰۰	میزان مراجعه سالانه ۶ درصد
بینایی سنج	حقوق ماهیانه	۱۸۰	۵۶,۰۰۰	۱۰,۰۸۰,۰۰۰	میزان مراجعه سالانه ۶ درصد
متخصص	حقوق ماهیانه	۱۰۸	۱۵۰,۰۰۰	۱۶,۲۰۰,۰۰۰	۱۵ درصد از ویزیت ها پزشک خانواده
متخصص	پاداش	*	*	۵,۰۰۰,۰۰۰	ماهیانه تا ۵ میلیون به ازای هر مطب
روانشناس	کارانه توسط پزشک			۱,۰۰۰,۰۰۰	روانشناس ۱/۱ با حقوق ثابت ۱۰ میلیون
مددکار اجتماعی	کارانه توسط پزشک	*	*	۱,۰۰۰,۰۰۰	مددکار ۱/۱ با حقوق ثابت ۱۰ میلیون
شنوایی سنج	کارانه توسط پزشک	*	*	۱,۲۵۰,۰۰۰	۲ کارشناس با ۱۲.۵ میلیون
			به ازای هر مطب	۱۵۱,۳۷۰,۰۰۰	

				۱,۸۱۶,۴۴۰,۰۰۰	به ازای یکسال - یک پزشک
				۳۶,۳۲۸,۸۰۰,۰۰۰	برای یکسال - ۲۰ پزشک

تجهیزات

جدول ۳ هزینه‌های مربوط به خرید تجهیزات را برای سال اول (۱۴۰۱) نشان می‌دهد. این هزینه‌ها با مد نظر قرار دادن تجهیزات مورد نیاز اتاق پزشک، پرستار (ماما)، منشی/بیماران برآورد گردیده‌اند. لازم به ذکر است هزینه‌های مربوط به تعمیر، بازسازی و استهلاک می‌بایست در سال‌های آتی در نظر گرفته شود که در سال اول به آن پرداخته نشده است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود هزینه کل تجهیزات مورد نیاز برای راه اندازی یک مطب پزشک خانواده برای سال اول برابر با ۱۷۰,۸۰۰,۰۰۰ تومان و برای ۲۰ مطب برابر با ۳,۴۱۱,۵۰۰,۰۰۰ تومان خواهد بود.

جدول ۳- هزینه‌های مربوط به تجهیزات (تومان)

مورد استفاده	قیمت پیشنهادی	محدوده قیمت	
اتاق پزشک	۳,۵۰۰,۰۰۰	> ۱,۵۰۰,۰۰۰	میز
اتاق پزشک	۳,۵۰۰,۰۰۰	> ۱,۶۰۰,۰۰۰	صندلی
اتاق پزشک	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰ - ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	کامپیوتر
اتاق پزشک	۱,۰۰۰,۰۰۰	> ۱۰۰,۰۰۰	دستگاه فشار سنج بزرگسال
اتاق پزشک	۵۰۰,۰۰۰	> ۳۰۰,۰۰۰	دستگاه فشار سنج کودک
اتاق پزشک	۲۰۰,۰۰۰	> ۱۰۰,۰۰۰	استتوسکوپ (گوشی پزشکی)
اتاق پزشک	۱۵۰,۰۰۰	> ۳۰۰,۰۰۰	اتوسکوپ (دستگاه معاینه گوش)
اتاق پزشک	۲,۲۰۰,۰۰۰	> ۲,۰۰۰,۰۰۰	افتالموسکوپ (چشم)
اتاق پزشک	۱۵۰,۰۰۰	> ۵۰,۰۰۰	چکش معاینه
اتاق پزشک	۵۰۰,۰۰۰	> ۲۰۰,۰۰۰	دستگاه قند خون
اتاق پزشک	۱۵۰,۰۰۰	> ۳۰۰,۰۰۰	تب سنج
اتاق پزشک	۳,۰۰۰,۰۰۰	> ۱,۰۰۰,۰۰۰	تابلو معاینه چشم
اتاق پزشک	۳,۰۰۰,۰۰۰	> ۲,۰۰۰,۰۰۰	ترالی احیا
اتاق پزشک	۲,۰۰۰,۰۰۰	> ۱,۰۰۰,۰۰۰	کپسول اکسیژن
اتاق پزشک	۱,۰۰۰,۰۰۰	> ۸۰۰,۰۰۰	تخت معاینه
اتاق پزشک	۳۵,۰۰۰,۰۰۰	> ۳۰,۰۰۰,۰۰۰	دستگاه AED یا دستگاه الکترو شوک
اتاق پزشک	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	> ۴,۲۰۰,۰۰۰	دستگاه EKG
اتاق پزشک	۷۰۰,۰۰۰	> ۶۳۰,۰۰۰	پاراوان معاینه
اتاق پزشک	۱,۰۰۰,۰۰۰	> ۲۰۰,۰۰۰	ترازو و قد سنج
اتاق پزشک	۲,۰۰۰,۰۰۰	> ۷۵۰,۰۰۰	تخت بیمار
اتاق پزشک	۱,۰۰۰,۰۰۰	> ۲۰۰,۰۰۰	چراغ قوه
اتاق پزشک	۲۰۰,۰۰۰	> ۱۰۰,۰۰۰	AUDIOSCOPE
اتاق پزشک	۱,۰۰۰,۰۰۰	> ۵۰۰,۰۰۰	صندلی بیمار
اتاق پزشک	۴,۰۰۰,۰۰۰	> ۴۰۰,۰۰۰	درماتوسکوپ
اتاق پزشک	۱,۰۰۰,۰۰۰	> ۷۰۰,۰۰۰	لارنگوسکوپ
اتاق پزشک	۱,۰۰۰,۰۰۰	> ۱۰۰,۰۰۰	پالس اکسی متر
اتاق پرستار (ماما)	۳۰۰,۰۰۰	> ۲۰۰,۰۰۰	پایه سرم
اتاق پرستار (ماما)	۱,۱۰۰,۰۰۰	> ۱,۰۰۰,۰۰۰	برانکارد برزنتی تاشو

مورد استفاده	قیمت پیشنهادی	محدوده قیمت	
اتاق پرستار (ماما)	۳,۰۰۰,۰۰۰	> ۲۸۰,۰۰۰	صندلی معاینه مامایی
اتاق پرستار (ماما)	۱,۰۰۰,۰۰۰	> ۷۵۰,۰۰۰	تخت تزریقات
اتاق پرستار (ماما)	۷۰۰,۰۰۰	> ۶۳۰,۰۰۰	پاراوان معاینه
اتاق پرستار (ماما)	۲,۰۰۰,۰۰۰	> ۱۵۰,۰۰۰	میز
اتاق پرستار (ماما)	۲,۵۰۰,۰۰۰	> ۱,۶۰۰,۰۰۰	صندلی
اتاق پرستار (ماما)	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰ - ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	کامپیوتر
اتاق پرستار (ماما)	۳,۰۰۰,۰۰۰	> ۲,۵۰۰,۰۰۰	دستگاه استیرلیزاسیون
اتاق پرستار (ماما)	۱,۰۰۰,۰۰۰	> ۵۰۰,۰۰۰	لامپ ایستاده
اتاق پرستار (ماما)	۳۰۰,۰۰۰	> ۱۰۰,۰۰۰	AUDIOSCOPE
اتاق پرستار (ماما)	۵۰۰,۰۰۰	> ۵۰۰,۰۰۰	صندلی بیمار
اتاق پرستار (ماما)	۲,۳۰۰,۰۰۰	> ۲,۳۰۰,۰۰۰	ترالی MDF
اتاق منشی	۱۰,۵۰۰,۰۰۰	۲,۰۰۰,۰۰۰ - ۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	کامپیوتر
اتاق منشی	۲,۰۰۰,۰۰۰	> ۱,۵۰۰,۰۰۰	
اتاق منشی	۲,۵۰۰,۰۰۰	> ۱,۶۰۰,۰۰۰	صندلی
اتاق منشی	۱,۰۰۰,۰۰۰	> ۶۰۰,۰۰۰	دستگاه پوز
اتاق منشی	۱,۰۰۰,۰۰۰	> ۴۰۰,۰۰۰	مودم اینترنت
اتاق منشی	۴۰۰,۰۰۰	> ۲۰۰,۰۰۰	تلفن
اتاق منشی	۳,۰۰۰,۰۰۰	> ۱,۸۰۰,۰۰۰	پرینتر
اتاق منشی	۵,۰۰۰,۰۰۰	> ۳,۵۰۰,۰۰۰	یخچال کوچک معمولی
اتاق منشی	۲,۰۰۰,۰۰۰	> ۲,۰۰۰,۰۰۰	کابینت دیواری
بیماران	۹,۰۰۰,۰۰۰	> ۳۰,۰۰۰,۰۰۰	صندلی انتظار برای ۱۲ نفر
بیماران	۷,۵۰۰,۰۰۰	> ۵,۰۰۰,۰۰۰	دستگاه آب سردکن
بیماران	۶۰۰,۰۰۰	> ۳۰۰,۰۰۰	ساعت دیواری
بیماران	۲,۵۰۰,۰۰۰	> ۲,۰۰۰,۰۰۰	ویلچر
	۱۷۰,۸۰۰,۰۰۰		مجموع هزینه‌ی یک مطب
	۳,۴۱۱,۵۰۰,۰۰۰		مجموع هزینه‌ی ۲۰ مطب

مواد مصرفی

جدول ۴ مواد مصرفی مورد نیاز در یک مطب پزشک خانواده را برای یکسال نمایش می‌دهد. هزینه‌ها در خردادماه ۱۴۰۱ استخراج شده‌اند. لیست اقلام هزینه از چک لیستهای مربوط به ارزیابی مطب پزشکان، جستجو در اینترنت و مشورت با پزشکان عمومی تهیه شده است. حداقل و حداکثر قیمت‌های وارد شده از وب سایت‌های فروش تجهیزات پزشکی و سایر سایت‌های مرتبط استخراج شده است و قیمت پیشنهادی ارائه شده براساس فراوانی و کیفیت قابل قبول کالا می‌باشد. برای تخمین ستون مربوط به تعداد اقلام مورد نیاز، از آمارهای موجود و مشورت با پزشک عمومی استفاده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود هزینه مواد مصرفی سال اول (سال ۱۴۰۱) یک مطب پزشک خانواده ۲۱۳,۱۶۱,۰۰۰ تومان برآورد گردیده است. این هزینه‌ها برای ۲۰ مطب برابر با ۴,۲۶۳,۲۲۰,۰۰۰ می‌باشد.

جدول ۴- هزینه‌های مصرفی در یک مطب پزشک خانواده برای یکسال (تومان)

ملاحظات	جمع	تعداد	قیمت پیشنهادی	حداکثر قیمت	حداقل قیمت	مشخصات کالا	اقلام هزینه
	۳۰۰,۰۰۰	۶	۵۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰	محلول ضد عفونی کننده دست آنتی سپتیک نیم لیتری	ضد عفونی کننده ها
	۳,۶۰۰,۰۰۰	۱۲	۳۰۰,۰۰۰	۱,۶۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰	محلول ضد عفونی کننده سطوح ۱ لیتری (دزفکتانت)	
	۹۰,۰۰۰	۳	۳۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰	۲۵,۰۰۰	بتادین ۱۰ درصد	
	۱,۲۰۰,۰۰۰	۱۲	۱۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰	صابون مایع ۱ لیتری	شوینده‌ها
	۱۴۰,۰۰۰	۲	۷۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰	سفید کننده سطوح ۱ لیتری	
اتاق پرستار (ماما)، پزشک	۸۰۰,۰۰۰	۴	۲۰۰,۰۰۰	۲۵۰,۰۰۰	۱۹۰,۰۰۰	گاز استریل بسته ۱۰۰ عددی	گاز استریل
اتاق پرستار (ماما)، پزشک	۱۲۵,۰۰۰	۵۰	۲,۵۰۰	۵,۰۰۰	۲,۰۰۰	باند طبی	انواع بانداژها
اتاق پرستار (ماما)، پزشک	۲۰۰,۰۰۰	۱۰	۲۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰	۱۵,۰۰۰	دستکش یکبار مصرف پلاستیکی بسته ۱۰۰ عددی	انواع دستکش یکبار مصرف
اتاق پرستار (ماما)، پزشک	۹۰۰,۰۰۰	۶	۱۵۰,۰۰۰	۵۰۰,۰۰۰	۱۳۰,۰۰۰	لاتکس بسته ۱۰۰ عددی	
اتاق پرستار (ماما)، پزشک	۱,۷۵۰,۰۰۰	۵۰۰	۳,۵۰۰	۶,۰۰۰	۱,۰۰۰	سرنگ انسولین، سرنگ‌های ۲ سی سی تا ۵۰ سی سی	انواع سرنگ و نیدل
اتاق پرستار (ماما)، پزشک	۱۵۰,۰۰۰	۱۰	۱۵,۰۰۰	۲۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰	چسب پانسمان ضد حساسیت ۱ و ۲ سانتی	انواع چسب
اتاق پرستار (ماما)، پزشک	۸۰,۰۰۰	۲	۴۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰	چسب لکوپلاست	
اتاق پرستار (ماما)، پزشک	۴۲۰,۰۰۰	۱۲	۳۵,۰۰۰	۵۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰	پد الکلی بسته ۱۰۰ عددی	پد الکلی
اتاق پرستار (ماما)، پزشک / با فرض سرانه سرم ۱.۵ (لیتر / نفر در سال)	۱۳۳,۰۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰	۳۵,۰۰۰	۶۰,۰۰۰	۲۵,۰۰۰	رینگر، قندی نمکی و...	انواع سرم
اتاق پرستار (ماما)، پزشک / با فرض سرانه سرم ۱.۵ (لیتر / نفر در سال)	۲۸,۵۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰	۷,۵۰۰	۱۱,۰۰۰	۴,۰۰۰		ست سرم

ملاحظات	جمع	تعداد	قیمت پیشنهادی	حداکثر قیمت	حداقل قیمت	مشخصات کالا	اقدام هزینه
براساس سرشماری ۲۶۹۵ درصد جمعیت بالای ۵۰ سال هستند با فرض اینکه هر فرد سه ماه یکبار برای کنترل قند خون مراجعه کند در یک ماه به طور متوسط به ۶۰ عدد نوار تست قند خون نیاز است.	۳,۰۰۰,۰۰۰	۱۵	۲۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰	نوار تست قند خون ۵۰ عددی	نوار تست قند خون
	۴,۴۱۰,۰۰۰	۶۳	۷۰,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰	ماسک پزشکی سه لایه بسته ۵۰ عددی	ماسک
	۵۴۰,۰۰۰	۱۲	۴۵,۰۰۰	۹۰,۰۰۰	۳۰,۰۰۰	بسته ۳۰ عددی	کیسه زباله
	۷۲۰,۰۰۰	۲۴	۳۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰	۱۴,۵۰۰	ملحفه رولی با عرض ۶۰ سانتی‌متر و طول ۲۰ متر	ملحفه رولی یکبار مصرف
با این فرض که در ماه حدود ۱۰۰ بیمار ویزیت می‌شود	۱,۸۰۰,۰۰۰	۱۲۰	۱۵,۰۰۰	۲۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰	سرنسخه ۱۰۰ برگه A5 چاپ مشکی	سرنسخه
	۷۲,۰۰۰	۲۴	۳,۰۰۰	۳,۰۰۰	۲,۵۰۰	آبسلانگ چوبی ۳۰ عددی	آبسلانگ
	۳۵۰,۰۰۰	۵۰	۷,۰۰۰	۱۰,۰۰۰	۱,۵۰۰	انواع تیغ های جراحی با شماره های (۱۰ ، ۱۱ ، ۱۵ ، ۲۱ ، ۲۲)	انواع بیستوری
از هر کدام ۱۰ عدد/ برآورد شده از روی چک لیست داروهای ترالی اورژانس وزارت بهداشت	۶,۰۰۰,۰۰۰	۲۴	۲۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰	آمپول اپی نفرین، آمپول آتروپین، آمپول آمینوفیلین، دیازپام، لیدوکائین، نالوکسان، هیدروکورتیزول، پرل نیتروگلیسیرین	داروهای اورژانسی مطب و مکمل ها
	۱,۷۰۴,۰۰۰	۱۲	۱۴۲,۰۰۰	۱۴۲,۰۰۰	۱۴۲,۰۰۰		دفع پسماند بیمارستانی
	۹۰۰,۰۰۰	۱۲	۷۵,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰	۵۰,۰۰۰		اینترنت
	۳,۲۴۰,۰۰۰	۱۲	۲۷۰,۰۰۰	۳۵۰,۰۰۰	۲۰۰,۰۰۰		آب و برق و تلفن، گاز

ملاحظات	جمع	تعداد	قیمت پیشنهادی	حداکثر قیمت	حداقل قیمت	مشخصات کالا	اقلام هزینه
	۱,۰۸۰,۰۰۰	۳۶	۳۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰	۲۴,۰۰۰	نخ های سیلک، پی ویدی اف، کرومیک و...	انواع نخ بخیه
اتاق پرستار (ماما)، پزشک	۱۵,۲۰۰,۰۰۰	۳,۸۰۰	۴,۰۰۰	۵,۰۰۰	۳,۰۰۰	آنژیوکت های صورتی، آبی، سبز و...	آنژیوکت، اسکالپ وین
اتاق پرستار (ماما)، پزشک	۱,۴۴۰,۰۰۰	۴۸	۳۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰		سوند نلاتون، فولی، بگ ادراری
با فرض هفته ای ۱ مراجعه برای تعویض سوند فولی و بگ ادراری	۷۰,۰۰۰	۱۰۰	۷۰۰	۱,۰۰۰	۵۰۰		آب مقطر
منشی	۳۰۰,۰۰۰	۳	۱۰۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۹۲,۰۰۰	۱۰۰ برگ وزیری	دفاتر ثبت بیمار
منشی، پزشک، پرستار	۳۶۰,۰۰۰	۱۲	۳۰,۰۰۰	۳۵,۰۰۰	۱۵,۰۰۰		دستمال کاغذی
	۶۰۰,۰۰۰	۱۲	۵۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰	۴۵,۰۰۰	کاغذ پرینتر حرارتی مدل POS-۲۰ بسته ۲۰ عددی	کاغذ پرینتر حرارتی
	۱۲۰,۰۰۰	۱	۱۲۰,۰۰۰	۱۵۰,۰۰۰	۸۰,۰۰۰	کاغذ A۴ بسته ۵۰۰ عددی	کاغذ و خودکار، استامپ
مجموع ۲۱۳,۱۶۱,۰۰۰							
هزینه مواد مصرفی برای ۲۰ مطب پزشکی خانواده ۴,۲۶۳,۲۲۰,۰۰۰							
سرانه یک نفر جمعیت تحت پوشش ۸۵,۲۶۴							

هزینه‌های پشتیبانی-اجرای

جدول ۵ هزینه‌های اجرا و پشتیبانی از طرح پزشکی خانواده را نشان می‌دهد. این هزینه‌ها شامل اطلاع رسانی، آموزش، ارزیابی و هزینه‌های مربوط به سامانه پزشکی خانواده است. ممکن است در حین اجرای پروژه موارد دیگری از هزینه به این جدول اضافه گردد. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود، هزینه‌های پشتیبانی و اجرایی برای سال اول (۱۴۰۱)، ۴,۲۹۴,۰۰۰,۰۰۰ تومان برآورد گردیده است.

جدول ۵- هزینه‌های پشتیبانی و اجرایی (تومان)

اقلام هزینه	نحوه محاسبه	هزینه هر واحد	تعداد	جمع
تدوین بسته خدمات و راهنماهای بالینی	هزینه نیروی انسانی + هزینه‌های برگزاری جلسات با مشاورین و متخصصین +
آموزش های (بدو خدمت و ضمن خدمت) پزشکان عمومی و سایر اعضای تیم	حق الزحمه مدرسین + هزینه برگزاری جلسات + ...	۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱	۵۰,۰۰۰,۰۰۰
ارزیابی های دوره ای	ماهی یکبار	۷,۰۰۰,۰۰۰	۱۲	۸۴,۰۰۰,۰۰۰
ارزیابی های مستمر (هزینه تست ها و آزمایشات برای پرداخت مبتنی بر نتیجه)	میانگین تست ۵۰۰۰۰ تومان / سه بار در سال	۵۰,۰۰۰	۹۰۰	۴۵,۰۰۰,۰۰۰
ارزیابی برنامه پزشکی خانواده	بررسی بر اساس شاخص های تعریف شده و تحلیل داده های موجود (یک پروژه ۱۵ میلیون تومانی)	۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱	۱۵,۰۰۰,۰۰۰
سایر	فرهنگ سازی، اطلاع رسانی و فراخوان، تدوین و عقد قراردادهای، ...	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰
طراحی سامانه پزشکی خانواده برای جمعیت ۵۰ هزار نفر (نرم افزاری و سخت افزاری)	سخت افزار (اجاره سرور + نصب و راه اندازی نرم افزارهای سرور) + هزینه‌های پیاده سازی نرم افزاری سامانه (تجزیه و تحلیل، طراحی، کدنویسی، خطایابی)	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱	۱,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
	پشتیبانی و نگهداری سخت افزاری و نرم افزاری	۲۵۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲	۳,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
جمع کل ۴,۲۹۴,۰۰۰,۰۰۰				
سرانه ۸۵,۸۸۰				

هزینه‌های بهداشتی، تشخیصی و درمانی

جدول ۶ پیشبینی هزینه‌های بهداشتی، تشخیصی و درمانی را در سال ۱۴۰۰ نشان می‌دهد. تقسیم بندی این هزینه‌ها براساس کارکردهای نظام سلامت است که از حسابهای ملی سلامت استخراج شده است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود، هزینه سرانه نظام سلامت در سال ۱۴۰۰ برابر با ۲,۹۵۸,۵۷۹ تومان پیشبینی شده است که برای یک جمعیت ۵۰ هزار نفری برابر با

جدول ۶- هزینه‌های بهداشتی، تشخیصی و درمانی (تومان)

کارکرد	۱۴۰۰
خدمات درمانی	۱۷۸,۶۹۳۱
خدمات توانبخشی	۵۶,۱۴۶
خدمات پرستاری بلندمدت	۱۳,۱۲۳
خدمات جانبی مراقبت سلامت	۲۹۳,۱۵۸
انواع دارو و سایر کالاهای پزشکی توزیع شده به بیماران سرپایی	۵۸۴,۲۷۴
خدمات پیشگیری و بهداشت عمومی	۱۳۱,۸۸۰
خدمات مدیریت سلامت و بیمه	۸۱,۲۷۴
تشکیل سرمایه موسسات فراهم کننده خدمات سلامت	۵۳,۷۴۱
سایر هزینه‌ها	۲,۴۰۱
سرانه هزینه‌های نظام سلامت (تومان)	۲,۹۵۸,۵۷۹
برای جمعیت ۵۰۰۰۰ نفر	۱۴۷,۹۲۸,۹۵۰,۰۰۰

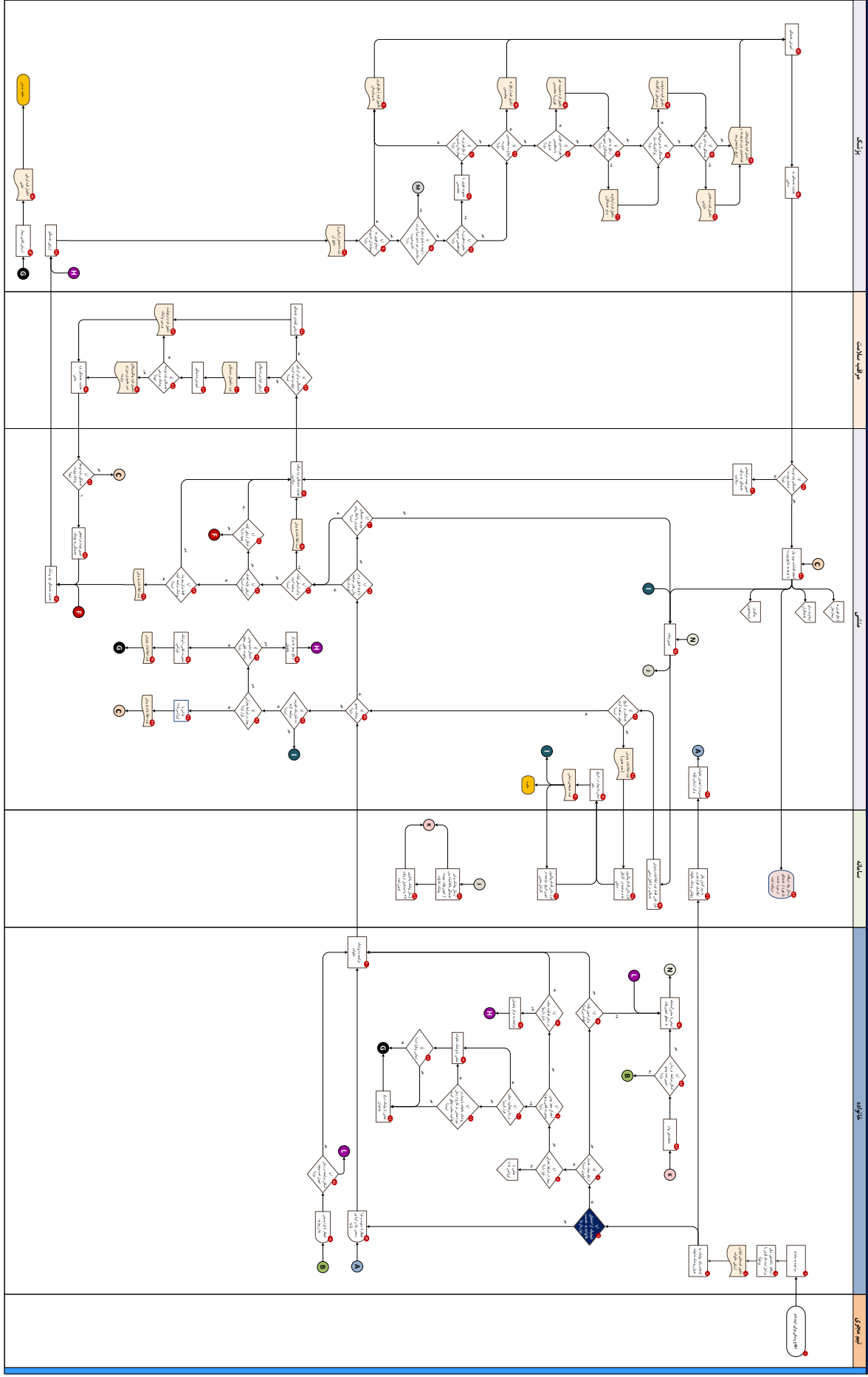
مجموع هزینه‌ها برای یک جمعیت ۵۰ هزار نفری

جدول ۷ یافته‌های مربوط به جداول ۱ تا ۶ را نمایش می‌دهد. در این جدول هزینه کل مورد نیاز برای اجرای طرح پزشکی خانواده در یک جمعیت ۵۰ هزار نفری به تفکیک ساختمان، تجهیزات، مواد مصرفی، نیروی انسانی، اجرایی و تشخیص و درمان نشان داده شده است. مشاهده می‌شود که برای اجرای طرح پزشکی خانواده در یک جمعیت ۵۰ هزار نفری نیاز به ۲۰۱,۰۲۶,۴۷۰,۰۰۰ تومان منابع مالی می‌باشد.

جدول ۷- مجموع هزینه اجرای طرح پزشکی خانواده برای جمعیت ۵۰ هزار نفری (تومان)

هزینه کل	اجزای هزینه
۴,۸۰۰,۰۰۰,۰۰۰	ساختمان
۳,۴۱۱,۵۰۰,۰۰۰	تجهیزات
۳۶,۳۲۸,۸۰۰,۰۰۰	نیروی انسانی
۴,۲۶۳,۲۲۰,۰۰۰	مواد مصرفی
۴,۲۹۴,۰۰۰,۰۰۰	اجرای
۱۴۷,۹۲۸,۹۵۰,۰۰۰	بهداشتی، تشخیصی و درمانی
۲۰۱,۰۲۶,۴۷۰,۰۰۰	مجموع

پیوست شماره ۱
فرآیند ارائه خدمت



برنامه‌ریزی
بررسی سلامت
بیماری
سازمان
کارنامه
نمونه‌های

فرآیند اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود

توضیحات فرآیند ارائه‌ی خدمت در اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود

شماره	اقدام	توضیحات
۱	اطلاع رسانی برای ثبت نام	این دعوت در ادامه‌ی سرشماری به عمل می‌آید. یعنی سه فعالیت سرشماری، ثبت داده و دعوت از سرپرست خانواده برای مراجعه به سامانه در یک جلسه انجام می‌شود. فرد مسؤول سرشماری پس از طی مراحل فوق می‌تواند به سرپرست خانواده برای ورود به سامانه و انتخاب پزشک خانواده نیز کمک کند.
۲	مراجعه به سامانه	
۳	دریافت راهنمایی برای مراحل ثبت نام	این راهنما پس از طراحی سامانه، تهیه می‌شود. در این راهنما برای سرپرست توضیح داده می‌شود که بلافاصله پس از انتخاب پزشک خانواده، می‌تواند برای دریافت خدمت به او مراجعه کند و در صورتی که در حال حاضر به خدمتی نیازمند نیستند، باید منتظر باشند تا پزشک خانواده آنان را برای ارزیابی اولیه دعوت کند. همچنین به سرپرست خانواده اطلاع داده می‌شود که مجموعه‌ای از فیلم‌های آموزشی در مورد شیوه‌ی دریافت خدمت از پزشک خانواده در سامانه موجود است که می‌توانند به منظور دریافت بهتر خدمات آنها را مشاهده کنند.
۴	تکمیل فرم‌های اولیه‌ی ارزیابی خانواده	در اولین ورود سرپرست خانواده به سامانه باید اطلاعات مختصری از او در مورد وضعیت خانواده اخذ شود. بدین منظور فرم‌هایی باید طراحی و در سامانه قرار داده شوند. این اطلاعات مکمل اطلاعاتی است که در هنگام سرشماری از خانواده اخذ شده است. این فرم‌ها در حد امکان باید مختصر باشند تا سرپرست برای تکمیل آنها رغبت داشته باشد. اطلاعات دموگرافیک اعضای خانواده در جریان سرشماری پرسیده شده است و در اینجا اطلاعات مرتبط با سلامت جسمی، روانی و وضعیت اجتماعی اعضای خانواده سؤال می‌شود. به کمک این اطلاعات، پزشک خانواده می‌تواند زمان مورد نیاز برای ارزیابی اولیه را تخمین بزند.
۵	انتخاب یک پزشک به عنوان پزشک خانواده	سرپرست خانواده می‌تواند از میان پزشکانی که هنوز ظرفیت آنان تکمیل نشده است، یک نفر را به عنوان پزشک خانواده خود انتخاب کند.
۶	آیا هیچ‌یک از اعضای خانواده به خدمت نیاز دارد؟	بلافاصله پس از انتخاب پزشک خانواده، اعضای خانواده، در صورت نیاز، می‌توانند برای دریافت خدمت به او مراجعه کنند.
۷	آیا، از نظر بیمار، خدمت فوری است؟	معیار فوری بودن دریافت یک خدمت نظر بیمار و مراقبان او است.
۸	آیا بیمار در شرایط بحرانی قرار دارد؟	معیار بحرانی بودن شرایط بیمار به نظر او یا مراقبان بستگی دارد. اگر شرایط بیمار بحرانی تشخیص داده شود، بیمار یا مراقبان او مستقیماً با شماره‌ی ۱۱۵ برای اعزام آمبولانس تماس می‌گیرند. در صورت امکان بهتر است از قبل با اورژانس برای انتقال بیماران تحت پوشش این برنامه، به بیمارستان عمومی طرف قرارداد، هماهنگی‌های لازم به عمل آمده باشد.
۹	آیا احتمال مفید بودن مشورت تلفنی وجود دارد؟	اینکه مشورت تلفنی با پزشک، در مورد بیماری که به خدمت فوری نیاز دارد، تا چه اندازه ممکن است مفید باشد، به قضاوت بیمار یا مراقب او بستگی دارد. تجارب قبلی نقش مهمی در شکل‌گیری این قضاوت دارند. به هر حال ممکن است بیمار ترجیح دهد که ابتدا تلفنی با پزشک خانواده مشورت و بر اساس راهنمایی او اقدام بعدی را انجام دهد.
۱۰	آیا در زمان فعالیت مطب قرار داریم؟	مقصود از زمان فعالیت مطب، اوقاتی در شبانه روز است که پزشک خانواده برای ویزیت بیماران خود در مطب حضور دارد. برای پیشگیری از فرسودگی پزشک خانواده، بهتر است شرایطی فراهم شود که او در ساعات فعال نبودن مطب، در معرض مشکلات بیماران قرار نگیرد و قادر به استراحت باشد. اگر بیمار در زمان فعالیت مطب احساس نیاز به مشورت تلفنی کند، باید با مطب پزشک خود و در غیر این صورت با مرکز پشتیبان تماس بگیرد.

شماره	اقدام	توضیحات
۱۱	آیا پزشک خانواده با بیمار در مورد تماس در خارج از زمان فعالیت مطب توافق کرده است؟	ممکن است پزشک خانواده به همه‌ی افراد تحت پوشش خود یا برخی از بیماران بگوید که، در صورت نیاز، در هر ساعتی از شبانه روز می‌توانند با او تماس بگیرند. این بدان معنا است که بین پزشک و بیمار برای تماس در خارج از ساعات فعالیت مطب توافقی حاصل شده است. در این صورت بیمار می‌تواند در ساعات فعال نبودن مطب نیز با پزشک خود تماس بگیرد.
۱۲	تماس با پزشک خانواده	
۱۳	آیا تماس برقرار شد؟	همیشه این احتمال وجود دارد که، خصوصاً در ساعات فعال نبودن مطب، تماس با پزشک خانواده برقرار نشود.
۱۴	تماس با پزشک مرکز پشتیبان	پزشکان خانواده همکار برنامه به صورت نوبتی در محل مرکز پشتیبان مستقر می‌شوند؛ به گونه‌ای این مرکز در هیچ زمانی از شبانه روز بدون پزشک نباشد. وظایف پزشک مرکز پشتیبان عبارتند از: <ul style="list-style-type: none"> • ارائه‌ی خدمت به بیمارانی که پزشکشان، به هر دلیلی، در مطب حضور ندارد. • ارائه‌ی خدمات بستری موقت به بیمارانی که از سوی پزشکان خانواده به مرکز پشتیبان ارجاع شده‌اند. • ارائه‌ی خدمت به جمعیت تحت پوشش در خارج از زمان فعالیت مطب‌ها
۱۵	آیا در زمان فعالیت مطب قرار داریم؟	به شماره‌ی ۱۰ مراجعه کنید.
۱۶	مراجعه به مرکز پشتیبان	
۱۷	آیا برای تعیین وقت اقدام می‌کند؟	بهتر است به جمعیت تحت پوشش آموزش داده شود که بدون وقت قبلی به مطب پزشک مراجعه نکنند. حتی در شرایطی که نیاز فوری به دریافت خدمت وجود دارد، بهتر است پس از اطلاع به مطب، برای دریافت خدمت مراجعه کنند. به هر حال همیشه این احتمال وجود دارد که فردی بدون وقت و هماهنگی قبلی به مطب پزشک مراجعه کند. لذا منشی مطب باید همیشه برای مدیریت کردن افرادی که بدون وقت قبلی مراجعه کرده‌اند، آمادگی داشته باشد.
۱۸	تماس با منشی/سامانه به منظور تعیین وقت	تعیین وقت را به چند روش می‌توان انجام داد: <ul style="list-style-type: none"> • اگر بیمار احساس نیاز فوری دارد، می‌تواند بدون وقت قبلی، یا پس از اطلاع دادن به مطب، مراجعه کند. • تماس تلفنی • از طریق سامانه که خود می‌تواند چند روش داشته باشد: • وقت‌های خالی در سامانه مشخص باشد و فرد یکی را انتخاب کند. • خدمتگیر در خواست وقت و شرح مختصر مشکل خود را در سامانه وارد و محدودیت‌های خود را نیز اعلام می‌کند. با توجه به اطلاعات وارد شده، منشی وقت او را تعیین کند. پس از تعیین وقت یک پیامک برای خدمتگیر ارسال و زمان ویزیت به او اعلام می‌شود. منشی می‌تواند این اطلاع رسانی را تلفنی هم انجام دهد.
۱۹	انتظار تا فرا رسیدن زمان ویزیت	
۲۰	مراجعه به پزشک خانواده	

شماره	اقدام	توضیحات
۲۱	به روز کردن پانل اطلاعات افراد تحت پوشش پزشک خانواده	پزشک باید، به صورت برخط، از اضافه شدن خانوادگی جدید به جمعیت تحت پوشش خود مطلع شود. بهترین شیوه آن است که پس از ورود به سامانه، در جایی در صفحه‌ی خود، اطلاعات زیر را مشاهده کند: <ul style="list-style-type: none"> • تعداد خانواده‌های تحت پوشش • تعداد افراد تحت پوشش • تعداد افرادی که فرم ثبت نام آنان بررسی و زمان تقریبی ارزیابی اولیه آنان تعیین شده است • تعداد افرادی که تحت ارزیابی اولیه قرار گرفته‌اند • تعداد افرادی که به آنان وقت ارزیابی اولیه داده شده است؛ ولی هنوز مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند • تعداد افرادی که هنوز وقت ارزیابی اولیه دریافت نکرده‌اند این اطلاعات به صورت مداوم و برخط به روز رسانی می‌شود.
۲۲	دعوت از اعضای خانواده برای ارزیابی اولیه	پزشک خانواده باید اطلاعات اعضای خانواده را که توسط سرپرست خانواده تکمیل شده است بررسی و زمان تقریبی ارزیابی اولیه هر فرد را مشخص کند. به این ترتیب منشی می‌تواند با توجه به وقتی که قرار است به ارزیابی اولیه اختصاص داده شود، با سرپرست خانواده تماس گرفته از آنان برای ارزیابی اولیه دعوت به عمل آورد. به این ترتیب اولین گام به منظور برقراری یک ارتباط مؤثر بین خانواده و پزشک خانواده برداشته می‌شود.
۲۳	انتظار تا دعوت و فرا رسیدن زمان ارزیابی اولیه	
۲۴	تعیین وقت	
۲۵	قرار دادن اقدام ثبت اطلاعات پذیرش خدمتگیر در کارتابل منشی	پس از تعیین وقت مراجعه خدمتگیر به مطب پزشک خانواده، در روز مقرر باید یک اقدام ثبت اطلاعات پذیرش خدمتگیر در کارتابل منشی پذیرش او و اگر مراجعه نکند، عدم مراجعه‌ی او ثبت می‌شود.
۲۶	آیا خدمتگیر در تاریخ مقرر مراجعه کرده است؟	
۲۷	ثبت اطلاعات پذیرش	پس از فرا رسیدن تاریخ مراجعه، در صورت مراجعه‌ی خدمتگیر، با توجه به فرآیندی که برای او طی شده است، منشی اطلاعات پذیرش خدمتگیر را ثبت می‌کند. در صورت مراجعه نکردن خدمتگیر، عدم مراجعه برای او ثبت می‌شود. در این صورت اقدام «پیگیری عدم مراجعه» در کارتابل منشی قرار داده می‌شود.
۲۸	قرار دادن اقدام پیگیری عدم مراجعه در کارتابل منشی	این اقدام به صورت پیش‌گزینه در همان روز در کارتابل منشی قرار داده می‌شود؛ مگر آنکه منشی تاریخ دیگری را برای این پیگیری مشخص کند.
۲۹	تماس با بیمار در تاریخ مقرر	منشی در تاریخ مقرر با بیمار تماس می‌گیرد. اگر تماس موفقیت‌آمیز نباشد، نتیجه‌ی تماس ثبت نمی‌شود و این اقدام همچنان در کارتابل باقی می‌ماند. در صورتیکه تماس برقرار و مشخص شود که دیگر مراجعه ضروری نیست (برطرف شدن مشکل یا فوت خدمتگیر) یا خدمتگیر بگوید که در صورت نیاز خودش تماس خواهد گرفت، این اقدام خاتمه یافته تلقی می‌شود. اگر تماس برقرار شود و منشی با خدمتگیر برای تاریخ دیگری به توافق برسند، تاریخ مراجعه‌ی جدید برای خدمتگیر ثبت می‌شود. ممکن است امکان تعیین تاریخ جدیدی در این تماس مقدور نباشد و منشی بگوید که مجدداً برای تعیین تاریخ مراجعه تماس خواهد گرفت، در این صورت اقدام دیگری تحت عنوان «پیگیری تعیین تاریخ مراجعه» در کارتابل منشی قرار داده خواهد شد.

شماره	اقدام	توضیحات
۳۰	ثبت نتیجه‌ی تماس	مواردی که در توضیح اقدام ۲۹ شرح داده شد، در فرم ثبت نتیجه‌ی تماس وارد می‌شود.
۳۱	قرار دادن اقدام پیگیری تعیین تاریخ مراجعه در کارتایل منشی	این اقدام ماهیتاً مشابه اقدام «پیگیری عدم مراجعه» است و منشی تلاش می‌کند که تاریخی را برای مراجعه خدمتگیر تعیین کند.
۳۲	آیا پزشک حضور دارد؟	همیشه این احتمال وجود دارد که پزشک در مطب خود حضور نداشته باشد؛ ولی منشی و مراقب سلامت در محل کار خود حاضر باشند. در این صورت اگر بیمار بنا بر یک فوریت مراجعه کرده است، باید افراد حاضر در مطب قادر به مدیریت مناسب این شرایط و هدایت بیمار باشند.
۳۳	آیا به یک دلیل یک فوریت مراجعه کرده است؟	اگر بیمار به دلیل یک فوریت مراجعه نکرده است، باید برای او وقت ملاقاتی در روزهای آتی تعیین شود؛ ولی اگر به دلیل یک فوریت مراجعه کرده است، باید با طی گام‌های بعد در نمودار اقدام مناسب برای او انجام گیرد.
۳۴	آیا بیمار در شرایط بحرانی قرار دارد؟	مقصود از شرایط بحرانی شرایطی است که اقدام فوری را ایجاب می‌کند. در چنین شرایطی بیمار باید به بیمارستان ارجاع شود و مناسب‌تر است که از طریق تماس با مرکز اورژانس نسبت به این کار اقدام شود.
۳۵	تماس با اورژانس ۱۱۵	
۳۶	آیا احتمال مفید بودن مشورت تلفنی وجود دارد؟	در اینجا قضاوت منشی یا مراقب سلامت مشخص می‌کند که آیا مشورت تلفنی با پزشک مرکز پشتیبان می‌تواند مفید واقع شود یا خیر
۳۷	ارجاع بیمار به مرکز پشتیبان	اگر بیمار نیاز فوری به دریافت خدمت دارد ولی در شرایط بحرانی قرار ندارد، بهتر است به مرکز پشتیبان، برای ویزیت توسط پزشک این مرکز ارجاع شود.
۳۸	مشورت تلفنی با پزشک اورژانس	منشی مطب یا مراقب سلامت می‌توانند با پزشک مرکز پشتیبان تماس گرفته در مورد بیمار مشورت‌های مورد نیاز را به عمل آورند.
۳۹	آیا با نوبت قبلی و در زمان مقرر مراجعه کرده است؟	
۴۰	آیا ویزیت خدمتگیر ضروری یا امکان‌پذیر است؟ (نحوه‌ی تعامل با بیماری که بدون وقت قبلی مراجعه کرده است)	<p>بهتر است که بیمار، در صورت امکان، با وقت قبلی مراجعه کند؛ ولی احتمال اینکه افرادی بدون وقت قبلی مراجعه کنند زیاد است. در این صورت یکی از حالات زیر ممکن است رخ دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ویزیت بیمار فوری و ضروری است. معیار ضروری بودن قضاوت خود بیمار است. او به هر دلیلی احساس کرده است که در اولین فرصت باید توسط پزشک ویزیت شود. در این صورت بیمار ویزیت می‌شود. • ویزیت بیمار فوریت ندارد؛ ولی مطب خلوت است و امکان ویزیت بیمار وجود دارد. در این صورت بیمار ویزیت می‌شود. • ویزیت بیمار فوریت ندارد، مطب شلوغ است و پزشک آمادگی ویزیت یک بیمار دیگر را ندارد. در این صورت به بیمار وقت داده می‌شود. • ویزیت بیمار فوریت ندارد و انتظار را می‌پذیرد و از نظر پزشک هم ویزیت او بلامانع است. در این صورت بیمار منتظر می‌ماند تا ویزیت شود. • بیمار انتظار را نمی‌پذیرد، در این صورت به او وقت داده می‌شود.

شماره	اقدام	توضیحات
۴۱	آیا برای ارزیابی اولیه مراجعه کرده است؟	ممکن است خدمتگیر بدون احساس نیاز به دریافت خدمت و صرفاً به منظور ارزیابی اولیه، به دنبال دعوتی که از او به عمل آمده است، مراجعه کرده باشد.
۴۲	آیا ارزیابی اولیه انجام شده است؟	بیمار ممکن است برای ارزیابی اولیه مراجعه نکرده باشد؛ ولی ارزیابی اولیه‌ی او هم انجام نشده باشد. در این صورت منشی باید بررسی کند که آیا امکان ارزیابی اولیه در این ویزیت وجود دارد یا نه.
۴۳	آیا فقط برای مراجعه به پزشک مراجعه کرده است؟	خدمتگیری که ارزیابی اولیه‌ی او انجام شده است، ممکن است صرفاً به دلیل بیماری و برای ویزیت پزشک یا برای بررسی‌های ادواری توسط مراقب سلامت یا به هر دو دلیل، مراجعه کرده باشد.
۴۴	آیا امکان ارزیابی اولیه وجود دارد؟	با توجه به آنکه ارزیابی اولیه وقت‌گیر است، انجام آن به شرایط بیمار و مطب هر دو بستگی دارد. اگر حال عمومی بیمار خوب نیست، زمان برای ارزیابی اولیه مناسب نیست. اگر مطب شلوغ باشد هم بهتر است ارزیابی اولیه‌ی خدمتگیر به وقت دیگری موکول شود.
۴۵	هدایت خدمتگیر نزد دستیار	در مواردی که قرار است ویزیت مراقب سلامت و پزشک، هر دو، انجام شود، خدمتگیر باید ابتدا نزد مراقب سلامت فرستاده شود. دلیل این امر آن است که ممکن است مراقب سلامت در جریان بررسی خود، ویزیت خدمتگیر را توسط پزشک نیز ضروری تشخیص دهد.
۴۶	هدایت خدمتگیر نزد پزشک	
۴۷	آیا خدمتگیر برای ارزیابی اولیه مراجعه کرده است؟	
۴۸	ارزیابی اولیه‌ی خدمتگیر	هدف از ارزیابی اولیه مراقب سلامت آن است که تشخیص دهد خدمتگیر نیازمند کدام گروه از خدماتی است که توسط مراقب سلامت ارائه می‌شود. در این صورت پس از تعیین بسته‌ی خدماتی که توسط دستیار ارائه می‌شود باید فرم‌هایی را به منظور ارزیابی اولیه طراحی کرد.
۴۹	ارزیابی ادواری خدمتگیر	همه‌ی این موارد به بسته‌ی خدمت مراقب بستگی دارد که قرار است بر اساس آنچه که در حال حاضر در شبکه توسط مراقب سلامت ارائه می‌شود، انجام شود. لذا باید این بسته از معاونت بهداشتی اخذ و برای ارائه توسط مراقب سلامت آماده شود.
۵۰	ثبت داده‌های خدمتگیر	
۵۱	آموزش خدمتگیر	آموزش خدمتگیر از ارکان ارائه‌ی خدمت است. به همین سبب در قالب یک فعالیت مجزا مورد تأکید قرار گرفته است.
۵۲	آیا خدمتگیر باید توسط پزشک ویزیت شود؟	در بسته‌ی خدمت مراقب سلامت، معیارهای ضرورت ویزیت خدمتگیر توسط پزشک مشخص شده است.
۵۳	تکمیل فرم درخواست بررسی پزشک	دستیار ممکن است در جریان ارزیابی اولیه یا بررسی ادواری، با توجه به پروتکل‌هایی که برای او طراحی شده است، تشخیص دهد که خدمتگیر باید توسط پزشک ویزیت شود. در این صورت باید فرمی را تکمیل کند و در آن دلیل ارجاع خدمتگیر را به پزشک توضیح دهد. فوریت ویزیت پزشک هم باید در فرم مشخص شود.

شماره	اقدام	توضیحات
۵۷	تکمیل فرم پیگیری‌های غیر حضوری بین دو ویزیت	این فرم هم بر مبنای پروتکل‌های ارائه‌ی خدمت تکمیل می‌شود. در این فرم باید مشخص که چه پیگیری و توسط چه کسی باید انجام شود. دستیار یا خود باید نسبت به پیگیری اقدام کند یا از منشی بخواهد که این کار را انجام دهد. این فرم مشابه فرمی است که در اقدام ۶۵ توضیح داده شده است.
۵۵	هدایت خدمتگیر نزد منشی	
۵۶	آیا خدمتگیر باید توسط پزشک ویزیت شود؟	
۵۷	تعیین نوبت مراجعه‌ی خدمتگیر به پزشک	خدمتگیری که از نزد مراقب سلامت باید به نزد پزشک برود، چگونه باید نوبت را رعایت کند. اگر زمانی که او نزد مراقب سلامت بوده است، افرادی آمده‌اند که قرار است نزد پزشک بروند و هنوز نوبت آنان نرسیده است، هنگام خروج این فرد از اتاق مراقب سلامت و نیاز او به ویزیت پزشک، ظاهراً باید بعد از این افراد نزد پزشک برود. ولی از آنجا که فرد اول زودتر مراجعه کرده یا زودتر به او وقت داده شده است، در تمام مراحل اولویت با او است. در این صورت ابتدا او نزد پزشک می‌رود و بعد از او افرادی که بعداً آمده‌اند و ویزیت پزشک اولین اقدامی است که باید برای آنان انجام شود، نزد پزشک خواهند رفت.

شماره	اقدام	توضیحات
۵۸	ارزیابی خدمتگیر	<p>چه خدمتگیر برای ارزیابی اولیه به پزشک مراجعه کرده باشد و چه به دلیل دیگری، ارزیابی، اولین اقدامی است که پزشک انجام می‌دهد. ارزیابی اولیه باید بر مبنای یک چارچوب از پیش مشخص شده انجام شود. هدف از ارزیابی اولیه آن است که پزشک بداند اولاً خدمتگیر در حال حاضر چه بیماری‌های آشکار و عوامل خطری دارد و ثانیاً او در مرحله‌ی نهفته‌ی کدام بیماری‌ها قرار دارد. لیست عوامل خطری که باید بررسی شوند و بیماری‌هایی که باید مورد غربالگری قرار گیرند، از قبل مشخص است و روش بررسی بیمار با توجه به این موارد نیز تعیین و استاندارد شده است. برای این موارد نیز فرم‌هایی طراحی شده است که با تکمیل آنها خدمتگیر از این وجوه مورد بررسی قرار می‌گیرد. در مورد بیماری‌هایی که او در حال حاضر به آنها مبتلا است، باید از خودش سؤال شود و در مورد هر بیماری پزشک به دنبال شواهد کافی برای اثبات ادعای بیمار باشد. با توجه به گستردگی بیماری‌ها، امکان استاندارد کردن این بخش از ارزیابی اولیه به راحتی امکان‌پذیر نیست و باید پزشک را موظف کرد که در صورت ادعای بیمار، با توجه به منابع معتبری که به او معرفی شده است، شواهد کافی را برای اثبات ادعای فرد مبنی بر ابتلا به یک بیماری، جست و جو کند. باید به پزشک آموزش داد که اگر در هنگام ادعای بیمار، از تسلط کافی بر بیماری و روش تشخیص قطعی آن برخوردار نیست، تصمیم‌گیری را به ویزیت بعد بیمار موکول کند و در فاصله‌ی دو ویزیت به اندازه‌ی کافی در مورد بیماری مورد ادعای خدمتگیر کسب اطلاع کند. با پرسیدن سؤالاتی که پاسخ مثبت به آنها احتمال ابتلای به یک بیماری خاص را تقویت می‌کند، می‌توان به برداشت دقیق‌تری در مورد ابتلای خدمتگیر به بیماری مورد ادعای او دست یافت. برای مثال:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آیا برای این بیماری، به صورت منظم، دارویی مصرف می‌کند؟ • آیا به دلیل ابتلا به این بیماری تحت نظر پزشک دیگری است و به صورت منظم به او مراجعه می‌کند؟ • آیا به دلیل این بیماری تا کنون در بیمارستان بستری شده است؟ • آیا غیر از او، از اقوام درجه‌ی یک یا دو، فرد دیگری به این بیماری مبتلا است؟ • اطلاعات او در مورد بیماری چقدر است. به همان اندازه که بیمار اطلاعات دقیق‌تر و جامع‌تری در مورد یک بیماری داشته باشد، احتمال ابتلای او به آن بیماری بیشتر است. شاید خود او به دقت توضیح دهد که با چه روش تشخیصی بیماری او تشخیص داده شده است. <p>ارزیابی خدمتگیر از مراحل جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل و تفسیر اطلاعات و قضاوت در مورد بیمار تشکیل می‌شود. بر مبنای قضاوت، پزشک باید اقدام مورد نیاز خدمتگیر را مشخص کند. اقدام می‌تواند جمع‌آوری اطلاعات جدید یا یکی از مواردی که در ادامه‌ی فلوجارت به آنها اشاره شده است، باشد.</p>
۵۹	ثبت داده‌های ارزیابی و نتایج آن	<p>داده‌های ارزیابی بالینی باید در قالب فرم‌های از پیش طراحی شده ثبت شوند. بر مبنای این داده‌ها، پزشک باید در مورد شرایط بیمار به قضاوت مشخصی دست یابد و بر مبنای این قضاوت، اقدام مناسب را مشخص کند.</p>
۶۰	آیا ارجاع فوری به بیمارستان ضرورت دارد؟	<p>اندیکاسیون ارجاع فوری به بیمارستان باید در راهنماهای بالینی مشخص شوند؛ ولی در نهایت این پزشک است که باید در این مورد تصمیم بگیرد.</p>

توضیحات	اقدام	شماره
<p>این فرم باید در برگیرنده‌ی اطلاعات زیر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دلیل مراجعه و شرح حال بیمار • دلیل ارجاع فوری به بیمارستان • مراقبت‌های حیاتی در مسیر انتقال بیمار به بیمارستان <p>الزامات ارجاع فوری به بیمارستان</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر بیمار به مراقبت‌های حیاتی در مسیر ارجاع به بیمارستان نیاز داشته باشد، ارجاع باید توسط آمبولانس ۱۱۵ انجام شود و در صورتی که به چنین مراقبت‌هایی نیاز نباشد، می‌شود بیمار را با سایر وسایل نقلیه نیز به بیمارستان ارجاع کرد. این وسیله‌ی نقلیه ممکن توسط همراه بیمار یا مدیریت برنامه‌ی پزشکی خانواده تأمین شود. • ترجیح آن است که با بیمارستانی که قرار است بیمارانی را که نیاز به ارجاع فوری دارند به آنجا اعزام کنیم، قرارداد همکاری داشته باشیم. یعنی انتظارات و توقعات خود را به آنان بگوییم و آنان نیز انتظارات خود را به ما بگویند تا رعایت کنیم. مهم‌ترین نکته آن است که بیمار به خوبی تحویل گرفته و به ما بازخورد داده شود. نکته‌ی دیگر آنکه پرسنل اورژانس بیمارستان باید در مورد این تفاهم‌نامه توجیه شده آموزش‌های لازم را دریافت کنند و در صورت تغییر پرسنل، این موارد به پرسنل جدید آموزش داده شود. در این تفاهم‌نامه ذکر خواهد شد که با پیشرفت کار و ارزیابی موارد ارجاع شده و کسب تجربه به صورت مستمر، برای ارتقای فرآیند ارجاع فوری به بیمارستان، با هم در ارتباط خواهیم بود. • درمقابل رعایت حال بیمار و پاسخ به انتظارات ما، ما به بیمارستان پرداخت خواهیم کرد. پرداخت کافی و به موقع سبب تقویت همکاری می‌شود. 	<p>تکمیل فرم ارجاع به بیمارستان</p>	<p>۶۱</p>
<p>پزشک خانواده نمی‌تواند مستقیماً بیمار را برای بستری الکتیو در بیمارستان ارجاع کند. در مواردی که بستری بیمار را در بیمارستان ضروری تشخیص می‌دهد، باید بیمار را به متخصص ارجاع کند و او، در صورت نیاز، بیمار را بستری خواهد کرد. اگر بیمار به متخصص عضو تیم ارجاع شده باشد، او می‌تواند بیمار را مستقیماً در بیمارستان بستری کند؛ ولی اگر پزشک پذیرنده عضو تیم نباشد، باید در پاسخ ارجاع ضرورت بستری کردن بیمار و بیمارستان مورد نظر خود را بدین منظور، متذکر شود. تأیید ضرورت بستری کردن بیمار بر عهده‌ی پزشک خانواده است و او در صورت نیاز می‌تواند با متخصصان عضو تیم بدین منظور مشورت کند. او همچنین می‌تواند با متخصصی که بستری کردن بیمار را ضروری تشخیص داده است، به بحث و تبادل نظر بپردازد. اگر اقدام به این موارد در جریان ویزیت بیمار امکان‌پذیر نباشد، پزشک خانواده می‌تواند در فرصت مناسب نسبت به این امور اقدام کند و نتیجه را به اطلاع بیمار برساند.</p>	<p>آیا با توجه به پاسخ ارجاع (از متخصص غیر عضو تیم)، بستری الکتیو ضرورت دارد؟</p>	<p>۶۲</p>
<p>هنگامی مشورت فوری با متخصص ضرورت دارد که یک تصمیم حیاتی که مسیر مراقبت را تغییر می‌دهد باید فوراً اخذ شود. بارزترین مثال آن ضرورت ارجاع فوری بیمار به بیمارستان است. مورد دیگر ضرورت تغییر فوری درمان دارویی بیمار یا درخواست فوری یک بررسی تشخیصی است. ضرورت ارجاع فوری بیمار به متخصص نیز مورد دیگری است که نیاز به مشورت فوری دارد. در سایر موارد بهتر است مشورت غیرفوری انجام شود.</p>	<p>آیا مشورت فوری با متخصص ضرورت دارد؟</p>	<p>۶۳</p>

شماره	اقدام	توضیحات
۶۴	مشورت فوری با متخصص	<p>اگر مشورت فوری است، باید تلفنی انجام شود. مشورت فوری فقط با متخصصان چهارگانه عضو تیم انجام می‌شود. متخصصان عضو تیم باید در مورد اینکه ممکن است پزشک خانواده با آنان مشورت فوری انجام دهد توجیه شوند. چنین تماس‌هایی معمولاً از طریق تلفن همراه انجام می‌شود و بهتر است متخصص برای این تماس‌ها یک زنگ خاص تنظیم کند تا از نیاز به یک مشورت فوری از سوی پزشک خانواده مطلع شود.</p> <p>مشورت را می‌توان در حضور بیمار یا در غیاب او انجام داد. پزشک خانواده باید بیماران خود را عادت دهد که الزاماً نباید در حضورشان تمام مسائل مرتبط با ویزیت آنان حل و فصل شود و بیمار با دریافت نسخه مطب را ترک کند. بلکه پس از بررسی بیمار و انجام معاینات بالینی ممکن است از بیمار بخواهیم که چند دقیقه در اتاق انتظار حضور داشته باشد تا پزشک اقدامات تکمیلی را انجام دهد و او را از نتیجه مطلع کند. برای مثال ممکن است پزشک برای تعیین رژیم دارویی بیمار به قدری تأمل یا مشورت با متخصص نیاز داشته باشد. در این صورت از بیمار می‌خواهد که در اتاق انتظار منتظر باشد، تا پزشک این اقدامات را انجام دهد. حتی می‌شود ارائه‌ی نسخه و برنامه‌ی درمان را به ویزیت بعد موکول کرد.</p>
۶۵	آیا ارجاع فوری به بیمارستان ضرورت دارد؟	<p>ممکن است پس از مشورت فوری با متخصص او صلاح بداند که بیمار فوراً به بیمارستان ارجاع شود.</p>
۶۶	آیا ارجاع به متخصص ضرورت دارد؟	<p>در مواردی که گایدلاین ارائه‌ی خدمت تهیه شده است، ضرورت ارجاع به متخصص بر اساس آن مشخص می‌شود. در مواردی که گایدلاین وجود ندارد، این امر بر عهده‌ی پزشک خانواده است. باید به پزشک خانواده توصیه کرد که در مواردی که برای ارجاع تردید دارد، بهتر است بیمار را ارجاع کند. به متخصص هم باید گوشزد کرد که در صورت ارجاع بی‌مورد از سوی پزشک واکنش نامناسب نشان ندهد و آن را به عنوان شاهده‌ی از نقص اطلاعات یا توانایی‌های پزشک، مبنای مداخلات آموزشی خود برای توانمند کردن پزشکان خانواده قرار دهد.</p>

توضیحات	اقدام	شماره
<p>فرم ارجاع باید از بخش‌های زیر تشکیل شده باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● خلاصه‌ی شرح حال بیمار ● دلیل ارجاع: دلیل ارجاع می‌تواند درخواست راهنمایی در مورد نحوه‌ی ارزیابی یا درمان بیمار باشد یا اینکه بیمار برای ادامه‌ی بررسی و درمان به پزشک متخصص ارجاع شود. این موارد باید به وضوح در فرم ارجاع مشخص و سؤالات پزشک خانواده از متخصص کاملاً شفاف باشد. ● فوریت مراجعه به متخصص: فوریت را می‌توان با انتخاب یکی از گزینه‌های زیر مشخص کرد. <p>○ ارجاع فوری: بیمار باید بلافاصله توسط متخصص ویزیت شود. در این صورت بیمار باید از مطب پزشک خانواده مستقیماً به محل استقرار متخصص برود. اگر متخصص مورد نظر در دسترس نباشد، بیمار باید به بیمارستان ارجاع شود.</p> <p>○ مراجعه در اولین فرصت: در این صورت منشی پزشک خانواده باید برای اولین فرصت از متخصص برای ویزیت بیمار وقت بگیرد. در چنین مواردی بیمار باید حد اکثر ظرف سه روز توسط متخصص ویزیت شود.</p> <p>○ ارجاع غیر فوری: در این صورت برای بیمار از متخصص وقت عادی گرفته می‌شود.</p> <p>○ تخصص متخصصی که بیمار باید به او ارجاع شود. این تخصص از یک لیست انتخاب می‌شود. یک گزینه‌ی سایر هم باید پیش‌بینی شود که در موارد خاص، پزشک خانواده با انتخاب آن بتواند تخصصی را که در لیست وجود ندارد مشخص کند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● نام پزشک طرف ارجاع: در مواردی که متخصص عضو تیم و محدود به یک نفر است، به صورت خودکار نام متخصص مشخص می‌شود. در صورتی که بیش از یک نفر با تخصص مورد نظر عضو تیم باشد، پزشک با نظر بیمار یکی از آنان را انتخاب می‌کند. اگر بیمار نظر خاصی نداشته باشد، پزشک خانواده می‌تواند خود نسبت به انتخاب متخصص تصمیم بگیرد. اگر متخصص عضو تیم نباشد ولی طرف قرارداد باشد، پزشک خانواده می‌تواند لیست آنان را مشاهده کند و با توجه به نظر بیمار، در صورتی که بیمار نظر خاصی داشته باشد، یک نفر را انتخاب کند. اگر متخصص طرف قراردادی در تخصص مورد نظر وجود نداشته باشد، موضوع از طریق سامانه نزد کارشناس ارجاع فرستاده می‌شود. کارشناس ارجاع باید نسبت به تعیین متخصص مورد درخواست اقدام و مشخصات او را برای منشی پزشک خانواده، در پاسخ به پیامی که دریافت کرده است، وارد کند. اگر پزشک خانواده نام پزشک پذیرنده عضو تیم را در فرم ارجاع مشخص کرده باشد، فرم ارجاع بلافاصله پس از تکمیل، از طریق سامانه برای او ارسال می‌شود و در کارتابل او قرار می‌گیرد. متخصص می‌تواند به پرونده‌ی پزشکی بیمار نیز دسترسی داشته باشد. ● اگر بیمار بخواهد که به پزشک مورد نظر خود مراجعه کند، باید تاریخ تقریبی مراجعه‌ی او در سامانه وارد شود تا بر اساس آن اقدامی در کارتابل منشی قرار داده شود تا از مراجعه‌ی او به پزشک متخصص اطمینان حاصل کند. 	<p>تکمیل فرم ارجاع به متخصص</p>	<p>۶۷</p>
<p>هدف از مشورت غیر فوری اتخاذ رویکرد مناسب‌تر برای درمان بیمار است. این مشورت ضرورتاً باید با متخصصان همکار برنامه (داخلی، اطفال، زنان و روان‌پزشکی) امکان‌پذیر باشد. سایر متخصصان اگر آمادگی خود را برای این مشورت اعلام کنند، با آنان نیز می‌توان اقدام به مشورت غیر فوری کرد. در این صورت پزشک خانواده پس از ویزیت بیمار، در سامانه تقاضای مشورت غیر فوری را انتخاب می‌کند. در نتیجه‌ی انتخاب این گزینه او باید فرمی را که بدین منظور تهیه شده است تکمیل کند.</p>	<p>آیا مشورت غیر فوری با متخصص ضرورت دارد؟</p>	<p>۶۸</p>

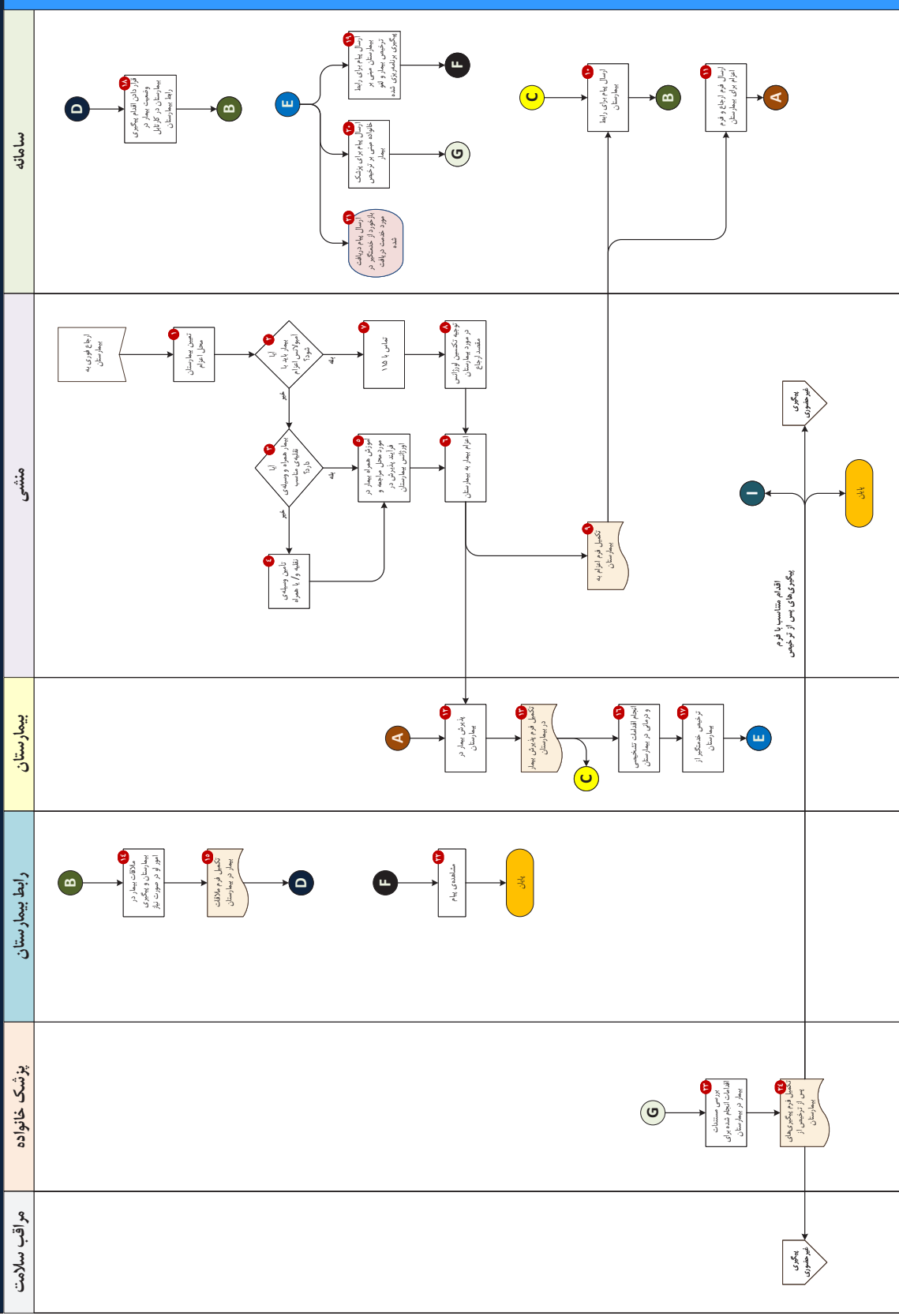
شماره	اقدام	توضیحات
۶۹	تکمیل فرم مشورت غیر فوری با متخصص	<p>فرم مشورت غیر حضوری شبیه فرم ارجاع است؛ با این تفاوت که در آن فوریت مشخص نشده است. این فرم از بخش‌های زیر تشکیل می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● خلاصه‌ی شرح حال بیمار ● دلیل مشورت ● نوع پاسخ مورد نظر: پزشک می‌تواند از متخصص بخواهد که پاسخ او را در قالب متن یا صوت ارائه کند؛ یا اینکه متقاضی یک تماس تلفنی یا جلسه‌ی مجازی باشد. <p>فرم مشورت غیر فوری بلافاصله پس از تکمیل، از طریق سامانه برای متخصص ارسال می‌شود و در کار تابل او قرار می‌گیرد. متخصص می‌تواند به پرونده‌ی پزشکی بیمار نیز دسترسی داشته باشد. متخصص می‌تواند قبل از ارائه‌ی پاسخ به پزشک خانواده، در صورت نیاز، از او اطلاعات تکمیلی درخواست کند.</p>
۷۰	آیا ارجاع به سایر خدمتگران ضرورت دارد؟	<p>مقصود از سایر خدمتگران هر فرد دیگری است که ممکن است خدمتگیر به خدمات او نیازمند باشد. نیاز بیمار به این خدمات ممکن است پس از ارجاع به متخصص یا مشورت با او مشخص شده باشد. این افراد عبارتند از: دستیار پزشک، روان‌شناس، کارشناس تغذیه، مددکار اجتماعی، کارشناس توانبخشی (کاردرمانگر، گفتار درمانگر، فیزیوتراپیست)، ورزش‌درمانگر و</p> <p>هدف از ارجاع خدمتگیر به این افراد دریافت خدمت است. لذا در فرم ارجاع، خدمت مورد درخواست باید به وضوح ذکر شود.</p> <p>گایدلاین‌ها مرجع اصلی تعیین نیاز بیمار به این خدمات هستند.</p>
۷۱	تکمیل فرم ارجاع به سایر خدمتگران	<p>این فرم از بخش‌های زیر تشکیل می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● خلاصه‌ی شرح حال بیمار ● خدمت مورد درخواست
۷۲	آیا خدمتگیر به بررسی‌های پاراکلینیک نیاز دارد؟	<p>نیاز خدمتگیر به بررسی‌های پاراکلینیک بر مبنای راهنماهای ارائه‌ی خدمت مشخص می‌شود. در صورتی که چنین راهنمایی در اختیار نباشد، قضاوت پزشک مبنای تعیین نیاز بیمار به این بررسی‌ها خواهد بود.</p>
۷۳	تکمیل فرم درخواست بررسی‌های پاراکلینیک	<p>در فرم درخواست بررسی‌های پاراکلینیک، علاوه بر بررسی‌های مورد درخواست، باید خلاصه‌ی شرح حال بیمار نیز ذکر شود. با توجه به آنکه ممکن است به صورت مکرر به خلاصه‌ی شرح حال بیمار نیاز باشد، پزشک می‌تواند یک خلاصه‌ی شرح حال از بیمار تهیه و در صورت نیاز از آن استفاده کند. این خلاصه را می‌توان در سامانه ذخیره و پس از هر ویزیت یا بررسی غیر حضوری بیمار، آن را به روز کرد. می‌توان در شرایطی که ممکن است خلاصه‌ی شرح حال بیمار نیازمند به روز رسانی باشد، از طریق سامانه به پزشک پیام داد. برای مثال هنگام تکمیل این فرم یا سایر فرم‌هایی که نیاز به خلاصه‌ی شرح حال دارد، خلاصه‌ی شرح حال، به صورت خودکار به فرم افزوده شود و قبل از آن از پزشک پرسیده شود که آیا نیازی به روزآمد کردن آن وجود دارد یا خیر. ترجیح آن است که فرم تکمیل شده از طریق سامانه برای آزمایشگاه یا مرکز تصویر برداری ارسال شود. لذا ضروری است که قبلاً با این مراکز قرارداد همکاری منعقد شده باشد. با توجه به جاری شدن نسخه‌ی الکترونیک، باید داده‌های ثبت شده در سامانه‌ی پزشکی خانواده به سامانه‌ی نسخه‌ی الکترونیک منتقل شود تا بیمار بتواند با مراجعه به مؤسسات طرف قرارداد بیمه، خدمت مورد نیاز خود را دریافت کند.</p>
۷۴	آیا خدمتگیر نیاز به دارو دارد؟	<p>در صورت وجود گایدلاین، نیاز بیمار به دارو بر اساس آن مشخص می‌شود. در غیر این صورت به قضاوت پزشک خانواده بستگی دارد.</p>

شماره	اقدام	توضیحات
۷۵	تکمیل فرم نسخه‌ی دارویی	در اینجا نیز باید خلاصه‌ی شرح حال بیمار وارد شود. باید بین سامانه‌ی پزشکی خانواده و سامانه‌های نسخه‌ی الکترونیک ارتباط برقرار باشد تا نسخه به صورت خودکار به آن منتقل شود.
۷۶	تکمیل فرم پیگیری‌های غیر حضوری بین دو ویزیت	<p>موارد زیر را برای پیگیری‌های غیر حضوری بین دو ویزیت می‌توان ذکر کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مصرف منظم دارو • عوارض دارویی • پاسخ به درمان • رعایت توصیه‌های غیر دارویی نظیر فعالیت فیزیکی، رعایت رژیم غذایی و ... • یاد آوری تاریخ ویزیت بعد • سایر موارد متناسب با شرایط بیمار <p>پزشک می‌تواند خودش نسبت به انجام این پیگیری‌ها اقدام کند یا از منشی یا دستیار بخواهد که نسبت به آنها اقدام کنند. اگر در هر پیگیری نکته‌ی خاصی باید مورد توجه قرار گیرد، پزشک باید آن را در این فرم وارد کند. بنا بر این در فرم پیگیری هم باید امکان انتخاب یکی از گزینه‌های فوق وجود داشته باشد و هم اینکه بتوان به هر تعداد، سایر موارد نیازمند پیگیری را تعریف کرد. در هر مورد، فرد انجام دهنده، تاریخ پیگیری و نکاتی که باید در هنگام پیگیری مورد توجه قرار گیرد ذکر می‌شود. سامانه هر یک از این موارد را در تاریخ مقرر در لیست اقدامات فرد مربوطه قرار می‌دهد.</p>
۷۷	آموزش خدمتگیر	پس از بررسی خدمتگیر و تعیین اقداماتی که باید برای او انجام شود، پزشک باید با حوصله و صرف وقت در مورد همه‌ی آنها به بیمار آموزش دهد و او را توجیه کند. پزشک می‌تواند از بیمار بخواهد که در اتاق انتظار منتظر بماند تا او فرم‌های مربوطه را تکمیل کند و پس از آن بیمار را به اتاق خود دعوت و به او آموزش‌های مورد نیاز را ارائه کند. پزشک در پایان آموزش‌ها باید به وضوح از بیمار سؤال کند که آیا هنوز سؤال یا ابهامی برای او باقی مانده است.
۷۸	هدایت خدمتگیر به منشی	
۷۹	آیا خدمتگیر باید توسط مراقب سلامت ویزیت شود؟	وظیفه‌ی آموزش بیمار در موضوعات خاص (نظیر روش تزریق انسولین یا تمرین‌های تقویت عضلات چهارسر ران) بر عهده‌ی مراقب سلامت گذاشته می‌شود. در این صورت پزشک بیمار را برای دریافت خدمت مربوطه نزد مراقب سلامت می‌فرستد.
۸۰	تعیین نوبت مراجعه‌ی خدمتگیر به دستیار	در این مورد همان نکاتی که در توضیح اقدام ۵۷ ذکر شد باید رعایت شود.
۸۱	انجام اقدامات مورد نیاز با توجه به نتایج ویزیت	<p>پزشک ممکن است یکی از موارد زیر را به عنوان اقدام بعد برای بیمار مشخص کرده باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع فوری به بیمارستان • ارجاع به سایر خدمتگران • پیگیری غیر حضوری <p>اقداماتی که در این موارد باید توسط منشی انجام شود، در قالب فلوجارت‌های دیگری نمایش داده شده‌اند.</p>
۸۲	ارسال پیام دریافت بازخورد از خدمتگیر در مورد خدمت دریافت شده	پس از اتمام ویزیت، از طریق سامانه پیامی به منظور دریافت بازخورد از خدمتگیر در مورد خدمت دریافت شده برای او ارسال می‌شود. پاسخ به این پیام اختیاری است.

شماره	اقدام	توضیحات
۸۳	ارزیابی تلفنی بیمار	<p>ارزیابی تلفنی هنگامی انجام می‌شود که بیمار با پزشک خانواده یا پزشک مرکز پشتیبان تماس گرفته است. پی‌آمدهای ارزیابی تلفنی یکی از گزینه‌های زیر خواهد بود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشکلی نیست و اقدام خاصی ضرورت ندارد. • توصیه‌ی تلفنی به بیمار و پیگیری تلفنی به دنبال آن • توصیه به بیمار برای مراجعه‌ی حضوری در حال حاضر (اگر با پزشک خانواده در خارج از زمان فعالیت مطب تماس گرفته شده است، بیمار باید به مرکز پشتیبان مراجعه کند). • توصیه به بیمار مبنی بر مراجعه به پزشک خود در زمان فعالیت مطب (هم پزشک مرکز پشتیبان و هم پزشک خود بیمار می‌توانند چنین توصیه‌ای به بیمار بکنند) • مراجعه‌ی فوری به بیمارستان • تماس با ۱۱۵ برای اعزام با آمبولانس <p>اگر بیمار باید به بیمارستان اعزام شود و در شرایطی نیست که خود بتواند نسبت به چنین کاری اقدام کند، در زمان فعالیت مطب، منشی پزشک، و در سایر اوقات، مرکز پشتیبان باید اقدامات مورد نیاز را برای انتقال بیمار به بیمارستان انجام دهد.</p>
۸۴	تکمیل فرم ارزیابی تلفنی	فرم ارزیابی تلفنی مشابه فرم ثبت داده‌های ویزیت است؛ با این تفاوت که معاینه بالینی در ارزیابی تلفنی امکان‌پذیر نیست.
۸۵	ارسال پیامک برای خدمتگیر بلافاصله پس از تعیین وقت ویزیت پزشک خانواده	
۸۶	ارسال پیامک یادآوری ۲۴ ساعت قبل از وقت تعیین شده	
۸۷	مشاهده‌ی پیام	
۸۸	آیا امکان مراجعه در زمان تعیین شده وجود دارد؟	
۸۹	آیا تغییر زمان ویزیت ضروری است؟	

پیوست شماره ۲
فرآیند ارجاع فوری به بیمارستان

ارجاع فوری بیمار به بیمارستان



توضیحات فرآیند ارجاع فوری به بیمارستان

شماره	اقدام	توضیحات
۱	تعیین بیمارستان محل اعزام	برنامه پزشکی خانواده باید حد اقل یک بیمارستان عمومی طرف قرارداد داشته باشد. همه موارد اورژانس باید به این بیمارستان اعزام شوند. با توجه به آنکه ممکن است در برخی مواقع، تکنسین اورژانس برای بردن بیمار به یک بیمارستان خاص با محدودیت‌هایی مواجه باشد، باید هماهنگی‌های لازم از قبل با اورژانس به عمل آمده باشد. اگر شرایط بیمار، اعزام او را به بیمارستان دیگری ایجاب کند، می‌توان با کمک کارشناس ارجاع یا کارشناسان اورژانس ۱۱۵ نسبت تعیین بیمارستان محل اعزام اقدام کرد. برقراری ارتباط و هماهنگی‌های لازم در این زمینه بر عهده منشی پزشک خانواده است.
۲	آیا بیمار باید با آمبولانس اعزام شود؟	در فرم ارجاع فوری به بیمارستان، پزشک خانواده مشخص کرده است که آیا بیمار ضرورتاً باید با آمبولانس اعزام شود یا می‌توان با انواع دیگری از وسیله نقلیه نیز نسبت به این امر اقدام کرد.
۳	آیا بیمار همراه و وسیله نقلیه مناسب دارد؟	همراه مناسب فردی است که بتوان او را در مورد بیمارستان محل مراجعه، فرآیند پذیرش بیمار در اورژانس بیمارستان و جلب کمک و حمایت رابط بیمارستان توجیه کرد. اگر ضرورتی برای اعزام بیمار به بیمارستان با استفاده از آمبولانس وجود ندارد و همراه بیمار هم می‌تواند مراحل بستری بیمار را در بیمارستان به خوبی مدیریت کند، می‌توان بیمار را با استفاده از وسیله نقلیه شخصی به بیمارستان اعزام کرد.
۴۵	تأمین وسیله نقلیه و/یا همراه	پزشک خانواده و مرکز پشتیبان از قبل باید گزینه‌های مختلف تأمین وسیله نقلیه و همراه را پیش‌بینی کرده باشند، تا در زمان ارجاع فوری بیمار به بیمارستان با مشکلی مواجه نشوند. آموزش یکی از پرسنل مرکز پشتیبان که در صورت نیاز بتواند نقش همراه بیمار را ایفا کند، به کارگیری نیروهای داوطلب و آموزش آنان برای همراهی بیمار یا تأمین وسیله نقلیه، برقراری ارتباط با تاکسی سرویس‌های منطقه یا آمادگی استفاده از تاکسی‌های اینترنتی گزینه‌هایی است که می‌توان به این منظور مورد توجه قرار داد.
۵	آموزش همراه بیمار در مورد محل مراجعه و فرآیند پذیرش اورژانس بیمارستان	در هنگام عقد قرارداد با بیمارستان، فرآیند پذیرش بیمار در اورژانس بیمارستان باید مستند شده باشد و در هنگام اعزام بیمار به بیمارستان، در اختیار همراه او قرار گیرد. آشنایی با این فرآیند منجر به ایجاد آرامش در بیمار و همراه او می‌شود.
۶	اعزام بیمار به بیمارستان	
۷	تماس با ۱۱۵	
۸	توجیه تکنسین اورژانس در مورد مقصد ارجاع	اگر بیمار باید به بیمارستان طرف قرارداد اعزام شود، تکنسین اورژانس باید نسبت به این موضوع کاملاً توجیه شود. در توضیح اقدام شماره ۱ در این مورد توضیح داده شده است.

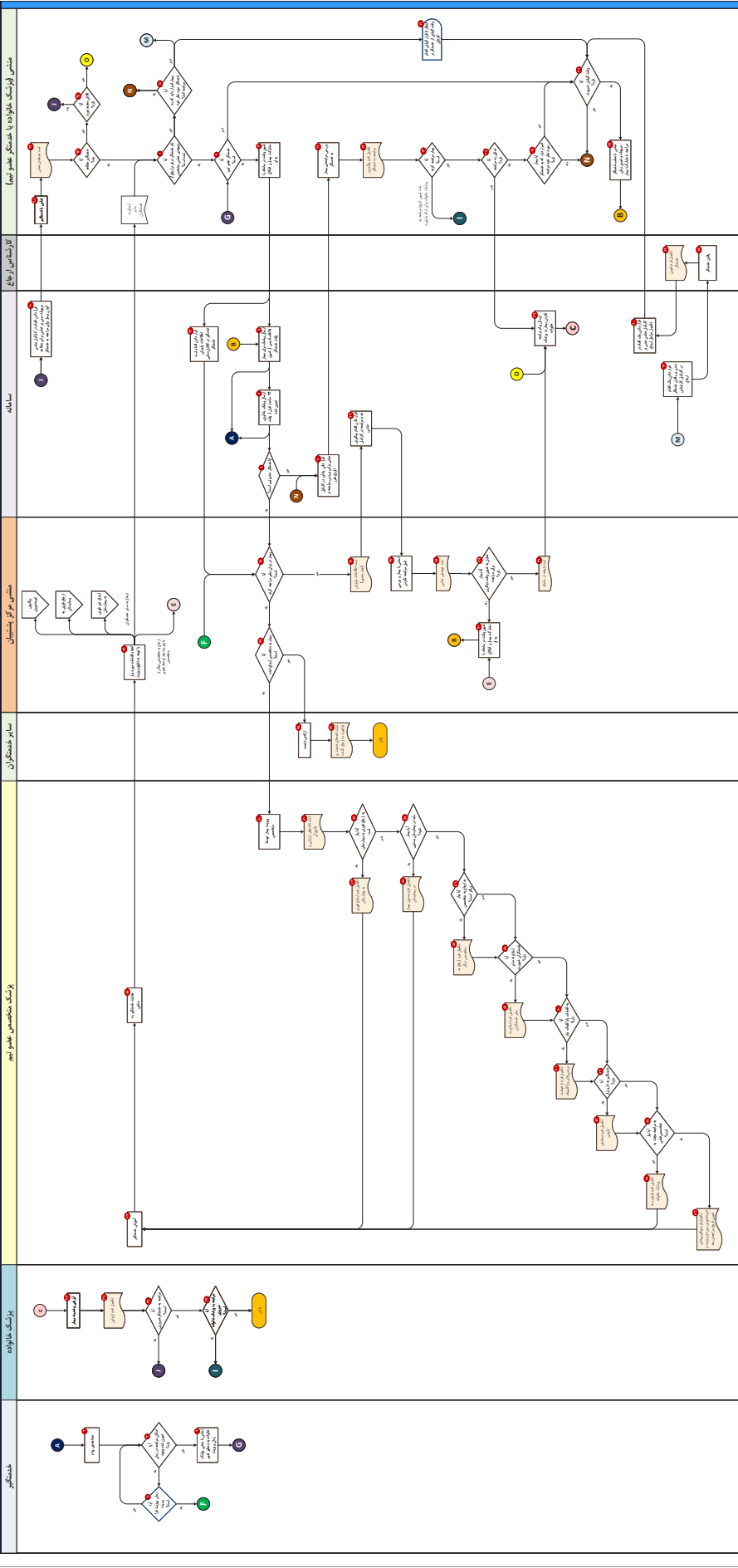
شماره	اقدام	توضیحات
۹	تکمیل فرم اعزام به بیمارستان	<p>هدف از تکمیل این فرم، ثبت اطلاعات مربوط به اعزام بیمار به بیمارستان است. در این فرم اطلاعات زیر وارد می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • روش اعزام: آمبولانس ۱۱۵، وسیله نقلیه خود بیمار، وسیله نقلیه‌ای که توسط پزشک خانواده یا مرکز پشتیبان تأمین شده است. • نام فرد همراه و نسبت او با بیمار: همسر، فرزند، خواهر یا برادر، پدر یا مادر، سایر اقوام، غیر خویشاوند • شماره‌ی تماس فرد همراه • ساعت اعزام • بیمارستان مقصد
۱۰	ارسال پیام برای رابط بیمارستان	رابط بیمارستان از پرسنل سیستم پزشکی خانواده است و مسؤولیت پیگیری امور بیماران بستری شده را بر عهده دارد.
۱۱	ارسال فرم ارجاع و فرم اعزام برای بیمارستان	فرم ارجاع و فرم اعزام، هر دو، به صورت الکترونیک برای بیمارستان مقصد، در صورتی که این بیمارستان طرف قرارداد باشد، به صورت الکترونیک ارسال می‌شود. در سایر موارد پرینت فرم ارجاع و فرم اعزام از طریق همراه بیمار یا تکنسین اورژانس برای بیمارستان فرستاده می‌شود.
۱۲	پذیرش بیمار در بیمارستان	
۱۳	تکمیل فرم پذیرش بیمار در بیمارستان	بیمارستان طرف قرارداد به سامانه‌ی پزشک خانواده دسترسی دارد و پس از پذیرش بیمار، باید نسبت به تکمیل فرم پذیرش اقدام کند. تکمیل فرم به معنای آن است که بیمار در بیمارستان پذیرش شده است. علائم حیاتی، سطح هوشیاری، نام پزشک پذیرش کننده و ساعت پذیرش مهم‌ترین اطلاعات این فرم را تشکیل می‌دهند.
۱۴	ویزیت بیمار در بیمارستان و پیگیری امور او در صورت نیاز	رابط بیمارستان باید حد اقل یک نوبت بیمار را در بیمارستان ویزیت و از مناسب بودن روند درمان او اطمینان حاصل کند. نتیجه‌ی این بررسی در فرم ویزیت بیمار در بیمارستان وارد می‌شود. او همچنین باید در مورد نگرانی‌های بیمار در خارج از بیمارستان، نظیر رسیدگی به وضعیت فرزندان یا سایر افراد تحت سرپرستی او، رسیدگی به گیاهان و حیوانات خانگی، پرداخت اقساط وام‌ها یا اجاره‌ی خانه و مواردی از این قبیل سؤال کند.

شماره	اقدام	توضیحات
۱۵	تکمیل فرم ویزیت بیمار در بیمارستان	<p>در این فرم باید رضایت بیمار، در زمینه‌های زیر، از اقدامات انجام گرفته در بیمارستان مورد ارزیابی قرار گیرد. سایر نگرانی‌های بیمار نیز در این فرم ثبت می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> رسیدگی سریع (سرعت پذیرش و تعیین تکلیف بیمار، وجود سیستم احضار پرستار و سرعت عمل در صورت احضار پرستار) برقراری ارتباط با کادر درمان (امکان پرسیدن سؤال و کیفیت پاسخ دریافت شده) کیفیت محیط (نظافت، سرما و گرما، آرامش، تسهیلات مورد نیاز نظیر آب جوش و ...) کیفیت غذا سیر بهبودی رعایت شأن و احترام برخورداری از همراه توجه به شرایط روانی و اجتماعی بیمار نگرانی‌های بیمار
۱۶	انجام اقدامات تشخیصی و درمانی در بیمارستان	
۱۷	ترخیص خدمتگیر از بیمارستان	
۱۸	قرار دادن اقدام پیگیری وضعیت بیمار در کارتابل رابط بیمارستان	<p>پس از هر نوبت ویزیت بیمار در بیمارستان، رابط بیمارستان باید تاریخی را برای ویزیت یا تماس بعد مشخص کند. سامانه در تاریخ ذکر شده اقدامی را در کارتابل رابط بیمارستان، برای ویزیت بیمار یا تماس با او قرار می‌دهد.</p>
۱۹	ارسال پیام برای رابط بیمارستان مبنی بر ترخیص بیمار و لغو پیگیری برنامه‌ریزی شده	<p>هنگامی که بیمار از بیمارستان ترخیص می‌شود، سامانه پیامی برای رابط بیمارستان مبنی بر اینکه بیمار مرخص شده است، ارسال می‌کند. در قالب این پیام به رابط بیمارستان اطلاع داده شود که پیگیری برنامه‌ریزی شده در تاریخ لغو شده است. هنگامی که سامانه قرار است بر مبنای ویزیت یا تماس پیش‌بینی شده، اقدامی را در کارتابل رابط بیمارستان قرار دهد، ابتدا از ترخیص نشدن بیمار اطمینان حاصل می‌کند و پس از آن اقدام را در کارتابل رابط بیمارستان قرار می‌دهد.</p>
۲۰	ارسال پیام برای پزشک خانواده مبنی بر ترخیص بیمار	
۲۱	ارسال پیام دریافت بازخورد از خدمتگیر در مورد خدمت دریافت شده	<p>پس از ترخیص بیمار از بیمارستان، پیامی برای دریافت بازخورد از او در مورد خدمت دریافت شده ارسال می‌شود. پاسخ به این پیام اختیاری است.</p>
۲۲	مشاهده‌ی پیام	
۲۳	بررسی مستندات اقدامات انجام شده برای بیمار در بیمارستان	<p>اگر بیمار در بیمارستان فوت نکرده باشد، پزشک خانواده باید با توجه به اقدامات انجام شده برای بیمار در بیمارستان و شرایط او در هنگام ترخیص و توصیه‌های پزشک معالج، برنامه‌ای را برای مراقبت پس از ترخیص بیمار تهیه کند.</p>

توضیحات	اقدام	شماره
<p>در قالب این فرم پزشک خانواده باید مشخص کند که پس از ترخیص از بیمارستان چه اقداماتی باید برای بیمار انجام شود. این اقدامات را در سه گروه می‌توان طبقه‌بندی کرد:</p> <p>باید به بیمار برای ویزیت پزشک خانواده یا مراقب سلامت وقت داده شود.</p> <p>باید پیگیری‌هایی از سوی خود پزشک خانواده، مراقب سلامت یا منشی انجام شود. برای مثال ممکن است پزشک مسؤول بیمار در بیمارستان از بیمار خواسته است که پس از یک ماه مجدداً به بیمارستان مراجعه کند. در این صورت منشی باید پیگیری کند که حتماً این مراجعه انجام شود.</p> <p>نیاز به اقدام خاصی نیست و مشکل بیمار کاملاً در بیمارستان برطرف شده است. در این صورت بستری بیمار در بیمارستان اقدام خاصی را از سوی پزشک خانواده ایجاد نمی‌کند.</p>	<p>تکمیل فرم پیگیری‌های پس از ترخیص از بیمارستان</p>	<p>۲۴</p>

پیوست شماره ۳
فرآیند ارجاع به سایر خدمتگاران

ارجاع به سایر خدمتگاران



خدمتگر

پوشک خانواده

پوشک متخصصین خدمتگاران

سایر خدمتگاران

مدیر مرکز پشتیبان

سازمانده

کارشناسان ارجاع

مدیر ارتباط با مشتری یا خدمتگاران

توضیحات فرآیند ارجاع به سایر خدمتگران

شماره	اقدام	توضیحات
۱	آیا نام خدمتگر در فرم ارجاع مشخص شده است؟	در صورتیکه پزشک متخصص عضو تیم یا طرف قرارداد باشد، نام او توسط پزشک خانواده در فرم ارجاع مشخص شده است. در غیر این صورت موضوع از طریق سامانه برای کارشناس ارجاع ارسال شده است تا او نسبت به تعیین پزشکی که بیمار باید به او ارجاع شود، اقدام کند.
۲	آیا خدمتگر عضو تیم است؟	منظور از خدمتگر عضو تیم، چهار تخصص اصلی داخلی، اطفال، زنان و روان‌پزشکی است که با پزشکان خانواده همکاری نزدیک دارند. این افراد علاوه بر ویزیت بیماران ارجاع شده، در آموزش و ارزیابی عملکرد پزشکان خانواده نیز مشارکت دارند و عملکرد پزشکان خانواده، یکی از عوامل ارزیابی عملکرد آنان را تشکیل می‌دهد. افزون بر این چهار تخصص کارشناسان روان‌شناسی، تغذیه و مددکاری اجتماعی که در مرکز پشتیبان حضور دارند نیز عضو تیم محسوب می‌شوند.
۳	تعیین وقت در سامانه با مشارکت بیمار و اطلاع به او	خدمتگران عضو تیم، در روزها و ساعات مشخصی در مرکز پشتیبان حضور دارند و بیماران ارجاع شده را ویزیت می‌کنند. بنا بر این با توجه به برنامه‌ی حضور آنان، منشی پزشک خانواده می‌تواند برای بیمار با توجه به ترجیحات و محدودیت‌های او، به صورت الکترونیک، وقت بگیرد.
۴	ارسال پیامک برای بیمار بلافاصله پس از تعیین وقت متخصص	پس از مشخص شدن زمان ویزیت بیمار، یک پیامک از طریق سامانه برای بیمار ارسال می‌شود. در این پیام تاریخ و ساعت ویزیت به بیمار اطلاع داده می‌شود. همچنین در این پیامک به بیمار تذکر داده می‌شود که در صورتیکه به هر دلیل در تاریخ و ساعت مشخص شده نتواند به پزشک متخصص مراجعه کند، باید به منظور تغییر زمان مراجعه به خدمتگر، با منشی پزشک خانواده تماس بگیرد. متن پیامک به شرح زیر است: سرکار خانم/جناب آقای سرپرست محترم (نام کودک یا سالمند تحت سرپرستی) در روز مورخ نزد خانم/آقای برای شما وقت ویزیت مشخص شده است. ۲۴ ساعت قبل از زمان ویزیت یک پیامک یادآوری نیز برای شما ارسال خواهد شد. در صورتیکه به هر دلیل نتوانید در زمان مقرر برای ویزیت مراجعه کنید، برای تغییر وقت با منشی پزشک خانواده‌ی خود تماس بگیرید.
۵	ارسال پیامک یادآوری ۲۴ ساعت قبل از وقت تعیین شده	در روز قبل از وقت تعیین شده برای بیمار، پیامک مجددی، به منظور یادآوری برای او ارسال می‌شود.
۶	مشاهده‌ی پیام	مقصود مشاهده‌ی پیام اطلاع رسانی تاریخ و ساعت ویزیت توسط خدمتگر است.
۷	آیا امکان مراجعه در زمان تعیین شده وجود دارد؟	پیوسته این احتمال وجود دارد که خدمتگیر نتواند در زمانی که برای ویزیت او مشخص شده است، مراجعه کند. در این صورت این امکان باید وجود داشته باشد که پس از مشاهده‌ی پیامک، اعلام کند که در زمان مشخص شده امکان حضور ندارد و باید زمان دیگری به این منظور تعیین شود.

شماره	اقدام	توضیحات
۸	آیا زمان ویزیت فرا رسیده است؟	این سؤال از آن جهت در نمودار لحاظ شده است که اگر خدمتگیر نتواند در زمان مقرر به متخصص مراجعه کند، امکان تغییر تاریخ ویزیت وجود داشته باشد.
۹	تماس با منشی پزشک خانواده به منظور تغییر زمان ویزیت	
۱۰	قرار دادن یادآور در کارتابل منشی برای بررسی مراجعه در تاریخ مقرر	اگر بیمار به متخصص عضو تیم ارجاع نشده باشد، از طریق سامانه نمی‌توان از مراجعه‌ی او به پزشک مورد نظر اطلاع یافت. بنا بر این باید یک یادآور در کارتابل منشی قرار داده شود که در تاریخی که برای ویزیت مقرر شده است، به نحوی از مراجعه کردن یا نکردن بیمار به متخصص کسب اطلاع کند. اگر قرار است که بیمار به متخصص مورد نظر خود مراجعه کند، تاریخ تقریبی مراجعه‌ی او در فرم ارجاع به متخصص مشخص شده است و بر اساس همین تاریخ یادآور در کارتابل منشی پزشک خانواده قرار داده می‌شود.
۱۱	بررسی مراجعه‌ی بیمار به پزشک متخصص	منشی از طریق تماس با خود بیمار یا مطب پزشکی که بیمار به او ارجاع شده است، می‌تواند در این مورد کسب اطلاع کند.
۱۲	تکمیل فرم پیگیری مراجعه به خدمتگر	در قالب این فرم موارد زیر مشخص می‌شود: <ul style="list-style-type: none"> • مراجعه کردن یا مراجعه نکردن بیمار • در صورتی که بیمار مراجعه نکرده است، باید مشخص شود که آیا تمایل به مراجعه دارد یا خیر. در صورتیکه بیمار تمایل به مراجعه داشته باشد، باید مجدداً برای او وقت گرفته شود. • دلیل تمایل نداشتن بیمار برای مراجعه به متخصص
۱۳	آیا بیمار مراجعه کرده است؟	
۱۴	آیا تمایل به مراجعه دارد؟	
۱۵	آیا بیمار اصرار دارد که به خدمتگر مورد نظر خود مراجعه کند؟	منظور از خدمتگر مورد نظر خود بیمار، فردی است که مورد تأیید برنامه‌ی پزشکی خانواده نیست و علیرغم توصیه پزشک خانواده، بیمار برای دریافت خدمت از او مصرّ است. در صورت مراجعه به این فرد پرداخت همه هزینه‌ها بر عهده بیمار خواهد بود.
۱۶	انتظار تا قرار گرفتن اقدام وقت گرفتن از متخصص در کارتابل	پس از آنکه کارشناس ارجاع متخصص مناسب را برای مراجعه‌ی بیمار شناسایی می‌کند و مشخصات او را در فرم مربوطه در سامانه وارد می‌کند، یک اقدام در کارتابل منشی پزشک متخصص قرار می‌گیرد تا از طریق تماس با مطب متخصص برای بیمار وقت بگیرد. لذا منشی باید تا قرار گرفتن این اقدام در کارتابل منتظر بماند.
۱۷	قرار دادن یک اقدام مبنی یافتن خدمتگر متخصص در کارتابل کارشناس ارجاع	پس از آنکه مشخص شد که متخصص مورد نظر در لیست متخصصان عضو تیم یا طرف قرارداد یافت نمی‌شود، سامانه یک اقدام در کارتابل کارشناس ارجاع قرار می‌دهد تا او نسبت به یافتن متخصص مناسب اقدام کند.

شماره	اقدام	توضیحات
۱۸	یافتن خدمتگر	با توجه به آنکه باید رویه‌ی واحدی برای ارجاع از سوی همه‌ی پزشکان خانواده رعایت شود و خدمتگرانی که طرف ارجاع قرار می‌گیرند، بر مبنای معیارهای مشخص شده از سوی سیاست‌گذاران پزشکی خانواده انتخاب شوند، تعیین خدمتگران غیر طرف قرارداد به کارشناس ارجاع سپرده شده است. این فرد مکلف است با توجه به بانک اطلاعاتی متخصصان، که به تدریج تشکیل داده است، یا از طریق کسب تکلیف از مدیریت برنامه، تحت هر شرایطی خدمتگر مناسب را برای ارجاع بیمار شناسایی و به منشی پزشک خانواده معرفی کند.
۱۹	تکمیل فرم تعیین خدمتگر	در این فرم امکان وارد کردن نام و مشخصات چند خدمتگر وجود دارد، تا در صورت پیدا شدن چند متخصص، بیمار از حق انتخاب برخوردار باشد. در مورد هر خدمتگر باید اطلاعات زیر در فرم وارد شود: <ul style="list-style-type: none"> • نام و نام خانوادگی • عنوان دقیق تخصص • آدرس مطب یا دفتر کار • شماره‌ی تماس
۲۰	قرار دادن یک اقدام در کارتابل منشی مبنی بر تکمیل مراحل ارجاع	
۲۱	آیا وقت گرفتن ضرورت دارد؟	با توجه به این که این نمودار برای تمام انواع ارجاع به سایر خدمتگران، اعم از کلینیک و پاراکلینیک، به کار گرفته می‌شود، و ممکن است برای مراجعه به برخی از خدمتگران نیازی به وقت گرفتن نباشد، ابتدا سؤال شده است که آیا وقت گرفتن ضرورت دارد یا نه و در صورت ضرورت داشتن، تماس با خدمتگر برای تعیین وقت در اقدام بعد ذکر شده است. اگر وقت گرفتن ضرورت نداشته باشد، صرفاً باید با توجه به تاریخ تقریبی مراجعه‌ی خدمتگیر یک اقدام در کارتابل منشی قرار داده شود تا از مراجعه‌ی خدمتگیر و دریافت خدمت مربوطه اطمینان حاصل شود.
۲۲	تماس با مطب خدمتگر مربوطه و تعیین زمان مراجعه با مشارکت خدمتگیر	وظیفه وقت گرفتن از خدمتگران طرف قرارداد یا مورد تأیید بر عهده منشی پزشک خانواده است. انجام این امور توسط منشی سبب می‌شود که خدمتگیر تمایل بیشتری برای حرکت در مسیری که برنامه پزشکی خانواده برای او ترسیم می‌کند، داشته باشد.
۲۳	قرار دادن اقدام ثبت اطلاعات پذیرش خدمتگیر در کارتابل منشی خدمتگر	هنگامی که به بیمار برای مراجعه در یک تاریخ مشخص وقت داده می‌شود، در تاریخ مقرر برای مراجعه، یک اقدام تحت عنوان ثبت اطلاعات پذیرش در کارتابل منشی قرار داده می‌شود. مراجعه کردن یا نکردن خدمتگیر، حد اقل داده‌ای است که در این فرم ثبت می‌شود.
۲۴	آیا بیمار در زمان مقرر مراجعه کرده است؟	
۲۵	ثبت اطلاعات پذیرش (عدم حضور)	منشی خدمتگر باید اطلاعات پذیرش بیمار را ثبت کند. این فرم حد اقل دو گزینه‌ی «مراجعه کرده است» و «مراجعه نکرده است» دارد.

شماره	اقدام	توضیحات
۲۶	قرار دادن اقدام پیگیری عدم مراجعه در کارتابل منشی	پس از آنکه در فرم ثبت اطلاعات پذیرش گزینه‌ی مراجعه نکرده است انتخاب و فرم ذخیره شود، یک اقدام تحت عنوان «پیگیری عدم مراجعه» در کارتابل منشی قرار داده می‌شود.
۲۷	تماس با بیمار و بررسی دلیل مراجعه نکردن	
۲۸	ثبت نتیجه‌ی تماس	نتیجه‌ی تماس به دو حالت محدود می‌شود. یا بیمار ابراز تمایل می‌کند که وقت دیگری برای مراجعه‌ی او به خدمتگر مشخص شود یا اینکه به هر دلیل امکان تعیین وقت مراجعه‌ی دیگری فراهم نمی‌شود. در حال اول وقت دیگری تعیین می‌شود و در حالت دوم نتیجه ثبت می‌شود تا به اطلاع پزشک خانواده رسانده شود.
۲۹	آیا بیمار تمایل به تعیین وقت دیگری برای مراجعه دارد؟	
۳۰	تعیین وقت در سامانه با مشارکت بیمار و اطلاع به او	
۳۱۳	ثبت نتیجه در سامانه	در فرم ثبت نتیجه باید امکان شرح موقوف ثبت دلایل مراجعه نکردن بیمار وجود داشته باشد، تا پزشک خانواده در جریان دلایل مراجعه نکردن او قرار گیرد.
۳۲	ارسال پیام مراجعه نکردن بیمار به پزشک خانواده	هدف از ارسال این پیام آن است که پزشک خانواده مطلع شود که بیمار نسبت به مراجعه به متخصص اقدام نکرده است تا با توجه به شرایط او تصمیم مقتضی را اتخاذ نماید.
۳۳	ارزیابی وضعیت بیمار	هدف از این ارزیابی آن است که پزشک خانواده ضرورت مراجعه بیمار را به خدمتگر پذیرنده مورد بررسی مجدد قرار دهد. اگر بیمار برای مراجعه به خدمتگر دیگری مقاومت می‌کند و تأثیر این مراجعه در سیر درمان و مراقبت از او قابل توجه نباشد، پزشک خانواده می‌تواند از طریق مشورت با خدمتگران عضو تیم، خود نسبت به پیگیری امور درمانی بیمار اقدام کند؛ ولی اگر مراجعه بیمار را ضروری تشخیص دهد، تماس مجدد با بیمار به منظور متقاعد کردن او را در دستور کار قرار می‌دهد.
۳۴	تکمیل فرم ارزیابی	در فرم ارزیابی مشخص می‌شود که آیا منشی باید برای متقاعد کردن بیمار تلاش کند یا اینکه از بیمار بخواهد که به پزشک خانواده مراجعه کند، یا پیگیری بیشتر مورد ندارد و در همین مرحله به فرآیند ارجاع خاتمه داده شود.
۳۵	آیا مراجعه به خدمتگر ضروری است؟	
۳۶	آیا مراجعه به پزشک خانواده ضروری است؟	
۳۷	آیا بیمار به متخصص ارجاع شده است؟	دلیل گنجاندن این سؤال در این محل آن است که فرآیند ارائه‌ی خدمت توسط متخصص و سایر خدمتگران یکسان نیست. لذا به منظور تعیین اینکه از این نقطه به بعد در چه بخشی باید فرآیند را دنبال کرد، این سؤال قرار داده شده است.

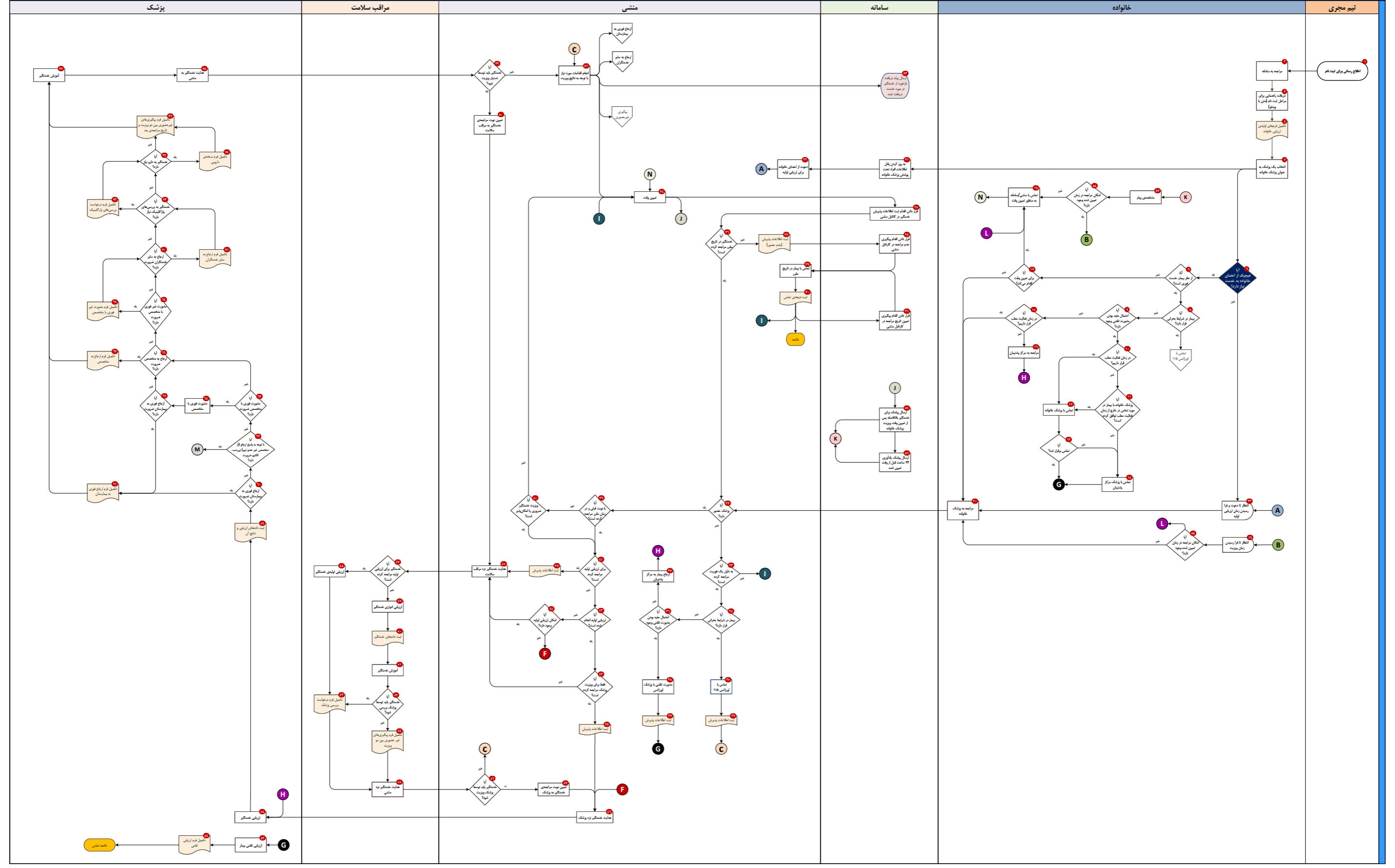
شماره	اقدام	توضیحات
۳۸	ارائه‌ی خدمت	
۳۹	ثبت داده‌های خدمت و بازخورد به ارجاع کننده	داده‌های حاصل از ارزیابی بیمار و بازخورد به ارجاع کننده، در قالب یک فرم ثبت می‌شود. بخش مربوط به بازخورد برای ارجاع کننده ارسال می‌شود.
۴۰	ویزیت بیمار توسط متخصص	
۴۱	ثبت داده‌های ارزیابی و نتایج آن	داده‌های ارزیابی و نتایج حاصل از آن باید توسط متخصص عضو تیم در سامانه ثبت شود. پس از ثبت این داده‌ها، بر مبنای قضاوت خدمتگر در مورد بیمار ممکن است یکی از اقدامات زیر ضرورت پیدا کند. در صورت ضرورت هر اقدام، باید فرم مربوط به آن اقدام نیز تکمیل شود. <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع فوری به بیمارستان • بستری در بیمارستان • ارجاع به تخصص دیگر • ارجاع به سایر خدمتگران • اقدامات پاراکلینیک • تجویز دارو • ویزیت مجدد • عودت بیمار به پزشک خانواده
۴۲	آیا بیمار نیاز به ارجاع فوری به بیمارستان دارد؟	مقصود از ارجاع فوری آن است که بیمار باید از مطب پزشک متخصص به سوی بیمارستان حرکت کند. در این صورت هماهنگی‌های لازم به منظور بستری بیمار در بیمارستان باید توسط منشی مرکز پشتیبان انجام شود.
۴۳	تکمیل فرم ارجاع فوری به بیمارستان	
۴۴	آیا بیمار باید در بیمارستان بستری شود؟	در این حالت بیمار باید به صورت الکتیو در بیمارستان بستری شود.
۴۵	تکمیل فرم بستری بیمار در بیمارستان	
۴۶	آیا نیاز به ارجاع به تخصص دیگر است؟	
۴۷	تکمیل فرم ارجاع به متخصص دیگر	
۴۸	آیا ارجاع به سایر خدمتگران ضرورت دارد؟	
۴۹	تکمیل فرم ارجاع به سایر خدمتگران	
۵۰۲	آیا به اقدامات پاراکلینیک نیاز دارد؟	

شماره	اقدام	توضیحات
۵۱	تکمیل فرم درخواست بررسی‌های پاراکلینیک	
۵۲	آیا خدمتگیر به دارو نیاز دارد؟	
۵۳	تکمیل فرم نسخه‌ی دارویی	
۵۴	آیا نیاز به مراجعه‌ی مجدد به متخصص فعلی است؟	پزشک متخصص ممکن است مراجعه مجدد بیمار را به خود ضروری بداند. مراجعه به متخصص می‌تواند تا هنگامی که او ضروری می‌داند ادامه پیدا کند. ترجیح آن است که بیمار در اولین فرصت به پزشک خانواده عودت داده شود.
۵۵	تکمیل فرم بازخورد به پزشک خانواده	در قالب این فرم خدمتگر ارزیابی خود را از شرایط بیمار و اقداماتی که باید توسط پزشک خانواده انجام شود ذکر می‌کند.
۵۶	تکمیل فرم پیگیری‌های غیر حضوری بین دو ویزیت و تعیین تاریخ مراجعه‌ی بعد	
۵۷	آموزش خدمتگیر	
۵۸	هدایت خدمتگیر به منشی	
۵۹	انجام اقدامات مورد نیاز با توجه به نتایج ویزیت	با توجه به آنکه اگر پزشک متخصص بیمار را به سایر خدمتگران ارجاع دهد، منشی او باید اقداماتی شبیه منشی پزشک خانواده انجام دهد، ادامه‌ی این اقدام در صورت ارجاع به سایر خدمتگران در بخش مربوط به «منشی (پزشک خانواده یا خدمتگر عضو تیم)» ادامه می‌یابد.
۶۰	قرار دادن اقدام در کارتابل منشی مبنی بر تماس برای متقاعد کردن بیمار برای مراجعه به خدمتگر	منشی در دوره آموزشی خود در خصوص روش متقاعد کردن بیمار آموزش دیده است. به همین سبب وظیفه متقاعد کردن بیمار در ابتدا به او واگذار می‌شود.
۶۱	تماس با خدمتگیر	
۶۲	ثبت نتیجه‌ی تماس	در قالب این فرم منشی باید گزارش کاملی از صحتی که با بیمار داشته است ثبت کند تا دلایل مقاومت او برای اقدام به ارجاع، در حد امکان، روشن شود.
۶۳	آیا خدمتگیر متقاعد شد؟	در صورتیکه خدمتگیر برای مراجعه متقاعد شود، فرآیند ارجاع، با طی همه مراحل که شرح داده شد، از سر گرفته می‌شود.

توضیحات	اقدام	شماره
<p>اگر منشی احساس کند که با تماس دیگری در متقاعد کردن بیمار موفق خواهد شد، برای سؤال «آیا تلاش مجدد مورد دارد؟» در فرم ثبت نتیجه تماس گزینه بله را انتخاب می‌کند. در این صورت اقدام دیگری مبنی بر تماس با بیمار در کارتابل او قرار داده می‌شود.</p>	<p>آیا تلاش مجدد مورد دارد؟</p>	<p>۶۴</p>

پیوست شماره ۴
فرآیند ارجاع غیر فوری به بیمارستان

فرآیند ارائه خدمت در اجرای پزشکی خانواده در یک منطقه محدود



توضیحات فرآیند ارجاع غیر فوری به بیمارستان

شماره	اقدام	توضیحات
۱	تکمیل فرم ارجاع به بیمارستان	فرم ارجاع به بیمارستان در صورتی توسط پزشک خانواده تکمیل می‌شود که خدمتگر غیر عضو تیم بستری شدن بیمار را در بیمارستان ضروری تشخیص داده باشد. برای توضیح بیشتر به اقدام شماره ۶۲ در فرآیند ارائه خدمت مراجعه کنید.
۲	آیا بیمارستان طرف قرارداد یا مورد تأیید است؟	برنامه پزشکی خانواده باید حد اقل با یک بیمارستان عمومی قرارداد همکاری منعقد کرده باشد؛ ولی از آنجا که امکان ارائه همه خدمات مورد نیاز بیماران تحت پوشش در این بیمارستان وجود ندارد، در صورت نیاز بیمار، باید آنان را به بیمارستان‌هایی که مورد تأیید برنامه است، ارجاع کرد. لذا بیمارستان‌های همکار برنامه در دو گروه طرف قرارداد و مورد تأیید قرار می‌گیرند.
۳	اقدام به هماهنگی‌های مورد نیاز با بیمارستان	برای آنکه بیمار ترغیب به تبعیت از مسیر ارجاع شود، در حد امکان باید هماهنگی‌های مورد نیاز برای بستری بیمار در بیمارستان توسط برنامه پزشکی خانواده انجام شود. برای مثال هنگامی بیمار برای بستری به بیمارستان فرستاده شود که تخت خالی موجود باشد؛ یا فرآیند بستری در بیمارستان برای او کاملاً توضیح داده شود تا بدون سردرگمی و اتلاف وقت فرآیند پذیرش او طی شود.
۴	آیا بیمار برای بستری شدن در بیمارستان با مشکلاتی مواجه است؟	بیمار ممکن است به دلیل مراقبت از کودکان یا سایر افراد تحت سرپرستی خود از بستری شدن در بیمارستان خودداری کند. غیبت از کار به سبب احتمال از دست دادن شغل نیز می‌تواند مانع دیگری برای بستری شدن بیمار در بیمارستان باشد.
۵	اقدام برای حل مشکلات بیمار	برنامه پزشکی خانواده باید در حد امکان برای برداشتن موانع بستری شدن بیمار تلاش کند. پرداختن به این امور بر عهده پزشک خانواده و همکاران او است و در صورت نیاز می‌توانند از کمک مددکار اجتماعی مستقر در مرکز پشتیبان نیز استفاده کنند.
۶	آموزش بیمار و همراه او در مورد فرآیند پذیرش در بیمارستان و نقش رابط بیمارستان	رابط بیمارستان وظیفه پیگیری امور بیمار را در بیمارستان بر عهده دارد. با توجه به نقاط ضعف فراوان موجود در فرآیندهای بیمارستان، گریزی از استفاده از فردی تحت عنوان رابط بیمارستان برای حل موردی این امور وجود ندارد. به همین سبب بیمار باید از وجود چنین فردی آگاه باشد و شیوه برقراری ارتباط با او، در صورت برخورد با مشکلی در بیمارستان، به او آموزش داده شود.
۷	تکمیل فرم اعزام به بیمارستان	در قالب این فرم، منشی گزارش اقداماتی را که خود انجام داده است وارد می‌کند. این اقدامات عبارتند از: <ul style="list-style-type: none"> • هماهنگی‌های به عمل آمده با بیمارستان • مشکلات احتمالی بیمار برای بستری شدن در بیمارستان و اقدامات انجام گرفته برای برطرف کردن آنها • آموزش‌های داده شده به بیمار و همراه او
۸	مراجعه به بیمارستان	
۹	آیا بیمارستان طرف قرارداد است؟	بیمارستان طرف قرارداد بیمارستانی است که بر مبنای قراردادی که با برنامه پزشکی خانواده منعقد کرده است، خدمات خود را در اختیار بیمار ارجاع شده قرار می‌دهد. بین برنامه پزشکی خانواده و بیمارستان طرف قرارداد ارتباط الکترونیک برقرار است. در نتیجه فرم‌های الکترونیک از طریق سامانه برای بیمارستان ارسال می‌شود و فرم‌های تکمیل شده توسط بیمارستان از طریق سامانه در اختیار برنامه پزشکی خانواده قرار می‌گیرد. لذا پس از مراجعه بیمار به بیمارستان و پذیرش او، ارجاع کننده و رابط بیمارستان از بستری شدن بیمار مطلع می‌شوند.

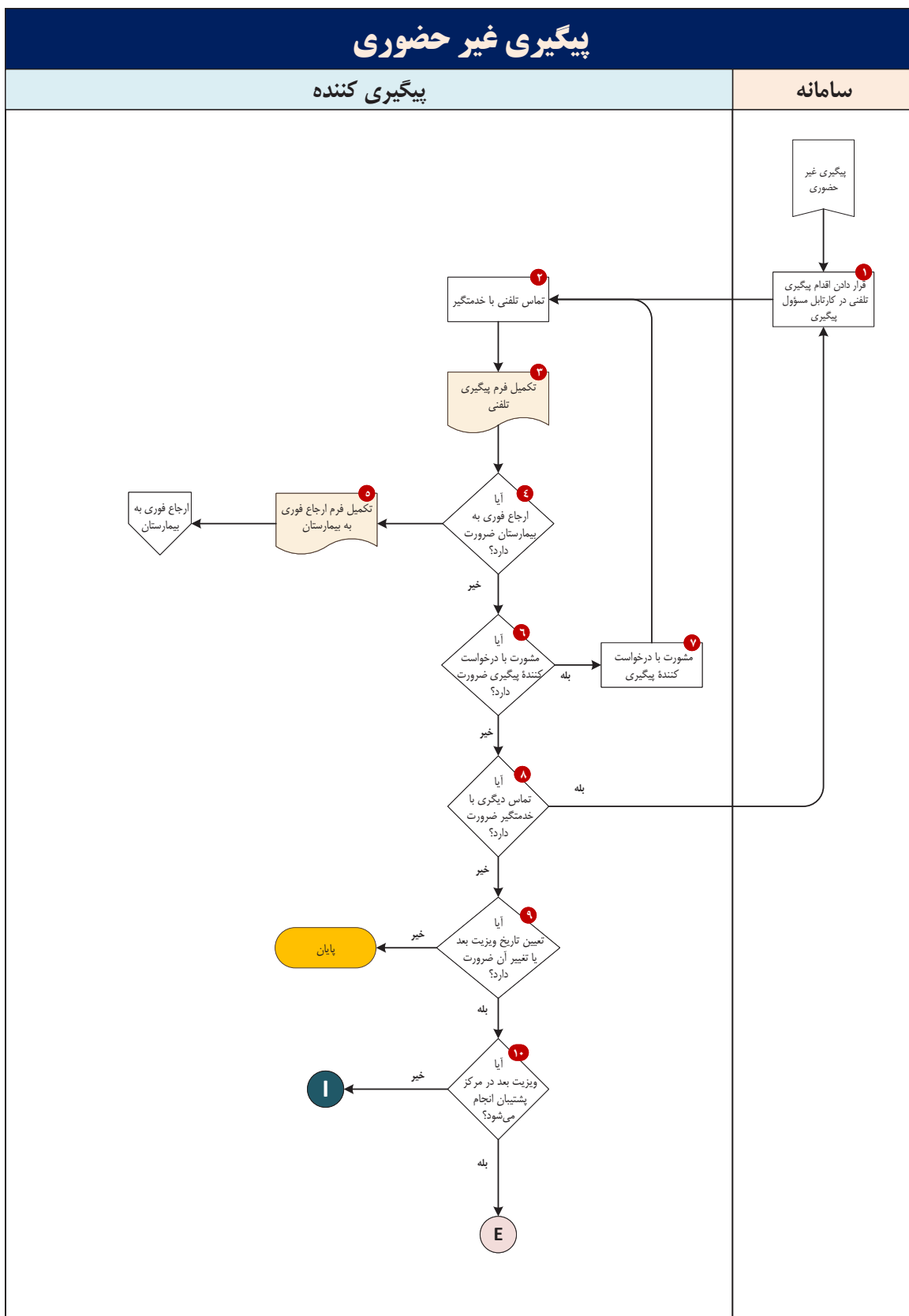
شماره	اقدام	توضیحات
۱۰	قرار دادن یادآور در کارتابل منشی برای بررسی مراجعه یا ترخیص	طرف قرارداد نبودن بیمارستان به معنای برقرار نبودن ارتباط الکترونیک با بیمارستان است. لذا برای آنکه پزشک خانواده از وضعیت بیمار مطلع باشد، باید منشی از طریق تماس تلفنی با بیمار یا مراقبان او بررسی کند که آیا بیمار در بیمارستان بستری شده است؛ و در صورت بستری شدن آیا ترخیص شده است یا خیر. به همین سبب این یادآور، پس از تکمیل فرم اعزام به بیمارستان و با توجه به تاریخی که منشی برای این بررسی مشخص کرده است، به صورت خودکار توسط سامانه در کارتابل او قرار داده می‌شود.
۱۱	بررسی مراجعه بیمار به بیمارستان	منشی از طریق تماس تلفنی با بیمار یا مراقبان او بررسی می‌کند که آیا او در بیمارستان بستری شده است یا خیر.
۱۲	تکمیل فرم پیگیری مراجعه به بیمارستان	اطلاعات حاصل از تماس با بیمار یا مراقبان او در فرم پیگیری مراجعه به بیمارستان ثبت می‌شود. مراجعه کردن یا نکردن، بستری شدن یا نشدن در صورت مراجعه، تاریخ بستری شدن در صورت بستری شدن، دلیل بستری نشدن در صورت مراجعه و بستری نشدن، و در صورت مراجعه نکردن دلیل آن مهم‌ترین نکاتی است که باید در قالب این فرم ثبت شود.
۱۳	آیا بیمار مراجعه کرده است؟	
۱۴	آیا تمایل به مراجعه دارد؟	
۱۵	آیا ترخیص شده است؟	ممکن است در هنگام تماس منشی با بیمار یا مراقبان او، بیمار ترخیص شده باشد. اگر در هنگام تماس منشی بیمار همچنان در بیمارستان بستری باشد، او باید تاریخی را برای تماس مجدد با او و بررسی اینکه آیا ترخیص شده است یا نه مشخص کند. این تاریخ در فرم «پیگیری مراجعه به بیمارستان» مشخص می‌شود. اگر تماس حاکی از ترخیص بیمار از بیمارستان باشد، منشی باید برای ادامه مراقبت بیمار نزد پزشک خانواده برای او تاریخ ویزیتی را مشخص کند.
۱۶	ارسال پیام تمایل «نداشتن بیمار برای مراجعه به بیمارستان» به پزشک خانواده	اگر بیمار تمایل به مراجعه به بیمارستان نداشته باشد، باید پیامی برای پزشک خانواده ارسال شود تا او با توجه ضرورت بستری شدن بیمار در بیمارستان، تصمیم مقتضی را برای ادامه مراقبت از او اتخاذ کند.
۱۷	ارزیابی وضعیت بیمار	در صورتیکه بیمار از مراجعه به بیمارستان خودداری می‌کند، پزشک خانواده باید مجدداً ضرورت بستری وی را در بیمارستان بررسی کند. این بررسی به دو نتیجه ختم می‌شود. نتیجه اول ضرورت بستری بیمار در بیمارستان است و نتیجه ضرورت ویزیت مجدد بیمار است، تا بر مبنای آن در مورد اقدامات بعد تصمیم‌گیری شود.
۱۸	تکمیل فرم ارزیابی	نتیجه ارزیابی در این فرم ثبت می‌شود.
۱۹	آیا مراجعه به بیمارستان ضروری است؟	
۲۰	آیا مراجعه به پزشک خانواده ضروری است؟	
۲۱	قرار دادن اقدام در کارتابل منشی مربوطه مبنی بر تماس برای متقاعد کردن بیمار برای مراجعه به بیمارستان	در صورتیکه پزشک خانواده بستری بیمار را در بیمارستان ضروری تشخیص دهد یا منشی پس از تلاش برای متقاعد کردن بیماری برای بستری در بیمارستان، تماس دیگری را برای تماس مجدد ضروری تشخیص دهد، یک اقدام در کارتابل منشی مبنی بر تماس برای متقاعد کردن بیمار برای مراجعه به بیمارستان، در کارتابل الکترونیک منشی قرار داده می‌شود.

شماره	اقدام	توضیحات
۲۲	تماس با خدمتگیر	تماس با خدمتگیر یا منجر به متقاعد شدن او برای مراجعه به بیمارستان می‌شود یا بیمار از این امر سر باز می‌زند. در این صورت منشی باید، با توجه به تعاملی که با بیمار داشته است، مشخص کند که آیا از طریق برقراری تماس دیگری، احتمال توفیق در متقاعد کردن او وجود دارد یا خیر.
۲۳	ثبت نتیجه تماس	نتایج تماس در قالب این فرم ثبت می‌شود.
۲۴	آیا خدمتگیر متقاعد شد؟	
۲۵	آیا تلاش مجدد مورد دارد؟	
۲۶	قرار دادن اقدام پیگیری وضعیت بیمار در بیمارستان در کارتابل ارتباط بیمارستان	پس از آنکه رابط بیمارستان با بیمار در بیمارستان ملاقات می‌کند یا تلفنی از وضعیت او مطلع می‌شود باید تاریخی را برای بررسی مجدد وضعیت بیمار مشخص کند. بر مبنای این تاریخ، یک اقدام پیگیری در کارتابل او قرار داده می‌شود. اگر قبل از فرا رسیدن این تاریخ بیمار از بیمارستان مرخص شود، پیامی مبنی بر ترخیص از بیمارستان برای رابط ارسال می‌شود و این اقدام در کارتابل او قرار داده نمی‌شود.
۲۷	قرار دادن اقدام بررسی بیمارستان در کارتابل کارشناس ارجاع	اگر بیمارستان طرف قرارداد یا مورد تأیید نباشد، باید توسط کارشناس ارجاع مورد بررسی قرار گیرد.
۲۸	بررسی بیمارستانی که بیمار به آن ارجاع شده است.	منظور از این بررسی آن است که آیا می‌توان این بیمارستان را در زمره بیمارستان مورد تأیید قرار داد یا خیر.
۲۹	آیا بیمارستان مورد تأیید است؟	
۳۰	تماس با پزشک به منظور تغییر بیمارستان	اگر بیمارستان مورد تأیید نباشد، ابتدا باید امکان تغییر بیمارستان را بررسی کرد. بدین منظور باید با پزشکی که دستور بستری بیمار را صادر کرده است، تماس گرفت.
۳۱	آیا تغییر بیمارستان امکان‌پذیر است؟	امکان‌پذیر بودن این تغییر به معنای آن است که امکان معرفی بیمار به یکی از بیمارستان‌های طرف قرارداد یا مورد تأیید وجود دارد.
۳۲	تغییر بیمارستان	
۳۳	تعامل با بیمارستان به عنوان بیمارستان مورد تأیید	با توجه به آنکه منافع بیمار در اولویت قرار دارد، در صورتیکه گزینه‌ای غیر از بستری کردن بیمار در بیمارستانی که مورد تأیید نیست، وجود ندارد، باید بیمار را در آن بیمارستان بستری، و در این مورد خاص، با آن بیمارستان به عنوان بیمارستان مورد تأیید وارد تعامل شد.
۳۴	تکمیل فرم بررسی بیمارستان	نتایج بررسی‌های کارشناس ارجاع در مورد بیمارستانی که بیمار باید در آن بستری شود، در این فرم وارد می‌شود.
۳۵	قرار دادن اقدام «ارجاع بیمار به بیمارستان» در کارتابل پزشک خانواده	پس از مشخص شدن بیمارستانی که بیمار باید در آن بستری شود، این اقدام در کارتابل منشی پزشک خانواده قرار داده می‌شود.
۳۶	پذیرش بیمار در بیمارستان	
۳۷	تکمیل فرم پذیرش بیمار در بیمارستان	بین بیمارستان‌های طرف قرارداد و برنامه پزشکی خانواده ارتباط الکترونیک برقرار است؛ به همین سبب فرم پذیرش الکترونیک بیمار در بیمارستان تکمیل می‌شود.

شماره	اقدام	توضیحات
۳۸	انجام اقدامات تشخیصی و درمانی در بیمارستان	
۳۹	ترخیص خدمتگیر از بیمارستان	
۴۰	ارسال پیام برای رابط بیمارستان مبنی بر ترخیص بیمار و لغو پیگیری برنامه‌ریزی شده	
۴۱	ارسال پیام برای پزشک خانواده مبنی بر ترخیص بیمار	
۴۲	ارسال پیام دریافت بازخورد از خدمتگیر در مورد خدمت دریافت شده	پس از دریافت هر خدمت، پیامی برای خدمتگیر به منظور ارزیابی خدمت دریافت شده ارسال می‌شود. پاسخ به این پیام اختیاری است.
۴۳	مشاهده پیام	
۴۴	بررسی مستندات اقدامات انجام شده برای بیمار در بیمارستان	پزشک خانواده مکلف است، پس از دریافت پیام ترخیص بیمار از بیمارستان، پرونده او را مورد بررسی قرار دهد و متناسب با شرایط بیمار، اقداماتی را که پس از ترخیص باید برای او انجام شود، مشخص کند. پس از ترخیص، یکی از اقدام‌های پیگیری غیر حضوری یا ویزیت توسط پزشک خانواده ممکن است برای بیمار ضروری تشخیص داده شود. ممکن است نیاز به اقدام خاصی نیز وجود نداشته باشد. در صورت ضرورت پیگیری غیر حضوری، پزشک خانواده می‌تواند منشی یا مراقب سلامت را مسؤول انجام این اقدام کند. در صورت ضرورت ویزیت بیمار، یک اقدام در کارتابل منشی قرار داده می‌شود تا او با بیمار تماس گرفته از او برای مراجعه به پزشک خانواده دعوت به عمل آورد.
۴۵	تکمیل فرم پیگیری‌های پس از ترخیص	نتایج بررسی‌های پزشک و اقداماتی که باید برای بیمار انجام شود، در این فرم ثبت می‌شود.
۴۶	ارسال پیام برای رابط بیمارستان	رابط بیمارستان باید حداقل یک نوبت، بیمار بستری شده در بیمارستان را ویزیت کند. به این منظور، پس از پذیرش بیمار در بیمارستان پیامی برای او ارسال می‌شود.
۴۷	ملاقات بیمار در بیمارستان و پیگیری امور او در صورت نیاز	
۴۸	تکمیل فرم ملاقات بیمار در بیمارستان	
۴۹	آیا بیمارستان طرف قرارداد است؟	
۵۰	قرار دادن اقدام پذیرش بیمار در کارتابل بیمارستان	بیمارستان‌های طرف قرارداد با برنامه پزشکی خانواده ارتباط الکترونیک دارند. به همین سبب پس از پذیرش بیمار در بیمارستان، باید فرم پذیرش الکترونیک را تکمیل کنند. بدین منظور پس از تکمیل فرم اعزام بیمار به بیمارستان توسط منشی پزشک خانواده، این اقدام در کارتابل بیمارستان قرار داده می‌شود. پس از مراجعه بیمار به بیمارستان، مسؤول پذیرش بیمارستان می‌تواند با مراجعه به کارتابل خود، این اقدام را مشاهده و فرم پذیرش بیمار را تکمیل کند.

پیوست شماره ۵

فرآیند پیگیری غیر حضوری



توضیحات فرآیند پیگیری غیر حضوری

شماره	اقدام	توضیحات
۱	قرار دادن اقدام پیگیری تلفنی در کارتبال مسؤول پیگیری	
۲	تماس تلفنی با خدمتگیر	<p>در تماس تلفنی با خدمتگیر، پس از ارزیابی وضعیت بیمار و اقدام به پیگیری‌های مورد نیاز، یکی از پیامدهای زیر محتمل است:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ضرورت ارجاع فوری بیمار به بیمارستان ● مشورت با درخواست کننده پیگیری در مورد اقدامی که باید برای بیمار انجام شود. ● اقدام به تماس دیگری با بیمار به منظور ارزیابی وضعیت او ● تعیین تاریخی برای ویزیت پزشک یا تغییر تاریخ ویزیت بعد او
۳	تکمیل فرم پیگیری تلفنی	اطلاعات حاصل از پیگیری تلفنی در قالب این فرم ثبت می‌شود.
۴	آیا ارجاع فوری به بیمارستان ضروری است؟	ممکن است پیگیری کننده خود ضرورت ارجاع فوری به بیمارستان را تشخیص دهد یا پس از مشورت با درخواست کننده پیگیری ضرورت این امر مشخص شده باشد.
۵	تکمیل فرم ارجاع فوری به بیمارستان	در صورت ضرورت ارجاع فوری به بیمارستان، فرم ارجاع فوری تکمیل و بر مبنای فرآیند ارجاع فوری به بیمارستان عمل خواهد شد.
۶	آیا مشورت با درخواست کننده پیگیری ضرورت دارد؟	مشورت با درخواست کننده پیگیری هنگامی ضرورت دارد که پیگیری کننده قادر به اتخاذ تصمیم مناسب در مورد خدمتگیر نباشد.
۷	مشورت با درخواست کننده پیگیری	در صورت ضرورت مشورت با درخواست کننده پیگیری، به تماس تلفنی خاتمه داده می‌شود و پس از مشورت با درخواست کننده در قالب تماس تلفنی دیگری بیمار در جریان نظر خدمتگر و اقداماتی که بر مبنای آن باید انجام شود، قرار خواهد گرفت.
۸	آیا تماس دیگری با خدمتگیر ضرورت دارد؟	ممکن است پیگیری کننده تماس دیگری را با بیمار به منظور ارزیابی وضعیت او ضروری تشخیص دهد. برای مثال ممکن است با نظر پزشک دوز داروهای بیمار کم شده باشد و برای بررسی کمتر شدن یا نشدن عوارض دارویی تماس دیگری با او ضرورت داشته باشد.
۹	آیا تعیین تاریخ ویزیت بعد یا تغییر آن ضرورت دارد؟	ممکن است برای بیمار تاریخ ویزیت دیگری تعیین نشده باشد، و با توجه به نتیجه پیگیری ویزیت بیمار توسط پزشک خانواده، مراقب سلامت یا یکی از خدمتگران مرکز پشتیبان ضروری تشخیص داده شود. در این صورت تاریخی برای ویزیت بیمار مشخص می‌شود. در صورتیکه از قبل تاریخی برای ویزیت بعدی بیمار مشخص شده باشد و با توجه به نتایج پیگیری تغییر این تاریخ ضروری تشخیص داده شود، نسبت به این امر اقدام می‌شود.
۱۰	آیا ویزیت بعد در مرکز پشتیبان انجام می‌شود؟	دلیل گنجانیدن این سؤال در این نمودار آن است که پیگیری تلفنی هم توسط پزشک خانواده و هم توسط مرکز پشتیبان انجام می‌شود و برای ادامه‌ی نمودار باید به صفحه مربوط به پزشک خانواده یا مرکز پشتیبان مراجعه کرد.

