



کلیات دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و

نظام ارجاع در مناطق شهری



یوسف موحدیان

کارشناس مسئول نظام ارجاع

و دبیر کمیته اجرائی برنامه پزشک خانواده

گروه هدف: پزشکان فوق تخصص، متخصص، عمومی،

رزیدنتها و پرسنل پذیرش، درآمد، درمانگاههای تخصصی،

اورژانس، پاراکلینیک، سرپرستاران و منشیهای بخشها

خرداد ماه سال 1391

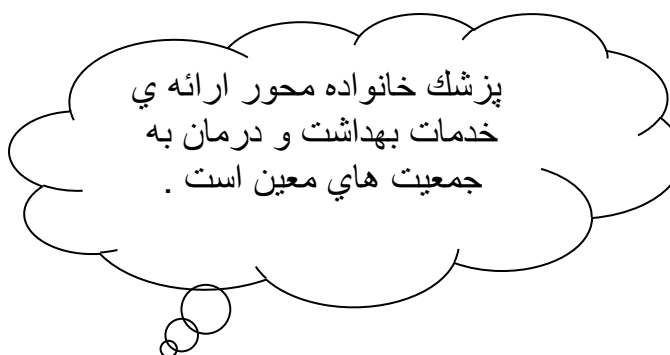
درخصوص ارجاع بیماران الکتیو، اختیار انتخاب تخصص و ویژگیهای بیمارستان با پزشک است و انتخاب متخصص یا بیمارستان جهت بستری از بین بیمارستانهای دارای ویژگی لازم توسط بیمار در قالب نظام ارجاع و برابر نقشه ارجاع سطح 2 و 3 انجام می شود.

تعداد ارجاعات پزشک خانواده به متخصص و فوق تخصص نباید از حد استاندارد تعریف شده توسط ستاد اجرایی کشوری پزشک خانواده و نظام ارجاع بیشتر باشد و در صورت عدم رعایت استاندارد، متناسب با عدول از استاندارد تعریف شده از سرانه پرداختی پزشک خانواده کسر خواهد شد.

نظام پرداخت در آزمایشگاه و تصویربرداری در سرپایی: اگر نسخه بیمار توسط پزشک خانواده، متخصص و فوق تخصص به آزمایشگاه و تصویربرداری طرف قرارداد و در قالب نظام ارجاع، ارجاع شده باشد، 70% هزینه در بخش دولتی و 70% هزینه در بخش خصوصی (طبق تعرفه توافقی) به عهده سازمانهای بیمه خواهد بود. اگر بیمار جهت دریافت خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری به مراکز غیر طرف قرارداد مراجعه نماید پرداخت صد درصد هزینه ها به عهده وی خواهد بود. در خارج از نظام ارجاع، کلیه هزینه های آزمایشگاهی و تصویربرداری به عهده بیمار می باشد.

نظام پرداخت در مراکز دارویی در سرپایی: فرانشیز دارویی سطح اول صفر درصد بوده و در سطح 2 و 3 مانند شرایط فعلی خواهد بود و ظرف ششماه مدل دسته بندی فرانشیز داروها توسط بیمه ها ارائه می شود.

ضوابط پرداخت به فوق تخصص ها (سطح 3) بابت خدمات بستری همانند متخصصین است.



منابع: 1- دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه 02 سال

1390 (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)

2 - شیوه نامه اجرایی برنامه پزشک خانواده در سطوح 2 و 3 سال 1390 (دفتر مدیریت

بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی - معاونت درمان - وزارت بهداشت)

نظام پرداخت به پزشک متخصص در سرپایی (سطح دوم): روش پرداخت به

پزشک متخصص بصورت کارانه (پرکس) می باشد. حق الزحمه پزشک متخصص و فوق تخصص و فلوشیپ بشرح ذیل تعیین می گردد: هرگاه پزشک خانواده، به هر دلیل یکی از افراد تحت پوشش خود را به پزشک متخصص ارجاع دهد، در صورت رعایت استاندارد های لازم توسط متخصص و ارائه بازخورد به پزشک خانواده، این فرد در مراجعات سرپایی باید (در بخش دولتی و خصوصی حسب مورد 10 درصد یک ویزیت) را پرداخت نماید. در صورتیکه مراجعه به بخش خصوصی باشد بیمه ها 90% یک ویزیت خصوصی کامل بعلاوه یک ویزیت کامل دولتی را در صورت رعایت استانداردها از جمله ارائه پس خورد، به پزشک خواهند پرداخت و اگر فرد به بخش دولتی مراجعه کرده بود سه ویزیت دولتی توسط بیمه ها پرداخت خواهد شد و در صورتیکه فرد خارج از سیستم ارجاع به پزشک متخصص مراجعه کند، باید 100% ویزیت پزشک متخصص را شخصاً پرداخت نماید و در این حالت کلیه هزینه های کلینیک و پاراکلینیک، داروخانه و ... به عهده بیمار خواهد بود.

در بیمارستانهای دانشگاهی و دولتی: پرداخت 95% هزینه خدمات بستری طبق تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش دولتی به عهده بیمه ها خواهد بود که در صورت رعایت استانداردها و ارائه فید بک ارجاع (با تایید پزشک خانواده) و با نظر ستاد استان تا 50% حق الزحمه پزشک (مشمول K) معالجه به این مبلغ اضافه خواهد شد. (قواعد تمام وقتی به قوت خود باقی است لیکن مازاد پرداختی به ازای فید بک همان 50% یک K حق الزحمه صرفاً به پزشک معالج خواهد بود.

در بیمارستانهای غیردولتی، خیریه و ... پرداخت 95% هزینه خدمات بستری طبق تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش دولتی به عهده بیمه می باشد در صورت ارائه فید بک ارجاع معادل 50% حق الزحمه دولتی پزشک معالج به این مبلغ اضافه خواهد شد (فرانشیز سهم بیمار 5% تعرفه های مصوب هیات وزیران به اضافه مابه التفاوت تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش مربوطه به عهده بیمه شده خواهد بود). در صورت دریافت هرگونه وجه خارج از تعرفه تحت هر عنوان آن بیمارستان و پزشک مربوطه از مسیر ارجاع حذف خواهد شد.

در کلیه موارد بیمه شده به هیچ وجه بابت فید بک وجهی نمی پردازد.

