

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

دستورالعمل برنامه
«پزشک خانواده و نظام ارجاع»
در مناطق شهری
نسخه ۰۲

ستاد اجرایی کشوری برنامه

پزشک خانواده و نظام ارجاع

۱۳۹۱

• نام اثر: دستورالعمل برنامه «پزشک خانواده و نظام ارجاع» در مناطق شهری- نسخه ۰۲

(مصوب شماره ۱۰۳۶۲/ت ۴۷۹۷۱ هـ مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۶ هیئت محترم وزیران)

• ناشر: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

• تاریخ انتشار: بهار ۱۳۹۱

• تیراژ: ۱۰۰۰۰

• نشانی: تهران، شهرک قدس، بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک،

ساختمان ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی، طبقه دوم، ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشک خانواده

و نظام ارجاع

• تلفن: ۸۱۴۵۳۳۸۴

• پُست الکترونیک: nmmgr@health.gov.ir

• ارسال نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما برای استفاده در

ویرایش بعدی این اثر موجب امتنان است.

فهرست

- پیش‌گفتار ۶
- مقدمه ۹
- فصل اول: تعاریف و تکالیف عمومی ۱۱
- فصل دوم: بسته خدمات سلامت ۳۶
- فصل سوم: نیروی انسانی و فضای فیزیکی مورد نیاز در سطح اول ۵۴
- فصل چهارم: پشتیبانی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ۵۸
- فصل پنجم: نظام آرایه خدمات ۷۰
- فصل ششم: مراحل اجرایی و گردش کار در سطح اول ۹۳
- تقدیر و تشکر ۹۴

پیش‌گفتار

بسمه تعالی

سلامت حقی اساسی برای انسان‌ها و سرمایه‌ای ارزشمند برای تمام کشورها است. تقریباً تمام کشورها از این حق به عنوان اساسی‌ترین حق مردم خود نام برده‌اند و حکومت‌ها حفظ و ارتقای آن را از مهم‌ترین وظایف خود می‌دانند.

اگرچه هدف اصلی هر نظام سلامت عبارت است از: تامین، حفظ و ارتقای سلامت ولی علاوه بر این وظایف، می‌توان وظایف دیگری را نیز برای نظام‌های سلامت برشمرد از جمله: افزایش امید به زندگی سالم، پاسخ‌دهی به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابری بین گروه‌های مرفه و مستمند جامعه (عدالت در سلامت) و همچنین، محافظت مالی افراد در برابر هزینه‌های بیماری.

در جمهوری اسلامی ایران سلامت به عنوان یک حق شناخته شده است و در اصول متعددی در قانون اساسی بر این مساله تاکید شده است.

در کشور عزیز ما بعد از پیروزی شکوهمند انقلاب

اسلامی تلاش‌های زیادی برای استقرار یک نظام سلامت مطلوب که بتواند به تمامی نیازهای جامعه پاسخ دهد، انجام شده است. مهم‌ترین این تلاش‌ها، طراحی و استقرار نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور بوده است که در زمان خود انقلاب چشم‌گیری را در ارائه خدمات سلامت ایجاد کرد. اما با وجود تمام تلاش‌هایی که در راه بهبود ارائه خدمات سلامت و بهبود شاخص‌های مربوط به آن در زمینه‌های مختلف صورت گرفته است، ولی هم‌چنان شاهد مشکلات و نارسائی‌هایی در این حوزه هستیم.

کشورهای پیشرو در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توانسته‌اند با رویکرد سلامت‌نگر، کل‌نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی و ریشه‌یابی علل بیماری در روش و محیط زندگی و نیز تشخیص و درمان به موقع همراه با کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم، ضمن ارتقای سلامتی فرد، خانواده و اجتماع با هزینه‌کرد کارا و اثربخش منابع منجر به عدالت در سلامت و در نهایت ارتقای رضایت مردم و ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی شوند.

طبق قوانین و مقررات جاری گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع از وظایف دولت بوده به طوری که در برنامه پنجم اجرای برنامه پزشک خانواده و... برای تمام مردم شریف ایران از تکالیف مهم ما در بخش سلامت است.

بی‌تردید برای انجام چنین اقدام مهمی همراهی تمام اجزای نظام سلامت به خصوص سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی از ضرورت تام برخوردار است. خوشبختانه در این مقطع از زمان این همراهی با مدیریت هماهنگ

و هدفمند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در عالی‌ترین سطح خود حول محور سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت و قانون برنامه پنجم توسعه کشور شکل گرفته و نتیجه این تعامل و همکاری تهیه دستورالعمل حاضر بوده که امید است به یاری ایزد متعال و همکاری تمام دست‌اندرکاران نظام سلامت از سطح ستاد تا محیطی‌ترین واحدها و به ویژه پزشکان و تیم سلامت بتوانیم این برنامه ارزشمند و تکلیف قانونی را به نحو احسن اجرا کرده و بدین ترتیب گامی جدی در حل مشکلات و نارسائی‌هایی موجود برداریم.

برخود لازم می‌دانیم از تمام عزیزانی که با تلاش‌ها و تعاملات سازنده خود موجب شکل‌گیری این دستورالعمل شده و زمینه را برای اجرای قانون فراهم کرده‌اند، سپاسگزاری کنیم.

دکتر عبدالرضا شیخ الاسلامی
وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی

دکتر مرضیه وحید دستجردی
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه

بسم الله الرحمن الرحيم

در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت و به منظور اجرای بندهای جیم و دال ماده ۳۲ و الف ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم و با عنایت به تدوین، تصویب و ابلاغ دستورالعمل پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۱) و انجام پایلوت برنامه در برخی از شهرهای ۲۰ هزار تا ۵۰ هزار نفر سه استان خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان، مشکلات و نارسائی‌های برنامه با همکاری نزدیک مسئولین مربوطه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سایر صاحب‌نظران احصاء و طی جلسات و مطالعات کارشناسی راه کارهای مناسب برای رفع آن مشکلات و روان تر کردن نحوه اجرای برنامه طراحی و توافق کارشناسی صورت گرفت. در مواردی که کارشناسان و مدیران دو وزارت به اجماع نمی‌رسیدند موضوع در جلسه معاونین و مدیران ارشد مرتبط در دو وزارت مطرح و تصمیم لازم اخذ می‌شد. دستورالعمل حاضر نتیجه فرآیند فوق بوده و تحت عنوان نسخه ۰۲ برای اجرا در کل مناطق شهری کشوری به تصویب می‌رسد.

تبصره: ضروری است بسته خدمت روستایی متناسب با توسعه این برنامه به گونه‌ای اصلاح شود که خدمات و منافع روستائیان با رعایت سطح‌بندی کمتر از برنامه شهری نباشد.

هم‌چنین به منظور فراهم کردن امکان و الزام اجرای دقیق و کامل، دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع طی تصویب‌نامه شماره ۱۰۳۶۲/ت ۴۷۹۷۱ هـ مورخ ۱۳۹۱/۱/۲۶ هیئت وزیران به تصویب هیئت محترم دولت رسیده و لازم‌الاجرا است.

بدیهی است در سال ۱۳۹۱ تصویب تعرفه‌های خدمات سلامت باید منطبق بر نظام پرداخت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع باشد. هم‌چنین برای انطباق عملکرد دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مقرر شد موارد در اولین جلسه هیأت‌های امنای دانشگاه‌ها مطرح و تصویب شود.

فصل اول

تعاریف و تکالیف عمومی

۱. نظام سلامت

نظام سلامت عبارت است از تمام سازمان‌ها، موسسات و منابعی که به ارایه یا تولید اقدامات سلامت اختصاص دارند و Health action عبارت است از هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه‌های بین‌بخشی انجام می‌شود و هدف اصلی آن ارتقای سلامت باشد.

بدین ترتیب نظام سلامت از اجزایی تشکیل می‌شود که با یکدیگر ارتباط دارند و مجموعه آن‌ها بر سلامت مردم در خانه، محل کار و مکان‌های عمومی اثر می‌گذارد. مردم، دولت و سازمان‌های ارایه‌کننده خدمات بهداشت و درمان در بخش‌های دولتی، خصوصی و غیردولتی و سازمان‌های بیمه‌گر هر یک بخشی از نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. نظام سلامت معمولاً در سطح‌های متفاوت شکل می‌گیرد و از روستا تا شهر، و از مراقبت‌های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را عرضه می‌کند.

۲. پزشک خانواده

پزشکی است که حداقل دارای مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر فعالیت حرفه‌ای پزشکی در محل ارایه خدمت باشد. پزشک خانواده، در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار ارایه و مدیریت خدمات سلامتی سطح اول است و مسوولیت‌های زیر را برعهده دارد:

تأمین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق، و هماهنگی با سایر بخش‌ها. پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده

بسته‌ی خدمات تعریف شده؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده می‌تواند برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر این دستورالعمل از ارجاع فرد به سایر ارایه‌کنندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسئولیت تداوم خدمات با او خواهد بود. یکی از وظایف پزشک خانواده مدیریت و نظارت بر عملکرد تیم سلامت تحت سرپرستی خود است.

تبصره: متخصصین پزشکی خانواده، متخصصین پزشکی اجتماعی، متخصصین داخلی، عفونی و متخصصین اطفال می‌توانند با گذراندن دوره کوتاه مدت بازآموزی تطبیقی که با نظر معاونت بهداشت طراحی و اجرا می‌شود مشروط به انجام تمام وظایف پزشک خانواده و داشتن سایر شرایط مندرج در این دستورالعمل به عنوان پزشک خانواده خدمت کنند.

۳. پزشک خانواده مسئول (مسئول سلامت محله)

پزشک خانواده‌ای است که علاوه بر وظایف فوق، مسئولیت مدیریت و نظارت بر عملکرد پزشکان خانواده و تیم سلامت محله خود را بر عهده داشته و مسئول ارایه خدمات سلامت محیط و کار و نظارت بر آن را بر عهده دارد. به طور کلی وی رهبری سلامت جامعه تحت پوشش، مدیریت سلامت، هماهنگی با سایر بخش‌ها و پیگیری SDH را بر عهده دارد.

۴. بسته خدمات سلامت

(Health Services Package)

خدمات بهداشتی، درمانی، یا توان بخشی پایه و دارای اولویت مانند مراقبت های بهداشتی برابر برنامه های سلامت کشوری (مجموعه پیوست که توسط وزارت بهداشت تهیه شده و حسب نیاز بازنگری و تکمیل می شود)، خدمات پزشکی شامل تمام اقدامات درمانی سرپائی، تجویز داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیص طبی، درخواست مشاوره و پی گیری مراقبت های انجام شده یا قابل انجام برای جمعیت تحت پوشش و هم چنین خدمات توان بخشی پایه و دارای اولویت که باید توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارایه یا فراهم شود. و نیز کالاها یا خدماتی که در پوشش فهرست ملی انواع مراقبت ها، چه پیش گیرانه و چه درمانی، قرار دارند و هزینه ی آنها به سبب اساسی بودن یا برخورداری از اولویت توسط جامعه پرداخت می شود، در حالی که هزینه ی سایر خدمات باید توسط فرد یا طرح های بیمه مکمل و به طور اختیاری تامین شود. بدیهی است تعهد بیمه ها در قبال بسته بیمه پایه که با هماهنگی دو وزارت تعیین و برابر مقررات به تصویب می رسد، خواهد بود.

۵. نظام پرداخت به ارایه کنندگان خدمات

(Provider Payment Mechanism)

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت هایی که پزشکان خانواده یا تیم های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می گذارند.

پرداخت سرانه: روشی از شیوه خرید خدمت است که

در آن برای جبران خدماتی که تیم سلامت ارایه می‌کند، متناسب با جمعیت تحت پوشش اعم از سالم یا بیمار، صورت می‌گیرد.

پرداخت کارانه: روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت به ازای خدمت ارایه شده به مراجعه‌کنندگان صورت می‌گیرد.

پاداش: درصدی از مبلغ سرانه است که مازاد بر سرانه به سبب رسیدن به کیفیتی خاص در ارزشیابی به پزشک خانواده و تیم سلامت تعلق می‌گیرد.

جریمه: کسر درصدی از سرانه است که به علت کسب امتیاز پائین‌تر از حد مورد انتظار، به پزشک خانواده و تیم سلامت تحمیل می‌شود.

پرداخت موردی: پرداخت مبلغی مشخص که به ازای انجام اقدامات خاص در راستای تحقق اهداف نظام سلامت، انجام خدمات ویژه در مورد افراد تحت پوشش (تشخیص بیماری‌های نادر، مسری، تهدیدکننده حیات در مراحل اولیه بیماری و... مانند شناسایی، تشخیص، پی‌گیری و درمان کامل هر مورد از بیماری سل) به پزشک خانواده و تیم سلامت صورت می‌گیرد.

۶. سرانه پرداختی به پزشک خانواده و عوامل مؤثر بر آن

پرداخت برای جبران خدمت پزشک خانواده به طور عمده به صورت «سرانه» است. سرانه مبلغی است که به ازای هر بیمه شده به طور ماهانه در برابر ارایه بسته خدمت سلامت مطابق این دستورالعمل پرداخت می‌شود. سرانه متعلقه به پزشک خانواده به تعداد، سن،

جنس و... افرادی که در پوشش او قرار می گیرند بستگی دارد. در سال جاری این مبلغ به میزانی است که در ادامه این دستورالعمل می آید و در آینده حسب نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی و با تصویب شورای عالی بیمه خدمات درمانی تعیین و ممکن است هر سال یا هر چند سال یک بار، تغییر کند.

ریسک بیماری: هر بیماری (و حتی هر درمان) مخاطرات خاص خود را دارد. در شرایط معمول مراکز و افراد عرضه کننده خدمات پزشکی ترجیح می دهند کسانی را در پوشش مراقبت خود بگیرند که خطر (ریسک) کمتر دارند. از پزشک خانواده انتظار می رود از نظر ریسک بیماری میان افراد تحت پوشش خود تبعیض قایل نشود. برای برآورده شدن این انتظار، سازوکارهایی در نظر گرفته شده است. از جمله تفاوت در میزان سرانه گروه های سنی و جنسی مختلف.

سابقه کار پزشک خانواده: در عقد قرارداد با پزشک خانواده سابقه پزشک به شرحی که در فصل نظام پرداخت آمده است محاسبه می شود.

۷. تیم سلامت (Health Team)

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توان بخشی که بسته ی خدمات سطح اول را در اختیار فرد، خانواده و جامعه تعریف شده قرار می دهند و مسئولیت آنان با پزشک خانواده است. تمام افراد جامعه برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باید از طریق این تیم وارد زنجیره ارایه خدمات سلامت شوند.

در غیر این صورت موظف است صد در صد هزینه‌های درمانی مربوط را شخصاً پرداخت کند.

۸. نظام ارایه خدمات سلامت

شامل تمام خدمات پیش‌گیری، درمانی و توان‌بخشی مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که این خدمات در نظام سلامت در سه سطح ارایه می‌شود.

۹. سطح‌بندی خدمات

(Rationnig of Health Services)

چیدمان خاص واحدهای تامین‌کننده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آن که دسترسی مردم به مجموعه‌ی خدمات تا جایی که ممکن است سهل و سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد.

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

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

مرکز بهداشتی- درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (محل استقرار پزشک خانواده مسئول و قسمت بهداشت عمومی تیم سلامت مثل کاردان/ کارشناس بهداشت محیط، مبارزه با بیماری‌ها و... و پایگاه پزشک خانواده ضمیمه بوده) که به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت

پوشش) قرار دارد، و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت اتفاق می‌افتد. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان‌های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پی‌گیری بیمار، اجرای برنامه‌های آموزشی برای ارتقای سلامت عمومی عمده خدمات این سطح را تشکیل می‌دهد که در چارچوب خدمت‌های واحد پزشکی خانواده اقدامات پیشگیرانه، ارایه درمان‌های اولیه، تجویز دارو، درخواست انجام خدمات پاراکلینیک، درخواست مشاوره، ارجاع بیماران و پیگیری بیماران ارجاعی و همچنین ثبت و ضبط اطلاعات بیماران در پرونده الکترونیک سلامت آن‌ها است که در چارچوب خدمات تیم سلامت و پزشک خانواده شکل می‌گیرد.

هر پزشک خانواده جمعیتی مشخص را (که نباید از حدی معین تجاوز کند) در پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش هر پزشک باید حداقل ۵۰۰ نفر باشد (سه ماهه اول بدون در نظر گرفتن حداقل مجاز سرانه پرداخت می‌شود). تقریباً به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک مرکز مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع که فضای فیزیکی آن می‌تواند متعلق به وزارت بهداشت و یا سایر ارگان‌ها و سازمان‌های بیمه و بخش خصوصی باشد، وجود خواهد داشت که یک یا چند پزشک (در مواردی که پزشکان بخش خصوصی داوطلب ارایه خدمات خود در این مرکز باشند) به همراه تعدادی از اعضای تیم سلامت در مرکز بهداشتی درمانی منطقه مستقر می‌شوند. پزشک مستقر در آن مرکز به عنوان مدیر سلامت منطقه و مسئول فنی شناخته می‌شود.

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

مدیریت سلامت: از پزشک خانواده مسئول مستقر در مرکز خدمات سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع انتظار می‌رود برای اجرای برنامه‌های سلامت کشوری، ارزیابی، مدیریت و کاهش عوامل خطر سلامتی در سطح فردی، خانوادگی و جامعه و نیز انجام وظایف محوله به عنوان مسئول سلامت محله برنامه‌ریزی کند، بر اجرای این برنامه‌ها نظارت کند و هدایت (رهبری) تیم سلامت مستقر در مرکز و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده تحت پوشش را برعهده گیرد. مجموعه این کارها به مدیریت سلامت تعبیر می‌شود.

سطح دو: واحدی تخصصی در نظام سلامت که خدمات درمانی و توان بخشی تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع شدگان از سطح یک قرار می دهد و سپس پزشک خانواده ی ارجاع کننده را از نتیجه کار خویش مطلع می سازد. خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیت های این سطح است.

سطح سه: شامل خدمات درمانی و توان بخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک است. بازخورد خدمات این سطح در اختیار سطح ارجاع کننده و پزشک خانواده وی قرار می گیرد.

۱۰. خدمات سلامتی اورژانس

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

وضعیت اورژانس: دارای دو تعریف عمومی و بالینی است:

تعریف بالینی بیمار اورژانسی: به بیماری گفته می شود که باید بدون فوت وقت و در حداقل زمان ممکن نسبت به ارایه خدمات تشخیصی درمانی برای او اقدام شود و برای بیمار اورژانسی سرعت عمل و زمان در ارایه خدمات درمانی نقشی اساسی دارد (نظیر زایمان، MI،

ضربه مغزی، شکستگی‌های باز، مسمومیت و...).

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

بیمار الکتیو: بیماری که فوریت زمانی برای دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و توان‌بخشی ندارد و می‌تواند برای دریافت خدمات سلامت بر اساس نوبت مراجعه کند.

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

خدمات اورژانس ۱۱۵ کلاً رایگان بوده لیکن هزینه خدمات اورژانس بیمارستانی به صورت فی‌فور سرویس پرداخت می‌شود و سهم بیمه‌ها در پرداخت این هزینه‌ها در موارد تحت‌نظر ۹۰٪، بستری در بیمارستان ۹۵٪ و مراجعات غیرضروری به اورژانس ۷۰٪ تعرفه بخش دولتی خواهد بود. اما در صورتی که فرد مراجعه‌کننده به اورژانس نیازمند خدمات اورژانس نباشد حداقل اقدامات

تشخیصی (برای R/O حالات اورژانس) و حداقل اقدامات درمانی (برای تسکین درد و مشکل) برای او انجام می‌شود (در این موارد ۷۰٪ درصد از هزینه دارو و سایر اقدامات تشخیصی درمانی (به جز ویزیت) از طریق بیمه پرداخت خواهد شد) و به پزشک خانواده خودش هدایت می‌شود. میزان مراجعات غیراورژانس افراد تحت پوشش هر پزشک به اورژانس که می‌تواند نشانه عدم حمایت پزشک از فرد باشد در پایش عملکرد پزشک خانواده لحاظ می‌شود.

تمام ارجاعات و مشاوره‌های درخواست‌شده توسط پزشک اورژانس فقط در خصوص بیماران تحت نظر و بستری نافذ خواهد بود. در موارد غیربستری نمی‌تواند به سطوح ۲ و ۳ ارجاع دهد.

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

مشاوره (تلفنی):

پزشک خانواده موظف است در تمام ساعت شبانه‌روز (به جز ساعات ۱۰ شب تا ۷ صبح که با درخواست ستاد استانی و تأیید ستاد کشوری قابل تغییر است) با در اختیار گذاردن تلفن ثابت و همراه خود به تمام تماس‌های تلفنی افراد تحت پوشش پاسخ داده و نسبت به ارایه مشاوره و راهنمایی لازم اقدام کند.

برای ارایه خدمت در روزهای تعطیل و ساعات غیرفعال برنامه پزشک خانواده

۱- درمانگاه‌های فعلی روزها حسب نیاز و آمادگی به عنوان مرکز یا پایگاه‌ها مجری برنامه پزشک خانواده خدمت خواهند کرد، در این صورت در این ساعات تابع مقررات پزشک خانواده هستند.

۲- به ازاء هر ۳۰ هزار نفر جمعیت این مراکز (فقط ساعت غیربرنامه پزشک خانواده و روزهای تعطیل) با حضور حداقل یک پزشک و دو پرستار/ بهیار در درمانگاه‌های فوق ارایه خدمت خواهند کرد برابر نظر ستاد شهرستان.

۳- انتخاب تمام پزشکان شاغل در این مراکز با تأیید ستاد شهرستان خواهد بود، ترجیحاً این گروه از پزشکان نباید پزشک خانواده باشند و باید اصول معاینه، تشخیص و تجویز دارو را رعایت کنند و بر این اساس ارزشیابی و دریافتی آنان تعدیل شود. این پزشکان باید واجد پروانه دایم بوده و پزشکان خانواده در صورت تأیید ستاد عملیاتی شهرستان می‌توانند در این مراکز خدمت کنند. (حداکثر ۳ شب در ماه). این مراکز باید حداقل امکانات درمانگاه اورژانس را داشته باشند.

۴- پرداخت به این مراکز برای کشیک شب و روزهای تعطیل به صورت FFS خواهد بود.

۵- در موارد استثنا اگر بیمار اجازه دسترسی به پرونده سلامت الکترونیک او را نداد، فقط اقدامات اورژانس را دریافت می‌کند.

۶- در کشیک‌های فوق بابت هزینه‌های خدمات پاراکلینیک، دارو و ویزیت بیماران سهم بیمه برابر ۷۰ درصد تعرفه دولتی خواهد بود.

۷- درمان در این مراکز برای حداکثر ۴۸ ساعت

(اولین دسترسی بعدی به پزشک خانواده بوده مگر آن که مدت تعطیلات بیش از ۴۸ ساعت باشد که حداکثر برابر این مدت خواهد بود) بقیه ادامه درمان به عهده پزشک خانواده فرد است.

۱۲. ارجاع

شبکه ارجاع (نظام ارجاع):

تمام پزشکان خانواده همراه با مراکزی (دولتی یا غیردولتی) که در سطح دوم و سوم به ارایه خدمات بهداشتی، تشخیصی، درمانی و توان بخشی به صورت سرپائی یا بستری می پردازند، شبکه ارجاع را می سازند. تمام این مراکز به عنوان همکاران (اعضاء) شبکه ارجاع خوانده می شوند و ارجاع مجموعه فرایندهایی است که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح سه گانه برای دریافت خدمات مورد نیاز به منظور تامین جامعیت و تداوم خدمات سلامت تعیین می کند. اطلاعات راجع به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت نهایتاً در پرونده سلامت الکترونیک شخص نزد پزشک خانواده یا تیم سلامت از طریق ارسال پس خوراند از سطوح تخصصی تر ثبت می شود. بدیهی است برابر برنامه زمانی که بعداً ارایه خواهد شد تمام ارایه دهندگان خدمت باید اقدامات خود و نتایج حاصل را راساً و به طور مستقیم در پرونده سلامت الکترونیک فرد درج کنند.

تبصره: بیماران خاص و شیمی درمانی و صعب العلاج (برابر لیست مورد تأیید ستاد اجرایی کشوری) برای خدمات درمانی بیماری خاص خود نیاز به ارجاع مکرر نخواهند داشت.

فرم (کاغذی یا فرم الکترونیک) ارجاع: منظور
برگه یا فرمی است که مشخصات، مشکل بیمار،
مداخلات انجام شده و اقدامات درخواستی در آن ثبت و
به استناد آن بیمار به سطوح بالاتر یا فراهم‌کننده دیگری
(در همان سطح) برای دریافت خدمات سلامت مورد نیاز
مراجعه می‌کند.

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

مهم‌ترین ارجاعات:

**ارجاع پزشک خانواده به پزشک متخصص / بیمارستان
عمومی**

ارجاع از متخصص به فوق تخصص: ارجاع مستقیم
پزشک متخصص به پزشک فوق تخصص مقدور نبوده مگر
با اعلام و موافقت (تلفنی) پزشک خانواده یا با بازگشت
از ارجاع و اخذ موافقت حضوری پزشک خانواده. یادآور
می‌شود در ارجاعات فوری و یا در ارجاع به مراکز دولتی
و عمومی، بستری بیمار در بیمارستان به صورت اورژانس
و الکتیو در مسیر ارجاع برابر این دستورالعمل مقدور
خواهد بود.

مشاوره گروهی (معمولاً به صورت کمیسیون‌های
پزشکی) می‌تواند افقی یا عمودی و یا ترکیبی از هر دو
باشد.

مشاوره متخصص با سایر تخصص‌های پزشکی (ارجاع
افقی)

ارجاع بیمار به داروخانه و پاراکلینیک شامل:
آزمایشگاه، تصویربرداری، فیزیوتراپی و... (ارجاع افقی)

ارجاع بیمار توسط پزشک خانواده به مراکز پیراپزشکی که نیروی ارایه‌دهنده خدمت آن برابر این دستورالعمل در تیم سلامت وجود ندارد (شامل: شنوایی‌سنجی و بینایی‌سنجی، تغذیه و روانشناس بالینی) ارجاع بیمار به توان‌بخشی اعم از کاردرمانی، روان‌درمانی، گفتاردرمانی، رفتاردرمانی، فیزیوتراپی می‌تواند، هم توسط پزشک خانواده و هم توسط پزشک متخصص برای بیمار ارجاعی از طرف پزشک خانواده انجام شود.

مشاوره درمانی: استفاده و بهره‌گیری پزشک از نقطه‌نظرات و ایده‌های تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار است. برای مشاوره لزوماً بیمار ارجاع نمی‌شود و شاید فقط اطلاعات بیمار مورد نظر به پزشک مشاور منتقل می‌شود. بدیهی است در مشاوره درمانی، مسئولیت استفاده یا عدم استفاده از نظرات پزشک مشاور بر عهده پزشک مشاوره‌کننده است.

مشاوره پزشکی اجتماعی: مواقعی است که به منظور بهبود شاخص‌های سلامت اجتماعی، یا به هدف رفع مشکل سلامت عمومی، پزشک خانواده موضوع را به پزشک خانواده مسئول منتقل و از آن طریق حسب ضرورت از مداخلات تخصصی، به صورت حضوری یا غیرحضوری استفاده می‌کند. این مشکلات می‌تواند مثل اقدامات لازم در کنترل یک اپیدمی، تغییر عادات تغذیه‌ای و اصلاح شیوه‌های زندگی برای ارتقای شاخص‌های

سلامتی، به‌سازی منابع آب، پژوهش‌های کاربردی و... باشد. اعتبارات و هزینه‌های این دسته از اقدامات باید توسط دانشگاه علوم پزشکی و از محل منابع HSR با اولویت تأمین شود.

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

برگشت مشاوره: در مواردی که مشاوره درمانی یا مشاوره پزشکی اجتماعی انجام می‌شود انتقال و ثبت اطلاعات مشاوره‌ای از نحوه حل مشکل بیمار یا جامعه را، برگشت مشاوره می‌نامیم. این اطلاعات می‌تواند شامل اقدامات لازم برای حل مشکل فرد یا جامعه، یا لزوم ارجاع فرد، نحوه پیگیری موضوع و... باشد.

ارزشیابی مراکز ارایه‌کننده خدمات سلامت: برآورد وضعیت عملکرد مراکز ارایه‌کننده خدمات سلامت به صورت مقطعی و با استفاده از چک‌لیست‌های ارزیابی مبتنی بر شاخص‌های مورد انتظار است.

مرکز هدایت و راهنمایی بیماران callcenter

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

۱۳. مرکز مدیریت، مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده:

این مرکز، سخنگوی رسمی ستاد عملیاتی است در سه سطح شهرستانی، استانی و کشوری با حضور و همکاری تمام صاحبان فرآیند در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ایجاد شده و با داشتن خطوط تلفن، حداقل در تمام ساعت کاری مسئولیت هدایت و راهنمایی رده‌های زیرمجموعه خود را بر عهده دارد به گونه‌ای که واحد شهرستانی این مرکز مسئولیت راهنمایی و

هدایت ارایه‌دهندگان خدمت را بر عهده داشته مسئولیت رسیدگی به شکایات ارایه‌کنندگان از صاحبان فرآیند را بر عهده دارد. منابع مورد نیاز اجرای این قسمت باید توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی تأمین شود.

تبصره: تلفیق مرکز هدایت و راهنمایی بیماران **callcenter** و مرکز مدیریت، مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده در سطح شهرستان بلامانع است.

۱۴. نحوه ارایه خدمات سلامت به مسافران

مسافران در موارد اورژانس مانند سایر بیماران اورژانسی بدون الزام به رعایت نظام ارجاع به مراکز اورژانس مراجعه خواهند کرد. لیکن ساکنین موقت و مسافران می‌توانند به‌طوری که در این دستورالعمل (ماده ۲۰) آمده برای دریافت خدمات با راهنمایی **callcenter** از خدمات پزشکان خانواده یا کشیک تیم سلامت محل سفر استفاده کنند که در این حالات ۳۰٪ فرانشیز را بیمار و ۷۰٪ آن را بیمه به پزشک مذکور پرداخت می‌کنند.

۱۵. استحقاق درمان

افراد بیمه شده (و افراد تحت سرپرستی آنان) در برابر حق بیمه‌ای که ماهانه پرداخت می‌کنند، استحقاق برخوردار شدن از حمایت سازمان بیمه‌گر در درمان خویش یا دیگر مزیت‌های مربوط را می‌یابند. استحقاق درمان محدوده زمانی مشخصی دارد که در حال حاضر با تاریخ اعتبار دفترچه‌های بیمه تعیین می‌شود.

۱۶. پزشک جانشین و پزشک جایگزین

هر پزشک خانواده در هنگام عقد قرارداد باید پزشک خانواده دیگری را به عنوان جانشین خویش معرفی کند تا در شرایط خاص به جای او، مراجعان تحت پوشش را پذیرفته و خدمات سلامتی لازم را برابر دستورالعمل به ایشان ارایه دهد. پزشک جانشین باید از بین پزشکان خانواده همان محله معرفی شود. در صورت نبود پزشک واجد شرایط در همان محله با کسب موافقت ستاد عملیاتی شهرستان پزشک جانشین می‌تواند از بین پزشکان خانواده محله مجاور بر اساس این دستورالعمل انتخاب شود.

تا آن‌جا که ممکن است فاصله جغرافیایی پزشک خانواده و پزشک جانشین او باید کم باشد تا مراجعه به پزشک جانشین برای مردم دشواری پدید نیآورد. ستاد عملیاتی شهرستان نظارت بر این امر را بر عهده دارد. استفاده پزشک خانواده از پزشک جانشین به طور میانگین ۲٫۵ روز در ماه معادل ۲۰ ساعت کاری با هماهنگی ستاد عملیاتی است. و در هر نوبت و در هر ۶ ماه نمی‌تواند بیش از ۱۵ روز از پزشک جانشین استفاده کند. در صورتی که به هر علت پزشک خانواده نخواهد و یا نتواند بیش از ۱۵ روز در محل کار خود به ارایه خدمت بپردازد با هماهنگی ستاد عملیاتی از یک پزشک واجد شرایط به طور موقت به عنوان پزشک جایگزین در همان محل استفاده خواهد شد. مدت استفاده از پزشک جایگزین حداکثر دو ماه در هر سال خواهد بود. چنان‌چه پزشک خانواده بیش از این مدت (دو ماه

در سال) در محل ارایه خدمت حضور نداشته باشد، در صورت وجود پزشک واجد شرایط، ستاد عملیاتی باید ایشان را از برنامه حذف کرده و پزشک جدید را به برنامه وارد کند. در غیر این صورت باید به گونه‌ای که ارایه خدمات به مردم مختل نشود حسب صلاحدید و مقررات تصمیم‌گیری کند.

هر پزشک خانواده می‌تواند حداکثر به عنوان جانشین دو پزشک خانواده معرفی شود. با این حال هر پزشک خانواده (جانشین) در هر زمان می‌تواند فقط به جانشینی از یک پزشک خانواده ارایه خدمت کند و عدم حضور دو پزشک خانواده که یک پزشک را به عنوان پزشک جانشین معرفی کرده اند، مقدور نیست.

از آن‌جا که در زمان مجاز استفاده از خدمت پزشک جانشین و جایگزین، هم‌چنان سرانه به پزشک اصلی پرداخت می‌شود، لذا جبران خدمت پزشکان جانشین و جایگزین در این مدت به عهده پزشک خانواده اصلی خواهد بود.

۱۷. تداوم خدمات و جامعیت خدمات

ارتباط دوسویه و مستمر میان پزشک خانواده و کسی که او را به عنوان پزشک خویش انتخاب کرده است سبب میشود مراقبت از او پیوستگی یابد و به سادگی قطع نشود. حفظ تداوم خدمات از مسئولیت‌های پزشک خانواده از جمله موارد مهمی است که از او انتظار می‌رود. رابطه مبتنی بر اعتماد متقابل بین پزشک و بیمار پایه تشخیص و درمان است و در مراجعات متعدد، صرف زمان و با اقدامات حرفه‌ای پزشکی ایجاد می‌شود. از جمله

اقداماتی که به این تداوم خدمت کمک کرده و از وظایف پزشک است عبارتند از: ارایه مشاوره تلفنی به افراد تحت پوشش با ثبت موارد آن در پرونده الکترونیک بیمار، دقت در تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و استفاده از آن در هر ویزیت و مراقبت به منظور ارتقای کیفیت خدمات، نظارت بر ارایه خدمات سلامت توسط سایر اعضای تیم سلامت و نیز پیگیری فعال بیماران ارجاعی، ارایه تمام خدمات سلامتی برابر برنامه‌های سلامت کشوری به افراد تحت پوشش به طور فعال با استفاده از تلفن و سیستم پیام کوتاه و در صورت عدم مراجعه فرد پیگیری از طریق **callcenter** و

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

۱۸. ثبت نام

در هر شهری که برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اجرا می‌شود، هر یک از افراد تحت پوشش یکی از بیمه‌های پایه حق دارند یکی از پزشکان خانواده را که توسط ستاد عملیاتی معرفی می‌شوند (شرایط و فرآیند شناسایی و معرفی پزشکان توسط بیمه‌ها و ستاد در ادامه خواهد آمد) به عنوان پزشک خانواده خود انتخاب کنند و با ثبت نام نزد آن پزشک، علاقه‌مندی خود را اعلام دارند. شخص می‌تواند تا دو بار در سال نظر خود

را تغییر دهد و پزشک خانواده خود را عوض کند. فاصله دو بار تغییر پیاپی هیچ‌گاه نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص با نظر ستاد شهرستان این مدت قابل کاهش است.

۱۹. محله، محدوده دسترسی و جامعه تحت پوشش

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

محدوده دسترسی به پزشک خانواده: خانوارها باید پزشک خانواده خود را از بین پزشکانی که حداکثر در فاصله ۱,۵ کیلومتری محل زندگی یا کار ایشان مستقر هستند انتخاب کنند. ستاد شهرستان با هماهنگی ستاد استان می‌تواند در صورت ضرورت این فاصله را تعدیل کند و مردم موظف به انتخاب پزشک خانواده خود در همان شعاع هستند. همچنین در شرایطی که در محدوده ۱,۵ کیلومتری محل خانوار پزشک واجد شرایط وجود نداشته باشد با نظر ستاد شهرستان می‌توان از محدوده مجاور پزشک را انتخاب کرد.

پزشک خانواده مسئول، علاوه بر جمعیت تحت پوشش،

مسئولیت‌هایی در برابر سلامت عمومی از جمله سلامت محیط، مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، مدارس و دیگر اماکن عمومی نیز دارد که از آن‌ها به عنوان محله تحت پوشش پزشک خانواده مسئول یاد می‌شود.

محدوده دسترسی به خدمات سطح دو و سه:

معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی دستورالعملی که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می‌رسد، مسیر مشخصی برای دسترسی حداکثری مردم برای ارجاع به سطح دو و سه را طراحی و ارایه کرده است.

جمعیت تحت پوشش: در مناطق مجری، هر خانوار بر اساس نظر سرپرست خانوار، یکی از پزشکان خانواده مرکز مجری برنامه پزشک خانواده یا پایگاه پزشک خانواده نزدیک محل سکونت را به عنوان پزشک خانواده انتخاب و نزد او ثبت نام خواهد کرد. کسانی که نزد پزشک خانواده ثبت نام می‌کنند جمعیت تحت پوشش او به حساب می‌آیند. با توجه به واقعیت‌های جامعه، جمعیت تحت پوشش هر پزشک اندازه‌ای محدود دارد تا پزشک بتواند به همه مسئولیت‌های خود در برابر آنان عمل کند.

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

هر فرد خارج از شهرستان محل استقرار پزشک خانواده خود در موارد اورژانس بدون هیچ مانعی به

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

تعدادی از برگه های دفترچه بیمه به ترتیبی که بیمه ها اعلام می کنند به عنوان برگه سفر در نظر گرفته می شود. در دفترچه های جدید که در آینده صادر خواهد شد برگ سفر اختصاصی درج خواهد شد.

یادآور می شود ارایه خدمات غیراورژانس به این دسته از بیماران با کسب مجوز دسترسی (از بیمار) به پرونده الکترونیک فرد مقدور بوده و باید تمام اقدامات گروه پزشکی در پرونده فرد منعکس شود.

۲۰. فرانشیز

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

فصل دوم:

بسته خدمات سلامت

۲۱. بسته خدمات سلامت:

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

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

- نوزادان و کودکان
 - نوجوانان و جوانان
 - میان سالان
 - سالمندان
 - مادران باردار
- هستند و خدمات سلامت باید بر اساس حیطه‌های محیط خانواده، محیط عمومی جامعه و محیط‌های جمعی به گروه‌های هدف ارایه شود.

۲۳. راهنمای بالینی ارایه خدمات استاندارد:

- خدمات مورد نیاز مراجعین با اختلالات و شکایات زیر در قالب راهنماهای مربوطه ارایه خواهد شد.
 - آکنه
 - رنیت آلرژیک
 - اضطراب
 - نارسایی قلب
 - سردرد

- کم کاری تیروئید
- افسردگی
- درد گردن
- استئوآرتریت
- اوتیت گوش میانی
- پنومونی
- صرع
- سینوزیت
- سنکوپ
- خونریزی دستگاه گوارش فوقانی
- و سایر موارد مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

راهنمای ارجاع بین سطوح سه گانه:

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

۲۴. بسته خدمات تیم سلامت

الزامات بسته خدمت:

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

♦ **حفظ جامعیت و یک‌پارچگی خدمات در ارایه و دسترسی به بسته خدمت:**

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

۲. ارایه دهنده خدمت باید قابلیت لازم را بر اساس لزوم حفظ جامعیت خدمت دارا بوده تا بتواند تمام خدمات پیش‌بینی شده را با حداقل مراجعه‌گیرنده خدمت به واحد ارایه‌کننده خدمت بر اساس بسته خدمت ارایه کند.

۳. توجه خاص بر هزینه اثربخشی و هزینه فایده بودن خدمات در بسته خدمت

۴. استانداردهای استقرار واحدهای ارایه‌کننده داروخانه و پاراکلینیک برابر ضوابط موجود

خدمتها و مراقبت‌هایی که در سطح یک، برای اعضای

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

الف- مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش

ب- آموزش و ارتقای سلامت

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارایه خدمات سلامت

د- پذیرش موارد ارجاعی و ارایه پس خوراند مناسب

ه- درمان اولیه و تدبیر فوریتهای

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

به سطح بالاتر

ز- دریافت پس خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات

مورد نیاز بر اساس پس خوراند.

الف- مدیریت سلامت:

- شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
- شناسایی معضلات و مشکلات بهداشتی منطقه تحت پوشش

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

ب- آموزش و ارتقای سلامت

- آموزش سلامت

- ترویج شیوه زندگی سالم

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

- مراقبت از کودکان

۱. با تأکید بر پیش‌گیری از بیماری‌ها و مخاطرات

شایع دوران نوزادی و کودکی با توجه به

اولویت‌ها و آموزش صحیح به والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع، پیش‌گیری از بروز عوارض و ناتوانی‌های احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع

۲. در هر بار مراجعه برای انجام مراقبت‌های جاری انجام ارزیابی (به شرح زیر)، انجام توصیه‌ها و اقدامات لازم

۳. مراقبت نوزادان (در دوره‌های سنی ۳-۵ روز، ۱۴-۱۵ روز، ۳۰-۴۵ روز)

● غربال‌گری هیپوتیروئیدی نوزادی

● ارزیابی از نظر توانایی شیرخوردن، مشاهده تنفس تند، باز و بسته شدن سریع (پرش) پره‌های بینی، توکشیده شدن قفسه‌سینه و ناله کردن

● ارزیابی از نظر حال عمومی (کاهش سطح هوشیاری، بی‌قراری و تحریک‌پذیری، تحرک کمتر از معمول و بی‌حالی، برآمدگی ملاج، درجه حرارت بالا یا پایین، رنگ پریدگی شدید، سیانوز، زردی)

◀ مراقبت‌های از کودکان سالم (در دوره‌های سنی ۲ ماهگی، ۴ ماهگی، ۶ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۱۵ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی، ۳ سالگی، ۴ سالگی، ۵ سالگی، ۶ سالگی)

■ ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت عمومی (توانایی شیرخوردن، تنفس، علائم حیاتی، رفلکس‌ها و...)

■ ارزیابی و کنترل کودک از نظر زردی (زیر ۲ ماه)

■ ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت وزن،
قد و دورسر

■ ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه

■ ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت بینایی

■ ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تکامل

■ ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت

واکسیناسیون و مصرف مکمل‌های دارویی

■ ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت سلامت

دهان و دندان

◀ انجام مراقبت‌های درمانی برای کودکان بیمار با

رعایت استانداردهای ارائه شده در برنامه مراقبت‌های

ادغام یافته ناخوشی‌های اطفال

■ عفونت‌های موضعی، اسهال، کنترل مشکل

شیرخوردن، سرفه، ناراحتی گوش، گلودرد،

تب، کنترل کم وزنی، مشکل تغذیه

■ تشخیص افتراقی خواب‌آلودگی، کاهش سطح

هوشیاری یا تشنج

■ تشخیص افتراقی تنفس مشکل همراه با و

بدون ویز

■ تشخیص افتراقی تب با و بدون علائم موضعی

◀ مراقبت‌های ادغام یافته سلامت نوجوانان و جوانان

(گروه سنی ۶ تا ۲۵ سال)

■ در دوره‌های سنی بدو ورود به مدرسه، ۱۰

سال، ۱۲ سال، ۱۵ سال، ۱۸ سال، ۲۱ سال و

۲۴ سال و با تأکید بر پیش‌گیری از بیماری‌ها

و مخاطرات شایع دوران نوجوانی و جوانی با

توجه به اولویت‌ها و آموزش صحیح به فرد و

والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماری‌ها و اختلالات ایجاد شده، پیش‌گیری از بروز عوارض و ناتوانی‌های احتمالی، درمان عوارض ایجادشده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع:

■ مشارکت در انجام سنجش سلامت در بدو ورود به مدرسه، سال اول راهنمایی و سال اول دبیرستان

■ پیش‌گیری و مراقبت فرد از نظر چاقی و اضافه وزن

■ پیش‌گیری، تشخیص و درمان کم‌خونی

■ پیش‌گیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی

■ پیش‌گیری، تشخیص و درمان اختلالات شنوایی

■ پیش‌گیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی (شامل اختلالات سایکوتیک حاد و

مزمن، افسردگی، دوقطبی، اضطراب جدایی، پانیک، وسواس جبری، هراس اجتماعی، تیک،

پرخاشگری، بیش‌فعالی و نقص توجه، رشد، ارزیابی رشد و تکامل، تعامل مادر و کودک،

عقب‌ماندگی ذهنی، صرع و اختلال فراگیر رشد)

■ پیش‌گیری، تشخیص و درمان عفونت‌های پوستی

■ پیش‌گیری، تشخیص و درمان آسم، آلرژی و سینوزیت

■ پیش‌گیری، تشخیص و درمان آسیب‌ها و صدمات

- پیش‌گیری، تشخیص و درمان سل
- آموزش فعالیت فیزیکی و تحرک بدنی
- آموزش تغذیه مناسب
- آموزش پیش‌گیری از سوء مصرف مواد
- آموزش پیش‌گیری از رفتارهای پرخطر
- آموزش پیش‌گیری از استعمال دخانیات
- کنترل و انجام واکسیناسیون توأم ۱۶-۱۴

سالگی

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

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

- پیش‌گیری، تشخیص و درمان فشار خون
- پیش‌گیری، تشخیص و درمان دیابت
- پیش‌گیری، تشخیص و درمان چاقی
- پیش‌گیری، تشخیص و درمان دیس لیپیدمی
- آموزش پیش‌گیری و کنترل استعمال دخانیات
- پیش‌گیری، تشخیص و درمان افسردگی
- پیش‌گیری، تشخیص و درمان اختلالات دوقطبی
- پیش‌گیری، تشخیص و درمان اختلالات

اضطرابی

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

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

● پیش‌گیری، تشخیص و درمان آنژین صدری و

سکته‌های قلبی و مغزی

● پیش‌گیری، تشخیص و درمان اختلالات ناشی از

فشارخون بالا

● پیش‌گیری، تشخیص و درمان اختلالات تغذیه‌ای،

سوءتغذیه، لاغری و چاقی

● پیش‌گیری، تشخیص و درمان دیابت

● پیش‌گیری، تشخیص و درمان سقوط و عدم تعادل

● پیش‌گیری، تشخیص و درمان افسردگی

● پیش‌گیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی

● پیش‌گیری، تشخیص و درمان اختلالات خواب

● پیش‌گیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان

● پیش‌گیری، تشخیص و درمان سل

● پیش‌گیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی

و شنوایی

◀ مراقبت‌های ادغام‌یافته سلامت مادران باردار

■ مشاوره پیش از بارداری

■ دوران بارداری (اولین ملاقات بارداری)

■ انجام ارزیابی‌های معمول، بررسی از نظر وجود

علائم خطر، معاینه چشم، دندان، پوست و...

■ اندازه‌گیری قد، وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم،

- شنیدن صدای قلب جنین، لمس حرکت جنین
- تجویز مکمل‌های دارویی (اسید فولیک، آهن، مولتی ویتامین)
- آموزش (بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، عدم مصرف دارو و مواد مخدر، عدم کشیدن سیگار و دخانیات، عدم مصرف الکل، تغذیه و مکمل‌های دارویی، شکایت شایع، علائم خطر، فواید و آمادگی و محل مناسب زایمان طبیعی، شیردهی، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد)
- ترسیم جدول وزن‌گیری
- توجه به تاریخ تقریبی زایمان
- ایمن‌سازی با واکسن توأم در صورت نیاز طبق دستورالعمل کشوری
- ارجاع برای انجام آزمایش معمول
- ارجاع برای انجام سونوگرافی معمول در دو نوبت
- مشاوره تنظیم خانواده در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری
- تزریق رگام در مادر ارهاش منفی با همسر ارهاش مثبت
- شناسایی مادر در معرض خطر
- ارجاع مادر عارضه‌دار به سطوح بالاتر (در صورت نیاز)
- ارجاع و معرفی مادر برای شرکت در کلاس‌های آمادگی برای زایمان
- پیگیری و دریافت پس‌خوراند (در صورت نیاز)

- ثبت خدمات
- رایانه آموزش‌های فردی یا گروهی
- 0 زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل
- 0 زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در واحد تسهیلات زایمانی
- 0 دوران پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول تا ۶ هفته پس از زایمان) – ملاقات اول و دوم
- ◀ تنظیم خانواده و جمعیت
 - انجام مشاوره و رایانه خدمت قبل از ازدواج: زنان و مردان در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال)
 - انجام مشاوره و رایانه خدمت حین ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آن‌ها در این سنین هستند
 - انجام مشاوره و رایانه خدمت بعد از ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آن‌ها در این سنین هستند
 - بررسی و تعیین مناسب‌ترین شیوه پیش‌گیری از بارداری برای هر زوج
 - انجام مراقبت‌های لازم حین استفاده از روش انتخابی متناسب با هر روش
 - ارجاع موارد مورد نیاز و پیگیری نتیجه ارجاع
- ◀ مراقبت و درمان بیماری‌های خاص (لزوم پیش‌گیری از این بیماری‌ها و ابتلا به آن‌ها ارتباطی با سن افراد ندارد) با اولویت و شیوع بیماری در منطقه آموزش افراد جامعه برای شناخت بیماری و راه‌های پیش‌گیری از ابتلا به آن، شناخت موارد مشکوک،

انجام اقدامات مناسب برای تشخیص به موقع بر اساس دستورالعمل‌های موجود، ارجاع موارد مورد نیاز به ارجاع و پیگیری نتیجه ارجاع

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

د- سلامت محیط و کار

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

◀ سلامت محیط خانوار

- ابتکارات جامعه محور (CBI)
- ایمنی غذا (بهداشت مواد غذایی، سیستم پخت و پز مناسب)
- سوانح و حوادث
- محیط فیزیکی مسکن

◀ سلامت محیط های جمعی

- سلامت محیط های زندگی جمعی (پادگان، پرورشگاه، خوابگاه، زندان، سرای سالمندان)
- سلامت محیط های بهداشتی درمانی (بیمارستان، کلینیک تخصصی، کلینیک های دامپزشکی، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز پرتوشناسی، مطب)
- سلامت محیط های آرایشی و بهداشتی
- سلامت محیط های تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی

■ سلامت محیط‌های آموزشی

■ سلامت محیط‌های فرهنگی و تفریحی

◀ سلامت محیط کار

■ بهداشت حرفه‌ای

■ ارایه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به کارگران

■ ایجاد ایستگاه‌های بهرگر

■ پیش‌گیری و مراقبت از بیماری‌های شغلی

■ پیش‌گیری و مقابله با عوامل فیزیکی و

شیمیایی محیط کار

ج- درمان اولیه و تدبیر فوریته‌ها (در مواردی که راهنمای عملکرد بالینی تدوین شده ارایه خدمات بر اساس راهنما و در مواردی که راهنمای بالینی تهیه و ابلاغ نشده است، ملاک تشخیص و درمان و نیاز به ارجاع نظر پزشک خانواده است).

◀ ویزیت

■ مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال

■ معاینه (جسمی-روانی)

■ ارزیابی علائم و نشانه‌ها و طراحی مسیر

تشخیص

■ تدوین و اجرای برنامه درمانی

■ ثبت تمام داده‌ها در پرونده فرد

◀ انجام خدمات پرستاری نظیر تزریقات و وصل سرم

در سرانه پزشک خانواده و تیم سلامت منظور شده و

رایگان ارایه می‌شود ولی مواد مصرفی (سرنگ و ست

سرم) توسط گیرنده خدمت تأمین خواهد شد.

◀ اقدامات و مداخلات ساده جراحی و بالینی: شامل

خدماتی (غیر اورژانس) است که بر حسب مهارت و

تمایل پزشک خانواده انجام می شود، و متضمن پرداخت تعرفه دولتی بوده که ۳۰ درصد آن توسط مراجعه کننده و ۷۰ درصد آن توسط بیمه ها قابل پرداخت خواهد بود. (فهرست این خدمات مطابق فهرست سازمان های بیمه خواهد بود)

■ واکتومی بدون تیغ جراحی (برابر ضوابط وزارت بهداشت)

■ ختنه

■ کشیدن ناخن

■ برداشتن خال و لیپوم و زگیل (در موارد غیر زیبایی)

■ نمونه برداری از پوست و مخاط

■ کاتتریزاسیون ادراری

■ آتل بندی شکستگی ها

■ شستشوی گوش

■ خارج کردن جسم خارجی

■ کار گذاشتن لوله معده و رکتوم

◀ فوریت ها

■ انجام احیاء قلبی ریوی

■ لوله گذاری تراشه

■ اقدامات اولیه در مسمومیت ها

■ اقدامات اولیه در اورژانس های تنفسی

■ اقدامات اولیه در بیماران مصدوم

■ اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی

برای انتقال مجروح به سطوح بالاتر برای ادامه درمان

■ بخیه و دبریدمان زخم ها

۱.۲۵. ارجاع

- ◀ ارجاع مراجعان نیازمند به خدمات تکمیلی به سطوح بالاتر
- ◀ پیگیری بیماران و خدمات مورد نیاز مراجعان
- ◀ پیگیری دریافت بازخورد از سطوح پذیرنده ارجاع
- ◀ تنظیم و ارائه گزارش‌های مورد نیاز
- ◀ تبادل اطلاعات یا هماهنگی برای فرستادن پرونده‌ی فرد یا افراد تحت پوشش به یکی دیگر از پزشکان خانواده

فصل سوم:

نیروی انسانی و فضای فیزیکی
مورد نیاز در سطح اول

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

«بسته خدمت» که در مرکز و پایگاه خدمات سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع باید توسط اعضای تیم سلامت ارایه شود.

زمان سنجی هر کدام از این خدمات. خدماتی که در بخش دولتی یا بخش خصوصی (از جمله خدمات تشخیص و درمان) ارایه می شود.

استانداردهای فیزیکی محل ارایه خدمت:

● محل استقرار واحد ارایه خدمت در سطح اول:

□ محل استقرار پزشک خانواده در شهر

حداکثر ۱,۵ کیلومتر از محل سکونت فرد

فاصله خواهد داشت.

□ تبصره: ستاد شهرستان با هماهنگی

ستاد استان می تواند در صورت ضرورت

این فاصله را تعدیل کند.

● پایگاه پزشک خانواده همان مطب پزشک

عمومی که واجد استانداردهای جاری وزارت

بهداشت بوده و برای استقرار و ارایه خدمت

ماما یا پرستار یک اتاق اضافه دارای تجهیزات

لازم با امکان رعایت طرح انطباق و حریم

خصوصی افراد باشد.

□ مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه

پزشک خانواده و نظام ارجاع محل

استقرار پزشک خانواده مسئول و قسمت

بهداشت عمومی تیم سلامت مثل کاردان/
کارشناس بهداشت محیط و خانواده و... و
پایگاه پزشک خانواده ضمیمه است.

۰ شرایط فیزیکی محل ارایه خدمت مرکز مجری
برنامه پزشک خانواده و پایگاه‌های ضمیمه و
غیرضمیمه و شبانه روزی آن در سطح اول:
برابر ضوابطی خواهد بود که حسب مورد توسط
معاونت بهداشت و درمان وزارت بهداشت اعلام
شده یا می‌شود.

□ سطح دوم و سوم (سرپایی): برابر مقررات
وضع شده مربوط به صدور پروانه‌ها

□ محل استقرار واحد ارایه خدمت و شرایط
فیزیکی محل ارایه خدمت و تجهیزات و
نیروی انسانی مورد نیاز در سطح دوم و
سوم (بستری): برابر مقررات وضع شده
در برنامه مدیریت منابع ساختاری درمان
بستری کشور (سطح‌بندی خدمات درمان
بستری)

ترکیب و تعداد اعضای تیم سلامت برای پوشش ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت

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

با توجه به ردیف ۲ و ۵ جدول فوق در هر پایگاه و مرکز به ازای هر پزشک یک ماما یا یک پرستار تمام وقت به کارگیری می‌شود (بدیهی است در مواردی که پزشک خانواده مرد است به کارگیری ماما در این جایگاه الزامی است).

❖ خدمات روانشناس بالینی و کارشناس تغذیه بصورت FFS از محل دفتر کار ایشان یا مرکز مجری، حسب درخواست پزشک خانواده صرفاً در قالب مشاوره توسط بیمه‌ها خریداری می‌شود.

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

فصل چهارم:

پشتیبانی برنامه پزشک خانواده
و نظام ارجاع

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

۲۶. اعضای ستاد ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:

- ۱- رئیس جمهور (رئیس ستاد)
 - ۲- معاون اول (جانشین رئیس ستاد)
 - ۳- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر ستاد)
 - ۴- وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی
 - ۵- معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
 - ۶- وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
 - ۷- رئیس کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره)
 - ۸- معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مسئول دبیرخانه ستاد ملی)
- تبصره:** وظایف ستاد ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع به شرح زیر می باشد:

- سیاست گذاری و تعیین راهبردهای مورد نیاز در اجرای برنامه (فنی، اجرایی و پشتیبانی و ...)
- تعیین راه کارهای مناسب به منظور تأمین و تخصیص منابع مورد نیاز برای اجرای مناسب برنامه
- نظارت بر عملکرد سازمان های ذیربط و ستادهای استانی و شهرستانی در اجرای برنامه با تشکیل کمیته های نظارتی
- جلب حمایت های مورد نیاز قانونی و مدیریتی
- تصمیم گیری در موارد ارجاعی از طرف ستاد اجرایی

۲۷. اعضای ستاد هماهنگی کشوری:

- ۱- معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)
 - ۲- معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 - ۳- معاون رفاه اجتماعی وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی (دبیر و مسئول دبیرخانه ستاد هماهنگی)
 - ۴- معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
 - ۵- مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی
 - ۶- مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی
 - ۷- مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمان نیروهای مسلح
 - ۸- مدیرکل بهداشت بیمه‌های اجتماعی و درمان کمیته امداد حضرت امام (ره)
 - ۹- رئیس کل سازمان نظام پزشکی
 - ۱۰- رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت
- تبصره:** وظایف ستاد هماهنگی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- تعیین تعداد و عناوین کمیته‌های تخصصی مورد نیاز
 - بازدید از عملیات اجرایی در استان‌ها و حفظ ارتباط پیوسته با عرصه‌های پایلوت
 - نظارت بر طرح‌های پژوهشی مرتبط
 - تصویب ترکیب اعضای کمیته‌های مورد نیاز برای اجرای برنامه
 - سفارش انجام بررسی‌ها و مطالعه‌های مختلف و استفاده از نتایج آن‌ها برای تدوین سیاست‌ها یا مداخله‌های مورد نیاز و پیشنهاد این سیاست‌ها یا

مداخله‌ها به ستاد ملی

- تدوین گزارش‌های تحلیلی
- جلب هم‌کاری صاحب‌نظران و ذی‌نفعان برنامه از طریق اعضای واحد کشوری یا کمیته‌های فنی مربوط به هر مدیریت
- نظارت بر پیشرفت برنامه‌ها و عملیات
- ارزیابی فعالیت‌هایی که توسط مدیران برنامه‌های چهارگانه در سطح ملی یا در عرصه‌های پایلوت به اجرا گذارده می‌شود.
- ظرفیت‌سازی

۲۸. اعضای ستاد اجرایی کشوری:

- ۱- رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (رئیس ستاد)
- ۲- مدیرکل دفتر بیمه‌های درمان وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی (دبیر ستاد)
- ۳- مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
- ۴- مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت
- ۵- رئیس امور اجتماعی معاون بودجه معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور
- ۶- معاون بیمه درمان یا رئیس مرکز خرید راهبردی خدمات سلامت سازمان بیمه خدمات درمانی
- ۷- معاون حمایت و سلامت یا مدیرکل بهداشت و درمان کمیته امداد امام خمینی (ره)
- ۸- معاون درمان سازمان بیمه خدمات درمانی

نیروهای مسلح

۹- معاون درمان (یا مدیرکل درمان غیرمستقیم/
مستقیم) سازمان تامین اجتماعی

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

● تهیه و تدوین فرایندهای اجرایی و
دستورالعمل‌های مربوطه در سطح ملی،
استانی و شهرستانی

● تصویب ترکیب اعضا و شرح وظایف ستادهای
استان و شهرستان

● تعیین ترکیب اعضا و شرح وظایف
کمیته‌های استانی و شهرستانی مورد نیاز
برای اجرای برنامه (ترکیب اعضای کمیته‌ها
متناسب با کمیته‌های ملی بوده و اختیار
انتخاب درصدی از اعضا حسب نیاز به عهده
استان گذاشته شود)

۲۹. ستاد راهبردی استان:

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

مرکز بهداشت استان خواهد بود.

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

وظایف ستاد راهبردی استان شامل موارد زیر است:

۰ هماهنگی اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام

ارجاع در سطح استان برابر دستورالعمل‌های

کشوری

۰ انجام هماهنگی‌های مورد نیاز (در قالب برنامه

عملیاتی) برای اجرای سیاست‌های ابلاغی از

سوی ستاد ملی (فنی، اجرایی و پشتیبانی و ...)

۰ تأمین و تخصیص منابع مورد نیاز برای کمک

به اجرای مناسب‌تر برنامه

۰ بررسی چالش‌ها و پیشنهاد راه کارهای مناسب

برای برطرف کردن مشکلات به ستاد اجرایی

کشوری

۰ آرایه پس‌خوراند به ستاد ملی

۳۰. ستاد اجرایی استان

ترکیب ستاد عملیاتی استان شامل:

۱. رییس دانشگاه (رییس ستاد)،

۲. معاون بهداشتی و رییس مرکز بهداشت استان

(جانشین رئیس و دبیر ستاد)،

۳. معاون درمان دانشگاه،

۴. رییس گروه توسعه شبکه استان،

۵. مدیرکل بیمه خدمات درمانی استان

۶. مدیر درمان تأمین اجتماعی استان

۷. رئیس شعبه بیمه نیروهای مسلح

۸. رئیس کمیته امام (ره)

۹. رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی استان

تبصره: کمیته‌های اجرایی پیشنهادی در سطح استان‌ها به شرح زیر است:

۰ کمیته فرهنگی و تبلیغات و اطلاع‌رسانی عمومی

۰ کمیته آمار و فن‌آوری اطلاعات

۰ کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع مالی و

غیرمالی

۰ کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی

۰ کمیته پایش و نظارت

۳۱. ستاد اجرایی شهرستان

این ستاد با ترکیب:

۱. فرماندار (رئیس ستاد)،

۲. رئیس شبکه (جانشین رئیس ستاد و دبیر ستاد)،

۳. رئیس مرکز بهداشت شهرستان،

۴. معاون درمان شبکه شهرستان (در شهرستان تک

بیمارستانی رئیس بیمارستان)،

۵. نماینده هر یک از سازمان‌های بیمه‌گر شهرستان،

۶. مسئول واحد توسعه شبکه شهرستان

تبصره: وظایف ستاد عملیاتی شهرستان به شرح زیر

خواهد بود:

۱. تحلیل وضعیت موجود

۰ واحدهای ارائه خدمت

۰ تعداد و نوع واحدها در بخش دولتی و غیردولتی

- 0 نیروی انسانی موجود (ترکیب و تعداد) در بخش دولتی و غیردولتی
- 0 تطبیق فضای فیزیکی و تجهیزات موجود بخش دولتی و غیر دولتی برابر ضوابط وزارت بهداشت

۲. سازماندهی لازم برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده و تیم سلامت:

- 0 تعیین وظایف واحدهای مرتبط ستادی شهرستان در استقرار و آرایه خدمات تیم سلامت با توجه به مصوبات ستاد هماهنگی شهرستان
- 0 برآورد و توزیع منابع مورد نیاز برای راهاندازی مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شامل فضا، تجهیزات، نیروی انسانی و منابع مورد نیاز برای فعالیت های اجرایی نظام آرایه خدمات سلامت در شهرستان با بیشترین استفاده از امکانات موجود (در شبکه‌ها، سازمان‌های بیمه‌گر و بخش غیردولتی)
- 0 راهاندازی مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه‌های مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و استقرار تیم‌های سلامت

۳. تحلیل وضعیت سلامت شهرستان: (Health Profile)

- 0 ساختار جمعیت

- 0 وضعیت سنی، جنسی، اشتغال، بیمه
- 0 ترسیم وضعیت سلامت شهرستان
- 0 ایجاد نظام یک پارچه اطلاعات نظام سلامت در سطح شهرستان.

- ۴. ترسیم وضعیت مطلوب شهرستان به منظور هدف گذاری عملیات اجرایی بر اساس توان شهرستان
- ۵. تدوین برنامه عملیاتی شهرستان
- ۶. تدوین نظام پایش و ارزشیابی
- ۷. هماهنگی آموزش همگانی، برقراری ارتباط و اطلاع رسانی

برقراری ارتباط با مسئولان سیاسی و مذهبی شهرستان و جلب حمایت آنان با استفاده از دستورعمل - ها و متن هایی که واحد کشوری در اختیار می گذارد. آگاه سازی مردم از آرمان ها و اهداف نظام ارایه خدمات سلامت و پزشکان خانواده با استفاده از همه وسایل ارتباط جمعی و سایر امکانات استانی و شهرستانی

۸. هماهنگی برای آموزش نیروی انسانی

- 0 آموزش کارشناسان شبکه شهرستان و سازمان های بیمه گر درباره آیین نامه براساس دستورعمل های ستاد اجرایی نظام ارایه خدمات سلامت و شورای استانی نظام ارایه خدمات سلامت
- 0 برقراری ارتباط، اطلاع رسانی و بازآموزی پزشکان، به ویژه پزشکان عمومی شهرستان درباره آرمان ها و هدف های نظام ارایه خدمات سلامت و نیز آموزش نحوه اجرای آیین نامه سطح بندی و نظام ارجاع و

تبیین نقش جامعه پزشکی در این زمینه.

۹. اعلام آغاز طرح و شرایط هم‌کاری و ثبت‌نام پزشکان با ستاد عملیاتی شهرستان.

ثبت‌نام و تشکیل پرونده برای پزشکان واجد شرایطی که اعلام آمادگی کرده‌اند.

صدور مجوز کار پزشکان خانواده پس از اعلام آمادگی آنان و اعلام فهرست آنان به ستاد عملیاتی شهرستان اعلام عام به مردم برای انتخاب پزشک خانواده خود و ثبت‌نام در نزد پزشک خانواده.

۱۰. هدایت عملیات اجرایی طرح در شهرستان...

۱۱. پایش عملکرد پزشکان، تیم سلامت

۱۲. پیش‌بینی ساز و کار تلفیق نتایج پایش‌های مجزای انجام شده توسط واحدهای مختلف

۱۳. فراهم کردن شرایط اجرای تمام دستورالعمل‌های ابلاغی از سوی ستاد ملی و استانی

۱۴. نظارت بر عملکرد ادارات ذی‌ربط در اجرای برنامه

۱۵. حمایت‌های مورد نیاز قانونی و مدیریتی در اجرای برنامه

۱۶. بررسی چالش‌ها و تعیین راه‌کارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات اجرای برنامه و هماهنگی با ستاد استانی

کمیته‌های اجرایی پیشنهادی و شرح وظایف آن‌ها:

● کمیته اطلاع‌رسانی و روابط عمومی

● تدوین برنامه‌های آموزشی عموم مردم

- هماهنگی با شورای شهر
- هماهنگی با هیات امناء و بخشدارها
- سایر هماهنگی درون و برون بخشی مورد نیاز
- آگاه سازی جامعه و شناسایی طرح به مردم

0 کمیته آمار و فناوری اطلاعات

- فراهم آوری زیرساخت مورد نیاز برای استقرار و توسعه پرونده الکترونیکی سلامت
- استقرار نظام اطلاعات شهرستان
- تحلیل داده ها و گزارش های دریافتی
- ارزیابی گزارش های مورد نیاز به ستاد عملیاتی شهرستان
- (تعیین ملزومات) آموزش نیروی انسانی برای کاربردی شدن پرونده الکترونیکی سلامت
- پشتیبانی از سیستم های اطلاعاتی و کاربران آنها
- به روزرسانی سیستم های اطلاعاتی

0 کمیته آموزش نیروی انسانی

- آموزش نیروهای جدیدالورود
- بازآموزی مداوم نیروهای موجود

0 کمیته پایش و نظارت

- تعیین ترکیب تیم های پایش
- برنامه ریزی و پایش عملکرد اعضای تیم سلامت
- بر اساس بسته خدمت مطابق با چک لیست های تعیین شده از سوی ستاد اجرایی کشوری
- بررسی گزارش های حاصل از تیم پایش و تعیین نقاط قوت و ضعف اقدامات انجام شده

- تصمیم‌گیری در خصوص انحرافات ایجاد شده در برنامه
- ارائه نتایج حاصل از پایش به سایر کمیته‌ها
- تهیه و ارسال چک لیست پیشنهادی/ تکمیلی به کمیته پایش و نظارت استانی
- تدوین چک لیست برای شرایط خاص شهرستان
- گزارش نتایج حاصل از پایش عملکرد در زمان‌های از پیش تعیین شده به ستاد عملیاتی شهرستان

تبصره: وجود ستادهای فوق نافی وظایف هریک از ارگان‌های مسئول در اجرای برنامه نبوده و هر ارگان موظف است در سطح ملی، استانی و شهرستانی وظایف ذاتی خود را برابر مقررات و مصوبات این دستورالعمل هماهنگ با سایر دستگاه‌ها به انجام رساند. ستاد اجرایی کشوری حسب ضرورت می‌تواند وظایف ستادهای استانی و شهرستانی را اصلاح و تکمیل کند.

فصل پنجم:

نظام ارایه خدمات

- پزشک خانواده (برابر تعریف صدر این دستورالعمل) محور ارایه خدمات بهداشت و درمان به جمعیت‌های معین است.
- پزشکان با دارا بودن شرایط زیر می‌توانند به عنوان پزشک خانواده قرارداد ببندند و ارایه خدمات و مراقبت‌ها را تعهد کنند:
 ۱. دارا بودن حداقل شرایط یاد شده در تعریف پزشک خانواده (مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی یا تخصص‌های ذکر شده در صدر دستورالعمل، پروانه دائم و مجوز معتبر کار پزشکی).
 ۲. اعلام آمادگی برای همکاری به بیمه‌ها و ستاد عملیاتی در شهرستان.
 ۳. تعهد این که فقط در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اشتغال داشته باشد.
- تبصره: پزشکانی که نمی‌توانند یا نمی‌خواهند به‌طور دوشیفته تمام وقت در برنامه پزشک خانواده شرکت کنند مشروط به پیشنهاد ستاد شهرستان و موافقت ستاد استان می‌توانند با کاهش حداکثر بیمار تحت پوشش متناسب با ساعات کار در برنامه شرکت کنند.
- ۴. عقد قرارداد یک‌ساله بدون حق توکیل به غیر
- ۵. تداوم همکاری با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع منوط به رعایت استانداردهای اعلام شده است و در صورت تخطی از وظایف، ستاد شهرستان می‌تواند با توجه به مقتضیات مربوطه تصمیم لازم را در مورد ادامه یا عدم ادامه همکاری ایشان اتخاذ کند.
- ۶. گذراندن دوره‌های آموزشی مرتبط حسب نظر

ستاد استانی

۷. راییه بسته خدمت اعلام شده برابر این دستورالعمل و اصلاحات و متمم‌های بعدی آن
۸. آشنایی با مبانی پزشک خانواده و نظام ارجاع
۹. تعداد افراد ثبت نام شده به ازاء هر پزشک بسته به نیاز و حسب شرایط منطقه و تأیید ستاد استانی بین ۵۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر به ترتیبی که در این دستورالعمل آمده، خواهد بود.
۱۰. استفاده از پزشک جانشین و جایگزین برابر ضوابط پیشگفت خواهد بود
۱۱. عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه
۱۲. در مورد پزشکانی که در استخدام یکی از دستگاه‌ها بوده و در مرکز بهداشتی درمانی داوطلب اجرای برنامه مشغول خدمت هستند، انجام اقدامات فوق و عقد قرارداد توسط مسئول مرکز مذکور انجام می‌شود. بدیهی این پزشک، پزشک خانواده افرادی خواهد بود که او را انتخاب کرده‌اند و تابع تمام مقررات پزشک خانواده هستند.
۱۳. دارا بودن فضای فیزیکی و تجهیزات مطابق استاندارد اعلام شده برای پایگاه پزشک خانواده
۱۴. به‌کارگیری یک فرد دارای صلاحیت علمی و حرفه‌ای ماما یا پرستار (این فرد باید تعهدات قانونی خود را گذرانده و منعی برای کار نداشته باشد. بدون نیاز به داشتن پروانه دفتر کار) که متعهد به راییه خدمات طبق دستورالعمل کشوری باشد در هر پایگاه (مطب انطباق یافته)

پزشک خانواده.

۳۲. نحوه عقد قرارداد و ارایه خدمت

همه سازمان‌های بیمه‌گر موظفند راساً در چارچوب ضوابطی (از جمله: شرایط عمومی قرارداد، تعهدات پزشک خانواده و سازمان‌های بیمه، زمان قرارداد، شرایط تمدید و فسخ قرارداد و تعیین مرجع حل اختلاف در موارد مورد نیاز) که ستاد اجرایی کشوری در اختیار می‌گذارد با پزشکان خانواده متناسب با تعداد بیمه شده خودشان در آن واحد به منظور خرید خدمات آنان (مندرج در این دستورالعمل) و ماما یا پرستار هم‌کار او با پزشک قرارداد بسته و یک نسخه از آن را به شبکه بهداشت شهرستان مربوطه ارسال کنند.

سازمان‌های بیمه‌گر موظف به عقد قرارداد با شخصیت حقوقی مراکز مجری برنامه پزشک خانواده برای خرید بسته خدمات تیم سلامت است.

برابر مندرجات این دستورالعمل در صورت فقدان هر کدام از اعضای تیم سلامت مرکز حق الزحمه ایشان از مبلغ پرداختی پرداخت‌کننده کسر خواهد شد.

طبق یک بند مستقل در تمام قراردادهای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مدیر شبکه بهداشت و درمان (در مرکز استان رئیس مرکز بهداشت شهرستان مرکز استان) ناظر قرارداد (برابر روال تعیین شده در این دستورالعمل و چک لیست‌های مصوب) و ارایه خدمات بوده و پرداخت‌ها برابر این دستورالعمل به پزشکان و تیم سلامت پس از گزارش و تأیید ایشان قابل انجام است. یادآور می‌شود در این شرایط مدیر شبکه بهداشت

و درمان خود نمی‌تواند به عنوان پزشک خانواده فعالیت کند.

پزشکان متخصص اطفال و داخلی و پزشکی اجتماعی و عفونی در صورت علاقه‌مندی می‌توانند با همان تعرفه و نقش‌های تعریف شده برای پزشک خانواده یا پزشک خانواده مسئول در اجرای فعالیت‌های این دستورالعمل مشارکت کنند.

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

تمام پزشکان خانواده و متخصص باید تمام تجویزهای پزشکی شامل دارو، پاراکلینیک، مشاوره و سایر اقسام درخواستی را فقط در دفترچه‌های بیمه بنویسند.

ثبت نام پزشکان با پیگیری ستادهای شهرستان و استان در سامانه سلامت ایرانیان و یا سیستم‌های الکترونیک متصل به این سامانه انجام و همچنین برای همه افراد که نزد پزشکان خانواده ثبت نام می‌کنند، پرونده الکترونیک سلامت برخط برابر استانداردهای سامانه جامع و همگانی سلامت ایرانیان تشکیل می‌شود.

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

فاصله ثبت نام نزد پزشک خانواده و اولین تغییر و فاصله دو تغییر نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط

خاص با نظر ستاد شهرستان این مدت قابل کاهش است.

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

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

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

در مناطق جغرافیایی ویژه که در صورت لزوم توسط ستاد اجرایی کشوری اعلام می‌شود جمعیت تحت پوشش، مدت الزامی قرارداد قابل تغییر خواهد بود. کار موظف پزشک خانواده در هفته ۴۴ ساعت (جز در روزهای تعطیل رسمی) است.

ساعت کار تیم سلامت روزانه ۸ ساعت در دو نوبت صبح و بعد از ظهر (۸ تا ۱۲ و ۴ تا ۸ و پنجشنبه ها فقط صبح) تعیین می‌شود. ساعت آغاز و پایان، حسب مکان جغرافیایی و نیازهای منطقه و در موارد و شرائط خاص به

پیشنهاد ستاد استانی و با تصویب ستاد اجرایی کشوری مشروط به رعایت دو شیفت و میزان ساعات کار الزامی قابل تغییر خواهد بود.

اشتغال پزشکان خانواده در موارد خاص با تشخیص ستاد عملیاتی شهرستان و تأیید ستاد استان به منظور رفع نیاز اورژانس بیمارستان و مراکز شبانه‌روزی شهرستان محل خدمت، برای مدت محدود تا بر طرف شدن نیاز بلامانع است. ایام فوق در طول هر ماه نباید بیش از سه کشیک شبانه باشد. بدیهی است پرداخت کشیک اورژانس FFS خواهد بود.

پزشک خانواده در هنگام عقد قرارداد، یک پزشک واجد شرایط را به عنوان جانشین برابر ضوابط این دستورالعمل با اخذ مهر و امضای ایشان معرفی می‌کند. نام و نشانی محل کار پزشک جانشین که توسط پزشک خانواده به صندوق بیمه مربوطه و ستاد عملیاتی شهرستان اعلام می‌شود باید در جایی مناسب نصب شود و به صورتی مشخص به اطلاع همه افراد در پوشش برسد.

در صورتی که پزشک به هر دلیل نتواند به طور موقت در محل کار خود حاضر شود، لازم است مراتب را حداقل سه روز قبل به صندوق بیمه مربوطه، پزشک جانشین و از طریق پزشک خانواده مسئول به ستاد عملیاتی شهرستان اطلاع دهد. در موارد اضطرار، مطلع ساختن پزشک خانواده مسئول و پزشک جانشین کفایت می‌کند. پزشک خانواده مسئول محله موضوع را به بیمه و ستاد عملیاتی شهرستان اطلاع خواهد داد. هر گاه پزشک خانواده در طول قرارداد خویش، ناگزیر از ترک دایم محل باشد به منظور رعایت حال جمعیتی که در

پوشش خود دارد باید در فاصله زمانی دو تا سه ماهه ستاد عملیات شهرستان را از تصمیم خود مطلع سازد. با دریافت خبر مهاجرت یکی از پزشکان خانواده یا در صورت بروز حوادثی که مانع ادامه خدمت پزشک باشد، بیمه‌ها با هماهنگی ستاد عملیاتی شهرستان باید برای جلوگیری از بروز وقفه در خدماتی که به مردم ارایه می‌شود هرچه زودتر با پزشک خانواده دیگری قرارداد ببندد.

تبصره: نحوه قرارداد، در پایگاه‌ها (مطب‌های پزشکان عمومی) و مراکز مجری برنامه یکسان نبوده به‌طوری‌که در پایگاه قرارداد بابت پزشک و همکاری (ماما یا پرستار) با پزشک منعقد می‌شود و در مراکز مجری با مالک و صاحب امتیاز موسس مرکز عقد قرارداد خواهد شد.

۳۳. انتخاب پزشک خانواده

سازمان‌های بیمه مبتنی بر این دستورالعمل و با هماهنگی ستاد شهرستان نسبت به عقد قرارداد با پزشکان واجد شرایط اقدام و ضمن اطلاع‌رسانی به افراد تحت پوشش خود نتیجه را برای تدوین فهرست پزشکان واجد شرایط در محدوده شهرستان و اطلاع‌رسانی به مشمولین طرح برای انتخاب پزشک خانواده به ستاد استان اعلام می‌کنند.

انتخاب پزشک خانواده از سوی خانوار در فاصله مجاز تعیین شده اختیاری است. در این میان تنها عامل محدود کننده نام نویسی کافی افراد نزد پزشکی معین و پرشدن ظرفیت او خواهد بود. انجام تمام مراحل اطلاع‌رسانی به بیمه‌شدگان برای انتخاب پزشک خانواده و نیز فراهم

کردن امکانات و الزمات آن به عهده سازمان بیمه مربوطه بوده که با هماهنگی ستاد عملیاتی انجام می‌شود.

بیمه‌شدگان برای بهره‌مندی از خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع در انتخاب پزشک خانواده از پایگاه‌ها (مطب) و مراکز مجری برنامه مختار هستند.

محل ورود خانواده‌ها به برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای ثبت نام و دریافت خدمات در سطح اول، محل زندگی و سکونت خانواده (حداکثر شعاع مجاز) است. برای افرادی که به هر دلیل مانند اشتغال ادواری یا خوابگاهی بین محل سکونت و محل کار فرد در دو شهر جداگانه باشد، انتخاب محل سکونت یا کار برای ورود به برنامه آزاد است.

انتخاب پزشک خانواده در محدوده دسترسی از بین پزشکان طرف قرارداد به صورت اختیاری، و انتخاب به صورت خانواری است به این معنی که سرپرست خانوار مسئول انتخاب پزشک خانواده بوده اما انتخاب فردی هم مشروط به درخواست سرپرست با ذکر دلیل و موافقت ستاد عملیاتی شهرستان مقدور است.

در صورت تغییر محدوده جغرافیایی محل زندگی و یا کار بیمه شده، امکان تعویض پزشک خانواده با انجام هماهنگی لازم با بیمه و ستاد شهرستان بدون هرگونه محدودیتی وجود خواهد داشت.

۳۴. شرایط ثبت نام افراد

تمام بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه‌ها بر اساس دفترچه معتبر و شماره ملی، احراز هویت شده و در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط پزشکان خانواده ثبت

نام می‌شوند.

تبصره ۱: کسانی که فاقد بیمه درمان هستند طبق ضوابط تحت پوشش بیمه ایرانیان قرار می‌گیرند.

تبصره ۲: در مورد کسانی که بیمه شده هستند اما شماره ملی ندارند (تبعه ایران نیستند) علاوه بر دفترچه به جای شماره ملی از شماره گذرنامه استفاده می‌شود که می‌توان آن را به عنوان جایگزین شماره ملی برای این گونه افراد در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در نظر گرفت.

۳۵. استحقاق درمان و حداقل مدت پرداخت سرانه

در خصوص مدت اعتبار و استحقاق درمان بشرح زیر اقدام خواهد شد:

ملاک عمل دفترچه‌های بیمه دارای اعتبار بوده و داشتن حداقل سه ماه اعتبار در دفترچه از شرائط اصلی ثبت نام است و از تاریخ ثبت نام خانواده‌ها نزد پزشک خانواده (به شرط تداوم خدمت و رعایت استانداردها) سازمان‌های بیمه‌گر موظفند بدون توجه به استحقاق درمان بیمه‌شدگان تا ۶ ماه نسبت به پرداخت سرانه افراد فوق به تیم سلامت اقدام کنند.

برای استفاده از خدمات بستری در سطح دوم و در صورت نیاز، استحقاق درمان به روش فعلی (دریافت تأیید استحقاق درمان قید شده در دفترچه توسط دفاتر اسناد پزشکی) دریافت می‌شود. البته به موازات بهبود روش و مکانیزاسیون می‌توان از روش‌های الکترونیک نیز بهره گرفت.

۳۶. دفترچه‌های درمانی موجود

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع دفترچه‌های موجود در فاز اول تغییری نکرده و فرم‌های مورد نیاز (مانند ارجاع به سطوح بالاتر و دریافت بازخورد به سطح اول) حسب مورد استفاده خواهد شد. لیکن برای شناسایی پزشک خانواده هر فرد به ترتیبی که سازمان‌های بیمه‌گر طراحی و اعلام می‌کنند نام پزشک خانواده فرد در دفترچه درج می‌شود. و در بلند مدت کارت هوشمند سلامت جایگزین دفترچه‌ها می‌شود.

۳۷. پرونده الکترونیک سلامت

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

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

۳۸. نظام پرداخت به پزشک خانواده (سطح اول)

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

۳۹. نحوه محاسبه سرانه فعلی پزشک خانواده

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

پزشک خانواده مسئول حداکثر می‌تواند ۲۰۰۰ نفر را (به دلیل داشتن وقت کافی برای نظارت بر عملکرد پزشکان پایگاه‌های محله خود و نیز نظارت و پیگیری سلامت عمومی در آن محله) تحت پوشش مستقیم قرار دهد.

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

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

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

مدارک پزشکی) هستند.

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

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

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

۴۰. تغییرات میزان سرانه به ازای تعداد جمعیت تحت

پوشش

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

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

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

۵۰۱۰ نفر تا ۱۰۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضرب در ۱,۱

۱۰۰۱۰ نفر تا ۱۵۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضرب در ۱,۲

۱۵۰۱۰ نفر تا ۲۰۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضرب در ۱,۳

۲۰۰۱۰ نفر تا ۲۲۵۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۰,۵

۲۲۵۱۰ نفر تا ۲۵۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۰,۳

در موارد خاص که تعداد افراد تحت پوشش با کسب مجوزهای لازم به بیش از ۲۵۰۰ نفر ارتقاء یابد، سرانه پرداختی بابت افراد مازاد برابر سرانه پایه ضربدر ۰,۳ خواهد بود.

اگر پزشکان تا سه ماه نتوانند حداقل ۵۰۰ نفر را جذب و ثبت نام کنند از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شهری خارج و افراد تحت پوشش آنان باید به سایر پزشکان خانواده محدوده تعریف شده مراجعه و ثبت نام کنند.

۴۱. چگونگی پرداخت سرانه پزشک خانواده

۸۰٪ سرانه جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده به صورت ماهیانه با اعلام لیست اسامی ثبت نام شدگان به ستاد عملیات استانی پزشک خانواده و نظام ارجاع بصورت علی الحساب در پایان هرماه پرداخت شده و ۲۰٪ مابقی پس از پایش و بازخورد که توسط تیم مشترک بیمه و شبکه بهداشت و درمان انجام خواهد شد، پرداخت می شود (در پایان هر فصل).

۴۲. تعیین سرانه پزشک خانواده و ارزیابی عملکرد

بر اساس نتایج استخراج شده از چک لیست های ارزیابی عملکرد، سرانه پزشک خانواده تا ۲۰ درصد قابل افزایش یا کاهش خواهد بود.

۴۳. سرانه پزشک خانواده و سوابق کاری

در بدو هم کاری پزشکان با برنامه پزشک خانواده، به ازای هر سال از زمان فراغت از تحصیل (از پزشکی عمومی) به میزان ۱٪ به سرانه پرداختی (۵۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر) افزوده می‌شود. لازم به ذکر است که مدت بیش از ۲۰ سال قابل محاسبه نیست.

۴۴. سرانه پزشک خانواده و مدت مشارکت در طرح

از تاریخ اجرای این دستورالعمل به منظور ایجاد انگیزه برای استمرار هم کاری پزشکان خانواده و نظام ارجاع، در پنج سال اول هم کاری و به ازای هر سال سابقه ۱ تا ۳٪ به سرانه پایه پرداختی (۵۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر) متناسب با نتایج پایش عملکرد پس از تأیید ستاد شهرستان اضافه خواهد شد.

۴۵. سرانه پزشک خانواده و جمعیت تحت پوشش

به ازای افراد بالای ۶۰ سال و زیر ۵ سال، و مادران باردار جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده ۲۰٪ به سرانه پایه پرداختی به ازای هر نفر از گروه هدف اضافه خواهد شد.

۴۶. کاهش سرانه پرداختی در صورت عدم انجام به موقع ویزیت پایه

پزشک خانواده باید در اسرع وقت با همکاری ماما/پرستار تیم نسبت به تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و انجام ویزیت پایه و ارایه مراقبت‌های فعال مبتنی بر سامانه سلامت ایرانیان اقدام کند. ثبت نام کامل با

اطلاعات دموگرافیک برای شروع پرداخت سرانه اجباری است و بدون آن سرانه قابل پرداخت نخواهد بود.

تکمیل پرونده سلامت الکترونیک و انجام ویزیت پایه برای تک تک افراد الزامی است با توجه به زمان‌بری تشکیل پرونده، هر پزشک حداقل به ازای هر ۵۰۰ نفر ثبت نام شده حداکثر یک‌ماه فرصت برای ویزیت پایه و تکمیل پرونده خواهد داشت. بدیهی است هرگاه طی این زمان پرونده تکمیل نشود بابت افرادی که پرونده سلامت آنان تکمیل نشده است، صرفاً ۶۰٪ سرانه به او پرداخت و با اضافه شدن هرماه به این تأخیر ۱۰٪ دیگر از این ۶۰٪ سرانه تا شش‌ماه کاهش و بعد از آن درمورد ادامه همکاری ایشان با برنامه توسط ستاد شهرستانی تصمیم‌گیری می‌شود.

تبصره: زنان باردار، افراد بالای ۶۰ سال و کودکان زیر ۵ سال بیماران شناخته شده مزمن باید در هنگام ثبت نام ویزیت پایه آنان انجام و پرونده الکترونیک سلامت آنان تکمیل شود و گرنه هیچ سرانه‌ای بابت این افراد پرداخت نمی‌شود.

یادآور می‌شود پزشکی که هنوز لیست و ظرفیت او پر نشده به هیچ عنوان حق عدم ثبت نام افراد جدید را نخواهد داشت.

حق الزحمه سایر خدمات پزشکان خانواده:

حق الزحمه خدماتی مانند: ختنه، بخیه زدن و دبیریدمان، کشیدن ناخن، برداشتن خال و لیپوم و زگیل، نمونه‌برداری از پوست و مخاط و... (مطابق فهرست سازمان‌های بیمه) که توسط پزشکان خانواده ارائه

می‌شود، با اخذ ۳۰٪ تعرفه دولتی از بیمار و ۷۰٪ تعرفه دولتی از بیمه‌ها قابل انجام است.

تبصره: انجام هرگونه تزریقات و سرم تراپی شامل بند فوق نبوده و در سرانه پزشک خانواده دیده شده است.

۴۷. پرداخت سرانه به پزشک خانواده در مناطق محروم

در مناطق محروم برای هر فرد ثبت نام شده بین ۴ تا ۴۰٪ صرفاً به سرانه پایه اضافه می‌شود. تعیین مناطق محروم با استناد به مصوبه ضریب تعرفه ترجیحی مناطق محروم (نامه ۵۲۸۱۱/۶/س مورخه ۸۱/۴/۲۹ برنامه ۳۰۴۳۹ ذیل ردیف ۱۲۹۱۰۹ قانون بودجه سال ۱۳۸۱ تعرفه ترجیحی مناطق محروم که پیوست است) خواهد بود.

۴۸. حق الزحمه مشاوره

حق الزحمه مربوط به درخواست مشاوره از کارشناس پروانه دار شاغل در حرف مشاوره تغذیه، روانشناس بالینی، بینایی سنجی؛ شنوایی سنجی در صورت ارجاع از طرف پزشک خانواده برابر تعرفه‌های مصوب هیئت دولت در بخش دولتی و یا خصوصی و به شرط ارسال بازخورد از طریق بیمه‌ها قابل پرداخت است. تبصره: خدمات دندانپزشکی برابر ضوابط جاری سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود.

۴۹. نظام پرداخت پزشک متخصص در سرپایی (سطح دوم)

روش پرداخت به پزشک متخصص به صورت کارانه (پرکیس) است.

حق الزحمه پزشک متخصص و فوق تخصص و فلوشیپ به شرح ذیل تعیین می شود:

هرگاه پزشک خانواده، به هر دلیل یکی از افراد تحت پوشش خود را به پزشک متخصص ارجاع دهد، در صورت رعایت استانداردهای لازم توسط متخصص و ارایه بازخورد به پزشک خانواده، این فرد در مراجعات سرپایی باید (در بخش دولتی و خصوصی حسب مورد ۱۰ درصد یک ویزیت) را پرداخت کند در صورتی که مراجعه به بخش خصوصی باشد، بیمه ها ۹۰٪ یک ویزیت خصوصی کامل به علاوه یک ویزیت کامل دولتی را در صورت رعایت استانداردها از جمله ارایه پس خوراند، به پزشک پرداخت خواهند کرد و اگر فرد به بخش دولتی مراجعه کرده بود سه ویزیت دولتی توسط بیمه ها پرداخت خواهد شد و در صورتی که فرد خارج از سیستم ارجاع به پزشک متخصص مراجعه کند، باید ۱۰۰ درصد ویزیت پزشک متخصص را شخصاً پرداخت کند. در این حالت تمام هزینه های کلینیک و پاراکلینیک، داروخانه و... به عهده بیمار خواهد بود.

در بیمارستان های دانشگاهی و دولتی:

پرداخت ۹۵٪ هزینه خدمات بستری طبق تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش دولتی به عهده بیمه ها خواهد بود که در صورت رعایت استانداردها و ارایه فیدبک ارجاع (با تأیید پزشک خانواده) و با نظر ستاد استان تا ۵۰ درصد حق الزحمه پزشک (مشمول

K) معالاج به این مبلغ اضافه خواهد شد. (قواعد تمام وقتی به قوت خود باقی است لیکن مازاد پرداختی به ازای فیدبک همان ۵۰٪ یک K حق الزحمه صرفا به پزشک معالاج خواهد بود)

اما در بیمارستان های غیردولتی، خیریه و... پرداخت ۹۵٪ هزینه خدمات بستری طبق تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش دولتی به عهده بیمه تست. در صورت رعایت استانداردها و آرایه فیدبک ارجاع (با تائید پزشک خانواده) و با نظر ستاد استان تا معادل ۵۰ درصد حق الزحمه دولتی پزشک معالاج به این مبلغ اضافه خواهد شد (فرانشیز سهم بیمار ۵٪ تعرفه های مصوب هیات وزیران به اضافه مابه التفاوت تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش مربوطه به عهده بیمه شده خواهد بود). در صورت دریافت هرگونه وجه خارج از تعرفه تحت هر عنوان آن بیمارستان و پزشک مربوطه از مسیر ارجاع حذف خواهد شد. در تمام موارد بیمه شده به هیچ وجه بابت فیدبک وجهی نمی پردازد.

تبصره: در خصوص ارجاع بیماران الکتیو، اختیار انتخاب تخصص و ویژگی های بیمارستان با پزشک است و انتخاب متخصص یا بیمارستان برای بستری از بین بیمارستان های دارای ویژگی لازم توسط بیمار در قالب نظام ارجاع و برابر نقشه ارجاع سطح ۲ و ۳ 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.

بدیهی است ارجاع پزشک خانواده به فوق تخصص صرفاً پس از ارجاع به متخصص و کسب نظر او مقدور بوده و در مواردی که به دلیل نوع بیماری نیاز به مراجعه مکرر به فوق تخصص باشد در صورت درج برنامه درمان در پرونده قابل انجام است.

۵۰. نظام پرداخت پزشک فوق تخصص - بستری (سطح سوم)

ضوابط پرداخت به فوق تخصص‌ها بابت خدمات بستری همانند متخصصین است.

۵۱. نظام پرداخت در مراکز دارویی در سرپایی

فرانشیز داروی سطح اول ۰٪ بوده در سطح دوم و سوم مانند شرایط فعلی خواهد بود و ظرف شش ماه مدل دسته‌بندی فرانشیز داروها توسط بیمه‌ها ارایه می‌شود. در خارج از نظام ارجاع، تمام هزینه‌های دارویی به عهده بیمار خواهد بود.

تبصره ۱: لیست داروهای مورد تعهد بیمه‌ها در مراکز طرف قرارداد برای پزشکان مربوطه (اعم از خانواده، متخصص و فوق تخصص) برابر ضوابط جاری و ابلاغی شورای عالی بیمه است.

تبصره ۲: بدیهی است بخشنامه‌های مربوط به تبصره‌های بودجه و بیماران خاص (ویژه) کماکان به قوت خود باقی است.

۵۲. 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، ۷۰٪ هزینه در بخش دولتی و ۷۰٪ هزینه در بخش خصوصی (طبق تعرفه توافقی) به عهده سازمان‌های بیمه خواهد.

اگر بیمار برای دریافت خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری به مراکز غیرطرف قرارداد مراجعه کند پرداخت صددرد هزینه‌ها به عهده وی خواهد بود.

در خارج از نظام ارجاع، تمام هزینه‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری به عهده بیمار خواهد بود.

تبصره ۱: لیست خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری مورد تعهد سازمان‌های بیمه در مراکز طرف قرارداد برای پزشکان مربوطه (اعم از خانواده، متخصص و فوق تخصص) برابر ضوابط جاری و ابلاغی شورای عالی بیمه است.

تبصره ۲: خرید خدمات در بخش خصوصی براساس تعرفه‌های توافقی خواهد بود.

تبصره ۳: ۸۰٪ وجوه مطالبات خدمات دارویی، آزمایشگاهی و تصویربرداری پس از دریافت اسناد و مابقی پس از طی مراحل رسیدگی پرداخت خواهد شد.

۵۳. شیوه شناسایی پزشکان خانواده و پزشکان متخصص طرف قرارداد توسط مراکز پاراکلینیک

برای این که داروخانه یا پاراکلینیک به راحتی تشخیص دهد پزشکی که دارو یا خدمت را تجویز کرده است از چه رابطه‌ای با سازمان‌های بیمه‌گر برخوردار است بیمه‌ها تدابیر لازم را طراحی و اجرا خواهند کرد.

۵۴. شرایط باز پرداخت هزینه دارو و پاراکلینیک

الف: سطح اول: پرداخت هزینه دارو و پاراکلینیک منوط به ارسال برگ اول دفترچه و یکسان بودن مهر پزشک خانواده با اطلاعات پزشک خانواده بر روی دفترچه (با حداکثر دو هفته اعتبار از زمان تجویز)،

ب: سطح دوم و سوم: پرداخت هزینه دارو و پاراکلینیک منوط به ارسال برگ سبز دفترچه و بن ارجاع و صحت کنترل موارد زیر است:

انطباق شماره درج شده نظام پزشکی پزشک خانواده یا جانشین وی بر روی نسخ، با مهر روی بن ارجاع و تاریخ تجویز (با حداکثر دو هفته اعتبار از زمان تجویز)، وجود نقش مهر و تاریخ درج شده توسط پزشک متخصص در پشت بن ارجاع،

فصل ششم:

مراحل اجرایی و گردش کار در سطح اول

پس از تصویب نهایی فصول فوق مراحل اجرایی توسط
ستاد اجرایی کشوری تهیه و لازم‌الاجرا است.

تقدیر و تشکر

مراحل طراحی و تدوین این دستورالعمل و نیز فرآیند اخذ توافق ذی‌نفعان با هدایت و راهنمایی و همکاری وزراء، معاونین و مدیران ارشد محترم وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه و همچنین مدیران و کارشناسان ارشد محترم معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور، با محوریت مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام شده است. بدینوسیله از مدیران و کارشناسان زیر که نقش به‌سزایی در این اقدام شایسته داشته‌اند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید:

هم‌کاران محترم وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی:

- جناب آقای دکتر باقر لاریجانی
- جناب آقای علیرضا مصداقی‌نیا
- جناب آقای دکتر سید حسن امامی رضوی
- جناب آقای دکتر حسن امین‌لو
- جناب آقای دکتر سیدعباس حسینی
- جناب آقای دکتر محمدعلی محقق
- جناب آقای دکتر محمد شریعتی
- جناب آقای دکتر داود مقیمی
- جناب آقای دکتر حمید رواقی
- جناب آقای دکتر جمشید کرمانچی
- جناب آقای دکتر محسن صابری
- سرکار خانم عصمت جمشیدبیگی
- جناب آقای دکتر محمدرضا ترجمان

- سرکار خانم ناهید فرخیار
 - سرکار خانم فاطمه مالکی
 - سرکار خانم دکتر نگین طاهری
 - سرکار خانم فرزانه مردفر
 - سرکار خانم دکتر نسرين چنگیزی
 - جناب آقای دکتر حسین کاظمینی
 - جناب آقای دکتر محمدرضا رهبر
 - جناب آقای دکتر اردشیر خسروی
 - سرکار خانم فرح بابایی
 - جناب آقای دکتر عزیزالله عاطفی
- همکاران محترم وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی:**

- جناب آقای مهندس سید عبدالله عمادی
 - جناب آقای دکتر عباس اکبریان
 - جناب آقای دکتر امیر مجلسی
 - خانم آناهیتا شکری
 - خانم مریم میرمالک
- همکاران محترم معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور**

- جناب آقای دکتر رحیم ممبینی
 - جناب آقای دکتر ایرج دریالعل
 - جناب آقای مجید فراهانی
 - سرکار خانم نهال احمدزاده
 - سرکار خانم فریبا کشاورز
 - سرکار خانم سودابه آبسالان
- همکاران محترم صندوق تأمین اجتماعی**
- جناب آقای دکتر هدایت‌الله ادیب‌نیا

- جناب آقای دکتر خلیل نوکهن اهوازی
- جناب آقای دکتر عبدالکریم چوپساز
- جناب آقای دکتر محمدحسین سلطانی
- جناب آقای دکتر امیر انصاری پور
- جناب آقای دکتر محمد مهدی صدراللهی
- جناب آقای دکتر شهرام غفاری
- جناب آقای حسن صفایی

هم کاران محترم سازمان بیمه خدمات درمانی:

- جناب آقای دکتر محمدباقر هداوند
- جناب آقای دکتر مرتضی ادیانی
- جناب آقای دکتر علی شجاعی
- سرکار خانم دکتر لیلا گودرزی
- جناب آقای دکتر محمد باقر هوشنگی
- جناب آقای دکتر مسعود مشایخی
- جناب آقای مهندس بهمن برزگر

هم کاران محترم کمیته امداد حضرت امام (ره)

- جناب آقای دکتر ناصر ایروانی منش
- جناب آقای دکتر جعفر رحیمی
- جناب آقای حمید یزدان پناه

هم کاران محترم سازمان بیمه خدمات درمانی

نیروهای مسلح:

- جناب آقای دکتر حسن عسگری هزاوه
- جناب آقای دکتر فرشاد نجفی پور

هم چنین از سایر عزیزانی که ما را در انجام مراحل فوق یاری کردند و در این جا نام آنان قید نشده است، تقدیر و تشکر به عمل می آید.