

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**دستور العمل برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع -
بخش اجرایی**

پاییز ۱۴۰۴

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

م.الدین
م.الدین

همکارانی که در تهیه و تدوین کتاب مشارکت داشته اند:

همکاران معاونت توسعه مدیریت و منابع، معاونت درمان، معاونت بهداشت، معاونت امور آموزشی، دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت، دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان بیمه تامین اجتماعی، موسسه ملی تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات بیمه سلامت، سازمان نظام پزشکی

فهرست

الف) مقدمه	۵
ب) تعریف واژگان	۷
ج) فرایند اجرای برنامه پزشک خانواده	۱۲
ج-۱) سطح یک ارائه خدمت	۱۲
ج-۱-۱) ساختار واحدهای ارائه خدمت	۱۴
ج-۱-۲) نحوه به کارگیری اعضای تیم سلامت	۲۲
ج-۱-۳) انتساب تیم سلامت در جمعیت روستایی	۲۲
ج-۱-۴) انتخاب پزشک خانواده و انتساب به تیم سلامت در جمعیت شهری	۲۲
ج-۱-۵) برنامه فعالیت پایگاه سلامت / پزشک خانواده	۲۳
ج-۱-۶) ارائه خدمات به مسافران	۲۵
ج-۱-۷) فرایند ارائه خدمت در مناطق روستایی	۲۶
ج-۱-۸) نقش تیم سلامت و پزشک خانواده در SDH	۴۱
ج-۲) سطح دو و سه ارائه خدمت	۴۴
ج-۲-۱) فرآیند ارجاع بیماران در سطح دو و سه (سرپایی و بستری)	۴۴
ج-۲-۲) سازوکار به کارگیری پزشکان سطح دو و سه	۴۸
ج-۲-۳) برنامه های حمایتی	۵۱
ج-۲-۴) فرایند ارجاع بیماران برای دریافت خدمات پاراکلینیک	۵۲
ج-۲-۵) فرایند مراجعه بیمار به اورژانس	۵۵
ج-۲-۶) بسته خدمات سطح دوم و سوم	۵۵
د) نظام ارجاع الکترونیک	۵۵
د-۱) الزامات و زیرساخت های فناوری اطلاعات	۵۶
د-۱-۱) سامانه های مورد تأیید و مجاز	۵۶
د-۱-۲) یکپارچگی و تبادل اطلاعات	۵۶
د-۱-۳) پیاده سازی و تبادل اطلاعات ذی نقشان و ذی نفعان برنامه ارجاع الکترونیک	۵۷
د-۱-۴) دسترسی نظام مند به اطلاعات	۵۷
د-۱-۵) امنیت و مدیریت هویت	۵۷
د-۱-۶) توافق نامه سطح خدمات (SLA)	۵۷
د-۱-۷) پوشش فرایندهای ارجاع و باز خورد	۵۸

۵۸	د-۱-۸) انطباق با اسناد بالادستی.....
۵۸	د-۱-۹) سهولت استفاده و کاربرپسندی.....
۵۸	د-۱-۱۰) قابلیت رصد و ارزیابی دوسویه ارجاعات.....
۵۸	د-۱-۱۱) مدیریت ظرفیت و طراحی مقیاس پذیری زیرساخت.....
۵۹	د-۲) فرایندها و خدمات الکترونیکی.....
۵۹	د-۲-۱) فرایندهای تعیین و رصد نقشه ارجاع.....
۵۹	د-۲-۲) فرایندهای سطح یک (مراکز، خانه‌های بهداشت و سایر واحدهای بهداشت دارای خدمات پزشک خانواده).....
۵۹	د-۲-۳) فرایندهای سطح دو (مراکز تخصصی و فوق تخصصی).....
۶۰	د-۲-۴) فرایندهای نسخه‌پیچی و پاراکلینیک.....
۶۰	د-۲-۵) فرایندهای بستری.....
۶۰	د-۲-۶) فرایندهای اورژانس.....
۶۱	د-۲-۷) داشبوردها و گزارشات نقشه ارجاع های بیمه‌ای و مالی.....
۶۱	د-۲-۸) پایش و تحلیل داده‌ها.....
۶۱	ه) تامین مالی و خرید راهبردی.....
۶۱	ه-۱) تجميع منابع.....
۶۲	ه-۲) نظام پرداخت سطح اول.....
۶۴	ه-۳) چگونگی پرداخت به تیم سلامت در سطح یک.....
۶۷	ه-۴) خودپرداخت (فرانشیز) بیماران در سطح یک.....
۶۸	ه-۵) نظام پرداخت سطح دو و سه.....
۷۱	ه-۶) خودپرداخت بیماران در سطح دو و سه.....
۷۳	و) پایش، نظارت و ارزشیابی.....
۷۳	پیوست شماره ۱: بسته خدمات سطح یک ارائه خدمت (ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی).....
۷۴	پیوست شماره ۲: نظام ارجاع الکترونیک.....
۷۴	الف- سرویسها و خدمات فناوری اطلاعات.....
۸۰	ب- خدمات الکترونیک پشتیبان.....
۸۱	ج- الزامات نرم افزاری و بهبود مستمر.....
۹۰	خ- فهرست شاخص‌های کلیدی عملکرد (KPI).....

الف) مقدمه

نظام سلامت مؤثر و پایدار، بر پایه پوشش همگانی، دسترسی عادلانه، مراقبت مداوم و هماهنگی اثربخش خدمات استوار است. در دهه‌های اخیر، شواهد گسترده بین‌المللی نشان داده‌اند که نظام پزشک خانواده و نظام ارجاع مبتنی بر مراقبت‌های اولیه (PHC) یکی از کارآمدترین سازوکارها برای تحقق این اهداف است. کشورهایی که این ساختار را به صورت برنامه‌ریزی‌شده استقرار داده‌اند، بهبودهای قابل ملاحظه‌ای در شاخص‌های عدالت، کیفیت، کارایی و پیامدهای سلامت تجربه کرده‌اند. شواهد حاصل از مرورهای نظام‌مند و متاآنالیزها تأکید می‌کند که نقطه ورود واحد، انتساب و نام‌نویسی جمعیت، مسئولیت‌پذیری تیم سلامت و جریان ارجاع ساختاریافته کلیدهای اصلی کارکرد مؤثر نظام پزشک خانواده هستند و می‌توانند ۲۰ تا ۳۰ درصد از مراجعات غیرضروری به سطوح بالاتر را کاهش داده و عدالت جغرافیایی در دسترسی را بهبود بخشند.

تحولات جمعیت‌شناختی، تغییر الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن، هزینه روزافزون فناوری‌های سلامت و شکاف‌های فزاینده در توزیع نیروی انسانی، ضرورت حرکت کشورها به سمت یک مدل یکپارچه و کارآمد مراقبت‌های اولیه را بیش از پیش آشکار ساخته است. سازمان جهانی بهداشت (WHO) در گزارش‌های ۲۰۰۸، ۲۰۱۸ و ۲۰۲۱ خود و همچنین کمیسیون مشترک OECD-WHO در سال ۲۰۲۰، توصیه می‌کند که «نظام‌های سلامت برای ایجاد انسجام عملکردی، نیازمند پزشک خانواده به عنوان نقطه ثقل مراقبت‌های اولیه (PHC) و نظام ارجاع به‌عنوان سازوکار تنظیم تقاضا هستند». در این چارچوب، پزشک خانواده نه تنها ارائه‌دهنده خدمات اولیه، بلکه نقش محوری در تولیت (Stewardship)، مدیریت خطر سلامت جمعیت، هدایت بیمار در مسیرهای بالینی و هماهنگی بین‌بخشی دارد.

نظام ارجاع یکی از ارکان کلیدی استقرار کارآمد، عادلانه و پایدار نظام سلامت است. این نظام با هدف هدایت بهینه بیمار در سطوح مختلف ارائه خدمات، ضمن تضمین دسترسی عادلانه، می‌کوشد از تحمیل هزینه‌های غیرضروری به مردم و نظام بیمه‌ای جلوگیری نماید. در غیاب فرایند ارجاع مؤثر، مراجعه مستقیم مردم به سطح دو بدون غربالگری و تشخیص اولیه، علاوه بر افزایش بار مالی و کاهش کارایی، منجر به طولانی‌شدن روند تشخیص، سردرگمی بیماران، انتخاب نادرست مسیر درمان و در برخی موارد دریافت مراقبت‌های نامتناسب و غیرضرور می‌شود.

از منظر سیاست‌گذاری سلامت، استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع یک مداخله تک‌بعدی نیست، بلکه بخشی از اصلاحات ساختاری، مالی، حکمرانی و حرفه‌ای است. شواهد جهانی پنج مؤلفه را برای موفقیت برنامه ضروری دانسته‌اند:

۱) انتساب و ثبت‌نام جمعیت و مسئولیت‌پذیری تیم سلامت در قبال سلامت جمعیت

۲) نقطه ورود واحد برای مدیریت منطقی تقاضا و افزایش اثربخشی مسیرهای خدمات

۳) نظام ارجاع ساختاریافته و دوطرفه برای تضمین پیوستگی مراقبت

۴) مدل‌های پرداخت همسو با اهداف شامل سرانه تعدیل‌شده، پرداخت مبتنی بر عملکرد، و مشوق‌های کیفیت

۵) استفاده از فناوری‌های دیجیتال سلامت شامل پرونده الکترونیک سلامت، مسیرهای بالینی هوشمند و پیش‌مجوز هوشمند

هوشمندسازی جریان بیمار، داده‌محورشدن تصمیمات بالینی و افزایش شفافیت مسیرهای ارجاع باعث ارتقای کیفیت، پیشگیری از دوباره‌کاری‌ها، کاهش تقاضای القایی و بهبود تجربه مراجعین می‌شود.

بر مبنای این شواهد، این دستورالعمل با هدف تنظیم ساختارها، نقش‌ها، مسئولیت‌ها، مسیرهای ارائه خدمت، الزامات حکمرانی، نظام پرداخت و سازوکارهای ارزیابی عملکرد در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع تدوین شده است. هدف نهایی این دستورالعمل این است که نظام سلامت کشور، متناسب با نیازهای جمعیت، مبتنی بر بهترین شواهد جهانی، و هماهنگ با دگرگونی‌های فناوری و اپیدمیولوژیک آینده، به‌سوی یک مدل عدالت‌محور، کارآمد، پاسخ‌گو و پایدار حرکت کند.

از آنجا که مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تأمین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی ایران با اولویت مناطق کم‌برخوردار است؛ لذا انجام برخی مداخلات به ویژه «مداخلات پیشگیرانه و خود مراقبتی» به منظور ارتقای وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی، ضرورت دارد. سطح دوم و سوم خدمات نقش مهمی در پاسخ‌دهی اصولی و هدفمند به ارجاع‌های انجام‌شده از سطح اول دارد. این پاسخ‌دهی می‌بایست مبتنی بر نیازهای واقعی، با استفاده از منابع انسانی ماهر، زیرساخت‌های فیزیکی و تجهیزات مناسب و با رعایت شاخص‌های کیفیت و تعالی بالینی صورت گیرد. تحقق این هدف مستلزم برنامه‌ریزی منسجم برای ارائه خدمات درمانی، تشخیصی و مراقبتی با تمرکز بر حفظ کرامت بیمار، پیشگیری از ازدحام غیرضروری و افزایش اثربخشی خدمات است.

از سوی دیگر، تداوم مراقبت در بیماران مزمن و یا پیگیری وضعیت بیماران پس از دریافت خدمات در سطح دوم و سوم، نیازمند همکاری فعال و سازمان‌یافته بین پزشک خانواده و پزشکان سطوح بالاتر است. در این فراآیند، بازخورد سطوح بالاتر نقش کلیدی در ارتقاء مراقبت یکپارچه و جلوگیری از گسست درمانی ایفا می‌کند. طراحی و اجرای سازوکارهای نظام‌مند برای ثبت، انتقال و بهره‌برداری از این بازخورد، ضامن پایداری و موفقیت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع خواهد بود. توجه به نظام ارجاع در ایران بر پایه اصول حاکم بر

نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از ستون‌های اصلی ارائه خدمات محسوب می‌گردد و عملکرد آن تاثیر مستقیمی بر کارایی، اثربخشی و رضایت بیماران دارد.

ب) تعریف واژگان

پزشک خانواده: پزشک خانواده فردی دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است که عهده‌دار خدمات پزشکی سطح اول با شرح وظایف مشخص می‌باشد و براساس بسته خدمات سلامت و آخرین ابلاغیه‌های مرتبط، ارائه خدمت می‌نماید.

مراقبت‌ها و خدمات سلامت: مجموعه اقدامات و فعالیت‌های انجام شده برای حفظ، بازیابی یا ارتقای سلامت یک فرد یا جامعه که توسط نیروهای حرفه‌ای بخش سلامت و افراد دیگر تحت هدایت آنها و در بستر نظام سلامت در سطوح مختلف ارائه می‌شود.

مراقبت‌های اولیه سلامت: خدمات اساسی سلامت مبتنی بر روش‌های کاربردی که از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی قابل پذیرش است و از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها در دسترس همگان قرار می‌گیرند. با هزینه‌ای که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه با روحیه خوداتکایی و خودگردانی از عهده آن برآید، این مراقبت‌ها هم بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام سلامت کشور و هم بخشی تفکیک‌ناپذیر از توسعه اقتصادی و اجتماعی جامعه را تشکیل می‌دهند. این مراقبت‌ها اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه با نظام سلامت کشور است و خدمات سلامت را تا آنجا که ممکن است به جایی که مردم در آن زندگی و کار می‌کنند، نزدیک کرده و نخستین جزء فرایند مراقبت مستمر سلامت را تشکیل می‌دهد.

مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت: شامل فرایند خدمات غربالگری و بیماریابی در جهت تشخیص زودرس عوامل خطر و پیشگیری از بیماری‌ها، آموزش بهداشت و مشاوره، پیشگیری دارویی و ایمن‌سازی و مایه کوبی (واکسیناسیون) است.

فوریت‌های پزشکی و مراقبت‌های پیش بیمارستانی: مجموعه خدمات فوریت‌های پزشکی که در محل وقوع حادثه یا پیش از رسیدن بیمار به مراکز درمانی، با هدف حفظ حیات، کاهش آسیب‌های جسمی و روانی و بهبود پیامدهای درمانی ارائه می‌گردد. این خدمات شامل ارزیابی اولیه، اقدامات درمانی پایه یا پیشرفته، تثبیت وضعیت بیمار و انتقال ایمن وی به مراکز درمانی بوده و توسط نیروهای آموزش دیده در قالب سامانه فوریت‌های پزشکی (اورژانس) پیش‌بیمارستانی ارائه می‌شود.

مراقبت‌های درمانی: فرایند ارائه خدمات بالینی تشخیصی و درمانی که توسط گروه‌های سلامت دارای صلاحیت حرفه‌ای نظیر پزشکان، پرستاران، ماماها، دندان‌پزشکان و سایر اعضای حرف وابسته پزشکی، با هدف شناسایی زودهنگام، درمان و مهار (کنترل) بیماری‌ها در سطوح مختلف نظام سلامت ارائه می‌گردد.

مراقبت‌های توانبخشی: فرایند ارائه خدمات تخصصی که به یک فرد کمک می‌کند تا توانایی‌های جسمی، ذهنی و شناختی (تفکر و یادگیری) را که به دلیل هرگونه آسیب و بیماری و حتی دریافت خدمات درمانی کاهش یافته، ارتقاء دهد. خدمات توانبخشی به مردم کمک می‌کند تا به زندگی روزمره بازگشته و به طور عادی یا تقریباً عادی زندگی کنند.

سطح‌بندی: چیدمان خاص واحدهای ارائه‌دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه خدمات موردنیاز تا جایی که ممکن است سهل، سریع، عادلانه با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. سطح‌بندی قراردادی است و به مقتضای شرایط توسط سیاست‌گذاران انجام می‌گیرد.

سطح پایه: سطح فردی، خانواده و جامعه که خدمات خودمراقبتی فرد و خانواده و خدمات مشارکت اجتماعی در این سطح قرار دارد.

سطح اول (خدمات / مراقبت‌های اولیه سلامت فرد، خانواده و جامعه): شامل پیشگیری، آموزش و افزایش سواد سلامت فرد و خانواده، غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری‌ها براساس بسته خدمت (مراقبت‌های گروه‌های سنی از جنینی تا کهنسالی نظیر خدمات و مراقبت‌های مادران باردار و شیرده، نوزادان و کودکان، پیشگیری و تشخیص بهنگام ناباروری، ارائه مشاوره فرزندآوری، مشاوره انصراف از سقط عمدی جنین و ...)، کاهش بار روانی و هزینه‌های اقتصادی دوران بارداری، حفظ و مراقبت از جنین و کاهش میزان سقط عمدی و خودبه‌خودی، برگزاری کلاس آمادگی برای زایمان، ترویج و تسهیل زایمان طبیعی، ترویج و ترغیب ازدواج به‌هنگام، آسان، موفق و پایدار، ارجاع و پیگیری نتیجه ارزیابی، غربالگری بیماری، تدبیر مدیریت فوریت‌ها، خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای، بهداشت محیط مدارس، پیشگیری و مبارزه با بیماری‌های واگیر و غیرواگیر، ارائه آموزه‌های طب ایرانی برای ترویج شیوه زندگی سالم، مدیریت خطر در حوادث و بلایا، خدمات مشارکت اجتماعی (سازمان‌های مردم نهاد، گروه‌های جهادی، بسیج جامعه پزشکی و بسیج محله، داوطلبان سلامت)، نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت، توانمندسازی گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت، خدمات آموزش همگانی و ترویجی و افزایش سواد سلامت، می‌باشد.

نظام ارجاع: سازوکاری سازمان‌یافته و سطح‌بندی شده برای ارائه خدمات سلامت که در آن ارائه خدمت به بیمار از سطح اول آغاز شده و در صورت نیاز بر اساس ضوابط مشخص به سطوح بالاتر ارجاع داده می‌شود. این نظام با هدف افزایش کارایی، ارتقای کیفیت مراقبت، استفاده بهینه از منابع، جلوگیری از مراجعات

غیرضروری و تقویت پیوستگی خدمات طراحی شده و ارتباط منطقی بین سطوح مختلف ارائه خدمت را برقرار می‌سازد. ارجاع به صورت افقی (ارجاع در یک سطح) و عمودی (ارجاع از یک سطح به سطح دیگر) صورت می‌گیرد. ارجاع عمودی در قالب نقشه ارجاع صورت پذیرد.

نقشه ارجاع الکترونیک: چارچوب ساختاریافته و دیجیتال است که مسیر، سطوح، نقش‌ها و تعاملات بین ارائه‌کنندگان خدمات سلامت از سطح اول تا سوم در ارجاع بیماران را تعیین می‌کند.

بازخورد: خدمتی است که در قالب فرایندی نظام‌مند، اطلاعات مربوط به عملکرد ارائه‌دهندگان خدمت (پزشک خانواده، سطوح تخصصی، مراقبین سلامت و...) و نتایج ارجاع و پیگیری بیماران به صورت رسمی و ساختارمند بین سطوح مختلف نظام ارجاع مبادله می‌شود، تا موجب اصلاح رفتار حرفه‌ای، بهبود تصمیم‌گیری بالینی، ارتقای کیفیت مراقبت و افزایش پیوستگی خدمات سلامت گردد.

سطح دوم: خدمات تخصصی و فوق تخصصی که توسط واحدهای سرپایی موجود در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل ویزیت متخصص و فوق تخصص، خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، اقدامات بالینی، مشاوره خدمات دارویی و فراورده‌های مربوط، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند. با استقرار نظام ارجاع، عمده این خدمات از مسیر تعیین‌شده در اختیار ارجاع‌شدگان از سطح اول خدمات قرار می‌گیرند. واحد خدمات سلامت در سطح دوم موظف است با ارائه بازخورد، تیم سلامت ارجاع‌کننده را از نتیجه، برنامه و پیشرفت درمان مطلع سازد.

سطح سوم: خدمات تخصصی و فوق تخصصی که توسط واحدهای بستری موجود در نظام سلامت ارائه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اقدامات بالینی، مشاوره خدمات دارویی و فراورده‌های مربوط، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری به صورت بستری یا بستری اورژانس هستند. با استقرار نظام ارجاع، عمده این خدمات از مسیر تعیین‌شده در اختیار ارجاع‌شدگان از سطح دوم خدمات قرار می‌گیرند. واحد خدمات سلامت در سطح سوم موظف است با ارائه بازخورد، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتیجه، برنامه و پیشرفت درمان مطلع سازد.

خدمات سلامت از راه دور: بهره‌گیری از زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات (ICT) و توانمندی‌های هوش مصنوعی به منظور تسهیل ارائه خدمات سلامت در تمامی سطوح از طریق ارتباطات مجازی. این خدمات با هدف ارتقای دسترسی، تسریع فرایندهای ارجاع بیمار و بهبود انتقال و تبادل داده‌های سلامت بین سطوح مختلف نظام ارائه خدمات، طراحی و اجرا می‌شوند.

بسته خدمات سلامت: بسته خدمات سلامت، مجموعه خدمات به هم پیوسته مبتنی بر گروه‌های سنی و برنامه‌های اولویت‌دار سلامت می‌باشد که بر اساس اولویت‌بندی و مراقبت در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات سلامت تعریف می‌شود. بسته خدمات سلامت سطح یک در پیوست شماره (۱) این شیوه‌نامه ذکر شده است.

برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع: برنامه جامع، مستمر و یکپارچه ارائه فعال بسته‌های استاندارد مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی اولیه و درمانی است که مبتنی بر سطوح ارائه خدمات با مشارکت‌های فرد و جامعه بر اساس هماهنگی درون سازمانی و بین‌بخشی، مطابق با محدوده‌ی جغرافیایی، با رعایت نظام ثبت و ارجاع الکترونیک در چارچوب شبکه بهداشت و درمان کشور ارائه می‌شود.

پرونده الکترونیک سلامت (EHR): مجموعه‌ای سیستماتیک از اطلاعات سلامت بیمار و جمعیت است که به صورت الکترونیکی در قالب پرونده سلامت فرد ذخیره شده است. این سوابق را می‌توان در محیط‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی به اشتراک گذاشت. سوابق از طریق مبادلات اطلاعات بین سیستم‌های اطلاعاتی متصل به شبکه، سازمانی یا سایر شبکه‌ها به اشتراک گذاشته می‌شوند. EHR ممکن است شامل طیف وسیعی از داده‌ها از جمله جمعیت‌شناسی، سابقه پزشکی، دارویی و آلرژی، خلاصه پرونده بستری، سوابق بارداری، طب سالمندی، وضعیت ایمن‌سازی، نتایج آزمایشات، تصاویر رادیولوژی، علائم حیاتی، اطلاعات شخصی مانند سن و وزن، سوابق اپیدمیولوژیک و اطلاعات صورتحساب و سایر اطلاعات مرتبط با ارائه خدمات سلامت باشد.

امکان دسترسی به اطلاعات فرد توسط اعضای تیم سلامت و سایر افراد ذی‌صلاح صرفاً منوط به رعایت الزامات (نقشه راه سلامت الکترونیک و قانون مدیریت داده‌ها و اطلاعات ملی) و حفظ حریم خصوصی وجود دارد.

پوشش همگانی سلامت (UHC): دسترسی همه مردم به طیف کاملی از خدمات سلامت با کیفیت مناسب، در زمان و مکان موردنیاز، بدون مشکلات مالی به همراه تداوم کامل این خدمات از ارتقای سلامت گرفته تا پیشگیری، درمان، توانبخشی و مراقبت‌های تسکینی در طول زندگی را پوشش می‌دهد.

تیم سلامت: گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی هستند که مراقبت و خدمات سلامت را به جمعیت تحت پوشش در واحد ارائه خدمت سطح یک ارائه می‌دهند.

مراقب سلامت: فردی که در اولین سطح ارائه خدمت، ارائه خدمات در قالب بسته‌های خدمت مراقبتی و درمانی بر عهده اوست.

پزشک همپوشان: پزشکی است که توسط پزشک خانواده به جمعیت تحت پوشش معرفی می‌شود تا در صورت عدم حضور ایشان خدمات بهداشتی و درمانی را در قالب بسته خدمتی سطح یک ارائه می‌نماید.

جمعیت تحت پوشش: کلیه جمعیت ساکن ایرانی و غیر ایرانی دارای بیمه پایه در مناطق شهری و روستایی که در سامانه‌های سطح یک ثبت‌نام شده‌اند.

پرداخت ترکیبی (Mixed Payment): روش پرداخت شامل ترکیبی از پرداخت ثابت و متغیر که در این دستورالعمل قسمت متغیر به صورت مبتنی بر عملکرد خواهد بود.

پرداخت ثابت (Fixed Payment): روشی از پرداخت است که در آن جبران خدمات ارائه‌کنندگان براساس قرارداد منعقد شده میان طرفین به صورت ثابت پرداخت می‌شود.

پرداخت مبتنی بر عملکرد (P&P): روشی از پرداخت است که در آن به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت براساس میزان تحقق اهداف، نتایج و پیامدها پرداخت می‌گردد.

پرداخت سرانه (Capitation): روشی از پرداخت است که در آن جبران خدمات براساس جمعیت تحت پوشش برای بازه زمانی مشخص صورت می‌گیرد.

پرداخت به ازای خدمت (FFS): روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت به ازای خدمات ارائه‌شده به مراجعه‌کنندگان صورت می‌گیرد.

خودپرداخت (فرانشیز): بخشی از هزینه‌های خدمات تشخیصی و درمانی است که توسط خدمت گیرنده به واحد ارائه‌کننده در زمان ارائه خدمت پرداخت می‌شود.

درمانگاه تخصصی/کلینیک ویژه مستقل: واحد ارائه‌دهنده خدمات تخصصی و فوق تخصصی تشخیصی، درمانی و توانبخشی سرپایی دولتی و یا غیردولتی است که با عناوین درمانگاه تخصصی/کلینیک ویژه داخل و یا خارج از بیمارستان (مستقل)، خدمات تخصصی و فوق تخصصی را به بیماران ارائه می‌نماید.

محدوده دسترسی: تقسیم‌بندی جغرافیایی که براساس اصول و ضوابط نظام شبکه به منظور سهولت در دریافت خدمت جمعیت تحت پوشش از نظام سلامت، طراحی گردیده است.

ایستگاه ارجاع: واحدی مستقر در کلیه مراکز درمانی سرپایی و بستری مشمول برنامه که به منظور هماهنگی، پیگیری و مدیریت بیماران ارجاع‌شده ایجاد گردیده است و مسئول آن دارای ابلاغ از سوی رئیس مرکز می‌باشد. وظایف ایستگاه ارجاع شامل مدیریت نوبت‌دهی، مدیریت پذیرش بیماران ارجاعی، هدایت بیمار ارجاعی برای دریافت خدمت و پیگیری مراجعین می‌باشد.

شبکه ارائه خدمات: در این دستورالعمل مراکز تحت پوشش دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی، مراکز تابعه سازمان تامین اجتماعی (بخش ثابت شبکه ارائه خدمت) و سایر مراکز غیردولتی طرف قرارداد سازمان‌های

بیمه‌گر پایه (بخش متغیر شبکه ارائه خدمت) که در قالب نقشه (مسیر) ارجاع به بیماران ارائه خدمت می‌نمایند؛ به عنوان شبکه ارائه خدمات شناخته می‌شوند.

ارائه خدمت خارج از شبکه: در این دستورالعمل مراکز تشخیصی و درمانی فاقد هرگونه قرارداد خرید راهبردی با سازمان‌های بیمه‌گر پایه که در نقشه (مسیر) ارجاع تعریف نشده‌اند، با عنوان مراکز خارج از شبکه شناخته می‌شوند.

خدمت بیتوته: خدمات درمانی و دارویی اورژانسی است که در ساعات غیراداری (در عصر و شب و روزهای تعطیل) در مرکز جامع سلامت روستایی ارائه می‌گردد.

ج) فرایند اجرای برنامه پزشک خانواده

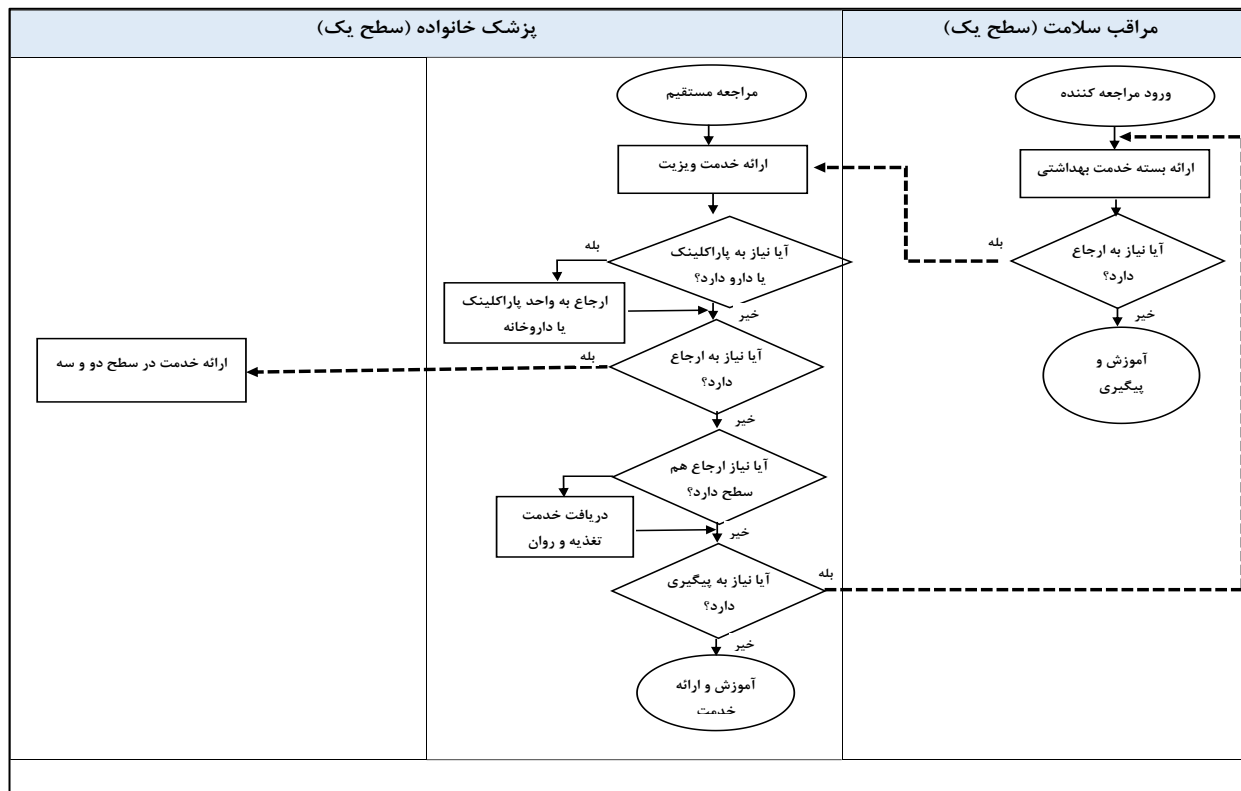
ج-۱) سطح یک ارائه خدمت

- فرایند اجرای برنامه پزشک خانواده بر پایه ارائه خدمات سلامت جامع، پیوسته و نظام‌مند در سطح اول و ارتباط مؤثر با سطوح بالاتر ارائه خدمت طراحی شده است.
- پوشش بیمه پایه سلامت برای تمامی ساکنان ایرانی و اتباع قانونی دارای بیمه پایه سلامت، رکن اساسی برنامه است. هر فرد برای ورود به برنامه می‌بایست تحت پوشش یکی از سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت باشد و در صورت عدم وجود بیمه پایه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران به استناد بند «الف» ماده (۷۳) برنامه هفتم پیشرفت مکلف است این جمعیت را تحت پوشش قرار دهد. کلیه جمعیت تحت پوشش استحقاق سنجی بیمه‌ای می‌شوند.
- سازمان‌های بیمه‌گر پایه مکلف به رعایت «شیوه‌نامه رفع همپوشانی سازمان‌های بیمه‌گر» خواهند بود و در صورت هرگونه همپوشانی بیمه‌ای براساس شیوه‌نامه مذکور همپوشانی برطرف می‌گردد.
- تیم سلامت در برنامه پزشک خانواده علاوه بر ارائه فعال مراقبت‌های بهداشتی و محله و جامعه‌محور، آموزش خودمراقبتی؛ خدمات درمانی سطح اول را به جمعیت تحت پوشش خود ارائه می‌نماید و مسئول هدایت و هماهنگی کلیه خدمات سلامت، پیگیری مراقبت‌ها و اطمینان از استمرار خدمت برای افراد تحت پوشش است.
- تیم سلامت نسبت به برقراری ارتباط پایدار (از طریق برنامه‌های الکترونیکی و پیامک) با جمعیت منتسب اقدام می‌نماید.
- در صورت نیاز به دریافت خدمات تخصصی و فوق تخصصی سرپایی و بستری (سطح دو و سه)، ارجاع صرفاً براساس نقشه ارجاع الکترونیک و با استفاده از سامانه‌های نوبت‌دهی صورت می‌پذیرد. پس از ارائه خدمات تخصصی، بازخورد الکترونیکی از طریق سامانه‌های بیمارستانی و کلینیکی به سامانه

سطح یک (پزشک خانواده) ارسال می‌گردد تا مراقبت‌ها در سطح اول تداوم یابد. این فرایند به صورت الکترونیکی، دوسویه و مستمر اجرا می‌شود و محور اصلی آن پیوستگی مراقبت، پاسخگویی تیم سلامت و ارتقای کیفیت خدمات است.

- ارجاع به سطح بالاتر (سطح ۲) صرفاً توسط پزشک خانواده صورت می‌گیرد.
- ارجاع به سطوح بالاتر براساس مسیرهای بالینی (Clinical Pathway) و با درج تشخیص انجام می‌شود.
- ثبت اطلاعات فرم ارجاع الکترونیک توسط پزشک خانواده الزامی است.
- پزشک خانواده وظیفه پیگیری و اطمینان از تداوم مراقبت قبل و بعد از دریافت خدمت از سطوح تخصصی را بر عهده دارد.
- پزشک خانواده می‌تواند در صورت نیاز (در چارچوب ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) نسبت به مشاوره از راه دور با پزشکان سطح دو اقدام نماید.
- مراقبین سلامت وظیفه اطلاع‌رسانی و پیگیری فعال جمعیت تحت پوشش به منظور دریافت خدمات بسته خدمت (پیوست شماره یک) را پس از ثبت نام بر عهده دارند.
- مراقبین سلامت امکان ارجاع افقی به سایر اعضای تیم سلامت را دارند.
- جهت ارائه ویزیت در سطح یک، افراد می‌توانند مستقیماً به پزشک خانواده مراجعه نمایند.
- کلیه خدمات ارائه شده در سطح اول توسط اعضای تیم در سامانه‌های سطح یک ثبت و مورد ارزیابی و پایش قرار می‌گیرد. پزشک خانواده می‌تواند به این اطلاعات برای جمعیت تحت پوشش خود دسترسی داشته باشد.
- سایر اعضای تیم سلامت صرفاً با رضایت فرد امکان دسترسی به اطلاعات ثبت شده را دارند.
- استانداردهای فضای فیزیکی و تجهیزات پزشکی در کلیه واحدهای ارائه خدمت در سطح یک شامل خانه بهداشت، پایگاه سلامت / پزشک خانواده، مرکز خدمات جامع سلامت، مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی براساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت خواهد بود.
- مراقبت پیشگیرانه سطح اول برای جمعیت غیرمشمول برنامه پزشک خانواده براساس روال جاری توسط واحدهای ارائه خدمت سطح یک دولتی صورت می‌گیرد.

فلوچارت شماره (۱)- ارائه خدمات پزشک خانواده در سطح یک



ج-۱-۱) ساختار واحدهای ارائه خدمت

ج-۱-۱-۱) خانه بهداشت: خانه‌های بهداشت با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی به طور معمول برای حدود ۲۰۰۰ نفر (۸۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) راه‌اندازی خواهند شد. برای جمعیت بین ۸۰۰ تا ۱۲۰۰ نفر یک بهورز زن و یک بهورز مرد مشترک با خانه بهداشت مجاور در نظر گرفته می‌شود. چنانچه فاصله این خانه بهداشت با نزدیک‌ترین خانه بهداشت مجاور بیشتر از نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد، یک بهورز مرد مستقل بکارگیری می‌شود.

جمعیت هر خانه بهداشت شامل جمعیت روستای اصلی و روستاهای قمر و سیاری تحت پوشش با تعاریف زیر می‌باشد:

- روستای اصلی: روستای محل استقرار خانه/خانه‌های بهداشت/ پایگاه سلامت روستایی است.
- روستای قمر: به برخی از روستاها گفته می‌شود که محل استقرار خانه بهداشت نبوده ولی با فاصله کمتر از ۶ کیلومتر، تحت پوشش خانه بهداشت می‌باشد.

- روستای سیاری: به برخی از روستاها گفته می‌شود که محل استقرار خانه بهداشت نبوده ولی بیشتر از ۶ کیلومتر با خانه بهداشت فاصله دارد. لیکن برای جمعیت این روستاها، خدمات توسط تیم سیار (سیاری خانه بهداشت، سیاری واحدهای ارائه‌دهنده خدمت) ارائه می‌گردد.
- روستای مستقیم به شهر: روستاهایی هستند که مستقیماً و بدون واسطه خانه بهداشت تحت پوشش یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری قرار دارند. معمولاً این روستاها در حاشیه شهرها واقع شده‌اند و از آنجا که مسیر حرکت جمعیت به سمت شهر است، مستقیماً در پوشش نزدیک‌ترین مرکز خدمات جامع سلامت مستقر در منطقه شهری قرار می‌گیرند.
- خانه بهداشت در مناطق عشایری: خانه بهداشتی است که جمعیت عشایری (کوچنده) را تحت پوشش دارد و در محل اطراق چادرهای عشایری با چادرها/ کانکس‌های مخصوص یا به صورت ساختمان (عمدتاً در قشلاق) راه‌اندازی می‌شود. معمولاً بهورز/ بهورزان این خانه‌ها از همان عشایر برگزیده شده و همراه با کوچ ایل، جابجا می‌شوند. بدیهی است جمعیت عشایری می‌توانند خدمات خود را از نزدیک‌ترین خانه بهداشت دریافت نمایند و این خانه‌های بهداشت جمعیت روستایی و عشایری را تحت پوشش دارند.
- جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت مناطق عشایری: خانه بهداشت مناطق عشایری برای حداقل ۵۰۰ نفر جمعیت عشایر کوچ‌رو، راه‌اندازی می‌شوند و حداقل دارای یک بهورز زن خواهند بود. با اضافه شدن ۲۵۰ تا ۵۰۰ نفر بعدی (تا ۱۰۰۰ نفر) یک بهورز (ترجیحاً مرد) به بهورزان خانه بهداشت مناطق عشایری اضافه خواهد شد.

ج-۱-۱-۲) پایگاه سلامت

ج-۱-۱-۲-۱) پایگاه سلامت روستایی: با افزایش جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت به ۳۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر به پایگاه سلامت روستایی تبدیل می‌شود. در این شرایط می‌توان برای روستای مزبور پایگاه سلامت ایجاد نمود یا در صورت وجود خانه بهداشت در آن روستا، خانه/ خانه‌های بهداشت موجود را به پایگاه سلامت روستایی تبدیل کرد. در این حالت به ازای هر ۱۵۰۰ نفر جمعیت پایه، یک مراقب سلامت اختصاص داده می‌شود که حداقل یک نفر از مراقبین سلامت باید دانش‌آموخته رشته مامایی است و به ازای اضافه شدن حداقل ۵۰ درصد جمعیت پایه، یک مراقب سلامت دیگر، اضافه خواهد شد.

ج-۱-۱-۲-۲) پایگاه سلامت شهری/ پزشک خانواده: متناظر با خانه بهداشت در مناطق روستایی، محیطی‌ترین واحد ارائه خدمات در نظام سلامت در مناطق شهری می‌باشد که به ازای ۳۰۰۰ نفر جمعیت تشکیل شده و واجد استانداردهای لازم برای ارائه خدمات سطح یک است و اولین محل تماس ساکنین مناطق شهری با شبکه ارائه خدمات می‌باشد. پزشک خانواده و مراقبین سلامت در این پایگاه‌ها به ارائه خدمات تعریف شده در

بسته خدمت مشغول می‌باشند. پایگاه برحسب محل استقرار نسبت به مرکز خدمات جامع سلامت، ضمیمه (داخل یا جنب مرکز) و غیرضمیمه (در فاصله قابل دسترس به مرکز) نامیده می‌شود. هر پایگاه سلامت شهری/پزشک خانواده شامل یک تیم متشکل از یک پزشک (یک نفر به ازای هر ۳۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش هر پایگاه) و دو مراقب سلامت (یک نفر به ازای هر ۱۵۰۰ نفر تحت پوشش هر پایگاه) به شرح زیر می‌باشد:

تبصره ۱: علاوه بر پزشک عمومی، متخصصین پزشکی خانواده و پزشکی اجتماعی و طب پیشگیری نیز می‌توانند به عنوان پزشک خانواده در سطح یک به کارگرفته شوند.

تبصره ۲: به کارگیری حداقل یک نفر دانش‌آموخته رشته مامایی در هر تیم سلامت در این واحد الزامی است.

تبصره ۳: در پایگاه سلامت شهری یک اتاق مجزا برای ارائه خدمات مادر و کودک در نظر گرفته شود.

تبصره ۴: امکان استقرار پایگاه‌های سلامت/پزشک خانواده متعدد در یک ساختمان با عنوان مجتمع پایگاهی میسر است.

تبصره ۵: یک نفر منشی به ازای هر پایگاه در نظر گرفته شده است.

ج-۱-۱-۳) مرکز خدمات جامع سلامت: واحدهای مستقر در مناطق شهری و روستایی هستند که دارای دو بخش فعال به شرح زیر می‌باشند:

- بخش ارائه خدمات مدیریتی، نظارتی بر واحدهای زیر مجموعه
- بخش ارائه خدمات مشاوره‌ای، تشخیصی، درمانی، دریافت ارجاع افقی و ارجاع به سطوح بالاتر و پیگیری دریافت خدمات و بازخورد ارجاع و سلامت جامعه

دو نوع مرکز خدمات جامع سلامت در شبکه ارائه خدمات وجود دارد:

ج-۱-۱-۳-۱) مرکز خدمات جامع سلامت روستایی: مراکزی مستقر در مناطق روستایی هستند که با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی به طور میانگین برای ۸۰۰۰ نفر جمعیت (۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ نفر) راه‌اندازی می‌شوند و یک تا چند خانه بهداشت و پایگاه سلامت روستایی را تحت پوشش دارند. این مراکز با مسئولیت پزشک به همراه سایر اعضای تیم سلامت، خدمات سطح اول را به جمعیت تعریف شده روستایی و عشایری ارائه می‌دهند. نیروی انسانی مرکز خدمات جامع سلامت روستایی به شرح ذیل می‌باشد:

- پزشک: به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت یک پزشک اختصاص می‌یابد. چنانچه تا ۵۰٪ جمعیت تعیین‌شده برای یک پزشک به جمعیت کل مرکز اضافه شود، پزشک دوم تعیین می‌گردد.

- پزشک خانواده و مامای جانشین: ضروری است مرکز بهداشت به‌ازای حداکثر ۱۱ پزشک و مامای خانواده، با یک پزشک و ماما به‌عنوان پزشک و مامای جانشین نیز قرارداد منعقد نماید. وجود حداقل یک پزشک و مامای جانشین به‌ازای هر مرکز بهداشت الزامی است. پزشک و ماما جانشین در ایام معمول باید در مراکز موردنیاز (با نظر مرکز بهداشت) همکاری لازم را داشته باشند. پزشکان و ماما‌های جانشین کلیه فعالیت‌های پزشک و مامای خانواده اصلی را باید انجام دهند.

تبصره ۱: مرکز بهداشت مکلف است فهرست پزشک و ماما جانشین را به نحو مقتضی به سازمان‌های بیمه‌گر پایه اطلاع دهد.

تبصره ۲: پزشک و مامای جانشین صرفاً جهت جانشینی پزشکان خانواده و ماما‌های طرف قرارداد (در مدت مرخصی استحقاقی و استعلاجی این نیروها) استفاده می‌گردد. مرکز بهداشت می‌تواند در مرخصی‌های طولانی مدت مانند مرخصی زایمان، نسبت به بکارگیری نیروی جانشین، اقدام نماید.

- کارشناس سلامت روان: تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کارشناس سلامت روان، تعیین خواهد شد که به صورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) جهت ارائه خدمت می‌باشد.

- کارشناس تغذیه: تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کارشناس تغذیه، در دسترس خواهد بود که به صورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارائه خدمت می‌نماید.

- دندانپزشک: تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک دندانپزشک حضور خواهد داشت که به صورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارائه خدمت می‌نماید.

- مراقب سلامت دهان (تکنسین سلامت دهان/کاردان بهداشت دهان): تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، تکنسین سلامت دهان/کاردان بهداشت دهان حضور خواهد داشت که به صورت مشترک بین مراکز قابل دسترس (حداکثر برای سه مرکز) ارائه خدمت می‌نماید. در صورت کمبود تکنسین سلامت دهان/کاردان بهداشت دهان، نیروی دستیار دندانپزشک (از طریق خرید خدمات و پس از دریافت آموزش‌های مربوطه) به‌کارگیری می‌گردد.

- ماما: تا ۴۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز یک نفر ماما تعیین می‌شود. حداقل جمعیت مورد نظر برای به‌کارگیری مامای دوم معادل ۵۰٪ جمعیت پایه تعیین می‌گردد.

- بهیار/ پرستار: تا ۸۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز یک نفر بهیار/ پرستار تعیین می‌شود. به‌کارگیری نفر دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است. در چنین مواردی، حتی‌الامکان یکی از پرستاران مرد و دیگری زن خواهد بود.
- کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی: راه اندازی واحد جدید آزمایشگاهی در مراکز روستایی مطابق با "شیوه نامه ابلاغی استقرار شبکه آزمایشگاهی" آزمایشگاه مرجع سلامت، امکان پذیر نمی‌باشد. اما در صورت وجود دلایل کافی، از جمله نبود بخش دولتی/ خصوصی فعال در منطقه با نظر آزمایشگاه مرجع سلامت، راه اندازی واحد و یا استمرار ارائه خدمت واحدهای فعال آزمایشگاهی بلامانع است. در این شرایط، یک کاردان یا کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی تعیین می‌گردد.
- با توجه به استقرار شبکه آزمایشگاهی، وجود واحد نمونه‌گیری در تمامی مراکز خدمات جامع سلامت روستایی الزامی است. بدیهی است صرفاً واحد نمونه‌گیری که در مراکز خدمات جامع سلامت (محل استقرار کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی)؛ مجهز به تجهیزات استاندارد نمونه‌گیری از جمله میکروسکوپ، سانتیفریوژ، انکوباتور، یخچال و کلدباکس بوده و در دیگر مراکز غیر محل استقرار نیروی مذکور، واحد نمونه‌گیری به حداقل تجهیزات مجهز می‌گردد.
- برای ارائه خدمات نمونه‌گیری تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز روستایی (حداکثر برای سه مرکز)، یک کاردان/ کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی تعیین می‌گردد. این فرد وظیفه نمونه‌گیری و انتقال آن را به آزمایشگاه مربوطه به عهده دارد.
- تبصره: سطوح ارائه خدمات آزمایشگاهی شامل واحد نمونه‌گیری، آزمایشگاه میانی و آزمایشگاه/ آزمایشگاه‌های مرکزی طبق "شیوه نامه ابلاغی استقرار شبکه آزمایشگاهی" آزمایشگاه مرجع سلامت می‌باشد.
- کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی): راه‌اندازی واحد رادیولوژی جدید در مراکز روستایی خلاف ضوابط و مقررات نظام شبکه می‌باشد. اما در صورت وجود دلایل کافی، از جمله نبود بخش خصوصی فعال در منطقه یا شبانه‌روزی بودن مرکز، راه اندازی واحد و یا استمرار ارائه خدمت واحدهای فعال رادیولوژی بلامانع است. در این شرایط، یک یا چند کاردان یا کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی) در مراکز شبانه‌روزی تعیین می‌گردد.
- کارشناس ناظر بیماری‌ها: برای تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کارشناس ناظر بیماری‌ها تعیین می‌گردد که به صورت مشترک بین مراکز (حداکثر برای سه مرکز) قابل دسترس، ارائه خدمت می‌نماید. این کارشناس وظیفه طراحی و اجرای مداخلات مورد نیاز در برنامه‌های بیماری‌های واگیر، غیرواگیر، مدیریت خطر و بلایا و حوادث را برعهده خواهد داشت.

- کارشناس بهداشت محیط: به ازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک کارشناس بهداشت محیط در نظر گرفته می‌شود.
 - کارشناس بهداشت حرفه‌ای: به ازای هر ۲۵۰ تا ۳۰۰ واحد کارگاهی یک کارشناس بهداشت حرفه‌ای در نظر گرفته می‌شود.
 - کارشناس فناوری اطلاعات سلامت/ کارشناس فناوری اطلاعات: در مراکز روستایی، یک نفر برای تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش در نظر گرفته می‌شود. اولویت با کارشناس فناوری اطلاعات سلامت می‌باشد.
 - به ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی حداقل یک نفر راننده وجود خواهد داشت. تاکید می‌گردد در مراکز جدید یا مراکزی که پیش از این راننده نداشته‌اند، این خدمت باید از طریق عقد قرارداد با بخش خصوصی تامین گردد. چنانچه تعداد پزشک و نیروهای سلامت روان، تغذیه، بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای به صورت مشترک بین دو یا چند مرکز وجود داشته‌باشند، باید تعداد راننده متناسب با فعالیت آنها اضافه گردد.
 - به ازای هر مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک نفر نگهبان/ سرایدار تعیین می‌شود.
- ج-۱-۱-۳-۲) مراکز خدمات جامع سلامت شهری/ شهری-روستایی: مراکز خدمات جامع سلامت شهری با رعایت شرایط دسترسی جغرافیایی و فرهنگی به طور متوسط برای حدود ۴۰ هزار نفر جمعیت (۲۰ تا ۶۰ هزار نفر) و در کلان‌شهرها به طور متوسط برای ۶۰ هزار نفر (۲۰ تا ۱۰۰ هزار نفر) راه‌اندازی می‌شوند. مراکز خدمات جامع سلامت شهری، مراکزی مستقر در منطقه شهری یا حاشیه شهرها هستند. در هر مرکز خدمات جامع سلامت شهری خدمات مدیریتی، نظارتی و بهداشتی درمانی و مشاوره و آموزش سلامت ارائه می‌گردد. در مواردی که مراکز خدمات جامع سلامت شهری، علاوه بر جمعیت شهری، تعدادی از جمعیت روستایی را با واسطه خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی تحت پوشش خود دارند، عنوان مراکز خدمات سلامت جامع شهری-روستایی به آنان تعلق می‌گیرد.
- نیروی انسانی مراکز خدمات جامع سلامت شهری/ شهری روستایی به شرح ذیل می‌باشد:
- پزشک: یک نفر پزشک به عنوان مسئول فنی (ترجیحاً متخصص پزشکی خانواده، پزشک عمومی با سابقه ماندگاری بیشتر و دارای مدرک MPH) به کارگیری می‌شود.
- تبصره: در مراکز خدمات جامع سلامت شهری روستایی که دارای یک یا چند خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی می‌باشند، به ازای هر ۴۰۰۰ نفر جمعیت روستایی یک پزشک و یک نفر ماما اضافه می‌گردد.

- ماما: تا ۴۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش در مرکز یک نفر ماما تعیین می‌شود. حداقل جمعیت مورد نظر برای به‌کارگیری مامای دوم معادل ۵۰٪ جمعیت پایه تعیین می‌گردد.
- دندانپزشک: در مرکز خدمات جامع سلامت شهری به ازای هر ۴۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش، یک دندانپزشک حضور خواهد داشت.
- مراقب سلامت دهان (تکنسین سلامت دهان/ کاردان بهداشت دهان): به ازای هر ۴۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک تکنسین سلامت دهان/ کاردان بهداشت دهان حضور خواهد داشت. در صورت کمبود تکنسین سلامت دهان/ کاردان بهداشت دهان، نیروی دستیار دندانپزشک (از طریق خرید خدمات و پس از دریافت آموزش‌های مربوطه) به‌کارگیری می‌گردد.
- کارشناس سلامت روان: به ازای هر ۲۰ هزار نفر جمعیت یک کارشناس یا کارشناس ارشد سلامت روان، برای ارائه خدمات مشاوره روانشناسی، قبول ارجاعات و خدمات مربوط به جامعه تحت پوشش حضور خواهند داشت که به صورت مشترک بین مراکز قابل دسترسی (نیم ساعت با خودرو) ارائه خدمت می‌نماید. بکارگیری کارشناس دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.
- کارشناس تغذیه: به ازای هر ۲۰ هزار نفر جمعیت یک کارشناس یا کارشناس ارشد تغذیه (دارای شماره نظام پزشکی تغذیه)، خدمات تغذیه‌ای و رژیم درمانی، قبول ارجاعات و خدمات مربوط به جامعه تحت پوشش حضور خواهند داشت. که به صورت مشترک بین مراکز قابل دسترسی (نیم ساعت با خودرو) ارائه خدمت می‌نماید. به کارگیری کارشناس دوم با اضافه شدن ۵۰٪ جمعیت تعیین شده، میسر است.
- کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی: در صورت نبود واحد ارائه خدمات آزمایشگاهی دولتی در منطقه، در صورتی که فاصله مرکز خدمات جامع سلامت شهری تا نزدیکترین آزمایشگاه میانی بیشتر از نیم ساعت با وسیله نقلیه باشد، لازم است آن مرکز مجهز به واحد نمونه‌گیری گردد. در این شرایط، به ازای جمعیت تحت پوشش ۴۰ هزار نفر، یک کارشناس آزمایشگاه تشخیص طبی برای یک یا چند مرکز تعیین می‌گردد. نمونه‌گیری و مسئولیت انتقال نمونه‌های آزمایشگاهی به عهده نیروی مذکور می‌باشد.
- کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی): راه‌اندازی واحد رادیولوژی جدید در مراکز شهری خلاف ضوابط و مقررات نظام شبکه می‌باشد. اما در صورت وجود دلایل کافی، از جمله نبود بخش خصوصی فعال در منطقه یا شبانه‌روزی بودن مرکز، راه‌اندازی واحد یا استمرار ارائه خدمت واحدهای فعال رادیولوژی بلامانع است. در این شرایط، یک یا چند کاردان یا کارشناس پرتوشناسی (رادیولوژی) در مرکز تعیین می‌گردد.

- کارشناس بهداشت محیط: به ازای هر ۳۰۰ واحد تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و سایر اماکن ضروری برای نظارت بهداشت محیط، یک نیروی کارشناس بهداشت محیط باید در مرکز وجود داشته باشد.
- کارشناس بهداشت حرفه‌ای: به ازای هر ۲۵۰ تا ۳۰۰ واحد کارگاهی باید یک نیروی کارشناس بهداشت حرفه‌ای وجود داشته باشد.
- کارشناس ناظر بیماری‌ها: برای تا ۲۰ هزار نفر جمعیت تحت پوشش یک یا چند مرکز خدمات جامع سلامت روستایی، یک کارشناس ناظر بیماری‌ها تعیین می‌گردد که به صورت مشترک بین مراکز (حداکثر برای سه مرکز) قابل دسترس، ارائه خدمت می‌نماید. این کارشناس وظیفه طراحی و اجرای مداخلات مورد نیاز در برنامه های بیماری های واگیر، غیرواگیر، مدیریت خطر و بلایا و حوادث را برعهده خواهد داشت.
- کارشناس فناوری اطلاعات سلامت/کارشناس فناوری اطلاعات: در مراکز شهری، یک نفر برای تحلیل اطلاعات، آمار و پذیرش در نظر گرفته می‌شود. اولویت جذب با کارشناس فناوری اطلاعات سلامت می‌باشد. چنانچه مرکز شهری یک یا چند خانه بهداشت یا پایگاه سلامت روستایی/ پایگاه سلامت شهری/ پزشک خانواده در پوشش دارد، برای انجام دهگردشی، باید خودرو مناسب و راننده داشته باشد. درضمن، به ازای هر دو تا سه تیم بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای و کارشناس تغذیه و سلامت روان که باید به منطقه و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش نظارت داشته باشند، یک راننده با خودرو در نظر گرفته می‌شود.

تبصره ۱: جهت نظافت و نگهداری فضای فیزیکی و تجهیزات از طریق شرکت‌های خصوصی، خرید خدمت می‌شود.

تبصره ۲: در صورت عدم تامین نیرو توسط بخش دولتی برای نیروهای مورد نیاز در دندانپزشکی، روانشناسی و تغذیه و مامایی، دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی می‌تواند از دفاتر کار این گروه‌ها خرید خدمت نماید.

تبصره ۳: کلیه پزشکان خانواده و مراقبین طرف قرارداد باید قبل از عقد قرارداد در دوره‌های آموزشی مطابق آخرین دستورالعمل آموزشی ابلاغی توسط معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شرکت و گواهینامه پایان دوره دریافت نمایند.

ج-۱-۲) نحوه به کارگیری اعضای تیم سلامت

- در واحدهای ارائه خدمت دولتی دانشگاهی، سازمان‌های بیمه گر پایه، خریدار خدمت و شبکه/ مرکز بهداشت شهرستان، طرف قرارداد با ارائه دهنده خدمت می‌باشند و نظارت به صورت مشترک انجام خواهد شد.
- تامین نیروی انسانی برای این برنامه به ترتیب اولویت از نیروهای بخش دولتی دانشگاهی، مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی (در فضای مراکز ملکی) و در صورت نیاز خرید خدمت از بخش غیردولتی توسط مرکز بهداشت شهرستان و براساس جمعیت تحت پوشش خواهد بود.
- تداوم همکاری اعضای تیم سلامت با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع منوط به رعایت استانداردهای ابلاغی است. در صورت تخطی از وظایف، ستاد شهرستان می‌تواند با توجه به اقتضائات مربوطه در مورد ادامه یا عدم ادامه همکاری با پزشک خانواده تصمیم‌گیری نماید.

ج-۱-۳) انتساب تیم سلامت در جمعیت روستایی

- خانوارهای روستایی و عشایر براساس محل سکونت خود، به مرکز خدمات جامع سلامت و پزشک خانواده و تیم سلامت مستقر در آن منتسب می‌گردد.
- اطلاعات مرتبط با انتساب به همراه مشخصات پزشک خانواده در قالب سامانه انتساب برای سامانه‌های سازمان‌های بیمه گر پایه تبادل می‌گردد.

ج-۱-۴) انتخاب پزشک خانواده و انتساب به تیم سلامت در جمعیت شهری

- ستاد اجرایی شهرستان با همکاری ستاد اجرایی استان مکلف است سازوکار اطلاع‌رسانی به پزشکان (شاغل در شبکه ارائه خدمات، سازمان تامین اجتماعی، بخش خصوصی و سایر مراکز) را متناسب با نیاز برنامه انجام دهند.
- مراحل ثبت‌نام و آشنایی با برنامه تیم سلامت به صورت الکترونیکی صورت می‌پذیرد.
- ستاد اجرایی شهرستان با همکاری ستاد اجرایی استان سازوکار اجرایی اطلاع‌رسانی به جمعیت مشمول برای انتخاب پزشک خانواده را فراهم می‌نماید.
- سرپرست خانوار از میان مجموعه پزشکان خانواده در محدوده‌ی جغرافیایی تحت پوشش که مطابق ساختار شبکه ارائه خدمات معرفی می‌شوند، یک پزشک را به عنوان پزشک خانواده خود و افراد تحت تکفل انتخاب و به صورت الکترونیکی/ حضوری در سامانه ثبت‌نام می‌کند. این جمعیت، تحت پوشش مراقبین سلامت آن پزشک خانواده قرار می‌گیرند. اطلاعات مرتبط با انتساب به همراه مشخصات پزشک خانواده برای سامانه‌های سازمان‌های بیمه گر پایه تبادل می‌گردد.

تبصره ۱: محل ورود خانوارها به برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای ثبت نام و دریافت خدمات در سطح اول، شهرستان محل زندگی و در محدوده مرکز خدمات جامع سلامت سکونت خانواده 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. بدیهی است در صورت تغییر محدوده جغرافیایی محل زندگی و یا کار فرد، امکان تعویض تیم پزشک خانواده با انجام هماهنگی لازم با دبیرخانه ستاد اجرایی شهرستان بدون هرگونه محدودیتی وجود خواهد داشت.

تبصره ۲: افراد در شرایط خاص با تایید ستاد اجرایی شهرستان می توانند مستقل از خانوار نسبت به انتخاب پزشک خانواده اقدام نمایند.

- بیمه شده در صورت نیاز، حداکثر دو بار در سال می تواند با مراجعه به مرکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش، از جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده خود خارج شود و نزد پزشک خانواده دیگری ثبت نام نماید. فاصله ثبت نام نزد پزشک خانواده و اولین تغییر و فاصله دو تغییر نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص براساس شیوه نامه ستاد اجرایی کشوری می توان این مدت زمانی را کاهش داد. تعویض پزشک خانواده در ابتدای ماه (روز اول تا پنجم) قابل انجام است.
- در صورت خروج ناگهانی پزشک خانواده از برنامه، مرکز خدمات جامع سلامت به جمعیت در خصوص انتخاب پزشک خانواده جدید اطلاع رسانی می نماید. در این بازه زمانی حداکثر یک ماهه تا انتخاب پزشک خانواده جدید، امکان دریافت خدمت از پزشک خانواده همپوشان امکان پذیر است.
- خانوارهای غیرایرانی فاقد پوشش بیمه می توانند مراقبت های بهداشتی را از واحدهای دولتی دانشگاهی مربوطه دریافت نمایند. خدمات درمانی برای این افراد با اعمال تعرفه دو برابر تعرفه بخش دولتی قابل ارائه می باشد.
- ثبت نام در فهرست هر پزشک خانواده تا زمان تکمیل ظرفیت افراد تحت پوشش وی باز است و به محض تکمیل این تعداد، نام این پزشک از لیست پزشکان دارای ظرفیت موجود در سامانه حذف و بیمه شده از بین سایر پزشکان دارای ظرفیت خالی ثبت نام خواهد کرد.

ج-۱-۵) برنامه فعالیت پایگاه سلامت / پزشک خانواده

- ساعت کاری موظف پایگاه سلامت / پزشک خانواده مطابق ساعات کار قوانین و مقررات عمومی حاکم بر کشور در نوبت کاری صبح و عصر در صورت تمایل به صورت چرخشی به جز ایام تعطیل رسمی در قالب جدول ذیل خواهد بود:

جدول شماره (۱)- ساعت کاری موظف پایگاه سلامت/ پزشک خانواده

ایام هفته	نوبت کاری صبح	نوبت کاری عصر
شنبه تا چهارشنبه	۷ صبح تا ۱۴	۱۴ تا ۲۱
پنجشنبه	۷ صبح تا ۱۳	۱۳ تا ۱۹

- به شهروندان اختیار داده می‌شود که نوبت کاری مورد نظر و پزشک خانواده خود را انتخاب نمایند. تیم پزشکی باید به صورتی برنامه‌ریزی نمایند که شهروندان در صورت مراجعه در نوبت کاری صبح یا عصر دسترسی به پزشک خانواده داشته باشند.
- ساعات کار پایگاه‌های پزشک خانواده با در نظر گرفتن اقلیم هر شهرستان بنا به تصویب ستاد استانی برنامه تنظیم خواهد شد. ساعت کاری با هر تعداد جمعیت تحت پوشش، کمتر از ساعات تعیین شده در جدول شماره (۱) فوق نخواهد بود.
- پایگاه‌های سلامت/ پزشک خانواده از ساعت ۷ الی ۲۱ فعالیت می‌نمایند. پزشکان خانواده به صورت صبح و عصر در ارائه خدمات درمانی همدیگر را پوشش می‌دهند.
- ترجیح بر آن است که پزشکان خانواده در مجتمع‌های پایگاهی فعالیت نمایند. در این مجتمع‌ها، ارائه خدمات درمانی از طریق پزشک خانواده همپوشان انجام می‌شود.
- بسته‌های خدمتی در قالب خدمات مراقبتی و درمانی به جمعیت تحت پوشش هر پایگاه سلامت/ پزشک خانواده ارائه می‌شود. بدیهی است پزشک همپوشان موظف به ارائه خدمات درمانی جمعیت تحت پوشش نوبت کاری مقابل، حسب ضرورت است. ترجیحاً بهتر است که پزشکان همپوشان در یک مکان فیزیکی ارائه خدمت نمایند.
- در خارج از ساعات کاری پزشک خانواده و روزهای تعطیل، بیماران برای دریافت خدمات تشخیصی و درمانی و فوریت‌های پزشکی می‌توانند به مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی و اورژانس بیمارستان‌ها مراجعه نمایند.
- تسهیلات پیش‌بینی‌شده در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت از جمله مرخصی زایمان، تسهیلات مربوط به بازنشستگی و ... برای تیم سلامت لازم‌الاجرا است.
- فعالیت پزشکان خانواده در بیمارستان در موارد خاص با تشخیص ستاد اجرایی شهرستان و تأیید ستاد استان و تمایل پزشکان و خارج از ساعت فعالیت به منظور رفع نیاز اورژانس بیمارستان در شبکه ارائه خدمت، برای مدت محدود تا برطرف شدن نیاز بلامانع است. بدیهی است پرداخت جهت خدمات اورژانس کمافی‌السابق به روش پرداخت به ازای خدمت (FFS) خواهد بود.

تبصره: پزشکان متخصصی که به عنوان پزشک خانواده قرارداد می‌بندند، مجاز نخواهند بود بیماران را از خود (به عنوان پزشک سطح یک) به خود و پزشک هم‌تخصص خود (به عنوان پزشک سطح دو) ارجاع دهند.

- پزشک خانواده در هنگام عقد قرارداد، یک پزشک واجد شرایط را به عنوان همپوشان برابر ضوابط این شیوه‌نامه با اخذ مهر و امضای ایشان معرفی می‌کند. نام و نشانی محل کار پزشک همپوشان که توسط پزشک خانواده ستاد اجرایی شهرستان اعلام می‌شود، باید در جایی مناسب نصب شود و به صورتی مشخص به اطلاع همه افراد تحت 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 پزشک همپوشان و از طریق مسئول مرکز به ستاد اجرایی شهرستان اطلاع دهد. در موارد اضطرار، مطلع ساختن مسئول مرکز و پزشک همپوشان کفایت می‌کند. مسئول مرکز، موضوع را به ستاد اجرایی شهرستان اطلاع خواهد داد.
- هرگاه پزشک خانواده در طول قرارداد خویش، ناگزیر از ترک دائم محل باشد به منظور رعایت حال جمعیتی که تحت پوشش خود باید در فاصله زمانی دو ماهه، ستاد اجرایی شهرستان را از تصمیم خود مطلع سازد.

ج-۱-۶) ارائه خدمات به مسافران

- هر فرد خارج از شهرستان محل استقرار پزشک خانواده خود، در مواقع اورژانس می‌تواند به اولین/ نزدیک‌ترین بخش اورژانس مراکز درمانی مراجعه نماید و چنانچه سطح تریاژ وی ۴ یا ۵ تشخیص داده شود، خدمات را با خودپرداخت (فرانشیز) ۳۰ درصد دریافت می‌نماید. در صورتی که سطح تریاژ بیمار معادل سایر سطوح به جز موارد اشاره شده تعیین گردد (سطح یک تا سه) خودپرداخت (فرانشیز) رایگان تعیین می‌گردد.
 - چنانچه شرایط بیمار اورژانسی نباشد می‌تواند با مراجعه به پزشکان سطح یک همان منطقه، خدمات لازم را تحت عنوان مهمان دریافت نماید. (خدمات بهداشتی به صورت رایگان و خدمات درمانی با فرانشیز ۳۰٪)
 - ارائه خدمات غیراورژانسی به این دسته از بیماران با کسب مجوز دسترسی (از بیمار) به پرونده الکترونیک فرد مقدور بوده، باید تمام اقدامات گروه پزشکی در پرونده وی منعکس شود.
- تبصره: در صورتی که مسافری نیاز به دریافت خدمات مراقبتی مطابق بسته‌های خدمتی سطح یک داشته باشند؛ می‌توانند جهت دریافت این خدمات به مراکز دولتی دانشگاهی مراجعه نمایند.

ج-۱-۷) فرایند ارائه خدمت در مناطق روستایی

- روزها و ساعات کاری اعضای تیم سلامت منطبق با نوع فعالیت مراکز ارائه خدمت است. زمان شروع و پایان ساعات اداری مراکز ارائه خدمت بر اساس قوانین اداری و استعدامی و همگام با مرکز بهداشت شهرستان می باشد. هرگونه تغییر ساعت کاری پزشکان خانواده و ماماها و دیگر اعضای تیم سلامت طرف قرارداد، بنا به شرایط خاص جغرافیایی و یا در ایام خاص مانند ماه مبارک رمضان و نوروز و مدیریت مصرف انرژی و ... (براساس ابلاغیه هیات محترم وزیران و یا استانداری‌ها)، با در نظر گرفتن عدم اختلال در خدمت‌رسانی انجام می‌شود.

- به منظور دسترسی بهتر جمعیت تحت پوشش در ساعات غیراداری به منظور ویزیت و ارائه خدمات اورژانسی (به علت فاصله از مرکز شهرستان، فاصله از مرکز شبانه‌روزی، صعب‌العبور بودن و...) مرکز بهداشت شهرستان، مرکز ارائه خدمت واجد شرایط بیتوته را مشخص می‌نماید.

تبصره ۱: در مراکز شبانه‌روزی در صورتی که پزشک در شیفت شب فعالیت نماید اجازه استراحت (بدون لحاظ غیبت) در روز کاری بعد را دارد.

تبصره ۲: برای مراکز تک‌پزشک براساس نظر مرکز بهداشت، می‌توان جمعه‌ها و سایر روزهای تعطیل رسمی را تعطیل کرد. در این صورت ضروری است مرکز بهداشت، درخصوص نحوه ارائه خدمت به مردم منطقه اطلاع‌رسانی کافی نماید.

تبصره ۳: مرکز بهداشت مکلف است در مراکز ارائه‌دهنده خدمت بیتوته که فاقد پزشک برای روزهای تعطیل هستند، به‌گونه‌ای برنامه‌ریزی نماید که روزهای تعطیل مذکور به‌صورت منصفانه بین کلیه پزشکان مرکز بهداشت توزیع گردد.

- بر اساس اصول، ضوابط و استانداردهای نظام شبکه در مراکز شبانه‌روزی خدمات در ساعات غیراداری به‌صورت فعال در مرکز ارائه می‌گردد. در موارد کمبود در تعداد پزشکان مراکز شبانه‌روزی، مرکز بهداشت از پزشکان سایر مراکز فاقد بیتوته، پزشک تامین می‌نماید.

تبصره ۱: در مراکز شبانه‌روزی، در صورتی که پزشک در شیفت عصر و شب فعالیت نماید اجازه استراحت (بدون لحاظ غیبت) در روز کاری بعد را دارد.

تبصره ۲: در صورت کمبود، استفاده از پزشکان سایر مراکز در ساعات شیفت عصر/ شب مراکز شبانه‌روزی، استراحت (Off) روز بعد شامل این پزشکان نیز می‌شود. مرکز بهداشت شهرستان موظف است جهت جلوگیری از اختلال در کار مراکز، این شیفت‌ها را حتی‌المقدور برای پزشکان مراکز چندپزشک و نیز قبل از تعطیلات رسمی تعریف نماید.

- در صورت نبودن شرایط ایجاد مرکز شبانه‌روزی، در صورت نیاز، می‌توان اقدام به افزایش ساعت فعالیت مرکز از تک‌نوبت تا ۱۶ ساعته و یا امکان‌سنجی به منظور استقرار پزشک بیتوته مطابق با ضوابط و استانداردهای نظام شبکه نمود. حداقل یکی از مراکز ارائه خدمتی که بیش از ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه تا مراکز شبانه‌روزی/ بیمارستان فاصله دارند. به‌عنوان مرکز جمعیتی (معین) برای پوشش شیفت بیتوته تعیین می‌گردد. در این صورت نیازی به بیتوته در مراکز دیگر در این محدوده نیست. سقف جمعیت مراکز جمعیتی تعریف‌شده برای ارائه خدمات بیتوته، ۲۰,۰۰۰ نفر در نظر گرفته‌شود. در این مراکز باید امکانات بیتوته برای ارائه‌دهندگان فراهم گردد. حضور پرستار/ بهیار و نگهبان/ سرایدار به‌همراه پزشک در مراکز جمعیتی الزامی است.

تبصره ۱: انتخاب مرکز جمعیتی از بین مراکز محدوده ذکر شده با توجه به شرایط دسترسی جمعیت و امکانات مرکز (زیست پزشک و پرستار و...) انجام گیرد.

تبصره ۲: پوشش بیتوته مراکز جمعیتی باید توسط کلیه پزشکان مراکز فاقد امکان بیتوته تحت پوشش مرکز بهداشت و براساس برنامه‌ریزی، به‌صورت عادلانه انجام گیرد.

تبصره ۳: حداقل خدمات پزشکی و داروهای اورژانس در خارج از ساعات اداری در این مراکز ارائه می‌گردد.

تبصره ۴: مرکز بهداشت باید برنامه زمان‌بندی شیفت بیتوته (و تغییرات پس از آن) برای پزشکان را به‌صورت نوبتی و با پیشنهاد پزشک مسئول مرکز تدوین و ابلاغ نماید. همچنین لازم است برنامه بیتوته پزشکان به‌گونه‌ای طراحی گردد که کلیه پزشکان این مراکز در محدوده مشخص‌شده در آن حضور یابند.

تبصره ۵: لازم است نام، محل و نشانی مراکز ارائه‌دهنده خدمت بیتوته و ساعت کشیک به‌نحو مقتضی به‌اطلاع مردم تحت پوشش مراکز رسانده‌شود تا بدانند خدمت بیتوته را از کدام مرکز ارائه‌دهنده دریافت نمایند.

- تیم سلامت مستقر در مراکز ارائه خدمت باید طبق برنامه در روستاهای تحت پوشش دهگردشی کنند. لازم است دهگردشی در روستاهای اصلی (دارای خانه بهداشت یا پایگاه سلامت) حداقل هفته‌ای یکبار، در روستاهای قمر (فاقد خانه بهداشت و با فاصله کمتر از ۶ کیلومتر تا خانه بهداشت)، حداقل ماهی یکبار و در روستاهای سیاری (فاقد خانه بهداشت و با فاصله بیشتر از ۶ کیلومتر تا خانه بهداشت) و جمعیت عشایری (به‌شرط وجود راه برای عبور) حداقل هر سه ماه یکبار انجام گردد. دهگردشی در خانه‌های بهداشت با جمعیت کمتر از ۵۰۰ نفر به‌صورت هر دو هفته یک بار انجام می‌شود. دهگردشی دندانپزشک، کارشناس تغذیه و روانشناس و سایر اعضای تیم سلامت مرکز باید به‌گونه‌ای تنظیم شود که حداقل هر ماه به یکی از خانه‌های بهداشت/ پایگاه‌های بهداشت تحت پوشش خود، بازدید نماید.

تبصره ۱: جهت انجام دهگردشی برنامه‌ریزی باید به نحوی صورت گیرد که خدمات مرکز در زمان دهگردشی پزشک مختل نشود. شایان ذکر است زمان شروع دهگردشی در مراکز تک پزشک، براساس منطقه جغرافیایی و فصول توسط ستاد شهرستانی تعیین شود.

تبصره ۲: درمورد تعیین تعداد خانه بهداشت، چنانچه مرکز موردنظر بیش از یک پزشک دارد، تعداد خانه‌های بهداشت و روستاهای سیاری و قمر باید بین پزشکان و ماماها تا حد امکان به‌طور مساوی توزیع گردد.

تبصره ۳: فراوانی دهگردشی به‌تناسب خانه‌های بهداشت، روستاهای قمر و سیاری تحت‌پوشش، براساس برنامه زمان‌بندی مسئول مرکز ارائه خدمت و تایید مرکز بهداشت انجام می‌شود. هنگام دهگردشی، حضور بهورز در خانه بهداشت محل کار خود الزامی است. این شرح وظایف صرفاً برای تیم سلامت روستایی می‌باشد.

- در تمامی روستاها و شهرهای محل استقرار مراکز ارائه خدمت مجری برنامه، جلسات هیات امناء حداقل فصلی یکبار توسط مسئول مرکز و با همکاری سایر اعضای تیم سلامت تشکیل می‌گردد. می‌توان این جلسات را با جلسات شورای سلامت روستا ادغام نمود.

تبصره ۱: اعضای هیئت امناء شامل دهیار، ۱ یا ۲ نماینده شورای اسلامی روستا، مدیر یا معلم مدرسه روستا، ۲ نفر از معتمدین روستا، ۱ نفر نماینده شورای حل اختلاف دادگستری (در صورت وجود)، ۱ نفر بهورز، ۱ نفر ماما، ۱ نفر کارشناس بهداشت محیط و ۱ نفر پزشک روستا که سرپرستی این هیات با پزشک مسئول مرکز ارائه خدمت است و بنابر صلاحدید و شرایط منطقه می‌توان افرادی را به آن اضافه کرد.

تبصره ۲: درمورد شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر، به جای دهیار، بخشدار عضو هیات امناء است.

تبصره ۳: وظایف و اختیارات هیات امنای روستا شامل برگزاری نشست‌های جمعی با مردم روستا به‌منظور اطلاع‌رسانی و آموزش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط پزشک و مسئول شبکه شهرستان، هماهنگی با بخشدار، فرماندار و اطلاع‌رسانی به آنها درمورد شاخص‌های سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت منطقه، جلب مشارکت‌های مردمی/ خیرین، وضعیت ساختار جمعیت و حل مشکلات اجرایی موجود مثل تامین و توسعه محل اسکان مناسب برای بیتوته پزشک و سایر کارکنان مرتبط می‌باشد.

ج-۱-۷-۱) ارائه خدمات دارویی در مناطق روستایی

- نظر به تولید دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی در ارائه بسته خدمات داروی سطح اول، مرکز بهداشت، وظیفه نظارت بر تامین اقلام دارویی مورد نیاز سطح اول را برعهده دارد. در صورت غیرفعال بودن خدمات داروخانه و خدمات پزشکی، سرانه دارو و پزشک کسر و سرانه سایر خدمات توسط سازمان قابل پرداخت است. نظارت بر ارائه خدمات دارویی و تامین اقلام دارویی (موجودی حداقل ۵۰ درصد از هر قلم دارو و طی درخواست قبلی پزشک مرکز) از طریق داروخانه‌های وابسته به مرکز

بهداشت و بخش خصوصی (شعاع ۵۰۰ متر و کانکس دارویی) توسط مرکز بهداشت به عنوان متولی ارائه بسته خدمات سطح اول صورت پذیرد.

- پزشکان خانواده شاغل مجاز به تجویز اقلام مورد تعهد سازمان (قابل تجویز توسط پزشک عمومی) هستند. ملاک پایش خدمات دارویی مرکز، لیست داروهای منتخب پزشک خانواده مرکز ارائه خدمت و مورد توافق بیمه‌های سلامت است که به داروخانه اعلام شده است.
- داروخانه‌های وابسته به مرکز بهداشت مراکز ارائه خدمت و داروخانه‌های طرف قرارداد بخش خصوصی، ملزم به ارائه دارو، مطابق نسخه تجویزی پزشک هستند. داروها باید به صورت ژنریک تجویز، تامین و به بیماران تحویل داده شود. داروخانه‌ها ملزم به نسخه‌پیچی الکترونیک همگام با نسخه‌نویسی الکترونیک در مراکز ارائه خدمت هستند. لکن پرداخت سهم ارز ترجیحی دارو و سهم سازمان صرفاً بابت اسناد تمام الکترونیک (نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی الکترونیک) و اسناد نیمه‌الکترونیک (نسخه‌نویسی کاغذی و نسخه‌پیچی الکترونیک) با رعایت ضوابط مربوطه خواهد بود. در صورت نبود زیرساخت لازم برای نسخه‌نویسی الکترونیک، با تصمیم مشترک بیمه‌های پایه استانی و معاونت بهداشت، ضمن رعایت ضوابط مربوطه و تنظیم صورتجلسه، پزشکان خانواده مجاز به نسخه‌نویسی کاغذی هستند، لکن ضروری است هنگام نسخه‌پیچی، نسخه در سامانه نسخه الکترونیک سازمان ثبت شود.
- سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه از داروهای قابل تجویز توسط پزشکان عمومی حسب ضوابط مربوطه در کلیه صندوق‌های تحت پوشش این سازمان‌ها به داروخانه‌های وابسته به مرکز بهداشت و بخش خصوصی (داروخانه اصلی و کانکس دارویی) قابل پرداخت است. سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه از داروهای سطح اول در داروخانه‌های وابسته به مرکز بهداشت، به مرکز بهداشت پرداخت می‌گردد. سهم این سازمان‌ها از داروهای سطح اول در داروخانه‌های بخش خصوصی (داروخانه اصلی و کانکس دارویی) طرف قرارداد، به داروخانه اصلی و براساس قرارداد همکاری آنان با سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می‌گردد.
- سازمان‌های بیمه‌گر پایه صرفاً مجاز به خرید خدمات دارویی سطح اول از داروخانه‌های طرف قرارداد این سازمان‌ها و در محدوده جغرافیای شهرستان خود هستند، در صورت عدم وجود متقاضی با تایید سازمان‌های بیمه‌گرهای پایه، عقد قرارداد با داروخانه‌های خارج از محدوده شهرستان امکان‌پذیر می‌باشد. بدیهی است پرداخت سهم ارز و سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه به داروخانه‌های غیرطرف قرارداد این سازمان‌ها، امکان پذیر نمی‌باشد.

- داروهای بیماران اعصاب و روان با تشخیص اختلال روانپزشکی شدید (سایکوتیک) و نیز بیماران مبتلا به صرع که دارای پرونده فعال مراقبت هستند چنانچه در فهرست اقلام دارویی مصوب قرار گیرند، به صورت رایگان در اختیار بیماران قرار می گیرند.

تبصره: انتقال داده های پرونده بیماران اعصاب و روان پرونده ای از سامانه های سطح اول وزارت بهداشت به سامانه نسخه الکترونیک سازمان های بیمه گر پایه از طریق درگاه دیتاس، نشاندار و انجام می گردد. در صورت نشاندار شدن پرونده بیماران اعصاب و روان پرونده ای صندوق روستائیان و عشایر در سامانه نسخه الکترونیک سازمان های بیمه گر پایه، ارائه رایگان این داروها به صورت رایگان ممکن است، در غیر این صورت مانند سایر داروها حسب ضوابط مربوطه محاسبه می شود.

- تبصره: ارائه نسخ دارویی تجویزی مامایی و دندانپزشکی، در محدوده داروهای مصوب، حسب سایر ضوابط مربوطه بلامانع است.

- داروها باید به میزان کافی در انبار دارویی مرکز بهداشت و داروخانه های خصوصی طرف قرارداد سازمان های بیمه گر پایه وجود داشته باشد و حداقل در مقاطع سه ماهه، نیازهای دارویی مراکز ارائه دهنده خدمت را براساس درخواست کتبی پزشک یا پزشکان شاغل در هر مرکز تامین نماید. پزشک یا پزشکان شاغل در مرکز ارائه خدمت، درخواست دارویی خود را باید زمانی به مرکز بهداشت و داروخانه بخش خصوصی اعلام کنند که هنوز حداقل ۵۰ درصد از هر قلم دارو طی درخواست قبلی در مرکز موجود است. نبود بعضی داروها در برخی مناطق به دلیل کمبود کشوری دارو، مشمول تعديلات نمی شود.

- تامین داروهای سطح اول به جز داروهای ترالی اورژانس و داروهای خانه بهداشت، از محل اعتبار سهم دارو (اعتبار یک درصد مالیات بر ارزش افزوده) است.

- تأمین داروی ترالی اورژانس در تمامی مراکز ارائه خدمت براساس آخرین مصوبه اورژانس کشوری، به عهده مرکز بهداشت است.

- تأمین داروهای قفسه دارویی در تمامی خانه های بهداشت براساس آخرین دستورالعمل و ضوابط مربوطه معاونت بهداشت (علاوه بر داروهای مکمل) به عهده مرکز بهداشت است.

- تأمین دارو در زمان ارائه خدمت بیتوته (به جز ترالی اورژانس) و دهگردشی، به عهده داروخانه های وابسته به مرکز بهداشت و بخش خصوصی طرف قرارداد سازمان های بیمه گر بیمه های پایه استانی (شعاع ۵۰۰ متر و کانکس) است.

- تأمین نیروی انسانی در داروخانه‌های وابسته به مرکز بهداشت و در داروخانه‌های بخش خصوصی (داروخانه اصلی در شعاع ۵۰۰ متر و کانکس دارویی) به‌عهده داروخانه اصلی طرف قرارداد سازمان‌های بیمه‌گر پایه است.

- داروخانه طرف قرارداد موظف به تأمین و توزیع دارو و تأمین نیروی آموزش‌دیده برای ارائه خدمت در دهگردشی پزشک خانواده در روستاهای تحت پوشش مرکز ارائه خدمت می باشد.

تبصره: لازم است نیروی انسانی به‌کارگیری شده به‌عنوان داروبار در داروخانه‌های مرکز ارائه خدمت، حائز شرایط اعلام‌شده از سوی معاونت غذا و داروی دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و دارای گواهی آموزشی معتبر باشد.

- به‌منظور افزایش دسترسی بیمه‌شدگان روستایی به خدمات دارویی، در صورت ممکن نبودن ارائه خدمات دارویی از طریق ظرفیت‌های بخش دولتی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه با داروخانه بخش خصوصی با اولویت داروخانه مستقر در روستا، مرکز شهرستان و مرکز استان در قالب داروخانه اصلی یا کانکس، عقد قرارداد می‌نماید. بدیهی است انعقاد این قرارداد با داروخانه بخش خصوصی خارج از محدوده جغرافیایی استان، ممنوع است.

- در صورتی که داروخانه بخش خصوصی متقاضی ارائه خدمات دارویی سطح اول در مراکز ارائه خدمت نبود، بیمه‌های پایه استانی، مراتب را کتباً به مرکز بهداشت اعلام می‌نماید تا مرکز بهداشت راساً خدمات دارویی را در داروخانه‌های وابسته به مرکز بهداشت در مرکز مذکور، ارائه نماید.

تبصره ۱: در صورت رعایت نکردن ضوابط و دستورالعمل‌های مربوطه از سوی داروخانه طرف قرارداد سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای تأمین داروهای سطح اول، مرکز بهداشت موارد را به صورت کتبی به سازمان‌های بیمه‌گر پایه منعکس نموده، سازمان‌های بیمه‌گر پایه موظف است در نوبت اول به داروخانه تذکر کتبی داده، در صورت تکرار موضوع، قرارداد پذیرش نسخ روستایی داروخانه مذکور را لغو و برای تأمین داروی سطح اول با داروخانه دیگری عقد قرارداد نماید.

تبصره ۲: در صورت تحمیل هرگونه هزینه به سازمان‌های بیمه‌گر پایه یا بیمه‌شدگان ناشی از عملکرد داروخانه‌های وابسته به مرکز بهداشت یا طرف قرارداد و یا هرگونه عملکرد مغایر ضوابط مربوطه، اقدامات مقتضی به تشخیص سازمان‌های بیمه‌گرهای پایه استانی حسب ضوابط مربوطه، معمول می‌شود.

تبصره ۳: تأمین امکانات نرم‌افزاری و سخت‌افزاری الکترونیک داروخانه‌های کانکس مراکز ارائه خدمت به‌عهده داروخانه بخش خصوصی مربوطه است. مراکز بهداشت شهرستان می‌توانند در صورت امکان به تأمین این موارد اقدام نمایند.

- میانگین مورد انتظار قلم دارویی در نسخ هر پزشک در هر فصل ۳ قلم است. در صورتی که بیش از ۲۵٪ جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده سن بالای ۶۰ سال داشته باشند، این میانگین می‌تواند تا ۳/۵ قلم، افزایش یابد.

- اخذ حق فنی خدمات دارویی از بیمه‌شدگان در داروخانه‌های وابسته به مرکز بهداشت و بخش خصوصی طرف قرارداد در سطح اول با حضور داروساز و براساس دستورالعمل ابلاغی سازمان غذا و دارو و معادل تعرفه بخش دولتی است. قیمت دارو و فرانشیز بیمه‌شدگان در داروخانه‌های مذکور براساس قوانین و مقررات مربوطه ابلاغی از سوی سازمان غذا و دارو است. تأمین دارو در زمان بیتوته برای موارد اورژانس از طریق تراسی اورژانس رایگان و از قفسه دارویی حسب ضوابط مربوطه است.

تبصره ۱: داروهای گروه هدف (دیابت، پرفشاری خون) در مناطق عشایری در ایل‌گردشی رایگان و از محل اعتبارات وزارت بهداشت تامین می‌گردد.

تبصره ۲: در صورت ارائه دارو از قفسه دارویی غیر از موارد اورژانس، تعرفه معادل سایر داروهای مرکز از بیمار اخذ می‌گردد.

تبصره ۳: داروخانه در قبال ارائه خدمات دارویی، موظف به ارائه فاکتور به بیمه‌شده می‌باشد که حاوی مبلغ کل هزینه خدمات دارویی، سهم سازمان و سهم بیمه‌شده باشد و همچنین داروخانه تحت هیچ شرایطی مجاز نیست هزینه داروهای سطح اول برای بیمه‌شدگان صندوق روستاییان و عشایر را به صورت آزاد محاسبه نماید، در این صورت حسب ضوابط سازمان اقدام خواهد شد.

- مرکز بهداشت موظف به تامین و توزیع اقلام مکمل جهت گروه‌های هدف است. این اقلام برحسب بسته خدمتی تعریف شده براساس برنامه کشوری مکمل یاری گروه‌های سنی و فیزیولوژیک (گروه‌های هدف) و آخرین ابلاغیه‌های صادره در اختیار خانه‌های بهداشت یا پایگاه‌های سلامت روستایی/شهری مجری قرار گرفته و به صورت رایگان در اختیار گروه هدف برنامه‌ها قرار می‌گیرد و نیازمند تجویز نیست.

ج-۱-۷-۲) ارائه خدمات پاراکلینیک در مناطق روستایی

- راه‌اندازی و استقرار مراکز پاراکلینیک براساس تعاریف ساختاری و ضوابط طرح گسترش است. هر مرکز بهداشت می‌تواند برای ارائه خدمات پاراکلینیک نسبت به عقد قرارداد با سایر مراکز دولتی یا غیردولتی واجد شرایط، اقدام نماید. در صورت عدم ارائه خدمات سطح اول آزمایشگاه و رادیولوژی و خرید خدمات مذکور توسط بیمه‌شده روستایی، بیمه‌های پایه استانی برابر سهم سازمان از اقلام خریداری شده، از سرانه آزمایشگاه و رادیولوژی شهرستان کسر خواهند نمود.

- مرکز بهداشت موظف به تامین خدمات پاراکلینیک در تمامی مراکز ارائه خدمت از طریق راه اندازی آزمایشگاه و رادیولوژی یا خرید خدمات آزمایشگاهی و رادیولوژی از بخش غیردولتی یا دولتی یا به صورت جمع آوری نمونه از مراکز و انجام این آزمایشات در مراکز معین و یا طرف قرارداد مرکز بهداشت خواهد بود.

- در صورت تعیین واحد آزمایشگاهی خاص برای ارائه خدمات توسط مرکز بهداشت، پزشک ملزم است بیمار را به همان آزمایشگاه ارجاع دهد. در صورت مراجعه بیمار به واحد آزمایشگاهی غیر از واحد معرفی شده، تمام هزینه برعهده بیمار است. در صورت تجویز خدمات پاراکلینیک در محدوده صلاحیت تجویز پزشک خانواده ولی خارج از فهرست خدمات پاراکلینیک پزشک خانواده و بسته خدمت سطح اول (سایر موارد آزمایشگاه، سونوگرافی و تصویربرداری) سهم سازمان حسب ضوابط مربوطه قابل پرداخت است.

- سطوح ارائه خدمات آزمایشگاهی شامل واحد نمونه گیری، آزمایشگاه میانی و آزمایشگاه/آزمایشگاه های مرکزی طبق «شیوه نامه ابلاغی استقرار شبکه آزمایشگاهی» آزمایشگاه مرجع سلامت می باشد.

تبصره ۱: در صورتی که مراکز ارائه خدمت، فاقد آزمایشگاه فعال و یا اینکه در فاصله نیم ساعت از مرکز، واحد آزمایشگاهی طرف قرارداد دیگری وجود نداشته باشد، راه اندازی واحد نمونه گیری در مرکز الزامی است.

تبصره ۲: آزمایش های تجویزی پزشک خانواده از مسیر ارجاع از مراکز در آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان انجام می شود. در صورت عدم امکان انجام آزمایش در مرکز ارائه خدمت، خدمات آزمایشگاهی از طریق نمونه گیری و انتقال صحیح نمونه به سطوح بالاتر ارائه گردیده و نیازی به ارجاع بیمار نمی باشد.

تبصره ۳: ساختار آزمایشگاهی تعریف شده برای کلیه مراکز زیرمجموعه هر شبکه باید طی صورت جلسه مشترکی با سازمان های بیمه گر پایه استانی مصوب و در کلیه مراکز ارائه خدمت در معرض دید بیمه شدگان و ناظرین قرار گیرد.

تبصره ۴: تجهیزات سطوح مختلف آزمایشگاه های بهداشتی مجری براساس فهرست تجهیزات آزمایشگاه های بهداشتی (طبق دستورالعمل ابلاغی آزمایشگاه مرجع سلامت) در برنامه مذکور است. الزام به تامین هر یک از این تجهیزات و ویژگی های فنی آنها مبتنی بر نوع خدمات آزمایشگاهی قابل انجام در آزمایشگاه و بارکاری آن است. لذا متناسب بارکاری از تجهیزاتی با ظرفیت بیشتر یا کمتر برای تجهیز آزمایشگاه استفاده می شود. تمام وسایل تشخیصی آزمایشگاهی پزشکی (IVD) که در ماده (۲) آیین نامه وسایل تشخیصی آزمایشگاهی پزشکی تعریف شده است، باید دارای تاییدیه از وزارت بهداشت باشند. تمام کارکنان آزمایشگاه های تشخیصی پزشکی

موظفند مشکلات مربوط به این وسایل را مطابق دستورالعمل به اداره امور آزمایشگاه‌های دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی گزارش نمایند.

- خدمات آزمایشگاهی بر اساس بسته‌های خدمت و خدمات در تعهد برنامه در آزمایشگاه‌های مراکز بهداشت قابل انجام می‌باشد. آزمایش‌های غربالگری بیماری‌ها براساس بسته خدمتی و دستورالعمل مربوطه، انجام می‌گردد. خدمات آزمایشگاهی ادغام‌یافته در بسته خدمت گروه‌های سنی به شرح زیر رایگان هستند:

الف) آزمایشات مادران باردار (دو نوبت براساس بسته خدمت):

یک نوبت Blood Group & RH، آزمایش CBC و شمارش افتراقی سلول‌های خونی، آزمایش آنالیز کامل ادرار، کشت ادرار، Serum BUN، Serum Creatinin، آزمایش کومبس غیرمستقیم (مادران RH منفی)، FBS، TSH، VDRL، HIV، HBSAg، آزمایش غربالگری دیابت بارداری، Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) و GCT.

ب) جمعیت بالای سی سال:

آزمایش غربالگری دیابت و غربالگری اختلال چربی خون FBS و Serum Cholesterol.

ج) غربالگری نوزادان:

اندازه‌گیری TSH (CH)، اندازه‌گیری کمی فنیل آلانین (PKU) و G6PD (در صورت وجود امکانات و حسب‌نیاز)، (هزینه‌های غربالگری نوزادان براساس مصوبات هیئت محترم دولت از سازمان‌های بیمه‌گر پایه دریافت گردد).

- خدمات آزمایشگاهی براساس سطوح ساختاری آزمایشگاه‌های بهداشت به شرح ذیل می‌باشد:

الف) واحد پذیرش و نمونه‌گیری (نمونه‌گیری و ارسال ایمن و امن نمونه):

پذیرش و نمونه‌گیری جهت انجام آزمایش‌های قابل نمونه‌گیری و انجام درخواستی/ کلیه نمونه‌ها باید در اسرع وقت و با رعایت اصول ایمنی و زنجیره سرد (طبق دستورالعمل پیوست شده روش استاندارد انتقال نمونه) به آزمایشگاه طرف قرارداد (آزمایشگاه‌های مراکز بهداشتی- درمانی سطوح بالاتر و یا آزمایشگاه بیمارستان و آزمایشگاه‌های بخش خصوصی مورد تأیید) ارسال گردند. در واحدهای پذیرش و نمونه‌گیری کلیه وسایل حفاظت فردی لازم (مطابق دستورالعمل مربوط به اجرای برنامه ایمنی و بهداشت در آزمایشگاه) جهت فرآیند نمونه‌گیری و نیز ارسال امن و ایمن نمونه باید تهیه شده و مورد استفاده قرار گیرد.

ب) آزمایشگاه میانی:

آزمایشگاه مراکز ارائه خدمت روستایی/ شهری دارای آزمایشگاه: CBC و شمارش افتراقی سلول های خونی/ هموگلوبین/ هماتوکریت/ گروه خون Blood Group & Rh/ قند خون ناشتا (FBS)/ آزمایش Glucose Challenge Test (GCT)/ آزمایش Oral Glucose Tolerance Test (OGTT)/ آزمایش قند ۲ ساعت بعد از غذا (hPP2)/ آزمایش Serum BUN/ آزمایش Serum Creatinin/ آزمایش Serum Cholesterol / آزمایش Serum Triglyceride / آزمایش Serum HDL-Cholesterol / آزمایش Serum LDL-Cholesterol (در صورتی که Serum HDL-Cholesterol انجام نشود)/ آزمایش Serum SGOT / آزمایش Serum SGPT / آزمایش کیفی تشخیص حاملگی/ آزمایش Serum RPR/VDRL / سدیمنتاسیون (ESR)/ آزمایش Stool Examination (Ova/Parasite-)/ آزمایش خون مخفی در مدفوع occult blood / آزمایش آنالیز کامل ادرار/ آزمایش کشت ادرار/ رایت/ ویدال/ لام خون محیطی (تشخیص سالک و مالاریا)/ CRP

آزمایشگاه مرکز بهداشت شهرستان: کلیه خدمات آزمایشگاه های مراکز ارائه خدمت روستایی/ شهری دارای آزمایشگاه/ بیلیروبین مستقیم و توتال/ آزمایش Uric Acid / آزمایش HbA₂/ آهن / ظرفیت اتصال آهن (TIBC)

فریتین سرم/ کومبس رایت (Coombes Wright)/ ۲-مرکاپتواتانول (ME₂)/ آزمایش کمی سرم Beta-HCG / آزمایش کومبس غیر مستقیم/ بررسی اسمیر مستقیم خلط از نظر سل/ کشت مدفوع/ (Salmonella, Shigella, E.Coli, Eltor)/ آزمایش TSH (غربالگری نوزادان CH)-مادر باردار/ آزمایش T₄/یندازه گیری کمی فنیل آلانین (غربالگری نوزادان PKU)/ آزمایش HbA_{1c}/ آزمایش HIVAb / آزمایش HBsAg / آزمایش HBsAb / آزمایش HCVAb / آزمایش Ca/P / آزمایش Na/K (فقط برای کنترل درمان بیماران سل و HIV مثبت)/ Serum ALP /نمونه گیری DAT برای تشخیص کالازار (مربوط به مناطق آندمیک اعلام شده توسط مدیریت بیماری های واگیر)/ پاپ اسمیر

آزمایشگاه مرکزی/ مرجع بهداشت- مرجع منطقه ای: کشت و آنتی بیوگرام سل/ آنتی بیوگرام داروهای خط اول درمان سل/ بررسی مولکولی باسیل سل از نظر وجود مقاومت دارویی (PCR و Gen Xpert)/ تعیین هویت باسیل سل از نظر وجود NTM و Bovis / MTB PCR /آزمایش تشخیص مولکولی کووید-۱۹/آزمایش تشخیص مولکولی آنفلوانزا/آزمایش تشخیص مولکولی تب دنگی/آزمایش تشخیص مولکولی CCHF/آزمایش تشخیص مولکولی آبله میمونی/آزمایش سرولوژی CCHF/آزمایش سرولوژی تب دنگی/آزمایش تشخیص مولکولی لپتوسپیروز/آزمایش سرولوژی لپتوسپیروز/RT/PCR کمی برای تعیین بار HIV / تست CD₄/ RT/PCR کیفی برای HIV /RT/PCR کیفی برای هپاتیت C

(ج) آزمایشگاه مرجع کشوری:

"**Rabies RT-PCR** نمونه مغز، بزاق، پوست گردن و مایع نخاع" / **Rabies IFA** نمونه مغز/ کشت ضایعات مشکوک به سالک/ **PCR** نمونه های مشکوک به سالک/ لیتوسپیروز **Dengue Real /MAT** /**Zika Real time PCR /Chikongonia Real time PCR /time PCR and Serotyping Zika /Chikongonia Ab IgM and IgG ELISA /Degue Ab IgM and IgG ELISA** / **Ab IgM and IgG ELISA** بررسی سرم از نظر توکسین کلستریدیوم بوتولینوم / بررسی شیره معده از نظر توکسین کلستریدیوم بوتولینوم / کشت شیره معده برای کلستریدیوم بوتولینوم / کشت مدفوع برای کلستریدیوم بوتولینوم / بررسی مدفوع از نظر توکسین کلستریدیوم بوتولینوم/ بررسی نمونه مواد غذایی از نظر توکسین کلستریدیوم بوتولینوم/ کشت نمونه مواد غذایی از نظر کلستریدیوم بوتولینوم / تست تائیدی ویبریو کلرا به روش اتومیشن/**Vibrio Cholera PCR** / سالمونلا / شیگلا/ تعیین مقاومت میکروبی ویبریوکلرا / سالمونلا / شیگلا با روش دیسک/ تعیین مقاومت میکروبی ویبریوکلرا / سالمونلا / شیگلا به روش اتومیشن/ تعیین مقاومت میکروبی ویبریوکلرا / سالمونلا / شیگلا با روش **PCR /E-test** با روش **ESBL** تشخیص مولکولی/ **Yersinia, Listeriya, S. aureus, B. cereus, Adeno** / **Noro virus , Sapovirus, Entro virus, Rota virus, HAV, HEV (RT- /virus, (PCR)** / **Cryptosporidium, Cyclospora (PCR) /PCR)** بررسی نمونه ادرار از نظر تخم انگل شیتوزوما/ بررسی اسمیر مدفوع از نظر تخم انگل فاسیولا / سنجش سطح آنتی بادی فاسیولا در سرم با روش الایزا/ کشت ویروس **polio** / ژنوتایپینگ ویروس **polio Intra Typing Differentiation** / انجام سرولوژی **IgM** / سرخک/ انجام سرولوژی **IgG** / سرخک/ انجام بررسی ژنوتایپینگ ویروس سرخجه/ انجام بررسی ژنوتایپینگ ویروس سرخک/ **REAL TIME PCR TEST** / سرخک/ **REAL TIME PCR TEST** / سرخجه/ انجام سرولوژی **IgG/IgM** / سرخجه/ کشت ویروس سرخجه/ کشت باکتری سیاه سرفه/ دید مستقیم سیاه سرفه/ بررسی مولکولی سیاه سرفه **PCR** / دید مستقیم دیفتری (رنگ آمیزی آلبرت)/ کشت باکتری دیفتری و بررسی توکسوژنیسیته آن/ آزمایشهای ملکولی مالاریا/ **REAL TIME PCR** / **TEST** برای شناسایی ویروس انفلوانزا/ **REAL TIME PCR TEST** برای شناسایی ویروس کرونا/ بررسی مقاومت دارویی ویروس انفلوانزا/ **REAL TIME PCR TEST** برای سایر عوامل بیماریزای تنفسی/ **REAL TIME PCR TEST** برای شناسایی ویروس ایبولا/ **REAL TIME PCR** / **TEST** برای شناسایی ویروس زیکا/ تعیین بار ویروس **HIV** / **RT/PCR** / **HIV** / **TEST** / **Chlamydia PCR /Gonococcus PCR** / تست مقاومت داروهای ضد رترو ویروسی/ تعیین بار

ویروس هپاتیت C/ تعیین بار ویروس هپاتیت B/ ژنوتایپینگ ویروس هپاتیت C/ PCR کیفی HCV/ Brucella PCR/ آنتی بادی لپتوسپیروز به روش ELISA/ آنتی بادی لپتوسپیروز به روش IFA/ Leptospira PCR/ تشخیص مولکولی سیاه زخم/ دید مستقیم ضایعات سیاه زخم/ کشت سیاه زخم/ PCR التور- سالمونلا-شیگلا- E.coli ۱۵۱۵۷/ جهت ارزیابی تب های خونریزی دهنده ویروسی/ جهت ارزیابی سالک در منطقه " IFA IgG تب کیو/ Real Time PCR تب کیو/ Real Time PCR طاعون/ Rapid Antibody تولارمی/ Real Time PCR تولارمی/ ELISA IgM تولارمی/ ELISA IgG تولارمی/ تشخیص هاری به روش مولکولی/ آنتی بیوگرام داروهای خط دوم درمان سل تبصره: به تشخیص متولیان نظام مراقبت بیماری ها و برنامه های کشوری (پس از هماهنگی با آزمایشگاه مرجع سلامت)، متناسب با نیازهای بومی هر منطقه، ممکن است به فهرست خدمات و آزمایش های مراکز آزمایشگاهی آن منطقه افزوده شود.

- خدمات تصویربرداری موردتعهد سطح اول شامل رادیوگرافی های ساده بدون ماده حاجب است.
- بسته خدمات تصویربرداری سطح اول صرفا از طریق مراکز طرف قرارداد شبکه (اعم از دولتی یا غیردولتی طرف قرارداد طبق مفاد تفاهم نامه) قابل ارائه است.
- در صورت انعقاد قرارداد مرکز بهداشت با مراکز تصویربرداری دولتی و غیردولتی طرف قرارداد سازمان های بیمه گر پایه، بیمه شدگان جهت دریافت خدمات تصویربرداری سطح اول، تنها فرانشیز مصوب تعرفه دولتی را پرداخت می کنند، بدیهی است برای این خدمات، سهم سازمان های بیمه گر پایه بابت بیمه شدگان صندوق روستاییان و عشایر قابل پرداخت نیست.
- تبصره: اطلاع رسانی در خصوص نشانی مراکز تصویربرداری طرف قرارداد مرکز بهداشت در مراکز ارائه خدمت، ضروری است. فهرست مراکز مذکور به سازمان های بیمه گر پایه استانی اعلام گردد.
- گرافی OPG جزو خدمات سطح دوم است.

تبصره: فرانشیز سونوگرافی بارداری نوبت اول مطابق مصوبات وزارت بهداشت رایگان می باشد.

ج-۱-۷-۳) ارائه خدمات سلامت دهان و دندان در مناطق روستایی

- به کارگیری و عقد قرارداد با دندانپزشکان مشمول طرح نیروی انسانی و متعهدین خدمت قانون برقراری عدالت آموزشی اعزامی به مناطق مجری برنامه، در برنامه پزشک خانواده روستایی و نظام ارجاع در صورت نیاز دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی الزامی است.

- اولویت و سیاست کلی معاونت بهداشت، فعال‌سازی ساعات بعدازظهر و شب مراکز ارائه‌خدمت با به‌کارگیری دندانپزشکان شاغل در مراکز است؛ لذا دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی بایستی شرایط و امکانات فعال‌سازی بعدازظهر مراکز ارائه‌خدمت را برای بهره‌وری بیشتر واحدهای دندانپزشکی فراهم نماید تا با مشارکت دندانپزشکان، ارائه‌خدمت در خارج از ساعات کاری برنامه پزشک خانواده روستایی و نظام ارجاع، با هماهنگی مرکز بهداشت صورت گیرد. در صورت عدم امکان فعال‌سازی شیفت عصر یا شب در تمامی مراکز، برخی مراکز فعال با به‌کارگیری چرخشی دندانپزشکان شبکه فعال‌سازی گردند.
- ارتقای سلامت دهان و دندان از طریق ارائه خدمات آموزشی، پیشگیری و درمانی در مناطق روستایی، شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر و عشایری با اولویت گروه‌های هدف صورت می‌پذیرد. خدمات آموزشی و پیشگیری اولیه قابلیت اجرا در مدرسه، مهد کودک و سایر مراکز اجتماعات مثل مسجد، محل کار و اطراق عشایر کوچ‌کننده را دارد (تاریخ و روزهای برنامه‌ریزی شده برای مراجعه به مدارس و مهدهای کودک از قبل مشخص و در تابلو اعلانات مرکز نصب می‌گردد). خدمات پیشگیری و درمانی نیازمند به یونیت، در مراکز دارای واحد دندانپزشکی ثابت و یا با استفاده از یونیت دندانپزشکی سیار ارائه می‌گردد. صدور مجوز بهره‌برداری و نظارت بر عملکرد آن براساس آیین‌نامه مربوطه به‌عهده معاونت‌های بهداشت است.

تبصره ۱: فهرست مراکز ارائه‌دهنده خدمت سلامت دهان و دندان توسط دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان، ازسوی مرکز بهداشت به بیمه‌های پایه استانی و از طریق معاونت بهداشتی به دفتر سلامت دهان و دندان معاونت بهداشت ارسال می‌گردد. باتوجه به ضرورت گسترش خدمات به‌منظور ایجاد پوشش صددرصدی گروه هدف، افزایش مراکز جدید باید با جدیت پیگیری و فهرست مراکز جدید هر ۳ ماه به مراجع صدرالذکر گزارش شود.

تبصره ۲: باتوجه به پرداخت سهم سرانه خدمات سلامت دهان و دندان به دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی، در صورت تامین‌نشدن دندانپزشک توسط مرکز بهداشت، دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی می‌تواند جهت پوشش خدمات مربوطه، با رعایت ضوابط مربوطه، با بخش غیردانشگاهی، قرارداد همکاری منعقد نماید. فهرست این مراکز به‌منظور اطلاع‌رسانی مناسب به بیمه‌شدگان، در معرض دید عموم در مراکز ارائه خدمت نصب گردد.

تبصره ۳: در صورت وجود اعتبار، مراکز جمعیتی، شبانه‌روزی و مراکز ارائه خدمت در مناطق محروم واجد رادیوگرافی تک دندان گردند. بدیهی است نبود رادیوگرافی مذکور منجر به تعدیلات مربوط به خدمات دهان و دندان نخواهد شد.

تبصره ۴: در صورت ارائه خدمات دهان و دندان توسط دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان در مراکز طرف قرارداد مرکز بهداشت، فاصله مراکز ارائه‌دهنده خدمت، حداکثر ۳۰ کیلومتر یا نیم ساعت با وسیله نقلیه موتوری است؛ در خصوص موارد خاص، در ستاد استانی تصمیم‌گیری خواهد شد.

- بهورز و مراقب سلامت، خدماتی را براساس دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت به منظور آموزش و پیشگیری برای ارتقای سلامت دهان و دندان ارائه می‌دهند.
- شناسایی عوامل تعیین‌کننده سلامت دهان و دندان در منطقه تحت پوشش، جلب حمایت شوراهای محلی و هیئت‌امنا روستا و برنامه‌ریزی‌های تکمیلی با هماهنگی برون‌بخشی برای ارتقای سلامت دهان و دندان مردم منطقه با همکاری دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان صورت می‌گیرد.
- آموزش مورد نیاز ارائه‌دهندگان خدمت زیر نظر دفتر سلامت دهان دندان معاونت بهداشت، توسط واحد بهداشت دهان و دندان دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و با مشارکت مرکز آموزش بهورزی انجام می‌گیرد.
- خدمات سلامت دهان و دندان تحت پوشش در مراکز ارائه خدمت دارای واحد دندانپزشکی، مطب‌ها و درمانگاه‌های دندانپزشکی طرف قرارداد به شرح ذیل است:

آموزش بهداشت دهان و دندان

ثبت اطلاعات وضعیت سلامت و خدمات دهان و دندان در سامانه‌های الکترونیک

فلورایدتراپی

فیشرسیلانت تراپی

ترمیم دندان‌های شیری و دایمی

جرم‌گیری و برساز

پالپوتومی

درمان پالپ زنده (VPT) دندان‌های دایمی

کشیدن دندان‌های غیرقابل نگهداری (شیری و دایمی)

- اولین اقدام دندانپزشک پس از شروع به کار در مرکز، احصای آمار و اطلاعات جمعیت تحت پوشش و گروه‌های هدف و پس از آن معاینه دهان و دندان مادران باردار و زنان شیرده (مادران تا دو سال پس از زایمان) و کودکان زیر دو سال و سایر گروه‌های هدف (براساس ابلاغیه های معاونت بهداشت) است.

- واگذاری خدمات به بخش خصوصی، می‌تواند با ارجاع بیماران به مراکز دندانپزشکی طرف قرارداد (در روستا در محدوده روستا و در شهرها در محدوده طرح گسترش) صورت پذیرد. در این صورت ارائه تمامی خدمات موردنظر به گروه هدف حین قرارداد همکاری به صورت رایگان، الزامی است.

- به منظور ارتقای سلامت دهان و دندان جامعه لازم است بخشی از فعالیت دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان صرف فعالیت‌های دهگردشی، آموزش گروهی، بازدید از مدرسه و پایش و نظارت بر خانه بهداشت و پایگاه سلامت شود. باتوجه به نسبت دندانپزشک به جمعیت، دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان لازم است هر ماه دهگردشی به یکی از خانه‌های بهداشت تحت پوشش خود انجام شود. زمانی که دندانپزشک ارائه خدمات دندانپزشکی را در دو یا سه مرکز به عهده دارد، دهگردشی هر مرکز ماهانه انجام گردد، به نحوی که طی یک سال دهگردشی برای کلیه خانه‌های بهداشت تحت پوشش انجام شود.

- وظایف دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان در دهگردشی شامل موارد زیر است:

الف) نظارت بر عملکرد و مراقبت‌های سلامت دهان و دندان انجام شده توسط بهورز/ مراقب سلامت.

ب) معاینه دهان و دندان گروه هدف (با اولویت مادر باردار و شیرده و کودک زیر دو سال) ارجاع شده از سوی بهورز/ مراقب سلامت.

ج) مراجعه به مدرسه برای آموزش گروهی به دانش‌آموزان، والدین، معلمان و مربیان مدارس/ پایش و نظارت بر برنامه کشوری ارتقای سلامت دهان و دندان دانش‌آموزان/ ثبت اطلاعات دهگردشی در سامانه‌های سطح اول وزارت بهداشت. ارائه خدمات در فیلد با کلینیک سیار یا همکاری در فعالیت‌های جهادی هماهنگ شده با معاونت بهداشت

د) نظارت بر اجرای برنامه سلامت دهان و دندان (به منظور برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت، پایش و پشتیبانی معاونت بهداشت نسبت به تشکیل کمیته‌ای با حضور مدیر گروه/ کارشناس مسئول واحد سلامت دهان و دندان و نماینده بیمه‌های پایه استانی و کارشناس مسئول گسترش شبکه در معاونت بهداشت و به همین منوال در

شهرستان اقدام می‌نماید. نظارت و پایش خدمات براساس دستورالعمل‌های سلامت دهان و دندان مادران، کودکان زیر ۶ سال، کودکان ۶ تا ۱۴ سال و دستورالعمل مراقبت از کودک سالم و دستورالعمل مراقبت‌های ادغام‌یافته سلامت مادران باردار انجام می‌گیرد. پایش فعالیت بهورز و مراقب سلامت توسط دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان انجام می‌گیرد. نظارت بر عملکرد دندانپزشکان توسط مسئول اداره سلامت دهان و دندان مرکز بهداشت و نظارت بر عملکرد مسئول واحد سلامت دهان و دندان شهرستان توسط مدیر گروه/ کارشناس مسئول واحد سلامت دهان و دندان معاونت بهداشت انجام می‌شود.

ج-۱-۸) نقش تیم سلامت ویزشک خانواده در SDH

ج-۱-۸-۱) تعریف "تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت" (SDH):

این مفهوم به مجموعه‌ای از شرایط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، محیطی و اشاره دارد که افراد در آن متولد می‌شوند، رشد می‌کنند، زندگی می‌کنند، کار می‌کنند و پیر می‌شوند. این عوامل، تأثیر بسیار زیادی بر وضعیت سلامت، نابرابری‌های سلامت و ریسک ابتلا به بیماری‌ها در مردم و جامعه دارند.

ج-۱-۸-۲) مهم‌ترین دسته‌بندی عوامل (طبق مدل معروف WHO):

شرایط اقتصادی و اجتماعی: درآمد، شغل، تحصیلات، حمایت اجتماعی.

محیط فیزیکی: مسکن، دسترسی به آب و غذای سالم، حمل‌ونقل، آلودگی هوا و محیط زیست

عوامل مرتبط با سیستم سلامت: دسترسی به خدمات، کیفیت مراقبت، حفاظت مالی از مردم

عوامل فردی و رفتاری: سبک زندگی (که خود تحت تأثیر عوامل اجتماعی شکل می‌گیرد).

عوامل زمینه‌ای: سن، جنس، قومیت، سیاست‌های کلان.

خلاصه: **SDH** یعنی "سلامت ما فراتر از ژن‌ها و انتخاب‌های فردی، محصول شرایط اجتماعی، اقتصادی، محیطی و زندگی‌مان است."

ج-۱-۸-۳) ضرورت پرداختن به SDH چیست؟

۱. درک واقع‌بینانه از سلامت: بیش از ۶۰-۵۰٪ سلامت و بیماری‌ها توسط عوامل اجتماعی تعیین می‌شود (بیشتر از عوامل بیولوژیک یا پزشکی).

۲. کاهش نابرابری‌های سلامت: تفاوت در وضعیت سلامت بین گروه‌های ثروتمند و فقیر، با تحصیلات بالا و پایین، عمدتاً ناشی از **SDH** است. برای ایجاد عدالت در سلامت، باید ریشه‌های اجتماعی آن را هدف قرار داد.

۳. مقرون به صرفه بودن: سرمایه گذاری بر روی عوامل اجتماعی (مثل بهبود تحصیلات، کاهش فقر، امنیت شغلی) در درازمدت، با پیشگیری از بیماری های پرهزینه، بازده اقتصادی بالایی برای نظام سلامت و جامعه دارد.

۴. افزایش اثربخشی خدمات سلامت: درمان بیماری بدون در نظر گرفتن زمینه اجتماعی آن (مثل فقر بیمار دیابتی)، اغلب بی ثمر است.

۵. تعهدات بین المللی: بر اساس اسناد سازمان جهانی بهداشت و اهداف توسعه پایدار، کشورها موظف به پرداختن به **SDH** هستند.

ج-۱-۸-۴) نقش پزشک خانواده و تیم سلامت در SDH چیست؟

یکی از اهداف برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ارتقای مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت افراد است. این مولفه ها یا عوامل که در پنج دسته فوق الذکر بیان گردیده اند توسط پزشک خانواده و تیم سلامت (پزشک، ماما، مراقب سلامت، بهورز، روانشناس، مددکار اجتماعی) در خط مقدم قابل تشخیص و نیازمند مداخله موثر می باشند؛ فلذا در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، تیم سلامت در مواجهه با **SDH** نقش های کلیدی زیر را ایفا می کنند:

۱. شناسایی و غربالگری: در حین ویزیت بیماران، به عوامل اجتماعی مؤثر بر بیماری (مانند مشکلات مالی، مسکن ناامن، انزوای بی سواد) حساس هستند و آنها را ثبت می کنند.

۲. مدیریت بالینی یکپارچه: درمان را با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی بیمار تنظیم می کنند (مثلاً تجویز داروهای ارزان تر یا دسترسی پذیرتر).

۳. ارتباط و ارجاع: بیماران نیازمند را به مددکار اجتماعی تیم یا نهادهای حمایتی خارج از مرکز (مانند کمیته امداد، بهزیستی، سازمان های مردم نهاد) ارجاع می دهند.

۴. مشاوره و توانمندسازی: به بیماران و خانواده ها در زمینه مهارت های زندگی، تغذیه سالم با هزینه کم و استفاده از مزایای قانونی مشاوره می دهند.

۵. دادخواهی برای سلامت: به عنوان سخنگوی جامعه، موارد نابرابری و مشکلات ساختاری را به مقامات بالاتر و هیأت امنای گزارش می دهند.

۶. پژوهش و مستندسازی: داده های مربوط به **SDH** در جمعیت تحت پوشش خود را جمع آوری و تحلیل می کنند تا مداخلات هدفمند طراحی شود.

۷. تشکیل منظم جلسات هیأت امنای مراکز و پیگیری مصوبات جلسه با مشارکت مردم و سازماندهی فرابخشی

۸. جلب مشارکت مردم برای برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی در مورد نیازها و مشکلات مناطق تحت پوشش

۹. جمع بندی و ارسال مشکلات کلان منطقه به سطوح بالاتر و مشارکت فعال در فعالیتهای اجتماعی منطقه تحت پوشش

ج-۱-۸-۵) نقش هیأت امنای مراکز خدمات جامع سلامت در SDH و نقش پزشک خانواده در هیأت امنای چیست؟

در هر مرکز خدمات جامع سلامت هیأت امنای مراکز مطابق شیوه نامه هیأت امنای به ریاست پزشک خانواده و اعضای مرتبط با حضور و مشارکت مردم تشکیل میشود (آیین نامه هیأت امنای مراکز ارسال گردیده است)

الف) نقش هیأت امنای در SDH:

هیأت امنای (شورای سلامت) مرکز، متشکل از افراد تأثیرگذار محلی (رؤسای ادارات، روحانیون، معتمدین، خیرین، پزشک خانواده و ...) است. نقش آن در SDH عبارت است از:

۱. هماهنگی بین بخشی: ایجاد ارتباط بین مرکز سلامت با شهرداری، آموزش و پرورش، اداره کار و سایر نهادها برای حل مشکلات اجتماعی سلامت محور.

۲. جذب و تخصیص منابع: شناسایی و جذب منابع مالی و غیرمالی (خیرین، بودجه های محلی) برای بهبود تعیین کننده های اجتماعی در منطقه (مثل احداث زمین بازی، کلاس های سوادآموزی).

۳. تصمیم گیری و سیاست گذاری محلی: اولویت بندی مشکلات اجتماعی-سلامت منطقه و تصویب برنامه های عملیاتی برای حل آنها.

۴. پشتیبانی و رفع موانع: کمک به رفع موانع اداری و حمایت سیاسی از برنامه های مرکز سلامت در حوزه SDH.

۵. نظارت و ارزیابی: نظارت بر اجرای برنامه ها و تأثیر آنها بر شاخص های سلامت جامعه.

* فلسفه اصلی تشکیل هیأت امنای مراکز جلب و جذب مشارکت حداکثری مردم و نیز مشارکتهای بین بخشی در امر سلامت مردم و جامعه می باشد.

ب) نقش پزشک خانواده در هیأت امنای:

پزشک خانواده به عنوان عضو تخصصی و رابط اصلی بین تیم سلامت و هیأت امنای، نقش حیاتی دارد:

۱. ارائه دهنده داده و شواهد: او مشکلات و نیازهای شناسایی شده توسط تیم سلامت را به زبان علمی و مستند به هیأت امنای ارائه می دهد. (مثلاً ارائه آمار کودکان سوءتغذیه در منطقه و)

۲. ترجمه علمی مسائل: مسائل اجتماعی را به پیامدهای سلامت ارتباط داده و ضرورت مداخله را توجیه می‌کند.

۳. مشاور فنی: پیشنهاد مداخلات مؤثر با مشارکت مردم و مبتنی بر شواهد، برای حل مشکلات ارائه می‌دهد.

۴. ارزیابی تأثیر سلامت: پس از اجرای برنامه‌های هیأت امناء، تأثیر آنها بر سلامت جامعه را ارزیابی و گزارش می‌کند.

۵. پل ارتباطی: ارتباط مستمر بین تصمیمات هیأت امناء و تیم عملیاتی مرکز سلامت را برقرار می‌کند.

«مداخله در تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت (SDH) نیازمند یک رویکرد کل‌نگر و مشارکتی است. در این مدل، پزشک خانواده و تیم سلامت به عنوان ارایه‌کنندگان خدمات سلامت و نیز مدافع سلامت در سطح فرد و جامعه، و هیأت امناء به عنوان تسهیل‌گر و توانمندساز در سطح محلی عمل می‌کنند. موفقیت نظام سلامت در گرو همکاری عمیق این دو بخش برای ایجاد "محیط‌های حامی سلامت" در چارچوب نظام‌های سلامت عادلانه، جامع، یکپارچه و مردم‌محور می‌باشد.»

ج-۲) سطح دو و سه ارائه خدمت

ج-۲-۱) فرآیند ارجاع بیماران در سطح دو و سه (سرپایی و بستری)

- براساس نظام سطح‌بندی، پزشک خانواده بیمار را با لحاظ نوع بیمه پایه (سازمان بیمه سلامت ایران یا سازمان تامین اجتماعی)، بُعد مسافت و ترجیح بیمار و صرفاً در قالب نقشه ارجاع تعریف شده به مراکز سطح دو شبکه ارائه خدمات ارجاع می‌دهد.
- مسئولیت اخذ نوبت برای ارجاع اولیه در سطح یک بر عهده پزشک خانواده است.
- نوبت‌دهی ترجیحاً به صورت الکترونیکی و یا در موارد خاص و نبود یا ضعف زیرساخت از طریق سازوکارهای تلفنی/کاغذی انجام می‌گیرد.
- در صورتی که پزشک خانواده تصمیم به ارجاع بیمار داشته باشد، می‌بایست نوع رشته تخصصی را برای بیمار شرح دهد و تعداد متخصصین موجود را براساس نقشه ارجاع اطلاع‌رسانی نماید. بدیهی است انتخاب رشته تخصصی با پزشک خانواده و انتخاب زمان و مرکز ارائه خدمت براساس نقشه ارجاع در آن رشته با ترجیح بیمار خواهد بود.

- در صورتی که بیمار (بر خلاف تشخیص پزشک خانواده) درخواست ارجاع داشته باشد، باید شخصاً اقدام به اخذ پذیرش از متخصص مورد نظر خارج از نظام ارجاع نماید. فرانشیز پرداختی بیمار برای این خدمات در ادامه توضیح داده شده است.
- در مورد بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی با رعایت نقشه ارجاع الکترونیکی، با انتخاب بیمار، اولویت اول ارجاع به پزشک متخصص مستقر در مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی و اولویت دوم درمانگاه تخصصی و فوق تخصصی دانشگاهی است.
- در مورد بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران؛ با انتخاب بیمار، اولویت اول ارجاع پزشک متخصص مستقر در درمانگاه‌های تخصصی و فوق تخصصی دانشگاهی و اولویت دوم پزشک متخصص مستقر در مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی است.
- پس از ارجاع به سطح دو، بیمار با مراجعه به ایستگاه ارجاع با ارائه کد ملی و کد ارجاع، براساس نوبت اخذشده پذیرش می‌شود. مسئول ایستگاه ارجاع، متولی مدیریت صف انتظار و اطمینان از دریافت به موقع خدمات براساس زمان نوبت اخذشده است. از وظایف وی، راهنمایی بیمار برای ویزیت و پیگیری دریافت خدمات سرپایی است. مراکز موظفند فرایند ارجاع را به نحوی پیاده‌سازی نمایند که بیماران در تمامی مراحل بدون مشکلات فرایندی بتوانند در کمترین زمان خدمات مورد نیاز خود را دریافت نمایند.
- در خصوص بیماران با اولویت ارجاع فوری، در صورت نبود ظرفیت نوبت‌دهی در مرکز درمانی سطح دو براساس نقشه ارجاع، ایستگاه ارجاع در مرکز سطح دو موظف به تامین نوبت ارائه خدمت تخصصی مربوطه در بازه زمانی تعریف‌شده با افزایش ظرفیت بیماران ارجاعی و یا هماهنگی با سایر مراکز برای ارائه خدمت به بیماران است.
- معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی مکلف است مسیر ارجاع فوری جهت بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج و همچنین بیماران مزمن با رعایت مسیرهای بالینی را تعریف نماید.
- تعریف ظرفیت بخش سرپایی جهت نظام ارجاع به تفکیک پزشکان شاغل در نوبت‌کاری‌های مختلف کلینیک‌های ویژه و درمانگاه‌ها در سامانه نوبت‌دهی متناسب با نیاز و تعداد بیماران ارجاعی توسط رئیس مرکز با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی صورت می‌گیرد. در مراکز

ملکی تامین اجتماعی، این موضوع با هماهنگی مدیر درمان تامین اجتماعی استان و با هماهنگی کامل ستاد اجرایی شهرستان انجام می‌شود.

- پس از ویزیت براساس تشخیص پزشک برای بیمار دارو و یا خدمات پاراکلینیک تجویز و یا بیمار بستری (سطح سه) می‌گردد. ممکن است در قالب ارجاع افقی بیمار به متخصصین دیگر یا فوق تخصص ارجاع شود. پس از انجام اقدامات درمانی سرپایی در سطح دو، بازخورد خدمات ارائه شده توسط هر پزشک به پزشک خانواده بیمار به صورت الکترونیکی و در لحظه ارسال می‌شود.
- ثبت تشخیص براساس آخرین ویرایش ICD ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کلیه سطوح ارائه خدمت الزامی است.
- ارجاع افقی می‌تواند به متخصصین سایر رشته‌های تخصصی و یا فوق تخصص صورت پذیرد. پزشک متخصص در سطح دوم امکان ارجاع به پزشک هم رشته هم سطح را ندارد و در صورت ارجاع، تعرفه ویزیت و مشوق ارجاع صرفاً به پزشک ارجاع گیرنده (پزشک دوم) پرداخت می‌گردد.
- پرداخت مشوق‌های بازخورد به مرکز طرف قرارداد در سطح دو و سه ارائه خدمت منوط به ثبت و ارسال بازخورد می‌باشد.
- در صورت ارجاع بیمار به سطح دو با رعایت سطح بندی و براساس نقشه ارجاع و نیاز به ادامه درمان، صرفاً برای بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج در صورت نیاز به تداوم خدمات، نیاز به ارجاعات بعدی توسط پزشک خانواده وجود ندارد و نوبت‌گیری برای ویزیت‌های آتی توسط ایستگاه ارجاع سطح دو یا پزشک خانواده انجام می‌شود.
- ارجاع به خود صرفاً تا زمان تشخیص قطعی و حداکثر تا دو (۲) ویزیت بعدی مجاز است و ادامه درمان نیز به تائید پزشک خانواده نیاز دارد.
- تبصره: ارجاع به خود در سطح دو در موارد درمان مرتبط با بیماری خاص، نادر و صعب‌العلاج برای بیماری‌های تحت پوشش صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج و نازایی و ناباروری تا پایان دوره درمان بلامانع است.
- کلیه مراکز درمانی در نقشه ارجاع مکلف به استقرار ایستگاه ارجاع می‌باشند. حداقل یکی از کارکنان مرکز با ابلاغ رئیس مرکز به منظور هماهنگی و مدیریت بیماران ارجاع شده انتخاب می‌گردد.
- وظایف ایستگاه ارجاع به شرح ذیل می‌باشد:

الف) مدیریت نوبت‌دهی ویزیت سطح دو و سه و خدمات پاراکلینیک

الف-۱) اطمینان از عملکرد درست سامانه نوبت‌دهی

الف-۲) تعریف ظرفیت بخش سرپایی با نظارت رئیس مرکز جهت نظام ارجاع به تفکیک پزشکان شاغل در نوبت‌کاری‌های مختلف کلینیک ویژه و درمانگاه‌ها در سامانه نوبت‌دهی متناسب با نیاز و تعداد بیماران ارجاعی

الف-۳) تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاری آن‌ها در هر مرکز و ثبت در سامانه نوبت‌دهی پس از تأیید رئیس مرکز

الف-۴) بررسی و پایش مستمر بار مراجعین جهت ارائه گزارش توسط رئیس مرکز با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی جهت انعکاس به ستاد اجرایی شهرستان جهت اعمال تغییرات در سهم پذیرش بیماران ارجاعی در سامانه نوبت‌دهی و اعمال در فرایند پذیرش براساس پیشرفت برنامه و نیاز واقعی جامعه پس از هماهنگی با معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تبصره: در صورت هرگونه تغییر در حضور پزشکان، اطلاع‌رسانی به بیمار از طریق سامانه پیامکی و تماس تلفنی توسط ایستگاه ارجاع مرکز الزامی است.

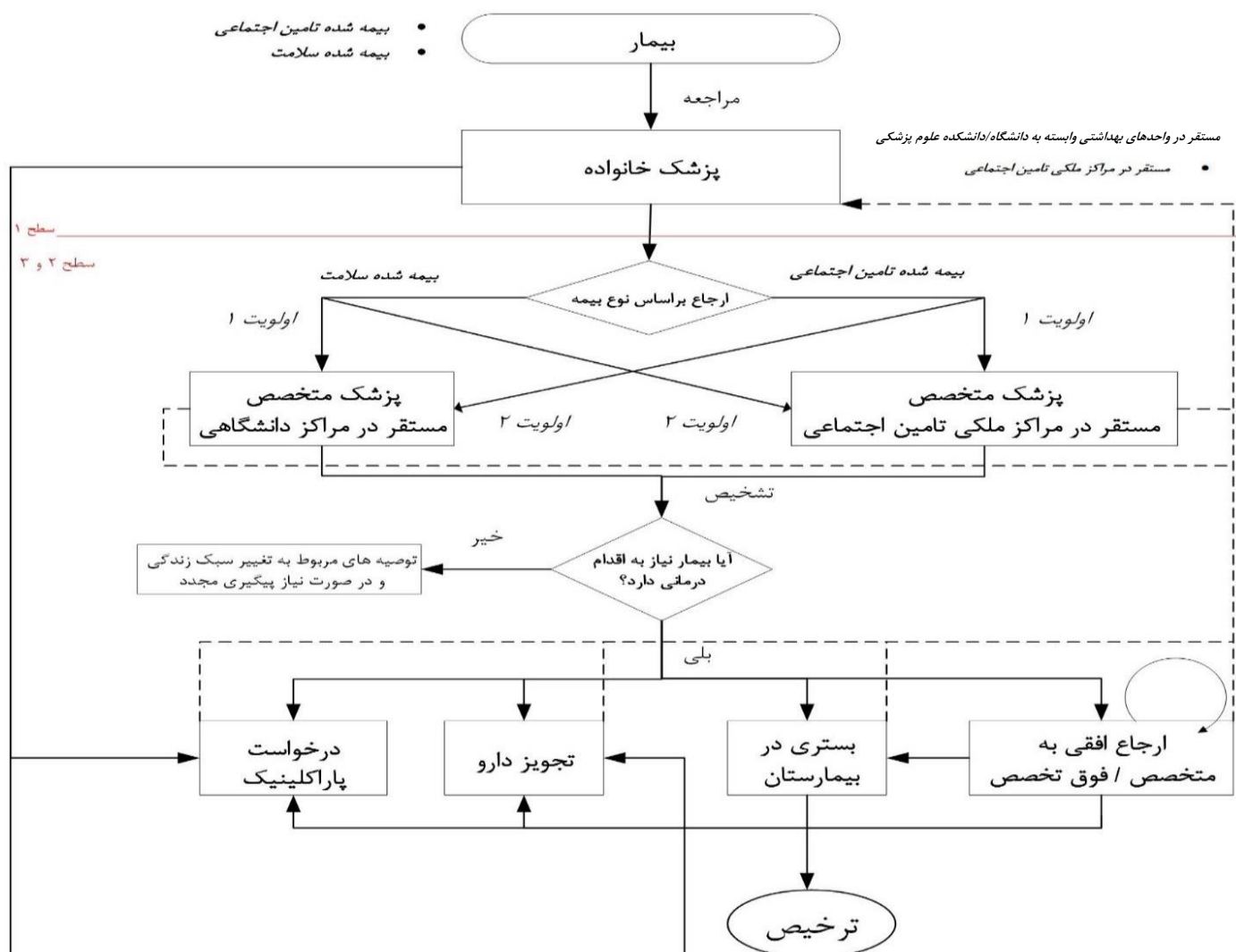
ب) مدیریت پذیرش بیماران ارجاعی

ج) هدایت بیمار ارجاعی برای دریافت خدمت

د) هدایت بیمار ارجاعی جهت انجام ویزیت‌ها و آزمایش‌های تخصصی، خدمات دارویی

- در صورت نیاز به بستری بیمار بر اساس تشخیص پزشک سطح دو، پزشک معالج نسبت به ثبت دستور بستری الکترونیک در سامانه‌های مربوطه اقدام می‌نماید.
- بیماران نیازمند به بستری طبق تشخیص پزشک سطح دو و یا با مراجعه مستقیم به اورژانس و تعیین سطح تریاژ، پس از احراز وضعیت نظام ارجاع مشمول بهره‌مندی از مشوق‌های کاهش خودپرداخت بستری خواهند بود.
- واحد پذیرش بیمارستان در بدو پذیرش می‌بایست الزامات مورد نیاز جهت برخورداری بیمار از پوشش‌های بیمه‌ای و حمایتی را به بیمار توضیح داده و نسبت به تشکیل پرونده بستری اقدام نماید. اعمال تخفیف ارجاع پس از پذیرش بستری بیمار برای بیماران غیرارجاعی از مسیر سطح یک امکان‌پذیر نیست (به استثنای موارد پذیرش از طریق بخش اورژانس با سطح تریاژ ۱ تا ۳).
- جهت اطمینان از تداوم مراقبت و بازخورد برای موارد بستری، درج یک نسخه از خلاصه پرونده بستری بیماران به صورت الکترونیکی توسط بیمارستان برای پزشک خانواده در قالب پرونده الکترونیک

سلامت الزامی است. پرداخت مشوق بستری توسط سازمان‌های بیمه‌گر منوط به بازخورد از طریق خلاصه پرونده بستری خواهد بود.



فلوچارت شماره (۲) - فرایند اجرایی مدیریت درمان در بیماران ارجاعی سطح دو

ج-۲-۲) سازوکار به کارگیری پزشکان سطح دو و سه

- پزشکان متخصص و فوق تخصص در سطح دو و سه ارائه خدمت در دو گروه تعریف می‌گردند:
 الف) گروه اول برای سطح دو و سه شامل حداقل هشت رشته تخصصی کودکان، زنان و زایمان، داخلی، جراحی عمومی، بیهوشی، پاتولوژی (یا phd مجاز با رعایت آیین‌نامه مربوطه)، رادیولوژی و بیماری‌های قلب و عروق است که الزاماً می‌بایست پزشکان به صورت تمام‌وقت جغرافیایی فعالیت نمایند. دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی می‌بایست برای تمامی ایام هفته و به طور ۲۴ ساعته نسبت به تامین این گروه از متخصصین در مراکز درمانی مجری برنامه اقدام نماید.

ب) گروه دوم متخصصین در رشته‌های بیماری‌های مغز و اعصاب، ارتوپدی، جراحی مغز و اعصاب، بیماری‌های پوست و مو، بیماری‌های عفونی و گرمسیری، جراحی کلیه و مجاری ادراری، چشم‌پزشکی، روانپزشکی، طب فیزیکی و توانبخشی، گوش، حلق و بینی و جراحی سر و گردن و رشته‌های فوق تخصصی است که نیازسنجی جهت به کارگیری این پزشکان براساس ضوابط پزشکان گروه اول (تمام وقت جغرافیایی)، براساس نرخ بیماردهی، بیماری‌های شایع و شرایط شهرستان منوط به رعایت سطح‌بندی تخصصی و حداقل تعداد تخت و خدمات مورد نیاز به درخواست دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی مربوطه با تایید معاونت درمان وزارت خواهد بود.

- حداقل پانزده پزشک (شامل دو پزشک از تخصص‌های کودکان، زنان و زایمان، داخلی، جراحی عمومی، بیهوشی، رادیولوژی و بیماری‌های قلب و عروق و یک متخصص پاتولوژی یا phd مجاز با رعایت آیین‌نامه مربوطه) برای فرایند ارجاع مورد نیاز می‌باشد. در صورتی که منابع حاصل از بودجه عمومی و درآمد اختصاصی برای اجرای پرداخت ترکیبی، کفایت لازم را نداشته باشد؛ مابه‌التفاوت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تامین می‌گردد. به کارگیری بیش از پانزده نفر متخصص (بیش از ۲ نفر از هر گروه تخصصی) صرفاً متناسب با نیاز و رعایت تعادل منابع و مصارف صورت می‌پذیرد.

- پزشکان متخصص شاغل در مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی نیز می‌بایست تمام وقت جغرافیایی باشند و از حیث پرداخت براساس قوانین جاری سازمان اقدام می‌گردد.

تبصره: در صورتی که تعداد پزشکان مشمول (گروه اول) مورد نیاز تمام وقت جغرافیایی دانشگاه/دانشکده از پزشکان موجود دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی کمتر باشد، دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی با اعلام به وزارت در توزیع نیروهای تخصصی و فوق تخصصی مدنظر قرار می‌گیرد.

- جهت تامین نیروی مورد نیاز در رشته‌های تخصصی گروه اول پس از برآورد نیاز به شرح ذیل اقدام می‌گردد:

۱- دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی مکلف است نیروهای متخصص/فوق تخصص مربوطه را به صورت تمام‌وقت جغرافیایی با استفاده از نیروهای موجود در دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی تامین نماید.

۲- در صورت عدم امکان تامین از نیروهای موجود، دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی مکلف است نیروهای متخصص/ فوق تخصص مربوطه را با استفاده از نیروهای متخصص متعهد خدمت با همکاری معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت تمام‌وقت جغرافیایی تأمین نماید.

۳- در صورت عدم امکان تامین متخصص تمام‌وقت جغرافیایی در مرکز مجری برنامه جهت پوشش کامل روزهای هفته، دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی می‌تواند از یک نیروی تمام‌وقت جغرافیایی سایر شهرها تحت پوشش دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی به صورت چند روز در هفته استفاده نماید.

۴- در موارد عدم حضور پزشک به هر دلیل، دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی می‌تواند در جهت تکمیل برنامه پزشکان در تمامی ایام هفته، از پزشکان سایر شهرستان‌ها به صورت اعزام نیرو استفاده نماید.

۵- دانشگاه می‌تواند از نیروهای تخصصی شاغل در مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی در فضای مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی استفاده نماید.

۶- در صورت عدم امکان تامین نیرو از طریق اولویت‌های فوق (برای نیروهای فاقد هر گونه رابطه استخدامی با دانشگاه)، دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی مراتب نیاز خود را به سازمان‌های بیمه‌گر پایه اطلاع‌رسانی می‌کند. تأمین پزشک در این موارد، با عقد قرارداد از طریق سایر بخش‌های ارائه خدمت (غیردولتی)، با سازمان‌های بیمه‌گر پایه صورت می‌گیرد.

- سازمان تامین اجتماعی با هماهنگی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی نیروی مورد نیاز خود را جهت ارائه خدمات در قالب نظام ارجاع به وزارت بهداشت اعلام می‌نماید تا در توزیع نیروی انسانی مدنظر قرار گیرد.

تبصره: سازوکار خرید خدمت سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای این موارد (تا سقف تعرفه بخش خصوصی)، توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد.

- در صورت نیاز، بیماران ارجاعی به رشته‌های تخصصی/ فوق تخصصی گروه دوم، دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی مکلف است نسبت به ارائه خدمت با روال‌های جاری و سازوکارهای نظام پرداخت فعلی (FFS) به نحوی اقدام نماید که در زنجیره ارائه خدمات خللی ایجاد نگردد و براساس اولویت‌های تعریف شده و طبق نقشه ارجاع خدمات تخصصی/ فوق تخصصی ارائه گردد.

- پزشکان شاغل در بخش غیردانشگاهی که براساس اعلام نیاز دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی تمایل به همکاری در برنامه دارند، مشروط به رعایت ضوابط معاونت درمان وزارت و سازمان نظام پزشکی

جمهوری اسلامی ایران، می‌توانند با عقد قرارداد در قالب خرید خدمت نسبت به پذیرش بیماران ارجاعی از سطح یک اقدام نمایند. پس از ارائه خدمات درمانی، ارسال بازخورد ارجاع به صورت الکترونیکی، به پزشک خانواده برای کلیه پزشکان الزامی است.

- در صورت عدم امکان تامین پزشکان غیر تمام‌وقت جغرافیایی، دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی می‌تواند پس از جانمایی در نقشه ارجاع، نسبت به استقرار الزامات پزشکی از راه دور، ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر پایه اقدام نماید.
- تبصره: بدیهی است موارد خارج از سطح‌بندی خدمات تخصصی، بیمار توسط پزشک خانواده به اولویت بعدی طبق نقشه ارجاع معرفی می‌گردد.
- کلیه کلینیک‌های ویژه مستقل به عنوان کلینیک‌های تابعه دانشگاه مشمول برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌باشند.
- در خصوص سایر رشته‌های پروانه‌دار (شنوایی‌شناسی، بینایی‌سنجی، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی، روانشناسی، تغذیه و مامایی) در صورت نیاز به ارائه خدمت در سطح دو در قالب نقشه ارجاع متعاقباً اقدام خواهد شد.

ج-۲-۳) برنامه‌های حمایتی

- یارانه‌های پرداختی دولت و تخفیفات مصوب هیئت وزیران در برنامه‌های مشمول یارانه صرفاً در صورت رعایت نظام ارجاع (به استثنای یارانه ارزی دارو و ملزومات پزشکی) قابل پرداخت است.
- در خصوص بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج و نیز درمان ناباروری، چنانچه بیمار در شروع برنامه، تحت درمان می‌باشد، پس از انتساب به پزشک خانواده با توجه به مستندات بیماری به طور مستقیم به پزشک معالج (صرفاً برای درمان مرتبط با بیماری زمینه‌ای) مراجعه می‌نماید و نیازی به مراجعه به پزشک خانواده و رعایت نظام ارجاع تا پایان دوره درمان فعلی در زمینه درمان ناباروری یا بیماری صعب‌العلاج خود ندارند و مراجعات بیماران مذکور داخل نظام ارجاع محسوب می‌گردد. در این موارد، ارائه بازخورد انجام خدمات در هر مراجعه و انجام هر پروسیجر اعم از سرپایی و بستری به پزشک خانواده الزامی است.
- تجویز دارو در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع براساس طرح ژنریک خواهد بود و در صورت نیاز به داروهای برند پرداخت مابه‌التفاوت از سوی بیمار صورت می‌پذیرد.

تبصره: در خصوص بیماران مزمن و صعب العلاج، صرفاً در چارچوب فهرستی که به تصویب شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌رسد (فارماکوپه خاص بیماران مزمن)؛ پوشش بیمه‌ای امکان‌پذیر است.

- کلیه تجویزها الزاماً می‌بایست با رعایت راهنماهای بالینی و استانداردهای بالینی مصوب وزارت بهداشت صورت پذیرد.
- در مورد بیماران تصادفی سازوکار ارائه خدمت و پرداخت همانند روال جاری مطابق قوانین به قوت خود باقی است.
- برای بیماران مزمن که ماهیت بیماری مراقبتی است و بیماران می‌بایست به پزشک خانواده مراجعه نمایند و مشابه سایر بیماران از نظام ارجاع استفاده نمایند.
- در مراکز ملکی تامین اجتماعی برای مراجعات خارج از نظام ارجاع در سطح دو، اولویت نوبت‌دهی با بیماران ارجاعی خواهد بود.
- یارانه ارز ترجیحی برای دارو، خدمات و ملزومات مصرفی پزشکی مشمول موارد مندرج در این دستورالعمل نبوده و طبق روال جاری (قبل از اجرای دستورالعمل) تخصیص می‌یابد.

ج-۲-۴) فرایند ارجاع بیماران برای دریافت خدمات پاراکلینیک

- دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی مکلف است ظرفیت پاراکلینیک خود را جهت مراجعات سرپایی به طور کامل فعال نماید. در صورت امکان، از ظرفیت ارائه خدمات پاراکلینیک مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی نیز استفاده می‌گردد. میزان فعالیت بخش‌های پاراکلینیک در دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و سازمان تامین اجتماعی باید به گونه‌ای باشد که حداقل ۶۰٪ نیاز جمعیت به خدمات پاراکلینیک را پوشش دهد.
- در راستای بهینه‌سازی ارائه خدمات و تکمیل و به‌روزرسانی فضا، تجهیزات و نیروی انسانی، دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی می‌توانند مراتب کمبود امکانات خود را جهت تصمیم‌گیری به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال نمایند.
- براساس نیاز بالینی و تشخیص اولیه، درخواست خدمات پاراکلینیک در سامانه سطح یک توسط پزشک خانواده یا در سامانه نسخه‌نویسی برای سطح دو ثبت می‌شود و بر اساس نقشه ارجاع تعریف‌شده توسط پزشک درخواست‌کننده، نوبت در بستر الکترونیک اخذ می‌گردد. درخواست باید شامل نوع خدمت و سطح فوریتی دریافت خدمت باشد.

- مراکز پاراکلینیک تعریف شده در شبکه ارائه خدمت موظفند براساس میزان بیماردهی و فوریت، ظرفیت ارائه خدمت خود را در اختیار مراجعین از مسیر ارجاع قرار دهند.
- در صورت نیاز به خدمات پاراکلینیک فوری (تا ۲۴ ساعت) و عدم امکان اخذ نوبت، بیمار با معرفی پزشک معالج به مرکز درمانی بر اساس نقشه ارجاع الکترونیک مراجعه می نماید و مسئول پذیرش ارجاع ملزم به پذیرش و ارائه خدمت است.
- دریافت نوبت برای خدمات پاراکلینیک به ترتیب اولویت های ذیل از مراکز تعیین شده طبق نقشه ارجاع خواهد بود:

الف) در بیماران تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران:

اولویت اول: بخش دانشگاهی (شبکه بهداشت یا بیمارستان دانشگاهی)

اولویت دوم: مراکز ملکی تامین اجتماعی

اولویت سوم: سایر بخش های عمومی غیردولتی

اولویت چهارم: بخش خصوصی در قالب عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر پایه

ب) در بیماران تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی:

اولویت اول: مراکز ملکی تامین اجتماعی

اولویت دوم: بخش دانشگاهی (بیمارستان دانشگاهی)

اولویت سوم: سایر بخش های عمومی غیردولتی

اولویت چهارم: بخش خصوصی در قالب عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر پایه

- پس از انجام اقدامات پاراکلینیک، نتیجه به صورت الکترونیک به پزشک درخواست کننده و پزشک خانواده بازخورد داده می شود. در صورت قطع سامانه ارجاع و ارسال نتیجه به صورت کاغذی و دستی انجام خواهد شد.

- برای تمامی بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تامین اجتماعی، برای اولویت پنجم در صورت نبود متخصص مربوطه جهت تفسیر نتایج پاراکلینیک و حضور کارشناسان خبره و وجود تجهیزات مورد نیاز جهت انجام اقدامات پاراکلینیک (اعم از آزمایشگاهی، تصویربرداری و ...)، طبق استانداردهای ارائه خدمت و با لحاظ فوریت انجام، دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی می تواند از

ظرفیت پزشکی از راه دور در قالب PACS برای خدمات تصویربرداری و با رعایت معیارهای رد و پذیرش نمونه برای خدمات آزمایشگاهی جهت انجام و تفسیر نتایج استفاده نمایند.

- در صورت ارائه خدمت پاراکلینیک در مراکز تخصصی و فوق تخصصی (ریفرال) مستقر در مرکز استان/ شهرستان برای بیمار، طبق نقشه ارجاع از مراکز مذکور جهت مراجعه حضوری نوبت توسط پزشک تجویزکننده/ مرکز ارائهدهنده خدمت سطح دو اخذ می‌شود. ارسال بازخورد الکترونیکی از مراکز تخصصی و فوق تخصصی (ریفرال) مستقر در مرکز استان/ شهرستان (در صورت فراهم بودن زیرساخت ارائه بازخورد) به پزشک درخواست‌کننده و پزشک خانواده الزامی است.
- مرکز پاراکلینیک موظف است خدمت را طبق درخواست پزشک خانواده/ پزشک متخصص/ فوق تخصص انجام و نتیجه درخواست و بازخورد را در سامانه تعیین‌شده برای رویت پزشک درخواست‌کننده و پزشک خانواده بیمار ثبت نماید.
- در خدمات آزمایشگاهی، در صورت نبود تجهیزات لازم جهت ارائه خدمت در بخش دانشگاهی و برقراری امکان خرید خدمت از بخش خصوصی برای خدمت مذکور، نمونه‌گیری طبق معیارهای رد و پذیرش نمونه آزمایش مقصد در بخش دانشگاهی انجام و با رعایت استاندارد انتقال، نمونه‌ها به آزمایشگاه طرف قرارداد ارسال می‌گردد. در صورت خرید راهبردی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه، نتیجه اقدامات پاراکلینیکی توسط مرکز ارائه‌کننده خدمت به صورت مکانیزه به سازمان بیمه‌گر مربوطه ارسال گردد.
- در صورت عدم کفایت ظرفیت دولتی و مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی در شهرستان با اولویتهای تعیین‌شده با اعلام دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی از ظرفیت بخش غیردولتی استفاده می‌شود. خرید خدمت فقط از طریق سازوکار خرید راهبردی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه انجام می‌شود و قرارداد باید شامل موارد زیر باشد: تعهد ارائه خدمت با تعرفه مصوب/ ثبت الکترونیک خدمات در سامانه و ثبت بازخورد/ گزارش‌دهی ماهانه به شبکه بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر پایه
- خرید خدمت از بخش غیردولتی حداکثر تا سقف ۴۰ درصد نسخ مربوطه مجاز است.

ج-۲-۵) فرایند مراجعه بیمار به اورژانس

- بیمارستان موظف است کلیه مراجعین، چه افرادی که از طریق سیستم نظام ارجاع (پزشک خانواده یا مراکز جامع سلامت برای خدمات اورژانسی) مراجعه می‌کنند و چه بیمارانی که مستقیماً مراجعه می‌کنند را در کلیه سطوح تریاژ اورژانس پذیرش نماید.
- در صورت درمان سرپایی و تعیین سطح تریاژ ۴ یا ۵ پس از تریاژ یا تثبیت وضعیت بیمار، خودپرداخت (فرانشیز) بیمار معادل ۳۰ درصد می‌باشد.
- در صورت تعیین سطوح تریاژ ۱، ۲ یا ۳ و تشکیل پرونده بستری، یک نسخه دیجیتالی از خلاصه پرونده اورژانسی به صورت الکترونیکی برای پزشک خانواده ارسال می‌گردد و خود پرداخت بیمار صفر می‌گردد.
- تمامی فرایندهای ارائه خدمات مطابق قوانین حاکم بر اورژانس طبق روال جاری برقرار می‌باشد.

ج-۲-۶) بسته خدمات سطح دوم و سوم

- خدمات سلامت قابل ارائه در سطوح دوم و سوم نظام ارجاع در چارچوب بسته خدمات مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور و بسته خدمات بیمه پایه کشور خواهد بود. بدیهی است بسته بیمه پایه سلامت باید متناسب با استقرار نظام پزشک خانواده محله محور و نظام ارجاع برای عموم افراد کشور و به صورت یکسان تعریف و اجرا گردد.
- ارائه‌کنندگان خدمت براساس نقشه ارجاع در سطح دوم و سوم تمام بیماران ارجاعی را می‌پذیرند و نسبت به تشکیل پرونده، ارائه خدمات تشخیصی و درمانی و بازخورد به پزشک خانواده به صورت الکترونیکی اقدام خواهند نمود. مراجعه‌کننده می‌تواند یک خدمت یا بیشتر را دریافت نماید.
- وزارت موظف است با مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای اختلالات و بیماری‌های شایع، راهنمای بالینی و پروتکل‌های مربوطه را تهیه نماید و مراکز ارائه‌دهنده خدمت مشمول برنامه در کلیه سطوح موظف هستند براساس راهنماهای ابلاغ شده عمل نمایند. راهنماهای مذکور باید در قالب مسیرهای بالینی هوشمند در بستر الکترونیکی تعریف شوند.

د) نظام ارجاع الکترونیک

نظام ارجاع الکترونیک شامل مجموعه اقداماتی است که ارجاع از سطح یک، در بستر پرونده الکترونیک سلامت، شروع و خدمات سلامت تخصصی و فوق تخصصی در سطح دو و سه را در برمی‌گیرد. این فرایند با

دریافت بازخورد الکترونیک و پیگیری اجرای توصیه‌های ذکرشده در بازخورد خاتمه می‌یابد. وزارت بهداشت مکلف است با همکاری ذی‌نفعان مرتبط برنامه ملی توسعه نظام الکترونیک پزشک خانواده و استقرار نظام ارجاع الکترونیک را ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ این سند تدوین و پس از تایید کارگروه سلامت الکترونیک کشور به تصویب هیئت وزیران برساند.

د-۱) الزامات و زیرساخت‌های فناوری اطلاعات

استقرار کامل نظام ارجاع و پزشک خانواده مستلزم بهره‌گیری از مجموعه‌ای از الزامات فنی، امنیتی و سامانه‌ای و سرویسی است که در ادامه تشریح می‌شود:

د-۱-۱) سامانه‌های مورد تأیید و مجاز

برای ارائه خدمات در چارچوب نظام ارجاع، لازم است تنها از سامانه‌هایی استفاده شود که توسط وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر پایه تأیید دارند و دارای گواهی‌ها یا مجوزهای رسمی و معتبر باشند.

د-۱-۲) یکپارچگی و تبادل اطلاعات

د-۱-۲-۱) استقرار پایه تبادل اطلاعات

در مرحله استقرار پایه، حداقل تبادلات اطلاعاتی شامل داده‌های ارجاع، خدمات پایه و اطلاعات تشخیصی باید بین سطوح ارائه خدمات مطابق با سامانه‌ها و سرویس‌های موجود برقرار گردد.

د-۱-۲-۲) فاز تکمیلی و بلوغ

در فاز تکمیلی، نظام ارجاع باید به سمت یکپارچگی کامل با پرونده الکترونیک سلامت حرکت کند و کلیه تبادلات اطلاعاتی مطابق با استانداردهای ملی تبادل داده و در چارچوب معماری سلامت الکترونیک کشور پیاده‌سازی شود.

د-۱-۲-۳) انطباق با کدینگ مکسا

کلیه اقلام داده‌ای مرتبط با ثبت خدمات، ارجاع، بازخورد و سایر فرایندها باید مطابق با کدینگ و استانداردهای مرجع کدینگ سلامت ایران (مکسا) تولید، نگهداری و مبادله شوند.

د-۱-۲-۴) انطباق شناسه سیام مراکز

تمامی تبادلات و ارتباطات بین واحدهای ارائه‌دهنده خدمت باید بر پایه شناسه سامانه یکپارچه اطلاعات مراکز (سیام) انجام شود تا یکتایی، ردیابی‌پذیری و اعتبار هویتی مراکز درمانی و بهداشتی در سطح ملی تضمین گردد.

د-۱-۳) پیاده‌سازی و تبادل اطلاعات ذی‌نقشان و ذی‌نفعان برنامه ارجاع الکترونیک

به‌منظور تضمین یکپارچگی اطلاعات و دسترسی به داده‌های لازم در برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده، مجموعه‌ای یکپارچه از اسناد فنی و راهنماهای نرم‌افزاری در اختیار توسعه‌دهندگان، کاربران و بهره‌برداران سامانه‌ها و سرویس‌های الکترونیکی قرار می‌گیرد. این بسته فنی، به تفکیک سرفصل‌های زیر، ملاک طراحی و استقرار سامانه‌ها خواهد بود.

- استاندارد اقلام داده
- مسیرها و بسترهای تبادل اطلاعات
- انواع سامانه‌های مورد استفاده
- اقلام اطلاعاتی مورد نیاز
- راهنمای کاربری

د-۱-۴) دسترسی نظام‌مند به اطلاعات

- پزشکان، ارائه‌دهندگان خدمت و شهروندان، مطابق نقش و سطح دسترسی خود، امکان مشاهده اطلاعات اولیه و مرتبط با وضعیت ارجاع، تاریخچه ارجاعات، و بازخورد خدمات ارائه‌شده را خواهند داشت.
- مدیریت دسترسی‌ها بر اساس چارچوب‌های مصوب حریم خصوصی، سیاست‌های تفویض اختیار و کنترل‌های مبتنی بر نقش انجام می‌شود.

د-۱-۵) امنیت و مدیریت هویت

- تمامی سامانه‌های متصل به نظام ارجاع موظف به استفاده از مکانیزم‌های استاندارد احراز هویت، مجوزدهی و توکن‌های امن مبتنی بر سامانه یکپارچه SSO وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا پنجره ملی خدمات دولت هوشمند هستند.
- تضمین امنیت داده و حریم خصوصی کاربران، شامل رمزنگاری داده در حال انتقال و در حالت سکون، مدیریت نشست‌ها، و ممانعت از دسترسی غیرمجاز، الزام فنی تمام سامانه‌ها خواهد بود.

د-۱-۶) توافق‌نامه سطح خدمات (SLA)

سطوح کیفیت خدمات، تعهدات عملکردی، ساعات دسترسی‌پذیری، شاخص‌های پشتیبانی و زمان پاسخ‌گویی فنی بین ارائه‌کنندگان سامانه‌ها و وزارت بهداشت تعیین و طی توافق‌نامه سطح خدمات ابلاغ می‌شود.

د-۱-۷) پوشش فرایندهای ارجاع و بازخورد

تمام سامانه‌های مرتبط با ارائه خدمات سلامت موظف به پیاده‌سازی کامل وب‌سرویس‌های چرخه ارجاع و بازخوراند اعم از ارجاع سطح یک، ارجاع به متخصص، بازخورد سطح دو و سه و سایر موارد مطابق استانداردها و دستورالعمل ابلاغی متولی هر یک از سامانه‌ها خواهند بود.

د-۱-۸) انطباق با اسناد بالادستی

طراحی، توسعه، و استقرار سامانه‌ها باید با الزامات قانون برنامه هفتم پیشرفت کشور، تصویب‌نامه هیئت وزیران و سند نقشه راه سلامت الکترونیک منطبق باشد. رعایت دستورالعمل‌های مرتبط با این اسناد، شرط لازم برای تأیید فنی، اتصال به درگاه‌های تبادل داده و استمرار همکاری خواهد بود.

د-۱-۹) سهولت استفاده و کاربرپسندی

- سامانه‌ها باید با رابط کاربری ساده، قابل فهم و پاسخگو برای پزشکان، مراقبین سلامت، سایر ارائه دهندگان خدمات و شهروندان طراحی شوند.
- فرایندهای کاربری باید در سطوح مختلف اجرا به گونه‌ای ساده‌سازی شوند که دسترسی به امکانات و اطلاعات مورد نیاز برای همه کاربران، به ویژه در موارد بحرانی، تسهیل گردد.

د-۱-۱۰) قابلیت رصد و ارزیابی دوسویه ارجاعات

- موسسات درمانی و واحدهای بهداشتی باید بتوانند سوابق ارجاعات انجام‌شده بین سطوح و بازخوردهای مربوطه را به‌صورت موردی یا تجمیعی مشاهده و بررسی کنند.
- مراکز سطح دو و سه باید قادر باشند منشأ ارجاعات دریافتی و وضعیت یا گزارش پاسخ‌دهی خودشان به ارجاعات را به‌صورت موردی یا تجمیعی مشاهده و رصد نمایند.
- داده‌های مربوط به جریان ارجاعات در هر سطح باید به‌صورت برخط به جهت پایش و ارزیابی در اختیار پایگاه ملی سلامت قرار گیرد.

د-۱-۱۱) مدیریت ظرفیت و طراحی مقیاس‌پذیری زیرساخت

سامانه‌ها باید به گونه‌ای طراحی شوند که پراکندگی سامانه‌ها کاهش یابد، ظرفیت زیرساختی ستادی و مراکز مدیریت گردد و پایداری ارتباطات شبکه‌ای تا حد امکان حفظ شود.

د-۲) فرایندها و خدمات الکترونیکی

فرایندها و خدمات الکترونیکی، زیرساخت عملیاتی اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده را تشکیل می‌دهند و شامل چرخه کامل ارجاع، ارائه خدمت، پایش و بازخورد در سطوح مختلف نظام سلامت می‌باشند. جزئیات و جداول برنامه‌ریزی و اجرایی طرح طی پیوست آورده شده است.

د-۲-۱) فرایندهای تعیین و رصد نقشه ارجاع

- نقشه (مسیر) ارجاع در سطح ملی برای ارجاعات افقی و عمودی باید تعیین گردد.
- لازم است که جریان ارجاعات به‌طور مداوم رصد و کنترل شود.
- گزارش‌های تحلیلی و نظارتی باید به‌طور دوره‌ای تهیه و به ذی‌نفعان مرتبط ارائه شوند.
- انتساب جمعیت به پزشک خانواده و تعیین جمعیت تحت پوش انتساب جمعیت به پزشک خانواده و تعیین جمعیت تحت پوشش باید به‌صورت دقیق و مستمر توسط سامانه و سرویس‌های استعلامی مرتبط با آن پیگیری شود.

د-۲-۲) فرایندهای سطح یک (مراکز، خانه‌های بهداشت و سایر واحدهای بهداشت دارای خدمات پزشک خانواده)

- ثبت خدمات و مدیریت اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی شهروندان باید با استفاده از سامانه‌های خدمات بهداشتی سطح یک یا سایر سامانه‌های دارای تاییدیه وزارت بهداشت انجام گیرد.
- کلیه ضرایب و مشوق‌های مرتبط با این دستورالعمل باید به‌طور دقیق و شفاف ابلاغ شوند.
- امکان پیگیری ارجاع بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه باید فراهم گردد.
- باید امکان مشاهده بازخورد ارجاعات برای مراکز ارجاع دهنده سطح یک فراهم باشد.
- سامانه‌های سطح یک باید امکان اخذ و مشاهده نوبت‌ها را برای پزشکان فراهم کنند.
- سامانه‌های سطح یک باید امکان اخذ و مشاهده نوبت‌های خدمات پاراکلینیک را فراهم کنند.
- سامانه‌های سطح یک باید امکان مشاهده نوبت‌های اخذ شده شهروندان را برای ایشان فراهم نمایند.

د-۲-۳) فرایندهای سطح دو (مراکز تخصصی و فوق تخصصی)

- پذیرش برخط و دریافت ارجاعات از سطح یک باید به صورت کامل و بدون خطا انجام شود.
- ثبت و مشاهده بازخورد ارجاعات باید به‌صورت لحظه‌ای و برخط اجرا شود.

- یکپارچگی سامانه‌های **HIS/CIS** با سرویس‌های نسخه الکترونیک ارائه شده توسط وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر انجام شود.
- امکان ثبت برخط دستور بستری می‌بایست در مراکز درمانی سطح دو باید وجود داشته باشد (به استثنای بیماران پذیرش شده از بخش اورژانس).
- سامانه‌های سطح دو باید امکان اخذ و مشاهده نوبت‌های بستری را فراهم کنند.
- ضرایب مالی و مشوق‌های ارجاع باید برای ارجاعات بین سطوح به طور شفاف اعمال شود.
- امکان اخذ و مشاهده نوبت‌های درمانگاه‌های سطح دو و خدمات پاراکلینیک فراهم شود.

د-۲-۴) فرایندهای نسخه‌پیچی و پاراکلینیک

- پذیرش برخط، ثبت و پیگیری خدمات نسخه‌پیچی و پاراکلینیک باید در سیستم به صورت یکپارچه و بدون وقفه انجام و اطلاعات مربوطه به پایگاه ملی سلامت ارسال شود.
- نتایج و اطلاعات نسخه‌پیچی و خدمات پاراکلینیک باید از طریق سرویس‌های نسخه الکترونیک وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر ارسال، ثبت و بازخورد آن‌ها ارائه گردد.
- کلیه ضرایب و مشوق‌ها باید در تمامی فرایندهای نسخه‌پیچی و پاراکلینیک به‌درستی اعمال شوند.

د-۲-۵) فرایندهای بستری

- پذیرش برخط، ثبت و پیگیری خدمات بستری باید به صورت کامل و قابل اتکا در **HIS** ها و سایر سامانه‌های مرتبط انجام شود.
- ضرایب و مشوق‌ها در بسته پرونده بستری باید مطابق مقررات و به صورت شفاف اعمال گردند.
- نتایج و اطلاعات پرونده بستری باید از طریق سرویس‌های ارائه‌شده توسط وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر ارسال و ثبت شوند.
- سرویس‌های مرتبط با رسیدگی به اسناد بستری باید به‌طور کامل و با رعایت استانداردهای فنی اجرا گردند.

د-۲-۶) فرایندهای اورژانس

- تبادل اطلاعات مرتبط با خدمات اورژانس باید به‌صورت برخط و بلادرنگ از طریق سرویس‌های ارائه‌شده توسط سامانه‌های **HIS/CIS** و سازمان‌های بیمه‌گر انجام شود.

- بازخورد ارجاعات در حوزه اورژانس پس از ترخیص از اورژانس به طور کامل در پایگاه ملی سلامت و از طریق سرویس‌های پرونده الکترونیک سلامت ثبت و مشاهده گردد.
- ضرایب مالی مرتبط با خدمات اورژانس باید مطابق دستورالعمل‌های مربوطه اعمال گردند.

د-۲-۷) داشبوردها و گزارشات نقشه ارجاع های بیمه‌ای و مالی

- ارسال و رسیدگی به اسناد بیمه‌ای الکترونیک باید به صورت ساختاریافته، امن و طبق دستورالعمل‌های ابلاغی انجام شود.
- محاسبات نظام پرداخت خدمات، متناسب با ارجاعات ثبت شده و بازخوردهای دریافتی، باید به طور دقیق و برخط انجام گیرد.

د-۲-۸) پایش و تحلیل داده‌ها

- داده کاوی و استخراج آمار عملکرد سامانه‌ها باید به صورت منظم و مبتنی بر روش‌های استاندارد تحلیل داده انجام شود.
- گزارش‌های مدیریتی و شاخص‌های پایش کیفیت ارجاع و پزشک خانواده باید به صورت دوره‌ای تولید و در اختیار سطوح مختلف مدیریتی قرار گیرد.
- اطلاعات مرتبط با جریان ارجاع و خدمات ارائه شده باید در پایگاه ملی سلامت یکپارچه و تجمیع گردد تا امکان تحلیل جامع و ملی فراهم شود.

ه) تامین مالی و خرید راهبردی

ه-۱) تجميع منابع

- منابع مرتبط با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (نشان دار) در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب تفاهم‌نامه سه جانبه میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تامین اجتماعی به صورت سرانه به سازمان بیمه سلامت ایران منتقل می‌گردد. این منابع در ردیف‌های بودجه‌ای تحت عناوین «ارائه خدمات پیشگیری و سطح یک روستاییان و جامعه عشایری»، «اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع سطح یک شهری» و «جذب پرداخت ترکیبی و مشوق‌های نظام ارجاع در سطح دو و سه» لحاظ گردیده است.

- سازمان بیمه سلامت ایران منابع تخصیصی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را برحسب جمعیت تحت پوشش هر سازمان بیمه‌گر، میان خود و سازمان تامین اجتماعی به صورت سرانه بازتوزیع می‌نماید.
- سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تامین اجتماعی، منابع مذکور را به همراه منابع فعلی (عملکردی) به طور ماهیانه و براساس مبانی اشاره شده در این دستورالعمل و به صورت نشاندار به مراکز بیمه تابعه استان تخصیص می‌نمایند.
- سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تامین اجتماعی، کلیه قراردادهای فی‌مابین ارائه‌دهندگان داخل شبکه را در قالب واحد و با تایید سه طرف (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تامین اجتماعی) و با رعایت بندهای (ه-۲) و (ه-۵) این دستورالعمل منعقد می‌نمایند.
- نظارت بر عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات، در چارچوب عقد قرارداد و با رعایت الزامات پرداخت به صورت سه جانبه توسط دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تامین اجتماعی صورت می‌پذیرد.

ه-۲) نظام پرداخت سطح اول

- کلیه پرداخت به اعضای تیم سلامت در سطح یک بر عهده شبکه بهداشت شهرستان است.
- منابع مورد نیاز جهت اجرای برنامه از طریق سازمان‌های بیمه‌گر پایه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محاسبه و تعیین می‌گردد تا در قالب قانون بودجه سنواتی از طریق دولت لحاظ گردد.
- سازمان‌های بیمه‌گر پایه نسبت به عقد قرارداد با شبکه اقدام می‌کنند. عقد قرارداد کاری براساس متن ابلاغی توسط معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه خواهد بود.
- سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای سطح یک صرفاً سرانه تعیین شده را پرداخت می‌نمایند و امکان عقد قرارداد با پزشکان خانواده به روش به ازای خدمت (FFS) - به استثنای جدول شماره (۲) - ندارند.
- در سطح یک روستایی و شهری دولتی شبکه/مرکز بهداشت شهرستان در قالب ضوابط اجرایی پرداخت مبتنی بر عملکرد (کارانه پزشک خانواده و نظام ارجاع) براساس متن ابلاغی معاونت توسعه مدیریت

و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر پایه نسبت به همکاری با تیم سلامت اقدام می‌نماید.

- در خصوص سطح یک روستایی و شهری در صورت نیاز به همکاری با تیم سلامت سایر بخش‌های ارائه‌دهنده خدمت (دولتی غیردانشگاهی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی) براساس تصمیم‌گیری ستاد ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع یکی از دو حالت ذیل انتخاب می‌گردد:

(۱) همکاری شبکه با پزشک و مراقب سلامت

(۲) عقد قراردادهای سازمان‌های بیمه‌گر پایه

(۳) عقد قرارداد توسط شرکت‌های دولتی یا خصوصی / تعاونی پزشکان

- مبلغ متوسط سرانه ماهانه سطح یک برای برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع برای مناطق شهری (برای پزشک خانواده و دو مراقب سلامت) و روستایی در ۶۴ شبکه بهداشتی و درمانی منتخب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس جمعیت تحت پوشش (با اعمال استحقاق‌سنجی بیمه‌ای) توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید. مابه‌التفاوت بار مالی از سرانه بسته مورد تعهد بیمه پایه در سطح یک از محل منابع عمومی تامین گردد.

تبصره ۱: در سال ۱۴۰۴ اجرای برنامه مذکور از محل منابع بیمه ای برای ۵ شهرستان از ۶۴ شهرستان منتخب تامین می‌گردد.

تبصره ۲: در صورت افزایش سرانه فعلی بیش از رشد تعرفه ویزیت سرپایی پزشک عمومی، مابه‌التفاوت از محل منابع دولت تامین می‌گردد.

- شیوه پرداخت برای خدمات خارج از سرانه سطح یک قابل ارائه در پایگاه پزشک خانواده به شرح جدول زیر به پیشنهاد اعضای شورای عالی بیمه سلامت کشور به تصویب شورای عالی بیمه سلامت کشور می‌رسد.

جدول شماره (۲) - خدمات قابل ارائه در پایگاه پزشک خانواده

اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی برای انتقال مجروح	ختنه
به سطوح بالاتر برای ادامه درمان	
برداشتن خال و لیپوم و زگیل (در موارد غیر زیبایی)	کشیدن ناخن
نمونه برداری از پوست و مخاط	شستشوی گوش
آتل بندی شکستگی‌ها	کاتتریزاسیون ادراری

خارج کردن جسم خارجی	کارگذاری لوله معده و رکتوم
فوریت‌ها	
انجام احیای قلبی ریوی	لوله‌گذاری تراشه
اقدامات اولیه در مسمومیت‌ها	اقدامات اولیه در اورژانس‌های تنفسی
اقدامات اولیه در بیماران مصدوم	بخیه و دبریدمان زخم‌ها

تبصره ۱: در صورت نیاز به هرگونه تغییر لیست خدمات فوق، مراتب به پیشنهاد معاونت بهداشتی و اعضای شورای عالی بیمه سلامت کشور به تصویب شورای عالی بیمه سلامت کشور خواهد رسید.

تبصره ۲: در صورت عدم ارائه پیشنهاد روش پرداخت توسط معاونت بهداشتی و اعضای شورای عالی بیمه سلامت کشور، پرداخت به پزشکان ارائه‌دهنده خدمات مذکور به صورت کارانه (FFS) و برعهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه خواهد بود.

- فعالیت پزشکان سطح یک همکار در برنامه الزاماً به صورت تمام‌وقت جغرافیایی خواهد بود.
- پزشکان سطح یک همکار در برنامه مجوز ارائه خدمات خارج از بسته خدماتی مندرج در این دستورالعمل از جمله خدمات زیبایی یا درمان اختلال سوء مصرف مواد را نخواهند داشت.

ه-۳) چگونگی پرداخت به تیم سلامت در سطح یک

- مدل پرداخت به تیم سلامت در سطح یک به روش ترکیبی (Mixed Payment) می‌باشد که شامل پرداخت ثابت (Fix payment)، پرداخت مبتنی بر شاخص‌های دسترسی منطقه‌ای مانند بیتوته و پراکندگی (Availability Index)، پرداخت مبتنی بر شاخص‌های جمعیت و ماندگاری (Demographic Index) و پرداخت مبتنی بر ارزش (Value Based Payment)، شاخص‌های عملکردی (کمی و کیفی) و شاخص‌های رضایت از عملکرد تیم سلامت است.

ه-۳-۱) پرداختی به تیم سلامت در قالب موارد زیر پرداخت می‌گردد:

ه-۳-۱-۱) پرداخت ثابت: این مبلغ براساس ضوابط مرتبط با رابطه استخدامی شامل رسمی، پیمانی، قراردادی، مشمولین قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و پیام‌آوران بهداشت تعیین و پس از کسر کسورات قانونی در پایان هر ماه پرداخت می‌گردد.

ه-۳-۱-۲) پرداخت مبتنی بر شاخص‌های دسترسی منطقه‌ای (بیتوته و پراکندگی): براساس پراکندگی (دهگردشی روستاهای اصلی، قمر و سیاری تحت پوشش) و بیتوته (ارائه خدمت در ساعات غیر اداری) خواهد بود.

ه-۳-۱-۳) پرداخت مبتنی بر شاخص‌های جمعیت و ماندگاری: این مبلغ بر مبنای سهم جمعیت (تعداد جمعیت تحت پوشش) و سهم ماندگاری (سال‌های خدمت در برنامه) محاسبه و آخر هر ماه پرداخت می‌گردد. ضریب حضور (تعداد روزهای کاری فرد به روزهای کاری ماه) در این پرداخت موثر خواهد بود.

ه-۳-۱-۲) پرداخت مبتنی بر ارزش (Vaue Based Payment): شامل دو مولفه عملکردی (کمی و کیفی) و مبتنی بر رضایت‌سنجی می‌باشد.

الف) عملکرد کمی: شامل ویزیت، مراقبت مستقیم و مراقبت ارجاعی برای پزشکان و ماماها براساس جدول پیوست می‌باشد. برای روانشناس و کارشناس تغذیه شامل مراقبت مستقیم و مراقبت ارجاعی طبق جدول پیوست می‌باشد. عملکرد کمی اعضای تیم سلامت براساس گزارش ماهانه از سامانه‌های سطح یک احصاء و پرداخت می‌گردد. حد انتظار عملکرد کمی براساس جمعیت گروه‌های سنی تحت پوشش فرد و ویژگی‌های منطقه‌ای می‌باشد.

تبصره: در سال اول اجرای شیوه فوق، در صورت کسب عملکرد حداقل ۷۵ درصد حد انتظار، عملکرد کمی معادل یک در نظر گرفته می‌شود و در صورت هر نمره عملکرد کمتر از ۷۵ درصد حد انتظار، یک نمره از عملکرد کامل (۱۰۰ درصد) کسر می‌گردد.

ب) عملکرد کیفی: عملکرد کیفی اعضای تیم سلامت براساس شاخص‌های کیفی تعیین شده (طبق جدول پیوست) قابل احصاء از سامانه‌های سطح یک هر کدام از اعضای تیم سلامت به صورت فصلی محاسبه و پرداخت می‌گردد.

تبصره ۱: حد انتظار عملکرد کیفی بر اساس نتایج مطالعات موجود و شرایط و ویژگی‌های منطقه‌ای می‌باشد.
تبصره ۲: امتیاز مربوط به عملکرد کیفی بر اساس درصد از حصول عملکرد حد انتظار تعیین شده خواهد بود.
ج) پرداخت مبتنی بر رضایت: بر اساس دریافت نظرات گیرندگان خدمت و نتایج پایش و نظارت مرکز بهداشت بصورت فصلی محاسبه و پرداخت می‌گردد.

تبصره ۱: سهم مبتنی بر ارزش به طور تدریجی در اجرای برنامه افزایش خواهد یافت.
تبصره ۲: نحوه پرداخت به پزشکان سطح یک شاغل در مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی مطابق با نظام پرداخت فعلی سازمان مربوطه خواهد بود.

ه-۳-۲) پرداختی به پزشک خانواده به شرح ذیل می‌باشد:

- پزشک خانواده مناطق روستایی:

پرداخت ترکیبی = پرداخت ثابت + پرداخت مبتنی بر شاخص‌های دسترسی منطقه‌ای + پرداخت مبتنی بر جمعیت و ماندگاری + پرداخت مبتنی بر ارزش

- پزشک خانواده مناطق شهری (بخش دولتی):

پرداخت ترکیبی = پرداخت ثابت + پرداخت مبتنی بر جمعیت و ماندگاری + پرداخت مبتنی بر ارزش

- پزشک خانواده مناطق شهری (بخش خصوصی):

پرداخت ترکیبی = پرداخت مبتنی بر جمعیت و ماندگاری + پرداخت مبتنی بر ارزش

تبصره: افزایش پرداخت به پزشکان خانواده دارای مدرک تخصصی پزشکی خانواده، براساس مصوبه هیات محترم وزیران به کل پرداختی (غیر از پرداخت ثابت) اضافه می‌گردد.

ه-۳-۳) پرداختی به دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان در مناطق روستایی به شرح ذیل می‌باشد:

- اجزای تاثیرگذار بر دریافتی دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان شامل مجموع خدمات وزن‌دهی ماهانه ثبت‌شده در سامانه، ضریب محرومیت، ارزش ریالی خدمت (ضریب K) و ضریب عملکرد است. خدمات تعریف‌شده بسته سلامت دهان و دندان شامل فلورایدتراپی، فیشورسیلانت، بروساژ دو فک، جرم‌گیری، کشیدن دندان، ترمیم دندان، پالپوتومی، درمان پالپ زنده، فعالیت‌های آموزشی و دهگردشی است. مبنای خدمات دندانپزشک/ بهداشتکار دهان و دندان براساس جدول ذیل است:

جدول شماره (۳) - خدمات وزن‌دهی شده بسته سلامت دهان و دندان و دندانپزشکی

ردیف	خدمت	وزن خدمت	ردیف	خدمت	وزن خدمت
۱	فلورایدتراپی دو فک	۱۵	۹	ترمیم سه سطحی آمالگام/SSC	۴۵
۲	فیشور سیلنت هر دندان (۶ و ۷)	۲۵	۱۰	ترمیم یک سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی) PRR	۴۰
۳	جرم‌گیری دو فک	۲۵	۱۱	ترمیم دو سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی)	۴۵
۴	بروساژ دو فک	۱۰			
۵	کشیدن دندان شیری	۱۵	۱۲	ترمیم سه سطحی کامپوزیت (قدامی-خلفی)	۵۰
۶	کشیدن دندان دائمی	۲۵	۱۳	پالپوتومی	۳۰

۷	ترمیم یک سطحی آمالگام	۳۵	۱۴	درمان پالپ زنده	۴۰
۸	ترمیم دو سطحی آمالگام	۴۰			

- فرمول پرداخت به دندانپزشک/بهداشتکار دهان و دندان به شرح ذیل است:

پرداخت مبتنی بر عملکرد (کارانه پزشک خانواده و نظام ارجاع) = ضریب محرومیت \times جمع وزنی خدمات ماهانه ثبت شده در سامانه \times ضریب K (ارزش ریالی خدمت) \times ضریب عملکرد تبصره: ضریب محرومیت براساس میانگین ضریب محرومیت چهارگانه (دانشگاه/دانشکده، شهرستان، بخش و مرکز) لحاظ می گردد.

- در خصوص خدمات ارائه شده، در طول سه ماه باید ترکیبی از خدمات بسته دهان و دندان ارائه شده باشد و میزان خدمت کشیدن کمتر از ۵۰ درصد کل خدمات ارائه شده باشد.
- واحد سلامت دهان و دندان دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی موظف به ارائه نتایج پایش عملکرد دندانپزشکان/ بهداشتکاران دهان و دندان تحت پوشش به صورت فصلی به مدیریت گسترش شبکه دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی به منظور محاسبه پرداخت مبتنی بر عملکرد (کارانه پزشک خانواده و نظام ارجاع) است.

ه-۴) خودپرداخت (فرانشیز) بیماران در سطح یک

- خودپرداخت بیمار در مراجعه به پزشک خانواده در ۶۴ شبکه بهداشتی و درمانی منتخب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بابت ویزیت تا چهار مراجعه اول در طول سال رایگان و از مراجعه پنجم به بعد تا پنجاه درصد (۵۰٪) تعرفه دولتی حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور خواهد بود. معادل خودپرداخت بیمار از سرانه پرداختی سازمان‌های بیمه گر پایه کسر خواهد شد.
- تبصره ۱: ویزیت‌های پزشک خانواده برای بیماران مزمن با رعایت استانداردها و راهنماهای بالینی ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس فهرست مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور در طول سال رایگان خواهد بود.
- تبصره ۲: خودپرداخت ویزیت پزشک خانواده برای مادران باردار و افراد مبتلا به بیماران نادر، خاص و صعب‌العلاج و کودکان و شیرخواران زیر ۷ سال در کلیه مراجعات در طول سال رایگان خواهد بود.
- بسته خدمات سلامت دهان و دندان، تغذیه و سلامت روان در قالب برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری و روستایی به طور یکسان به جمعیت مشمول ارائه می گردد. بار مالی این بند از محل منابع عمومی تامین و به سازمان‌های مرتبط ابلاغ می گردد.

- در صورت مراجعه افراد مشمول برنامه به سایر پزشکان خانواده به استثنای مراجعه به پزشک خانواده همپوشان، خودپرداخت (فرانشیز) به میزان صد درصد پرداخت می‌گردد.

ه-۵) نظام پرداخت سطح دو و سه

- سازمان‌های بیمه‌گر پایه نسبت به عقد قرارداد با شبکه بهداشت و درمان/ بیمارستان اقدام می‌کنند. عقد قرارداد کاری براساس متن ابلاغی مشترک معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و با تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور خواهد بود.
- در سطح دو و سه ارائه خدمت شبکه بهداشت و درمان/ بیمارستان نسبت به همکاری با پزشکان مطابق با ضوابط اجرایی پرداخت مبتنی بر عملکرد (کارانه پزشک خانواده و نظام ارجاع) براساس متن ابلاغی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه اقدام می‌نماید.
- در سطح دو و سه ارائه خدمت، روش پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر پایه مطابق مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور خواهد بود. دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی درمانی مجری برنامه مکلفند پرداخت به پزشکان مشمول در سطح دو و سه را به روش ترکیبی (Mix Payment) از طریق ضوابط اجرایی پرداخت مبتنی بر عملکرد (کارانه پزشک خانواده و نظام ارجاع) اجرا نمایند.
- مدل پرداخت به پزشکان سطح دو و سه به روش ترکیبی (Mixed Payment) می‌باشد که شامل پرداخت ثابت (Fix payment) و پرداخت عملکردی (Pay for Performance) می‌باشد. مبالغ پس از کسر کسورات قانونی به پزشکان پرداخت می‌گردد.
- پرداخت بابت ویزیت سرپایی و مشاوره، ارائه خدمات تشخیصی و اقدامات غیرتهاجمی و تهاجمی و ارائه خدمات بستری شامل دو بخش ثابت و عملکردی است؛ مبلغ ثابت براساس شاخص‌های معین به طور میانگین ۶۰٪ مبلغ کل می‌باشد و پرداخت مبتنی بر عملکرد ۴۰٪ که براساس امتیاز کسب شده از چک لیست ارزیابی عملکرد پزشکان سطح دو و سه می‌باشد.
- دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی استان/ شهرستان می‌تواند بخش ثابت پرداخت به پزشکان سطح دو و سه را تا ۲۰ درصد کاهش داده و به بخش مبتنی بر عملکرد اضافه نماید. در مناطق محروم حسب محرومیت منطقه، بخش ثابت تا ۲۵٪ (بدون تاثیر بر بخش مبتنی بر عملکرد) قابل افزایش می‌باشد.

تبصره: صرفاً برای پزشکان مستخدم وزارت بهداشت اعم از رسمی، پیمانی و متعهدین خدمت، مبلغ درج شده در حکم حقوق به مبلغ ثابت اضافه می‌گردد.

- دانشگاه/ دانشکده‌های علوم پزشکی استان/ شهرستان برنامه کاری پزشکان سطح دو و سه را به گونه تنظیم می‌نماید که حداکثر زمان انتظار برای پذیرش بیماران بسته به نوع ارجاع به شرح ذیل باشد:
ارجاع فوری: کمتر و مساوی ۲۴ ساعت
ارجاع نیمه فوری: کمتر و مساوی ۳ روز
ارجاع انتخابی: کمتر و مساوی ۱۴ روز
- نظام پرداخت به پزشکان متخصص در ۸ رشته تخصصی اصلی، بابت ویزیت سرپایی و مشاوره، ارائه خدمات تشخیصی و اقدامات غیرتهاجمی و تهاجمی و ارائه خدمات بستری مطابق با ضوابط اجرایی پرداخت مبتنی بر عملکرد (کارانه پزشک خانواده و نظام ارجاع) براساس متن ابلاغی معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه خواهد بود.^۱
- مبلغ قابل پرداخت به طور سالانه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌گردد.
- پزشکان همکار در ۸ رشته اصلی بایستی الزاماً تمام وقت باشند.
- پرداخت مشوق‌های پزشک و مرکز ارائه‌دهنده خدمت در صورت ارائه بازخورد مطابق با تصویب‌نامه هیئت محترم وزیران خواهد بود. این پرداخت به طور ۱۰۰ درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر به مراکز و در صورت انجام خرید راهبردی به پزشکان انجام می‌گردد.
- نظام پرداخت به پزشکان متخصص در سایر رشته‌های تخصصی (بجز ۸ رشته تخصصی اصلی)، بابت ویزیت سرپایی و مشاوره، ارائه خدمات تشخیصی و اقدامات غیرتهاجمی و تهاجمی و ارائه خدمات بستری در شهرستان‌های منتخب به روش موردی (FFS) و مطابق مصوبات شورای برنامه ریزی و نظارت بر توزیع درآمد اختصاصی می‌باشد.
- مشوق‌های نظام ارجاع به شرح ذیل می‌باشند:

^۱ در راستای کاهش هزینه‌های نظام سلامت پس از اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع پیشنهاد می‌گردد نظام پرداخت با در نظر گرفتن یکی از دو رویکرد منطبق نمودن تجویزها با الگوریتم‌های بالینی (clinical pathway) و تسهیم سود حاصل از صرفه‌جویی در هزینه‌ها (shared saving) بازنگری گردد.

الف) هزینه بازخورد نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع می‌باشند، برای پزشکان متخصص/ فوق تخصص بخش دولتی و غیردولتی معادل صد درصد یک ویزیت پایه متخصص/ فوق تخصص دولتی؛ با پرداخت صد درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تعیین می‌شود.

ب) هزینه‌های اجرایی خدمات بستری بابت هزینه ثبت، هماهنگی پذیرش، کنترل رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخورد در مراکز معادل یک واحد با ضریب ریالی جز حرفه‌ای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام‌وقت جغرافیایی به ازای هر بار بستری؛ با پرداخت صد درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تعیین می‌شود.

ج) هزینه بازخورد نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع می‌باشند، در بخش اورژانس بیمارستانی معادل معادل پنجاه (۵۰٪) درصد تعرفه ویزیت پزشک عمومی بخش دولتی؛ با پرداخت صد درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تعیین می‌شود.

د) هزینه‌های اجرایی بابت هزینه ثبت، هماهنگی پذیرش، کنترل رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخورد برای کلینیک‌های ویژه تخصصی معادل پنجاه (۵۰٪) درصد تعرفه ویزیت پزشک عمومی دولتی در ازای هر مراجعه سرپایی به کلینیک تخصصی؛ با پرداخت صد درصدی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تعیین می‌شود.

تبصره: بار مالی اجرای این بند از محل منابع مالی مربوط مطابق قانون بودجه سنواتی و از طریق سازمان‌های بیمه‌گر پایه تامین می‌شود.

- نحوه پرداخت به پزشکان شاغل در مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی مطابق با نظام پرداخت فعلی سازمان مربوطه خواهد بود.

- در صورت عدم تامین رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی مورد نیاز شهرستان از طریق وزارت، دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و سازمان تامین اجتماعی، همکاری با پزشکان متخصص و فوق تخصص به صورت از راه دور و مطابق با تعرفه بخش دولتی تمام‌وقت خواهد بود. ملاک پرداخت بیمار و سازمان‌های بیمه‌گر کدهای ۹۰۱۸۲۵ و ۹۰۱۸۲۷ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت می‌باشد. سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه معادل ۸۵ درصد تعرفه مذکور خواهد بود. لازم به ذکر است تامین پزشک به صورت از راه دور تنها جهت تامین نیاز شهرستان در رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی گروه دوم (به جز ۸ رشته تخصصی اصلی) مجاز می‌باشد.

- مبنای پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر پایه به مراکز و مراکز به پزشکان بابت خدمات اورژانس کمافی سابق به روش موردی خواهد بود.

- نحوه پرداخت به سایر کارکنان شاغل در مراکز درمانی (گروه پرستاری و کارکنان اداری و پشتیبانی) در شهرستان‌های منتخب، مطابق با مصوبات شورای برنامه‌ریزی و نظارت بر بازتوزیع درآمد اختصاصی خواهد بود.
- کلیه یارانه‌های سلامت به استثنای ارز ترجیحی دارو و تجهیزات پزشکی الزاماً با رعایت نظام ارجاع پرداخت می‌گردد.
- مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی شامل ویزیت، پاراکلینیک، دارو و سایر خدمات سرپایی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و همچنین مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی مکلفند ظرفیت سرپایی موجود خود را جهت پاسخگویی به بیماران ارجاعی سرپایی به طور کامل فعال نمایند. در صورت نیاز به همکاری و خرید خدمت از سایر بخش‌های غیردولتی (عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی)، مابه‌التفاوت تعرفه خرید خدمت تا تعرفه بخش دولتی بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه خواهد بود. مابه‌التفاوت بار مالی بیش از تعرفه دولتی برای خرید خدمت از بخش غیردولتی از محل منابع عمومی تأمین و در اختیار سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرار می‌گیرد.

ه-۶) خودپرداخت بیماران در سطح دو و سه

- خودپرداخت بیماران بستری در قالب نظام ارجاع در بستر شبکه ارائه خدمت، رایگان تعیین می‌گردد. در مراجعات خارج از نظام ارجاع تا پانزده درصد (۱۵٪) حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد. بدیهی است بیمه‌های پایه تعهدی پس از شش ماه از استقرار کامل برنامه در هر شهرستان بابت پرداخت خارج از شبکه ارائه خدمت برای بستری ندارند. منظور از شبکه ارائه خدمت مراکز دولتی، مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی و سایر مراکز غیردولتی طرف قرارداد در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌باشد.
- خودپرداخت خدمات سرپایی (شامل ویزیت، پاراکلینیک، دارو و سایر خدمات سرپایی) در قالب نظام ارجاع معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعیین می‌شود؛ سهم سازمان برای خدمات سرپایی در مراجعات خارج از نظام ارجاع به مدت ۶ ماه پس از آغاز برنامه، معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه بخش دولتی تعیین می‌گردد. پس از گذشت شش ماه سهم سازمان برای بیماران نشاندار مزمن، مادران باردار و نوزادان، شیرخواران و کودکان زیر ۷ سال تا پنجاه درصد (۵۰٪) تعرفه بخش دولتی و برای سایر بیماران تا صفر درصد حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد.

تبصره ۱: خودپرداخت بیماران خاص، نادر و صعب‌العلاج برای دریافت خدمات سرپایی مرتبط با بیماری خود در بستر شبکه ارائه خدمت رایگان می‌باشد.

تبصره ۲: صرفاً برای سال ۱۴۰۴ برای پنج شهرستان منتخب براساس اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه مابه‌التفاوت تعرفه خرید خدمت تا تعرفه بخش دولتی را پرداخت می‌نمایند.

- خودپرداخت بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی در صورت مراجعه به مراکز ملکی سازمان به مدت شش ماه پس از آغاز برنامه مطابق با شرایط فعلی (رایگان) خواهد بود. پس از گذشت شش ماه، میزان خودپرداخت به پیشنهاد سازمان تامین اجتماعی به تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور و تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

- در صورت نیاز به همکاری و خرید خدمت از سایر بخش‌های غیردولتی (عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی) خودپرداخت بیمار برای مراجعات مذکور در قالب نظام ارجاع معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعرفه بخش دولتی می‌باشد و مابه‌التفاوت بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر پایه خواهد بود.

تبصره: در صورتی که بیمار از پوشش بیمه تکمیلی برخوردار باشد، پرداخت مابه‌التفاوت بر عهده بیمه تکمیلی مربوطه خواهد بود.

- در صورت مراجعه بیمه‌شدگان بیمه سلامت به مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی و در قالب نظام ارجاع، برای خدمات بستری رایگان و برای خدمات سرپایی خودپرداخت بیمار معادل پانزده درصد (۱۵٪) تعرفه بخش دولتی می‌باشد. مابه‌التفاوت تا تعرفه عمومی غیردولتی با تامین مالی از طریق دولت بر عهده سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

- ویزیت و مشاوره از راه دور در بستر این برنامه، مطابق «آیین نامه ویزیت و مشاوره از راه دور حرف پروانه‌دار نظام پزشکی» ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه قرار گرفت.

- خدمات اورژانس از فرایند ارجاع مستثنی می‌باشد و خودپرداخت در بستر شبکه برای خدمات بستری اورژانس در سطح بندی (تریاز) سطح ۱ تا ۳ رایگان تعیین می‌گردد و سهم سازمان‌های بیمه‌گر پایه برای تریاز سطح ۴ و ۵ تا ۶ ماه پس از آغاز برنامه، معادل هفتاد درصد (۷۰٪) تعرفه بخش دولتی

- تعیین می‌گردد. برای سطح ۴ و ۵ تریاژ پس از گذشت شش ماه خودپرداخت تا صد درصد (۱۰۰٪) تعرفه حسب مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد.
- در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، خودپرداخت بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی که همه یا بخشی از منابع مالی آنها از طریق دولت تامین می‌شود؛ براساس مصوبات شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین می‌گردد.

(و) پایش، نظارت و ارزشیابی

- به منظور ارزیابی جامع عملکرد اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدامات به شرح ذیل الزامی است:
- (۱) تعیین تیم‌های مشترک پایش به همراه برنامه منظم ارزیابی در قالب دستورالعمل ستاد هماهنگی کشوری
- (۲) طراحی و اجرای داشبوردهای برخط پایش برنامه و ارائه بازخورد
- نظارت بر تمامی مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط ذی‌نفعان (سازمان‌های بیمه‌گر پایه، دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی) ضروری است.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امکان دسترسی به سامانه‌های سطح یک و خدمات مراقبتی بیماران ارجاعی در سطوح دو و سه را برای سازمان‌های بیمه‌گر پایه فراهم نماید.

پیوست شماره ۱: بسته خدمات سطح یک ارائه خدمت (ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)

- بسته مذکور به صورت ضمیمه در کنار دستورالعمل ابلاغ گردیده است.

پیوست شماره ۲: نظام ارجاع الکترونیک

الف - سرویس‌ها و خدمات فناوری اطلاعات

۱-الف- در مسیر خدمت‌رسانی در نظام ارجاع و پزشک خانواده، سرویس‌ها و ماژول‌های مختلفی مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرند. این سرویس‌ها بسته به نوع فرایند و سطح خدمت (سطح ۱، سطح ۲، بستری و اورژانس) ممکن است ترتیب استفاده متفاوتی داشته باشند.

۲-الف- این ماژول‌ها شامل تعیین نقشه ارجاع، استعلام هویت، استحقاق سنجی، استعلام پزشک، پذیرش برخط، محاسبه خودپرداخت بیمار در زمان پذیرش، نسخه‌نویسی دارو و خدمات، نسخه‌پیچی دارو و خدمات، نوبت‌دهی و نوبت‌گیری، ارجاع و بازخورد و سایر سرویس‌های مصوب و ابلاغی وزارت بهداشت است می‌باشند و تمامی فرایندها باید به صورت الکترونیک و در تعامل با مرکز تبادل داده سلامت انجام شوند. همچنین رعایت سطوح دسترسی، محرمانگی اطلاعات و انطباق با استانداردهای مرکز تبادل داده سلامت در تمامی سرویس‌ها الزامی است. علاوه بر موارد فوق، سایر سرویس‌ها و فرایندهایی که در آینده به منظور تکمیل، بهبود یا ارتقای چرخه ارائه خدمات مورد نیاز باشند، مطابق با سیاست‌ها و برنامه‌های وزارت ابلاغ خواهند شد.

۱. تعیین نقشه ارجاع و انتساب شهروندان

ردیف	سطح/حوزه فرایند	نام فرایند	خدمات/سرویس‌های الکترونیکی مرتبط	سامانه‌ها/زیرسیستم‌های درگیر
۱	ستاد وزارت، دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر	تعیین نقشه ارجاع	سرویس سیام، سرویس مکسا سرویس ابلاغ الکترونیک	درگاه تعیین نقشه ارجاع، داشبورد نقشه ارجاع، صدور ابلاغ الکترونیک
۲	سطح ۱، ۲ و ۳	دریافت نقشه ارجاع	سرویس دریافت نقشه ارجاع	سامانه‌های سطح یک، سامانه‌های نوبت‌دهی، پنل‌های سازمان‌های بیمه‌گر
۳	ستاد وزارت، دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر	انتساب شهروند به پزشک خانواده مرکز منطقه سکونت	سرویس انتساب شهروند به پزشک خانواده	سامانه و سرویس انتساب شهروند، پنل‌های سازمان‌های بیمه‌گر

۲. سطح یک – مراکز، خانه‌های بهداشت و سایر واحدهای بهداشت دارای خدمات پزشک خانواده

ردیف	سطح/حوزه فرایند	نام فرایند	خدمات/سرویس‌های الکترونیکی مرتبط	سامانه‌ها/زیرسیستم‌های درگیر
۱	سطح ۱	احراز و استحقاق سنجی بیمه‌شده	سرویس استعلام هویت، سرویس استحقاق سنجی	سامانه‌های سطح یک، پایگاه ملی بیمه‌شدگان
۲	سطح ۱	ثبت خدمات سلامت و مدیریت اطلاعات بیماران	نسخه‌نویسی دارو و خدمات سرویس استعلام پزشک سرویس مکسا، سرویس نسخه الکترونیک وزارت	سامانه‌های سطح یک، سپاس، سامانه‌های نسخه الکترونیک سازمان‌های بیمه‌گر، سامانه اعضای نظام پزشکی
۳	سطح ۱	نوبت‌دهی و نوبت‌گیری	سرویس نوبت‌دهی، سرویس استحقاق سنجی بیمه سرویس مکسا	سامانه نوبت‌دهی الکترونیک، سپاس
۴	سطح ۱	ارجاع بیماران به سطوح بالاتر	سرویس ارجاع برخط،	سامانه‌های سطح یک
۵	سطح ۱	دریافت بازخورد از سطح ۲ و ۳	سرویس بازخورد ارجاع، سرویس‌های پایش ارجاعات	سامانه‌های سطح یک
۶	سطح ۱	پایش و گزارش‌گیری عملکرد	سرویس‌های پایش و گزارش آماری	داشبورد نوبت‌دهی نظام ارجاع

۳. سطح دو و سه – مراکز تخصصی، فوق تخصصی و بیمارستانی سرپایی

ردیف	سطح/حوزه فرایند	نام فرایند	خدمات/سرویس های الکترونیکی مرتبط	سامانه ها/ زیرسیستم های درگیر
۱	سطح ۲ و ۳	احراز و استحقاق سنجی بیماران ارجاع شده	سرویس استعلام هویت، سرویس استحقاق سنجی، سرویس دریافت ارجاع، سرویس دریافت نوبت	سامانه های ارائه دهنده خدمات CIS, HIS , پنل های سازمان های بیمه گر، پایگاه ملی بیمه شدگان
۲	سطح ۲ و ۳	پذیرش برخط بیماران	سرویس پذیرش برخط، سرویس استحقاق سنجی	سامانه های ارائه دهنده خدمات CIS, HIS , پنل های سازمان های بیمه گر، سپاس
۳	سطح ۲ و ۳	ثبت و نسخه نویسی دارو و خدمات	سرویس نسخه نویسی دارو و خدمات، سرویس استعلام پزشک سرویس مکسا	سامانه های ارائه دهنده خدمات CIS, HIS , پنل های سازمان های بیمه گر، سامانه اعضای نظام پزشکی
۴	سطح ۲ و ۳	نسخه پیچی دارو و خدمات	سرویس نسخه پیچی دارو و خدمات، سرویس استحقاق سنجی سرویس مکسا	سامانه های ارائه دهنده خدمات PIS, LIS , RIS , پنل های سازمان های بیمه گر، سپاس
۵	سطح ۲ و ۳	دریافت ارجاعات	سرویس ارجاع برخط، سرویس استحقاق سنجی	سامانه ارجاع الکترونیک، سامانه HIS سطح ۲ و ۳
۶	سطح ۲ و ۳	ثبت بازخورد ارجاع	سرویس ثبت بازخورد ارجاع	سامانه های ارائه دهنده خدمات CIS, HIS , PIS, LIS , پنل های سازمان های بیمه گر
۷	سطح ۲ و ۳	نوبت دهی تخصصی و فوق تخصصی	سرویس نوبت دهی، سرویس استحقاق سنجی	سامانه های ارائه دهنده خدمات CIS, HIS , PIS, LIS , سامانه نوبت دهی الکترونیک، سپاس
۸	سطح ۲ و ۳	ارجاع بیماران (عمودی و افقی)	سرویس ارجاع برخط	سامانه های ارائه دهنده خدمات CIS, HIS
۹	سطح ۲ و ۳	دستور بستری	سرویس دستور بستری	سامانه های ارائه دهنده خدمات CIS, HIS

۴. سطح دو و سه – مراکز تخصصی، فوق تخصصی و بیمارستانی بستری

ردیف	سطح/حوزه فرایند	نام فرایند	خدمات/سرویس‌های الکترونیکی مرتبط	سامانه‌ها/زیرسیستم‌های درگیر
۱	سطح ۲ و ۳	احراز و استحقاق سنجی بیماران ارجاع شده	سرویس اعلام هویت، سرویس استحقاق سنجی، سرویس دریافت ارجاع، سرویس دریافت نوبت	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS، CIS، پنل‌های سازمان‌های بیمه‌گر، پایگاه ملی بیمه‌شدگان
۲	سطح ۲ و ۳	پذیرش برخط بیماران	سرویس پذیرش برخط، سرویس استحقاق سنجی	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS، CIS، پنل‌های سازمان‌های بیمه‌گر، سپاس
۳	سطح ۲ و ۳	دریافت ارجاعات	سرویس ارجاع برخط	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS، CIS، پنل‌های سازمان‌های بیمه‌گر، سامانه اعضای نظام پزشکی
۴	سطح ۲ و ۳	ثبت بازخورد ارجاع	سرویس ثبت بازخورد ارجاع	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS، CIS، LIS، PIS، پنل‌های سازمان‌های بیمه‌گر
۵	سطح ۲ و ۳	ثبت و نسخه‌نویسی دارو و خدمات	سرویس نسخه‌نویسی دارو و خدمات، سرویس اعلام پزشک، سرویس مکسا	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS، CIS، پنل‌های سازمان‌های بیمه‌گر، سامانه اعضای نظام پزشکی
۶	سطح ۲ و ۳	نوبت‌دهی تخصصی و فوق تخصصی	سرویس نوبت‌دهی، سرویس استحقاق سنجی	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS، CIS، LIS، PIS، سامانه نوبت‌دهی الکترونیک، سپاس
۷	سطح ۲ و ۳	ارجاع بیماران (عمودی و افقی)	سرویس ارجاع برخط	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS، CIS
۸	سطح ۲ و ۳	دریافت بازخورد از سطح ۲ و ۳	سرویس بازخورد ارجاع، سرویس‌های پایش ارجاعات	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS، CIS
۹	سطح ۲ و ۳	دستور بستری	سرویس دستور بستری	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS، CIS

۵. مراجعه بیمار به بخش اورژانس

ردیف	سطح/حوزه فرایند	نام فرایند	خدمات/سرویس‌های الکترونیکی مرتبط	سامانه‌ها/زیرسیستم‌های درگیر
۱	سطح ۲ و ۳	احراز و استحقاق سنجی بیماران ارجاع شده	سرویس اعلام هویت، سرویس استحقاق سنجی، سرویس دریافت ارجاع، سرویس دریافت نوبت	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS ، CIS ، پنل‌های سازمان‌های بیمه‌گر، پایگاه ملی بیمه‌شدگان
۲	سطح ۲ و ۳	پذیرش برخط بیماران	سرویس پذیرش برخط، سرویس استحقاق سنجی	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS ، CIS ، پنل‌های سازمان‌های بیمه‌گر، سپاس
۳	سطح ۲ و ۳	ثبت و نسخه‌نویسی دارو و خدمات	سرویس نسخه‌نویسی دارو و خدمات، سرویس اعلام پزشک، سرویس مکسا	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS ، CIS ، پنل‌های سازمان‌های بیمه‌گر، سامانه اعضای نظام پزشکی
۴	سطح ۲ و ۳	دریافت ارجاعات از سطح یک	سرویس ارجاع برخط، سرویس استحقاق سنجی	سامانه ارجاع الکترونیک، سامانه HIS سطح ۲ و ۳
۵	سطح ۲ و ۳	ثبت بازخورد ارجاع	سرویس ثبت بازخورد ارجاع	سامانه‌های ارائه دهنده خدمات HIS ، CIS ، LIS ، PIS ، پنل‌های سازمان‌های بیمه‌گر

توجه: برخی سامانه‌ها و سرویس‌های تخصصی در حوزه تصویربرداری (**RIS**) در این فاز تکمیل نشده‌اند و به همین دلیل در جداول فوق درج نشده‌اند. با تکمیل سرویس‌ها، این سامانه‌ها و سرویس‌های مرتبط با ایشان به جداول مرتبط افزوده خواهند شد.

شکل (۱) - سرویس‌ها و خدمات نظام ارجاع الکترونیک و پزشک خانواده

شهروند	مراجعه به پزشک خانواده	سطح یک
PHC	دریافت بازخورد نوبت گیری ارجاع نسخه نویسی پذیرش	
پیشه	دستور بستری دریافت بازخورد ارجاع افقی نسخه نویسی نوبت بازخورد دریافت ارجاع پذیرش	سطح دو
HIS/CIS HQS	دستور بستری دریافت بازخورد ارجاع افقی نوبت دهی نسخه نویسی نوبت بازخورد دریافت ارجاع پذیرش	پاراکلینیک
آزمایشگاه داروخانه	نوبت دهی نوبت نتایج آزمایشگاه نسخه پیچی دریافت اطلاعات نسخه	
تصویربرداری	نوبت دهی نوبت گزارش تصویربرداری دریافت اطلاعات نسخه	

ب- خدمات الکترونیک پشتیبان

به منظور پشتیبانی از اجرای کارآمد، شفاف و پایدار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع الکترونیک، لازم است مجموعه‌ای از خدمات و سامانه‌های الکترونیک در حوزه‌های بیمه‌ای، مالی و داده‌ای به صورت یکپارچه و برخط در دسترس قرار گیرد. این خدمات ضمن تسهیل فرایندهای اجرایی، زمینه نظارت، ارزیابی و سیاست‌گذاری مبتنی بر داده را برای سطوح مختلف نظام سلامت فراهم می‌سازند.

۱-ب- فرایندهای الکترونیک بیمه‌ای

۱-۱-ب- سرویس‌های استحقاق‌سنجی و اطلاعات برخط بیمه‌شدگان

۱-۲-ب- رسیدگی الکترونیک به اسناد بیمه‌شدگان

۱-۳-ب- اعمال قواعد بیمه‌ای در فرایندهای نسخه‌نویسی و نسخه‌پیچی نظام ارجاع

۱-۴-ب- اتصال به بانک قواعد بیمه‌ای و اعمال سیاست‌های پوشش خدمات

۲-ب- فرایندهای الکترونیک نظام پرداخت و محاسبات مالی

۲-۱-ب- محاسبه سهم خودپرداخت بیمه‌شدگان در چارچوب مصوبه هیئت وزیران

۲-۲-ب- محاسبه حق الزحمه پرسنل ارائه‌دهنده خدمت

۲-۳-ب- محاسبه مشوق‌های نظام ارجاع و پزشک خانواده

۲-۴-ب- محاسبه تعرفه و هزینه خرید خدمات از بخش خصوصی

۳-ب- فرایندهای داده‌کاوی، آمار و اطلاعات

۳-۱-ب- ایجاد داشبوردهای اطلاعاتی برای پایش اجرا، نظارت، استانداردها و بهبود کیفیت برنامه

۳-۲-ب- تولید گزارش‌ها و تحلیل‌های آماری برای تصمیم‌گیری و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد

۴-ب- سامانه‌ها و سرویس‌های ملی پشتیبان

۴-۱-ب- استانداردسازی اقلام داده بر اساس مرجع کدینگ سلامت ایران (مکسا).

۴-۲-ب- تبادل اطلاعات مراکز بر مبنای شناسه‌های سامانه یکپارچه اطلاعات مراکز (سیام)

۴-۳-ب- احراز هویت کاربران از طریق سامانه ورود یکپارچه (SSO) وزارت بهداشت یا پنجره ملی

خدمات دولت هوشمند

۴-۴-ب- ارائه و اعمال دسترسی‌های ساختار ستادی و مدیریتی بر اساس سامانه صدور ابلاغ

الکترونیک وزارت بهداشت.

ج- الزامات نرم افزاری و بهبود مستمر

۱-ج- پیاده‌سازی محاسبات مالی جهت دریافت و پرداخت در برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده

۱-۱-ج- کلیه مراجعین به پزشکان خانواده باید مشمول ضرایب محاسباتی نظام ارجاع و پزشک

خانواده باشند.

۱-۲-ج- ضرورت طراحی مدل‌های دقیق برآورد قیمت خدمات در سازمان‌های بیمه‌گر برای محاسبه

حق بیمه، سهم خودپرداخت و پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت.

۱-۳-ج- بروز رسانی مستندات فنی جهت پیاده‌سازی در سامانه‌های نرم افزاری توسعه دهنده

خدمات سلامت

۲-ج- فرایندهای شناسایی و انتساب پزشک خانواده و جمعیت تحت پوشش

۲-۱-ج- تدوین فرم انتساب شامل اقلام اطلاعاتی، موارد الزامی و مسیر فرایندی توسط معاونت

بهداشت و درمان وزارت بهداشت

۲-۲-ج- توسعه سرویس انتساب شهروند به پزشک خانواده و تعیین جمعیت تحت پوشش

۳-۲-ج- نشان‌دار شدن پزشکان سطح یک جهت امکان رصد انجام خدمات و دارو تجویز شده توسط

ایشان در کل کشور

۳-ج- عدم یکپارچگی داده و فرایندها

۱-۳-ج- تضمین اتصال، تبادل و رصد اطلاعات بین سطوح مختلف ارائه خدمت (سطح ۱ تا ۳)،

سامانه‌های بیمه‌ای و HIS/CIS و پایگاه ملی سلامت

۲-۳-ج- پایش مداوم داده‌ها به منظور شناسایی خطا، جلوگیری از تکرار خدمات و مغایرت‌های

اطلاعاتی.

۴-ج- پایش کیفیت و استانداردسازی خدمات

۱-۴-ج- ایجاد داشبوردهای اطلاعاتی با اهداف نگهداشت و اطمینان از برپایی برنامه، نظارت و حفظ

استانداردهای و بهبود کیفیت

۲-۴-ج- ایجاد گزارشات اطلاعاتی و تحلیل آماری با هدف سیاستگذاری و برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد

۵-ج- آموزش و فرهنگ‌سازی مداوم

۱-۵-ج- آموزش مداوم ارائه‌کنندگان خدمت، مراقبین سلامت و کاربران جهت استفاده صحیح از

سامانه‌ها.

۲-۵-ج- ترویج فرهنگ ثبت الکترونیک، ارجاع اصولی و آگاهی‌بخشی درباره مزایای نظام ارجاع و

پیامدهای خطای اطلاعاتی.

۳-۵-ج- بهره‌برداری از سامانه‌های پشتیبانی کاربران (CRM) سازمان‌های بیمه‌گر پایه

۶-ج- مراجعه بیمار به مراکز سطح دو و سه بدون رعایت نظام ارجاع

۱-۶-ج- درج اطلاعات در پرونده الکترونیک سلامت

۱-۶-ج- در صورت نیاز واکشی پرونده برای پزشک خانواده

۷-ج- نحوه ثبت بازخورد در موارد خارج از نظام ارجاع و افراد بیمه نشده در بخش اورژانس و الکتیو

۱-۷-ج- تعیین و نمایش پزشک خانواده جهت تمامی افراد ساکن در منطقه جغرافیایی

۲-۷-ج- ارسال اطلاعات خدمات دریافت شده و بازخورد به پزشک خانواده در صورت رضایت بیمار

۸-ج- رصد خدمات در سطوح بالاتر ارائه خدمت

۱-۷-ج- رصد کامل زنجیره خدمات بیماران ارجاعی در سامانه‌های HIS, CIS و سایر سامانه‌های

ارائه دهنده خدمات سلامت برای سطوح ۲ و ۳ به منظور پایش کیفیت و پاسخ‌دهی خدمات تخصصی.

۲-۷-ج- فراهم نمودن دسترسی به سوابق خدمات مراقبتی بیماران ارجاعی در سطوح ۲ و ۳
۳-۸-ج- دسترسی سطح ۱ به نتایج ارجاعات ثبت شده جهت تکمیل چرخه مراقبت و ارزیابی نتایج درمانی.

۹-ج- مدیریت ارجاعات افقی و درون سطحی
۱-۹-ج- پشتیبانی فنی از ارجاع افقی بین پزشکان و مراکز هم سطح برای ادامه درمان یا خدمات تکمیلی، با ثبت دلایل و مسیر ارجاع در سامانه ملی.
۱۰-ج- تکمیل تبادلات نسخه الکترونیک با سامانه سپاس
۱-۱۰-ج- رفع نواقص در بازگشت داده های نسخه نویسی الکترونیک به سامانه سپاس و تضمین پوشش کامل اقلام داده ای نسخه ها در تبادل اطلاعات ملی.

۱۱-ج- توسعه زیرساخت و تنظیمات ویزیت از راه دور
۱-۱۱-ج- ایجاد زیرساخت های فنی و مقرراتی لازم برای امکان انجام ویزیت از راه دور در چارچوب برنامه پزشک خانواده و ثبت آن در پرونده الکترونیک سلامت.

۱۲-ج- عدم وجود فرایندهای ارجاع الکترونیک در خصوص بیمه شدگان سایر سازمان ها
۱-۱۲-ج- در مواردی که فرایندها وابسته به اطلاعات و پنل های سایر سازمان های بیمه گر پایه هستند، تا زمان دریافت و تأیید فرایند از مراجع ذی ربط، طراحی و ارائه خدمات الکترونیک توسط وزارت بهداشت امکان پذیر نخواهد بود.

۱۳-ج- خدمات پاراکلینیک و جابجایی بیماران بین شهرها
۱-۱۳-ج- تدوین سازوکار فنی و مالی برای خدمات پاراکلینیکی تجویز شده در شهری و انجام آن در شهر دیگر، با در نظر گرفتن نحوه محاسبه و تسویه سازمان های بیمه گر شامل:

۲-۱۳-ج- ضرورت شناسایی پزشک خانواده و جمعیت منتسب در سامانه ها و مشمول شدن کلیه خدمات تجویز شده

۱۴-ج- ارسال داده های نسخه الکترونیک با پایگاه ملی سلامت
۱-۱۴-ج- نسخ ایجاد شده توسط تمامی مبادی تولید نسخه الکترونیک جهت تکمیل فرایند و چرخه ارجاع به پایگاه ملی سلامت ارسال شود.

۱۵-ج- ایجاد فرم الکترونیکی بازخورد ساختار یافته بصورت پیش فرض در بستر نسخه الکترونیک

۱-۱۵-ج- تدوین فرم کاغذی بازخورد ساختاریافته توسط معاونت بهداشت و درمان جهت پزشک سطح ۱ و پزشک ارجاع دهنده ۲ و ۳

۲-۱۵-ج- پیاده سازی فرم بازخورد ساختار یافته الکترونیک در بستر کلیه سرویس های نسخه الکترونیک

۱۶-ج- عدم ثبت دقیق بازخورد در مراجعات بیمار به پزشک

۱-۱۶-ج- الزام تکمیل فرم بازخورد توسط پزشک پیش از ثبت نسخه دارویی یا پاراکلینیک یا ارجاع

۲-۱۵-ج- منوط نمودن نسخه نویسی و ارجاع به ثبت بازخورد در مراجعات برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده

۳-۱۵-ج- ضرورت اجباری کردن ثبت بازخورد توسط سازمان های بیمه گر پایه در پنل های نسخه الکترونیک مربوطه

۴-۱۵-ج- در مواردی که بیمار خارج از نظام ارجاع مراجعه می نماید و به ارسال بازخورد رضایت نداشته باشد نیازی به ارسال بازخورد نیست.

۱۶-ج- الزام شناسایی بیمار ارجاعی توسط سازمان های بیمه گر در هنگام پذیرش سطح ۲ و ۳ و خدمات پاراکلینیک

۱۷-ج- امکان دسترسی وزارت بهداشت به اطلاعات سیستم نوبت دهی سازمان تامین اجتماعی و بالعکس

۱-۱۷-ج- امکان اخذ نوبت الکترونیکی از مراکز ملکی ارائه دهنده خدمت سلامت سازمان تامین اجتماعی فراهم شود.

۲-۱۷-ج- امکان اخذ نوبت الکترونیکی توسط مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت سازمان تامین اجتماعی از مراکز وابسته وزارت بهداشت فراهم گردد.

۳-۱۷-ج- سازمان تامین اجتماعی با همکاری وزارت بهداشت بایستی در مراکز ملکی سهمیه نظام ارجاع و پزشک خانواده را تعیین و به وزارت بهداشت اعلام نماید.

۱۸-ج- توسعه ی سامانه های حوزه تصویربرداری جهت تولید گزارش های مرتبط با نظام ارجاع

۱-۱۸-ج- طراحی، توسعه و تحویل سرویس گزارش تصویربرداری جهت بهره برداری در RIS و HIS توسط مرکز مافا

۱۹-ج- تکمیل سامانه نوبت دهی سامانه های بهداشتی سطح یک

۱-۱۹-ج- استقرار سرویس نوبت دهی خدمات پاراکلینیک در سطح یک

۲۰-ج- ارائه خدمات آزمایشگاه و تصویربرداری تحت سامانه نوبت‌دهی

۱-۲۰-ج- سرویس نوبت‌دهی پاراکلینیک طراحی شده توسط واحد فناوری اطلاعات وزارت بهداشت

در دسترس قرار دارد (براساس تخصص و پزشک)

۲۱-ج- الزام به قید تشخیص نهایی در بازخورد و ارجاع بیمار بر اساس مصوبات ابلاغی وزارت بهداشت

۱-۲۱-ج- در حوزه نظام ارجاع درج تشخیص بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت کلیه

سامانه‌های نسخه الکترونیک الزامی می‌باشد.

۲۲-ج- ارسال اطلاعات مشخصات ارجاع در بستر پیامک برای بیمار و واحد ارجاع

۱-۲۲-ج- پس از اخذ نوبت و یا در صورت تغییر در نوبت‌های ارجاعی، اطلاع‌رسانی از طریق پیامک

به بیمار انجام شود

۲-۲۳-ج- سامانه‌های نوبت‌دهی می‌بایست جهت دریافت شماره همراه از شهروندان به نحوی عمل

نمایند که امکان ارسال پیامک برای مراجعینی که شماره همراه به نام خود ندارند نیز فراهم باشد.

۲۳-ج- مدیریت ارجاعات افقی و درون‌سطحی

۱-۲۳-ج- تدوین نقشه ارجاع توسط معاونت درمان جهت سطوح ۲ و ۳

۱-۲۳-ج- پیاده‌سازی نقشه ارجاع افقی الکترونیک

۲۴-ج- مدیریت شرایط اضطرار در ارجاع الکترونیکی برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده

۱-۲۴-ج- دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت موظف است دستورالعمل مدیریت شرایط اضطرار در

برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را به استناد مصوبه شماره مورخ هیئت محترم وزیران یک ماه پس

از ابلاغ این مصوبه به‌روز رسانی و ابلاغ نماید.

جدول شماره (۴)- نیازمندی‌ها، چالش‌ها و اجرای راهکارهای فناوری اطلاعات در برنامه پزشک خانواده

و نظام ارجاع

	نیازمندی	راهکار پیشنهادی	مجری / متولی	مهلت اجرا
۱	پیاده سازی محاسبات مالی جهت دریافت و پرداخت در برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده	<ul style="list-style-type: none"> طراحی مدل دقیق محاسبه قیمت خدمات و ابلاغ دستورالعمل، به روزرسانی مستندات فنی و اعمال ضرایب نظام ارجاع در کلیه سیستم های اطلاعات سلامت 	مصوبه هیئت وزیران سازمان های بیمه گر پایه، مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت	پیاده سازی در سیستم سه ماه پس از ابلاغ مصوبه هیئت وزیران
۲	مشخص نبودن پزشک خانواده جهت ارسال بازخورد، ردیابی و محاسبه و پرداخت	<ul style="list-style-type: none"> تدوین سند فرایندهای انتساب شامل ارقام اطلاعاتی، موارد الزامی و مسیر فرایندی توسط معاونت بهداشت و درمان وزارت بهداشت توسعه سرویس انتساب شهروند به پزشک خانواده و تعیین جمعیت تحت پوشش توسط مافا وزارت تبادل مکانیزه اطلاعات مربوطه توسط سازمان های بیمه گر پایه 	توسط معاونت بهداشت و درمان وزارت بهداشت سازمان های بیمه گر پایه مرکز مافا وزارت بهداشت	توسعه سرویس انتساب یک ماه پس از ارسال سندفرایندها انتساب تبادل مکانیزه اطلاعات مربوطه توسط سازمان های بیمه گر پایه یک ماه پس از ارائه سرویس توسط مافا وزارت
۳	پایش کیفیت و استانداردسازی خدمات	ایجاد داشبوردها و گزارش های آماری برای نظارت بر کیفیت و سیاست گذاری مبتنی بر شواهد	مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات، معاونت درمان، سازمان های بیمه گر پایه، معاونت بهداشت	مستمر
۴	آموزش و فرهنگ سازی مداوم	آموزش ارائه دهندگان خدمات سلامت، شهروندان و کاربران و ترویج فرهنگ ثبت الکترونیک و ارجاع اصولی	معاونت بهداشت، معاونت درمان، سازمان نظام پزشکی، دانشگاه های علوم پزشکی، روابط عمومی وزارت و معاونت آموزشی وزارت، سازمان بیمه گر	مستمر
۵	ثبت بازخورد در موارد خارج از نظام ارجاع	تعیین پزشک خانواده برای همه ساکنان و ارسال بازخورد به پزشک مربوطه در صورت رضایت بیمار	مرکز مافا وزارت بهداشت با همکاری سازمان های بیمه گر پایه	تا پایان سال ۱۴۰۴

۶	رصد خدمات در سطوح ۱ و ۲ و ۳ و بالعکس	فراهم سازی امکان رصد کامل خدمات بیماران ارجاعی در در سطوح ۱ و ۲ و ۳ و بالعکس	معاونت بهداشت و درمان وزارت بهداشت، سازمان های بیمه گر	تا پایان سال
۷	تبادل نسخه های الکترونیک با سامانه سپاس و پایگاه ملی سلامت	ارسال داده های نسخه الکترونیک به سطوح ۲ و ۳ و بالعکس شامل نسخه نویسی و نسخه پیچی و گزارشات آن	سازمان های بیمه سلامت و تامین اجتماعی و مرکز مافا وزارت بهداشت	تا پایان سال
۸	توسعه زیرساخت ویزیت از راه دور	تعیین استانداردهای فنی و مقرراتی برای ویزیت از راه دور در چارچوب پزشک خانواده توسط معاونت درمان وزارت پیاده سازی الزامات الکترونیک لازم پس از تعیین استاندارد و ابلاغ آن	معاونت درمان وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی، مافا وزارت، سازمان های بیمه گر پایه	پیاده سازی در سیستم توسط سازمان های بیمه گر پایه و مافا وزارت یک ماه پس از ابلاغ استاندارد
۹	عدم وجود فرم ساختاریافته بازخورد	تدوین فرم بازخورد ساختاریافته جهت پزشک سطح ۱ و پزشک ارجاع دهنده ۲ و ۳ پیاده سازی فرم بازخورد ساختاریافته الکترونیک در سامانه های نسخه الکترونیک	معاونت بهداشت و درمان و مافا وزارت، سازمان های بیمه گر پایه	۱۵ روز پس از ارائه فرمت ساختار یافته
۱۰	عدم ثبت دقیق بازخورد در مراجعات بیمار به پزشک	الزام پزشکان به تکمیل فرم بازخورد پیش از ثبت نسخه منوط شدن نسخه نویسی به ثبت بازخورد	سازمان های بیمه گر پایه، وزارت بهداشت	یک ماه پس از ابلاغ
۱۱	شناسایی بیمار ارجاعی هنگام پذیرش	پیاده سازی سرویس منشی در مراکز سطح ۲ و پاراکلینیک	سازمان های بیمه گر پایه	یک ماه پس از ابلاغ
۱۲	دسترسی متقابل نوبت دهی	تبادل داده بین سامانه های نوبت دهی وزارت بهداشت و تامین اجتماعی	وزارت بهداشت و سازمان های بیمه گر پایه	دو ماه پس از ابلاغ
۱۳	سامانه های گزارش دهی خدمات تصویربرداری	طراحی و تحویل سرویس گزارش تصویربرداری (RIS) و (HIS)	مرکز مافا، معاونت درمان، سازمان های بیمه گر پایه	سه ماه پس از ابلاغ
۱۴	سامانه نوبت دهی سطح یک	اصلاح سامانه نوبت دهی سطح یک برای خدمات نوبت دهی پاراکلینیکی و سایر در سطح یک	معاونت بهداشت وزارت بهداشت، مرکز مافا، سازمان تامین اجتماعی (مراکز ملکی)	دو ماه پس از ابلاغ

۱۵	نوبت‌دهی خدمات آزمایشگاه و تصویربرداری	راه‌اندازی نوبت‌دهی پاراکلینیک بر اساس تخصص و پزشک	مرکز فناوری اطلاعات	دو ماه پس از ابلاغ
۱۶	الزام درج تشخیص در ارجاع	اعمال استانداردهای وزارت بهداشت در سامانه‌های نسخه الکترونیک	مرکز مافا وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر پایه، معاونت درمان	یک ماه پس از ابلاغ
۱۷	اطلاع‌رسانی پیامکی به بیمار	ارسال پیامک برای تأیید یا تغییر نوبت ارجاعی به شهروندان	معاونت درمان وزارت بهداشت، اپراتورهای پیامکی	دو ماه پس از ابلاغ
۱۸	عدم وجود اطلاعات ارجاع در پنل بیمه شده سازمان‌های بیمه‌گر	اطلاع‌رسانی به بیمار در پنل بیمه شده سازمان‌های بیمه‌گر	مرکز مافا وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر پایه،	تا پایان سال
۱۹	مدیریت ارجاعات افقی	تدوین و پیاده‌سازی نقشه ارجاع افقی توسط معاونت بهداشت و درمان وزارت پیاده‌سازی نقشه ارجاع افقی الکترونیک	معاونت درمان و بهداشت وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر پایه و مرکز مافا وزارت	پیاده‌سازی در سیستم یک ماه پس از ابلاغ نقشه ارجاع افقی
۲۰	عدم وجود فرایند ثبت الکترونیک و برخط خدمات و بازخورد(خلاصه پرونده) در بخش بستری	ایجاد بستر ثبت الکترونیک و برخط خدمات در بخش بستری در پایگاه ملی سلامت	معاونت درمان و بهداشت وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر پایه و مرکز مافا وزارت	سه ماه پس از ابلاغ
۲۱	نوبت‌دهی و ارجاع فوری بیماری‌های فوری و اورژانس	پیاده‌سازی لیست بیماری‌های فوری و اورژانسی و حداکثر بازه زمانی ارجاع در سیستم‌های نوبت‌دهی و ارجاع	معاونت درمان و بهداشت وزارت بهداشت ارائه لیست، سازمان‌های بیمه‌گر پایه و مرکز مافا وزارت جهت پیاده‌سازی در سیستم	دو ماه پس از پیاده‌سازی
۲۲	ثبت دستور بستری الکترونیک	تدوین استانداردهای ثبت دستور بستری الکترونیک تبادل مکانیزه دستور بستری الکترونیک	معاونت درمان و بهداشت وزارت بهداشت ارائه استاندارد سازمان‌های بیمه‌گر پایه و مرکز مافا وزارت جهت پیاده‌سازی در سیستم	دو ماه پس از ابلاغ

۲۳	مدیریت شرایط اضطرار	تدوین دستورالعمل شرایط اضطرار در ارجاع الکترونیک	دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور	یک ماه پس از ابلاغ مصوبه
۲۴	تعریف کارنامه الکترونیک و داشبورد پایش عملکرد سه ماهه برای تمامی پزشکان شاغل در برنامه	تدوین دستورالعمل محاسبه نتایج کارنامه توسط ستاد اجرایی کشوری	مرکز مافا وزارت بهداشت	شش ماه پس از تدوین دستورالعمل
۲۵	دسترسی به اطلاعات پرونده الکترونیک ارجاعات در تمامی سطوح ارجاع	تجميع اطلاعات مراجعات مراقبتی، بهداشتی و درمانی در پایگاه ملی سلامت و ارائه سرویس‌های استعلامی به ذی‌نفعان	مرکز مافا وزارت بهداشت، معاونت بهداشت و معاونت درمان وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر پایه	شش ماه پس از ابلاغ
۲۶	تعریف سامانه مانیتورینگ ارجاع	تجميع شاخص‌های نظارتی و مدیریتی نظام ارجاع در قالب داشبوردها و سامانه یکپارچه	مرکز مافا وزارت بهداشت	شش ماه پس از ابلاغ

خ- فهرست شاخص‌های کلیدی عملکرد (KPI)

۱-خ- به منظور پایش مستمر کارایی و اثربخشی نظام ارجاع و بازخورد پرونده الکترونیک سلامت و با هدف ارتقای کیفیت خدمات، شفافیت داده‌ها و پاسخ‌گویی نظام سلامت، مجموعه‌ای از شاخص‌های کلیدی عملکرد (KPI) به صورت اولیه و پیشنهادی تدوین گردیده است. ضروری است توجه شود که شاخص‌های حاضر، پیشنهادی و آغازین بوده و در ادامه، با گسترش دامنه داده‌های قابل دسترس، توسعه زیرساخت‌های اطلاعاتی، و افزایش بلوغ فرایندهای الکترونیکی، شاخص‌های تکمیلی (اعم از شاخص‌های فرآیندی، ساختاری و پیامدی) به آن افزوده خواهد شد.

ردیف	شاخص کلیدی عملکرد (KPI)	تعریف و روش محاسبه	دوره	مسئول اجرا	همکار	آستانه پیشنهادی
۱	میانگین زمان پاسخ به ارجاع (Average Referral Response Time)	میانگین فاصله زمانی بین ثبت ارجاع در سامانه تا پذیرش یا پاسخ نهایی مرکز مقصد	ماهانه	مراکز درمانی مقصد	معاونت درمان / سازمانهای بیمه‌گر / مرکز مافا	فوری
۲	میانگین اولین زمان موجود برای ارجاع (Time to First Available Appointment)	مشخص نمودن سریعترین زمان قابل دریافت نوبت بر اساس ارجاع ثبت شده	ماهانه	واحدهای بهداشتی ارجاع دهنده	معاونت بهداشت / سازمانهای بیمه‌گر / معاونت درمان / مرکز مافا	کمتر از ۴۸ ساعت
۳	درصد ارجاعات دارای بازخورد به پزشک ارجاع‌دهنده (Referral Feedback Completion Rate)	نسبت ارجاعاتی که بازخورد تخصصی برای پزشک مبدأ ارسال شده‌اند به کل ارجاعات انجام‌شده	فصلی	مراکز درمانی مقصد	معاونت درمان / سازمانهای بیمه‌گر / مرکز مافا	۱۰۰٪
۴	درصد نوبت‌های از دست رفته	نسبت نوبت‌های تعریف شده در مراکز درمانی به نوبت‌های اخذ نشده	ماهانه	مراکز درمانی مقصد	معاونت درمان / سازمانهای بیمه‌گر / مرکز مافا	کمتر از ۱۰٪
۵	درصد ارجاعات اورژانسی (Priority Referral Compliance)	نسبت ارجاعات اورژانسی به کل ارجاعات	ماهانه	واحدهای بهداشتی/درمانی ارجاع دهنده	معاونت بهداشت / سازمانهای بیمه‌گر / معاونت درمان / مرکز مافا	بیشتر از ۹۰٪
۶	درصد ارجاعات افقی (Cross-Sector eReferrals)	نسبت ارجاعات افقی ثبت شده به کل ارجاعات	فصلی	مراکز درمانی مبدأ	معاونت درمان / سازمانهای بیمه‌گر / مرکز مافا	کمتر از ۷۰٪

ردیف	شاخص کلیدی عملکرد (KPI)	تعریف و روش محاسبه	دوره	مسئول اجرا	همکار	آستانه پیشنهادی
۷	درصد بیماران دارای تجربه مثبت از فرآیند ارجاع و بازخورد (Patient Satisfaction Index)	شاخص کیفیت تجربه کاربر در چرخه ارجاع متناسب با فرمهای نظرسنجی پیشنهادی	ماهانه	مراکز درمانی مقصد	معاونت درمان / سازمانهای بیمه گر / مرکز مافا	بیشتر از ۸۰٪

فرم شماره ۱: نمونه فرم کاغذی ارجاع و بازخورد ارجاع

فرم بازخورد	فرم ارجاع	ته برگ فرم ارجاع
<p>شماره تهر برگ</p> <p>تاریخ ارجاع / /</p> <p>بیمار مذکور مورد معاینه و اقدامات تشخیصی توسط اینجانب قرار گرفت و موارد ذیل به حضورتان پیشنهاد</p> <p>تشخیص و اقدامات انجام شده:</p> <p>Finding:</p> <p>Impression:</p> <p>Plan:</p> <p>F/U:</p> <p>می گردد.</p> <p>مهر و امضاء پزشک متخصص / فوق تخصص / سایر رشته های پروانه دار</p>	<p>کد ملی پزشک خانواده شهری / روستایی</p> <p>تاریخ ارجاع / /</p> <p>متخصص / فوق تخصص / سایر رشته های پروانه دار</p> <p>بیمار خانم / آقای</p> <p>سن</p> <p>به دلایل زیر معرفی می گردد.</p> <p>اقدامات انجام شده و علت ارجاع:</p> <p>CC & PL</p> <p>P/E:</p> <p>Paraclinic Results:</p> <p>Impression/Dx:</p> <p>Medications:</p> <p>Reason for Consultation:</p> <p>مهر و امضاء پزشک خانواده / جانشین</p>	<p>شماره تهر برگ</p> <p>تاریخ ارجاع / /</p> <p>کد ملی</p> <p>نام و نام خانوادگی</p> <p>علت ارجاع</p> <p>ارجاع به</p> <p>تاریخ ارجاع / /</p> <p>مهر و امضاء پزشک خانواده / جانشین</p>