



جمهوری اسلامی ایران

وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سازمان ها و صندوق های بیمه

معاونت بهداشت، معاونت درمان

## دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری

نسخه ۰۲

۱۳۹۰

بسم الله الرحمن الرحيم

## مقدمه

در راستای سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در ارتباط با سلامت و به منظور اجرای بندهای جیم و دال ماده ۳۲ و الف ماده ۳۵ و با عنایت تدوین، تصویب و ابلاغ دستور العمل پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (نسخه ۰۱) و انجام پایلوت برنامه در برخی از شهرهای ۲۰ هزار تا ۵۰ هزار نفر سه استان خوزستان، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان مشکلات و نارسائی های برنامه با همکاری نزدیک مسئولین مربوطه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سایر صاحب نظران احصاء و طی جلسات و مطالعات کارشناسی راهکارهای مناسب جهت حل آن مشکلات و روان تر کردن نحوه اجرای برنامه طراحی و توافق کارشناسی صورت پذیرفت و در مواردیکه کارشناسان و مدیران دو وزارت به اجماع نمی رسیدند موضوع در جلسه معاونین و مدیران ارشد مرتبط در دو وزارت مطرح و تصمیم لازم اخذ می شد. دستور العمل حاضر نتیجه فرآیند فوق بوده و تحت عنوان نسخه ۰۲ برای اجرا در کل مناطق شهری سه استان فوق الذکر و نیز استان هایی که با توافق دو وزارت تعیین می گردد، تهیه شده است. همچنین به منظور فراهم ساختن امکان و الزام اجرای دقیق و کامل مقرر شد نسخه حاضر به تصویب شورای عالی بیمه برسد لذا در تاریخ . . . . . به تصویب شورای عالی بیمه رسیده و لازم الاجرا می باشد. بدیهی است در سال آتی تصویب تعرفه های خدمات سلامت باید منطبق بر نظام پرداخت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع باشد. همچنین برای انطباق عملکرد دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مقرر شد موارد در اولین جلسه هیأت های امنای دانشگاههای درگیر این برنامه مطرح و تصویب گردد. بدیهی است تا زمان برگزاری جلسه شورای عالی بیمه و هیأت امنای دانشگاه ها اجرای این دستور العمل با ابلاغ وزرای محترم انجام خواهد شد.

## فصل اول: تعاریف و تکالیف عمومی

### ۱. نظام سلامت

نظام سلامت عبارت است از تمام سازمان ها، موسسات و منابعی که به ارائه یا تولید اقدامات سلامت اختصاص دارند و Health action عبارت است از هرگونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه های بین بخشی انجام می گیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت باشد بدین ترتیب نظام سلامت از اجزایی تشکیل می شود که با یکدیگر ارتباط دارند و مجموعه آنها بر سلامت مردم در خانه، محل کار و مکان های عمومی اثر می گذارد. مردم، دولت و سازمان های ارائه کننده خدمات بهداشت و درمان در بخش های دولتی، خصوصی، و غیردولتی، و سازمان های بیمه گر هر یک بخشی از نظام سلامت را تشکیل می دهند. نظام سلامت معمولاً در سطح های متفاوت شکل می گیرد و از روستا تا شهر، و از مراقبت های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را عرضه می کند.

### ۲. پزشك خانواده:

پزشکی است که حداقل دارای مدرک دکتری حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر فعالیت حرفه ای پزشکی در محل ارائه خدمت باشد. پزشک خانواده، در نخستین سطح خدمات، عهده دار ارائه و مدیریت خدمات سلامتی سطح اول است و مسوولیت های زیر را برعهده دارد: تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق، و هماهنگی با سایر بخش ها. پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته ای خدمات تعریف شده؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ای تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده می تواند برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر این دستورالعمل از ارجاع فرد به سایر ارائه کنندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسوولیت تداوم خدمات با او خواهد بود. یکی از وظایف پزشک خانواده مدیریت و نظارت بر عملکرد تیم سلامت تحت سرپرستی خود است. تبصره: متخصصین پزشکی خانواده، متخصصین پزشکی اجتماعی، متخصصین داخلی و متخصصین اطفال می توانند با گذراندن دوره کوتاه مدت بازآموزی تطبیقی که با نظر معاونت بهداشت طراحی و اجرا می شود مشروط به انجام کلیه وظایف پزشک خانواده و داشتن سایر شرایط مندرج در این دستورالعمل به عنوان پزشک خانواده خدمت نمایند.

### ۳. پزشك خانواده مسئول (مسئول سلامت محله):

پزشک خانواده ای است که علاوه بر وظایف فوق مسوولیت مدیریت و نظارت بر عملکرد پزشکان خانواده و تیم سلامت محله خود را بر عهده داشته و مسوول ارائه خدمات سلامت محیط و کار و نظارت بر آن را بر عهده دارد و به طور کلی رهبری سلامت جامعه تحت پوشش، مدیریت سلامت، هماهنگی با سایر بخشها و پیگیری SDH را برعهده دارد

### ۴. بسته خدمات سلامت (Health Services Package):

خدمات بهداشتی، درمانی، یا توانبخشی پایه و دارای اولویت مانند مراقبتهای بهداشتی برابر برنامه های سلامت کشوری (مجموعه پیوست که توسط وزارت بهداشت تهیه شده و حسب نیاز بازنگری و تکمیل می شود)، خدمات پزشکی شامل کلیه اقدامات درمانی سرپائی، تجویز داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیص طبی، درخواست مشاوره و پی گیری مراقبت های انجام شده یا قابل انجام برای جمعیت تحت پوشش و همچنین خدمات توانبخشی پایه و دارای اولویت که باید توسط پزشک خانواده یا تیم سلامت ارائه یا فراهم شود. و نیز کالاها یا خدماتی که در پوشش فهرست ملی انواع مراقبت ها، چه پیشگیرانه و چه درمانی، قرار دارند و هزینه ای آنها به سبب اساسی بودن یا برخوردارگی از اولویت توسط جامعه پرداخت می شود در حالی که هزینه ای سایر خدمات باید توسط فرد یا طرح های بیمه مکمل و به طور

اختیاری تامین شود. بدیهی است تعهد بیمه ها در قبال بسته بیمه پایه که با هماهنگی دو وزارت تعیین و برابر مقررات به تصویب می رسد، خواهد بود

#### ۵. نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات (Provider Payment Mechanism)

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت‌هایی که پزشکان خانواده یا تیم‌های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می‌گذارند. پرداخت سرانه: روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن برای جبران خدماتی که تیم سلامت ارائه می‌نماید متناسب با جمعیت تحت پوشش اعم از سالم یا بیمار، صورت می‌گیرد.

پرداخت کارانه: روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت به ازای خدمت ارائه شده به مراجعه‌کنندگان صورت می‌پذیرد. پاداش: درصدی از مبلغ سرانه است که مازاد بر سرانه به سبب رسیدن به کیفیتی خاص در ارزشیابی به پزشک خانواده و تیم سلامت تعلق می‌گیرد.

جریمه: کسر درصدی از سرانه است که به علت کسب امتیاز پائین تر از حد مورد انتظار به پزشک خانواده و تیم سلامت تحمیل می‌شود. پرداخت موردی: پرداخت مبلغی مشخص که بخاطر انجام اقدامات خاص در راستای تحقق اهداف نظام سلامت، انجام خدمات ویژه در مورد افراد تحت پوشش (تشخیص بیماریهای نادر، مسری، تهدید کننده حیات در مراحل اولیه بیماری و... مانند شناسایی، تشخیص، پی‌گیری و درمان کامل هر مورد از بیماری سل) به پزشک خانواده و تیم سلامت صورت می‌پذیرد.

#### ۶. سرانه پرداختی به پزشك خانواده و عوامل مؤثر بر آن

پرداخت برای جبران خدمت پزشک خانواده به طور عمده به صورت «سرانه» است. سرانه مبلغی است که به ازای هر بیمه شده بطور ماهانه در برابر ارائه‌ی بسته‌ی خدمت سلامت مطابق این دستورالعمل پرداخت می‌شود. سرانه‌ی متعلقه به پزشک خانواده به تعداد، سن، جنس و... افرادی که در پوشش او قرار می‌گیرند بستگی دارد. در سال جاری این مبلغ به میزانی است که در ادامه این دستورالعمل می‌آید و در آینده حسب نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی و با تصویب شورای عالی بیمه خدمات درمانی تعیین و ممکن است هر سال یا هرچند سال یک بار، تغییر یابد.

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

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

#### ۷. تیم سلامت (Health Team):

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توانبخشی که بسته‌ی خدمات سطح اول را در اختیار فرد، خانواده و جامعه تعریف شده قرار می‌دهند و مسئولیت آنان با پزشک خانواده است. کلیه افراد جامعه برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باید از طریق این تیم وارد زنجیره ارایه خدمات سلامت شوند در غیر اینصورت موظف است صد در صد هزینه‌های درمانی مربوط را شخصا پرداخت نماید و ترکیب این تیم متناسب با برنامه‌های سلامت کشوری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌گردد. اعضای تیم سلامت در نسخه ۰۲ در ادامه معرفی می‌گردند

#### ۸. نظام ارایه خدمات سلامت:

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

## ۹. سطح بندي خدمات (rationing of Health Services):

چيدمان خاص واحدهای تامين کننده خدمات ومراقبت های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه ی خدمات تا جایی که ممکن است سهل و سريع ، عادلانه ، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. خدمات و مراقبت های سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه گذارده می شود :

سطح یک:

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

مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع (محل استقرار پزشک خانواده مسئول و قسمت بهداشت عمومی تیم سلامت مثل کاردان/کارشناس بهداشت محیط، مبارزه با بیماریها و ... و پایگاه پزشک خانواده ضمیمه بوده ) که به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد، و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت اتفاق می افتد. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان های اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پی گیری بیمار، اجرای برنامه های آموزشی جهت ارتقای سلامت عمومی عمده ی خدمات این سطح را تشکیل می دهد که در چارچوب خدمت های واحد پزشکی خانواده اقدامات پشگیرانه، ارائه درمان های اولیه، تجویز دارو، درخواست انجام خدمات پاراکلینیک، درخواست مشاوره، ارجاع بیماران و پیگیری بیماران ارجاعی و همچنین ثبت و ضبط اطلاعات بیماران در پرونده الکترونیک سلامت آنها می باشد که در چارچوب خدمات تیم سلامت و پزشک خانواده شکل می گیرد.

هر پزشک خانواده جمعیتی مشخص را (که نمی بایست از حدی معین تجاوز کند) در پوشش خود دارد. جمعیت تحت پوشش هر پزشک بایستی حداقل ۵۰۰ نفر باشد( سه ماهه اول بدون در نظر گرفتن حداقل مجاز سرانه پرداخت می شود). تقریباً به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش یک مرکز مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع که فضای فیزیکی آن می تواند متعلق به وزارت بهداشت و یا سایر ارگانها وسازمانهای بیمه و بخش خصوصی باشد، وجود خواهد داشت که یک یا چند پزشک(در مواردیکه پزشکان بخش خصوصی داوطلب ارائه خدمات خود در این مرکز باشند) به همراه تعدادی از اعضای تیم سلامت در مرکز بهداشتی درمانی منطقه مستقر می گردند. پزشک مستقر در آن مرکز به عنوان مدیر سلامت منطقه شناخته می شود.

در دستورالعمل حداقل افرادی که باید همراه پزشک خانواده کار کنند مشخص شده است. برای مرکز خدمات سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شرایطی از نظر حداقل های فضا، تجهیزات و ساعت های کار تعیین شده است. بدین ترتیب سایر پزشکان خانواده ای که از بخش خصوصی وارد برنامه پزشک خانواده شده اند در همان محل مطب خود که به پایگاه مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع تغییر نام خواهد داد، به ارائه خدمت به جمعیت تحت پوشش خواهند پرداخت. یک ماما/ پرستار (پرستار یا مامائی که بتواند خدمات پرستاری سرپایی را به همراه مراقبت های ماردان و گروه های سنی انجام دهد ) به همراه پزشک در پایگاه مجری برنامه به ارائه خدمت می پردازد. نظارت بر عملکرد پایگاهها توسط مرکز مجری برنامه پزشک خانواده انجام خواهد شد.

مدیریت سلامت : از پزشک خانواده مسئول مستقر در مرکز خدمات سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع انتظار می رود برای اجرای برنامه های سلامت کشوری، ارزیابی، مدیریت و کاهش عوامل خطر سلامتی در سطح فردی، خانوادگی و جامعه و نیز انجام وظایف محوله به عنوان مسئول سلامت محله برنامه ریزی کند، بر اجرای این برنامه ها نظارت کند و هدایت (رهبری) تیم سلامت مستقر در مرکز و پایگاههای مجری برنامه پزشک خانواده تحت پوشش را برعهده گیرد. مجموعه ی این کارها به مدیریت سلامت تعبیر می شود. سطح دو: واحدی تخصصی در نظام سلامت که خدمات درمانی و توانبخشی تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع شدگان از سطح یک قرار می دهد و سپس پزشک خانواده ی ارجاع کننده را از نتیجه کار خویش مطلع می سازد. خدمات تخصصی سرپایی، خدمات بستری، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک از فعالیت های این سطح است.

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

## ۱۰. خدمات سلامتی اورژانس

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

وضعیت اورژانس: دارای دو تعریف عمومی و بالینی می باشد:

تعریف بالینی بیمار اورژانسی: به بیماری گفته می شود که باید بدون فوت وقت و در حداقل زمان ممکن نسبت به ارائه خدمات تشخیصی درمانی برای او اقدام نمود و برای بیمار اورژانسی سرعت عمل و زمان در ارائه خدمات درمانی نقشی اساسی دارد (نظیر زایمان، MI، ضربه مغزی، شکستگیهای باز، مسمومیت و ...).

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

بیمار الکتیو: بیماری که فوریت زمانی برای دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی ندارد و می تواند جهت دریافت خدمات سلامت بر اساس نوبت مراجعه نماید.

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

خدمات اورژانس ۱۱۵ کلاً رایگان بوده لیکن هزینه خدمات اورژانس بیمارستانی بصورت فی فورسرویس پرداخت می گردد و سهم بیمه ها در پرداخت این هزینه ها در موارد تحت نظر ۹۰٪ بستری در بیمارستان ۹۵٪ و مراجعات غیر ضروری به اورژانس ۷۰٪ تعرفه بخش دولتی خواهد بود. اما در صورتیکه فرد مراجعه کننده به اورژانس نیازمند خدمات اورژانس نباشد حداقل اقدامات تشخیصی (جهت R/O حالات اورژانس) و حداقل اقدامات درمانی (جهت تسکین درد و مشکل) برای او انجام می شود (در این موارد ۷۰٪ درصد از هزینه دارو و سایر اقدامات تشخیصی درمانی (بجز ویزیت) از طریق بیمه پرداخت خواهد شد) و به پزشک خانواده خودش هدایت می شود. میزان مراجعات غیر اورژانس افراد تحت پوشش هر پزشک به اورژانس که می تواند نشانه عدم حمایت پزشک از فرد باشد در پایش عملکرد پزشک خانواده لحاظ می گردد.

کلیه ارجاعات و مشاوره های درخواست شده توسط پزشک اورژانس فقط در خصوص بیماران تحت نظر و بستری نافذ خواهد بود

## ۱۱. ارائه خدمات پزشکی عمومی در روزهای تعطیل و ساعت غیر اداری:

مشاوره (تلفنی):

پزشک خانواده موظف است در تمام ساعت شبانه روز ( بجز ساعات ۱۰ شب تا ۷ صبح که با درخواست ستاد استانی و تأیید ستاد کشوری قابل تغییر است) با در اختیار گذاردن تلفن ثابت و همراه خود به کلیه تماس های تلفنی افراد تحت پوشش پاسخ داده و نسبت به ارائه مشاوره و راهنمایی لازم اقدام نماید.

برای ارائه خدمت در روزهای تعطیل و ساعات غیر فعال برنامه پزشک خانواده

۱- درمانگاه های فعلی روزها حسب نیاز و آمادگی به عنوان مرکز یا پایگاه ها مجری برنامه پزشک خانواده خدمت خواهند کرد در اینصورت در این ساعات تابع مقررات پزشک خانواده هستند

۲- به ازاء هر ۳۰ هزار نفر جمعیت این مراکز فقط ساعت غیر برنامه پزشک خانواده و روز های تعطیل با حضور حداقل یک پزشک و دو پرستار/بهبیار در درمانگاه های فوق ارائه خدمت خواهند کرد برابر نظر ستاد شهرستان

۳- پزشکان خانواده صرفاً با تأیید ستاد عملیاتی شهرستان در این مراکز خدمت نمایند (حداکثر ۳ شب در ماه) ترجیحاً این گروه از پزشکان نباید پزشک خانواده باشند و باید اصول معاینه، تشخیص و تجویز دارو را رعایت کنند و براین اساس ارزشیابی و دریافتی آنان

تعدیل گردد، این پزشکان باید واجد پروانه دائم، انتخاب کلیه پزشکان شاغل در این مراکز با تأیید ستاد شهرستان خواهد بود، حداقل امکانات درمانگاه اورژانس را باید داشته باشد

- ۴- پرداخت به این مراکز برای کشیک شب و روزهای تعطیل به صورت FFS خواهد بود
- ۵- در موارد استثنا اگر بیمار اجازه دسترسی به پرونده سلامت الکترونیک او را نداد فقط اقدامات اورژانس دریافت می کند
- ۶- در کشیکهای فوق بابت هزینه های خدمات پاراکلینیک، دارو و ویزیت بیماران سهم بیمه برابر ۷۰ درصد تعرفه دولتی خواهد بود
- ۷- درمان در این مراکز برای حداکثر ۴۸ ساعت (اولین دسترسی بعدی به پزشک خانواده بوده مگر آنکه مدت تعطیلات بیش از ۴۸ ساعت باشد که حداکثر برابر این مدت خواهد بود) بقیه ادامه درمان به عهده پزشک خانواده فرد می باشد

## ۱۲. ارجاع

شبکه ارجاع (نظام ارجاع):

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

تبصره: بیماران خاص و شیمی درمانی و صعب العلاج (برابر لیست پیوست) جهت خدمات درمانی بیماری خاص خود نیاز به ارجاع مکرر نخواهند داشت

فرم (کاغذی یا فرم الکترونیک) ارجاع: منظور برگه یا فرمی است که مشخصات، مشکل بیمار، مداخلات انجام شده و اقدامات درخواستی در آن ثبت و به استناد آن بیمار به سطوح بالاتر یا فراهم کننده دیگری (در همان سطح) برای دریافت خدمات سلامت مورد نیاز مراجعه می کند. در هر برگه ارجاع ۱ تگ داروخانه، ۲ تگ پاراکلینیک، یک تگ متخصص غیر هم رشته خواهد داشت

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

مهمترین ارجاعات:

ارجاع پزشک خانواده به پزشک متخصص / بیمارستان عمومی،

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

مشاوره گروهی (معمولاً بصورت کمیسیون های پزشکی) می تواند افقی یا عمودی و یا ترکیبی از هر دو باشد.

مشاوره متخصص با سایر تخصص های پزشکی (ارجاع افقی)

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

ارجاع بیمار توسط پزشک خانواده به مراکز پیراپزشکی که نیروی ارائه دهنده خدمت آن برابر این دستورالعمل در تیم سلامت وجود ندارد (شامل: شنوایی سنجی و بینایی سنجی، تغذیه و روانشناس بالینی)

ارجاع بیمار به توانبخشی اعم از: کار درمانی، روان درمانی، رفتار درمانی، فیزیوتراپی می تواند هم توسط پزشک خانواده و هم توسط پزشک متخصص برای بیمار ارجاعی از طرف پزشک خانواده انجام شود.

مشاوره درمانی: استفاده و بهره گیری پزشک از نقطه نظرات و ایده های تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار می باشد. جهت مشاوره لزوماً بیمار ارجاع نمی گردد و شاید فقط اطلاعات بیمار مورد نظر به پزشک مشاور منتقل می شود. بدیهی است در مشاوره درمانی مسئولیت استفاده یا عدم استفاده از نظرات پزشک مشاور بر عهده پزشک مشاوره کننده می باشد.

مشاوره پزشکی اجتماعی: مواقعی است که به منظور بهبود شاخص های سلامت اجتماعی، یا به هدف رفع مشکل سلامت عمومی، پزشک خانواده موضوع را به پزشک خانواده مسئول منتقل و از آن طریق حسب ضرورت از مداخلات تخصصی، بصورت حضوری یا غیرحضوری استفاده می نماید. این مشکلات می تواند مثل اقدامات لازم در کنترل یک اپیدمی، تغییر عادات تغذیه ای و اصلاح شیوه های زندگی برای ارتقاء شاخص های سلامتی، بهسازی منابع آب، پژوهشهای کاربردی و ... باشد. اعتبارات و هزینه های این دسته از اقدامات باید توسط دانشگاه علوم پزشکی و از محل منابع HSR با اولویت تأمین گردد.

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

برگشت مشاوره: در مواردی که مشاوره درمانی یا مشاوره پزشکی اجتماعی انجام می یابد انتقال و ثبت اطلاعات مشاوره ای از نحوه حل مشکل بیمار یا جامعه را، برگشت مشاوره می نامیم. این اطلاعات می تواند شامل اقدامات لازم برای حل مشکل فرد یا جامعه، یا لزوم ارجاع فرد، نحوه پیگیری موضوع و ..... باشد.

ارزشیابی مراکز ارائه کننده خدمات سلامت: برآورد وضعیت عملکرد مراکز ارائه کننده خدمات سلامت به صورت مقطعی و با استفاده از چک لیست های ارزیابی مبتنی بر شاخص های مورد انتظار می باشد.

### ۱۳. مرکز هدایت و راهنمایی بیماران callcenter :

در هر شهرستان با داشتن شماره تلفن ترجیحاً ۳ یا ۴ رقمی منحصر بفرد با تعداد خطوط و اپراتور کافی در تمام مدت ۲۴ ساعت پاسخگوی مردم بوده و آنها را در کلیه مراحل انتخاب پزشک خانواده تا استفاده از خدمات اورژانس و حتی کمک به دریافت خدمات ویژه آنان را راهنمایی کرده و نقش هماهنگ کننده را در مواردیکه ناهماهنگی به هر دلیل وجود دارد بین ارائه کننده خدمت و دریافت کننده خدمت به عهده خواهد داشت. راه اندازی این مرکز از وظایف دانشگاه/شبکه بهداشت و درمان بوده و مسئولیت دریافت شکایت مردم، ارائه آن به واحد مربوطه و دریافت و ارائه پاسخ به شاکی از وظایف این مرکز است. این مرکز با نظر مرکز مدیریت، مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده وظیفه حل مشکلات بیماران را در ارجاع به سطوح بالاتر بطور شبانه روزی بر عهده دارد. منابع مورد نیاز اجرای این قسمت باید توسط دانشگاه علوم پزشکی تأمین گردد.

### ۱۴. مرکز مدیریت، مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده:

این مرکز سخنگوی رسمی ستاد عملیاتی است در سه سطح شهرستانی، استانی و کشوری با حضور و همکاری کلیه صاحبان فرآیند در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ایجاد شده و با داشتن خطوط تلفن حداقل در کلیه ساعات کاری مسئولیت هدایت و راهنمایی رده های زیر مجموعه خود را بر عهده دارد به گونه ای که واحد شهرستانی این مرکز مسئولیت راهنمایی و هدایت ارائه دهندگان خدمت را بر عهده داشته مسئولیت رسیدگی به شکایات ارائه کنندگان از صاحبان فرآیند را بر عهده دارد.

تبصره: تلفیق مرکز هدایت و راهنمایی بیماران callcenter و مرکز مدیریت، مشاوره و راهنمایی پزشکان خانواده در سطح شهرستان بلامانع است منابع مورد نیاز اجرای این قسمت باید توسط دانشگاه های علوم پزشکی تأمین گردد

### ۱۵. نحوه ارائه خدمات سلامت به مسافران

مسافران در موارد اورژانس مانند سایر بیماران اورژانسی بدون الزام به رعایت نظام ارجاع به مراکز اورژانس مراجعه خواهند نمود



ليكن ساكنين موقت و مسافران مي توانند براي دريافت خدمات با راهنمايي callcenter از خدمات پزشكان خانواده يا كشيک تيم سلامت محل سفر استفاده نمايند كه در اين حالات ۳۰٪ فرانشيز را بيمار و ۷۰٪ آن را بيمه به پزشك مذکور پرداخت مي نمايند.

#### ۱۶. استحقاق درمان

افراد بيمه شده ( و افراد تحت سرپرستي آنان) در برابر حق بيمه‌اي كه ماهانه پرداخت مي‌كنند، استحقاق برخوردار شدن از حمايت سازمان بيمه‌گر در درمان خويش يا ديگر مزيت‌هاي مربوط را مي‌يابند. استحقاق درمان محدوده‌ي زماني مشخصي دارد كه در حال حاضر با تاريخ اعتبار دفترچه‌هاي بيمه تعيين مي‌شود.

#### ۱۷. پزشك جانشين و پزشك جايگزين

هر پزشك خانواده در هنگام عقد قرارداد بايد پزشك خانواده ديگري را به عنوان جانشين خويش معرفي كند تا در شرايط خاص به جاي او مراجعان تحت پوشش را پذيرفته و خدمات سلامتي لازم را برابر دستورالعمل به ايشان ارائه دهد. پزشك جانشين بايد از بين پزشكان خانواده همان محله معرفي شود. در صورت نبود پزشك واجد شرايط در همان محله با كسب موافقت ستاد عملياتي شهرستان پزشك جانشين مي تواند از بين پزشكان خانواده محله مجاور براساس اين دستورالعمل انتخاب گردد.

تا آنجا كه ممكن است فاصله‌ي جغرافيايي پزشك خانواده و پزشك جانشين او بايد كم باشد تا مراجعه به پزشك جانشين براي مردم دشواري پديد نياورد. ستاد عملياتي شهرستان نظارت بر اين امر را برعهده دارد.

استفاده پزشك خانواده از پزشك جانشين بطور ميانهگين ۲,۵ روز در ماه معادل ۲۰ ساعت كاري با هماهنگي ستاد عملياتي است. و در هر نوبت و در هر ۶ ماه نمي تواند بيش از ۱۵ روز از پزشك جانشين استفاده نمايد. در صورتيكه به هر علت پزشك خانواده نخواهد و يا نتواند بيش از ۱۵ روز در محل كار خود به ارائه خدمت بپردازد با هماهنگي ستاد عملياتي از يك پزشك واجد شرايط بطور موقت به عنوان پزشك جايگزين در همان محل استفاده خواهد شد. مدت استفاده از پزشك جايگزين حداكثر دو ماه در هر سال خواهد بود. چنانچه پزشك خانواده بيش از اين مدت (دو ماه در سال) در محل ارائه خدمت حضور نداشته باشد، در صورت وجود پزشك واجد شرايط ستاد عملياتي بايد ايشان را از برنامه حذف نموده، و پزشك جديد را به برنامه وارد نمايد، در غير اينصورت بايد به گونه اي كه ارائه خدمات به مردم مختل نشود حسب صلاحديد و مقررات تصميم گيري نمايد.

هر پزشك خانواده مي‌تواند حداكثر به عنوان جانشين دو پزشك خانواده معرفي شود. با اينحال هر پزشك خانواده (جانشين) در هر زمان مي تواند فقط به جانشيني از يك پزشك خانواده ارائه خدمت نمايد و عدم حضور دو پزشك خانواده كه يك پزشك را به عنوان پزشك جانشين معرفي کرده اند مقدور نمي باشد.

جبران خدمت پزشك جانشين و جايگزين به عهده پزشك خانواده اصلي است

#### ۱۸. تداوم خدمات و جامعيت خدمات

ارتباط دو سويه و مستمر ميان پزشك خانواده و كسي كه او را به عنوان پزشك خويش انتخاب کرده است سبب مي‌شود كه مراقبت از او پيوستگي يابد و بسادگي قطع نشود. حفظ تداوم خدمات از مسؤليت‌هاي پزشك خانواده و از جمله انتظارات مهمي است كه از او مي‌رود. رابطه مبتني بر اعتماد متقابل بين پزشك و بيمار كه پايهء تشخيص و درمان است در مراجعات متعدد، صرف زمان و با اقدامات حرفه اي پزشكي ايجاد مي شود. از جمله اقداماتي كه به اين تداوم خدمت كمك کرده و از وظيفه پزشك است عبارتند از: ارائه مشاوره تلفني به افراد تحت پوشش با ثبت موارد آن در پرونده الكترونيك بيمار، دقت در تکميل پرونده الكترونيك سلامت و استفاده از آن در هر ويزيت و مراقبت به منظور ارتقاء كيفيت خدمات، نظارت بر ارائه خدمات سلامت توسط ساير اعضاي تيم سلامت و نيز پيگيري فعال بيماران ارجاعي، ارائه كلييه خدمات سلامتي برابر برنامه هاي سلامت كشوري به افراد تحت پوشش بطور فعال با استفاده از تلفن و سيستم پيام کوتاه و در صورت عدم مراجعه فرد پيگيري از طريق callcenter و ...

نظام سلامت بايد هر سه نوع خدمت پيشگيري، درمان و توانبخشي را فراهم كند تا بتوان از جامعيت خدمات سخن گفت. براي تايمين اين مقصود از سازوكار ارجاع استفاده مي شود. معنای ديگر جامعيت آنست كه علاوه بر درمان بيماري جسمي، نيازهاي رواني و اجتماعي شخص نيز در نظر گرفته شود.

#### ۱۹. ثبت نام

در هر شهري كه برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع اجرا مي شود هريك از افراد تحت پوشش يكي از بيمه هاي پايه حق دارند يكي از پزشكان خانواده را كه توسط ستاد عملياتي معرفي مي شوند (شرابط و فرآيند شناسايي و معرفي پزشكان توسط بيمه ها و ستاد در ادامه خواهد آمد) به عنوان پزشك خانواده خود انتخاب كنند و با ثبت نام نزد آن پزشك، علاقه مندي خود را اعلام دارند. شخص مي تواند تا دوبار در سال نظر خود را تغيير دهد و پزشك خانواده خود را عوض كند. فاصله دوبار تغيير پياپي هيچ گاه نبايد كمتر از سه ماه باشد.

#### ۲۰. محله، محدوده دسترسي و جامعه تحت پوشش

محله: محدوده خاص جغرافيايي از شهر است كه جمعيت آن حدود ده هزار نفر باشد و امكانات و توانمندی هاي حوزه سلامت (اعم از خصوصي، دولتي، عمومي و...) در آن براي ارائه خدمت در قالب پزشك خانواده و نظام ارجاع حداقل در سطح يك كفايت كند. بديهي است در صورت عدم كفايت افراد مي توانند در كوتاه مدت از خدمات محدوده هاي مجاور برخوردار شده ليكن سياستهاي تشويقي به گونه اي خواهد بود كه توزيع عادلانه منابع رخ دهد.

محدوده دسترسي به پزشك خانواده: خانوار ها بايد پزشك خانواده خود را از بين پزشكاني كه حداكثر در فاصله ۱,۵ كيلومتری محل زندگي يا كار ايشان مستقر هستند انتخاب نمايند. ستاد شهرستان با هماهنگي ستاد استان مي تواند در صورت ضرورت اين فاصله را تعديل كند و مردم موظف به انتخاب پزشك خانواده خود در همان شعاع هستند. همچنين در شرابطي كه در محدوده ۱,۵ كيلومتری محل خانوار پزشك واجد شرابط وجود نداشته باشد با نظر ستاد شهرستان مي توان از محدوده مجاور پزشك را انتخاب نمود.

پزشك خانواده مسئول، علاوه بر جمعيت تحت پوشش، مسووليت هايي در برابر سلامت عمومي از جمله سلامت محيط، مراکز تهيه و توزيع مواد غذايي، مدارس و ديگر اماكن عمومي نيز دارد كه از آنها به عنوان محله تحت پوشش پزشك خانواده مسئول ياد مي شود.

محدوده دسترسي به خدمات سطح دو و سه: معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي طی دستورالعمل پيوست مسير مشخصي براي دسترسي حداكثري مردم براي ارجاع به سطح دو و سه را طراحي و ارائه نموده است

جمعيت تحت پوشش: در مناطق مجري، هر خانوار بر اساس نظر سرپرست خانوار، يكي از پزشكان خانواده مركز مجري برنامه پزشك خانواده يا پايگاه پزشك خانواده نزديك محل سكونت را به عنوان پزشك خانواده انتخاب و نزد او ثبت نام خواهد كرد. كساني كه نزد پزشك خانواده ثبت نام مي كنند جمعيت تحت پوشش او به حساب مي آيند. با توجه به واقعيتهای جامعه، جمعيت تحت پوشش هر پزشك اندازه ای محدود دارد تا پزشك بتواند به همه مسووليت هاي خود در برابر آنان عمل كند.

به صورت كلي پزشك خانواده، پزشك همه اعضاي خانوار يك فرد خواهد بود مگر در مواردی كه به دلایل خاص اين امر براي يك يا چند نفر از اعضاي خانوار مقدور نباشد، در اين موارد با نظر ستاد شهرستان يكي ديگر از پزشكان همان محدوده به عنوان پزشك خانواده فرد معذور انتخاب خواهد شد.

هر فرد خارج از شهرستان محل استقرار پزشك خانواده خود در موارد اورژانس بدون هيچ مانع اي به اورژانس مراجعه و اگر بيماري او اورژانس بود همانند ساير مراجعه كنندگان از خدمات كامل استفاده مي كند و در موارد غير اورژانس و در صورت ضرورت مي تواند به پزشك سطح يك محل سفر (در پايگاه، مركز مجري، مركز كشيك) مراجعه و در اين شرابط توسط پزشك موقت نمي تواند به سطوح بالاتر ارجاع گردد (مگر ارجاع براي بستري به بخش دولتي و عمومي پس از تماس تلفني با پزشك خانواده فرد و دريافت فرم ارجاع الكترونيك). بديهي است در اين موارد ۷۰٪ هزينه هاي دولتي سطح يك توسط بيمه پرداخت خواهد شد.

تعدادی از برگه های دفترچه بيمه به ترتيبی كه بيمه ها اعلام مي كنند به عنوان برگه سفر در نظر گرفته مي شود. در دفترچه های جديد كه در آينده صادر خواهد شد برگ سفر اختصاصي درج خواهد شد.

## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

يادآور مي شود ارائه خدمات غير اورژانس به اين دسته از بيماران با كسب مجوز دسترسي (از بيمار) به پرونده الكترونيك فرد مقدر بوده و بايد كليۀ اقدامات گروه پزشكي در پرونده فرد منعكس گردد.

### ۲۱. فرانشيز

بخشي از هزينه خدمات درماني ارائه شده توسط خود بيمار به ارائه كننده خدمات پرداخت مي شود. در برنامه پزشك خانواده فرانشيز دارو و ويزيت پزشك خانواده و تيم سلامت سطح يك رايجان خواهد بود. براي جلوگيري از تجويز غير متعارف دارو و پاراكلينيك عملكرد پزشك در اين زمينه در پايش او بطور محسوس لحاظ مي گردد.

## فصل دوم: بسته خدمات سلامت

### ۲۲. بسته خدمات سلامت:

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

### ۲۳. گروه هدف: در سطح اول خدمات تمامی افراد جمعیت تحت پوشش در قالب گروههای سنی ذیل:

- نوزادان و کودکان
- نوجوانان و جوانان
- میانسالان
- سالمندان
- مادران باردار

می‌باشند و خدمات سلامت باید بر اساس حیطه‌های محیط خانواده، محیط عمومی جامعه و محیط‌های جمعی به گروههای هدف ارائه گردد.

### ۲۴. راهنمای بالینی ارائه خدمات استاندارد:

- خدمات مورد نیاز مراجعین با اختلالات و شکایات زیر در قالب راهنماهای مربوطه ارائه خواهد شد.
  - آکنه
  - رنیت آلرژیک
  - اضطراب
  - نارسایی قلب
  - سردرد
  - کم‌کاری تیروئید
  - افسردگی
  - درد گردن
  - استئوآرتریت
  - اوتیت گوش میانی
  - پنومونی
  - صرع
  - سینوزیت
  - سنکوپ
  - خونریزی دستگاه گوارش فوقانی و

■ ساير موارد مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي

راهنمای ارجاع بين سطوح سه گانه:

- ارجاع درون سطح اول و بين ارائه کنندگان خدمات در اين سطح و از سطح اول به سطح دوم: در مراقبتهای تعيين شده بر اساس منابع معرفي شده بسته‌های خدمات به گروههای هدف و راهنماهای باليني تدوين شده، زمان و شرايط ارجاع مشخص شده و ارائه کنندگان خدمت غير پزشک بايد بر اين اساس به پزشک و پزشک به سطح دوم ارجاع دهند. در مورد خدماتی که در اين بسته‌ها تعريف نشده اند، ارجاع بر اساس تشخيص پزشک صورت خواهد گرفت.
- ارجاع به سطح دوم و سطح سوم بر اساس ضوابط ذکر شده در پيوست اين دستورالعمل؟؟؟؟ خواهد بود.

## ۲۵. بسته خدمات تيم سلامت

### الزامات بسته خدمت:

■ رويکرد بسته خدمت: آموزش، پيشگيري اوليه، مراقبت، غربالگري، درمان سرپايی عمومي، ارجاع و دريافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند

■ حفظ جامعيت و يکپارچگی خدمات در ارائه و دسترسی به بسته خدمت:

○ گيرنده خدمت بايد به کليه خدمات (به جز خدمات پاراکلينيک و داروخانه) به گونه‌ای دسترسی داشته باشد که کليه خدمات پيش‌بيني شده سطح یک را در حداقل زمان ممکن در پایگاه مجري برنامه پزشک خانواده (مطب تطابق يافته با الزامات) يا مرکز مجري برنامه پزشک خانواده بصورت کامل دريافت نمايد.

○ ارائه دهنده خدمت بايد قابليت لازم را بر اساس لزوم حفظ جامعيت خدمت دارا بوده تا بتواند تمام خدمات پيش‌بيني شده را با حداقل مراجعه گيرنده خدمت به واحد ارائه کننده خدمت بر اساس بسته خدمت ارائه نمايد.

○ توجه خاص بر هزینه‌اثربخشی و هزینه‌فايده بودن خدمات در بسته خدمت

○ استانداردهای استقرار واحدهای ارائه کننده داروخانه و پاراکلينيک برابر ضوابط موجود

خدماتها و مراقبتهایی که در سطح یک، برای اعضای تيم سلامت در نظر گرفته شده به شرح زیر است و هر کدام از پرسنل هماهنگ با ساير همکاران و در چهارچوب سامانه جامع و همگانی سلامت ایرانیان نقش خود را ایفا می نماید. پزشک مرکز نقش نظارتی و مدیریتی بر پایگاه ها و پرسنل داشته و وظايف سلامت محیط و کار، ارتباطات بين بخشی و مبارزه با بيماریها را در سطح جامعه پيگیری می کند. پرستار يا ماما در پایگاه پزشک خانواده موظف است کليه وظايف پرستار يا ماما را برای جمعيت تحت پوشش پزشک پایگاه خود انجام دهد

الف- مدیریت سلامت در جمعيت تحت پوشش

ب- آموزش و ارتقای سلامت

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه‌های سلامت تدوين و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت

د- پذيرش موارد ارجاعی و ارائه پس‌خوراند مناسب

ه- درمان اوليه و تدبير فوريتها

و- ارجاع مناسب و به موقع، پيگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر

ز- دريافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند

الف- مدیریت سلامت:

## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

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

### ب- آموزش و ارتقای سلامت

- آموزش سلامت
- ترویج شیوه زندگی سالم

ج- مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت توسط تیم سلامت بر اساس کتاب / کتابهای .....

### ➤ مراقبت‌های از کودکان

- با تأکید بر پیشگیری از بیماری‌ها و مخاطرات شایع دوران نوزادی و کودکی با توجه به اولویتها و آموزش صحیح به والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع
- در هر بار مراجعه جهت انجام مراقبت‌های جاری انجام ارزیابی (به شرح زیر)، انجام توصیه‌ها و اقدامات لازم
- مراقبت نوزادان (در دوره‌های سنی ۳-۵ روز، ۱۴-۱۵ روز، ۳۰-۴۵ روز)
  - غربالگری هیپوتیرویدی نوزادی
  - ارزیابی از نظر توانایی شیرخوردن، مشاهده تنفس تند، باز و بسته شدن سریع (پرش) پره‌های بینی، توكشیده شدن قفسه سینه و ناله کردن
  - ارزیابی از نظر حال عمومی (کاهش سطح هوشیاری، بی‌قراری و تحریک پذیری، تحرک کمتر از معمول و بیحالی، برآمدگی ملاحظ، درجه حرارت بالا یا پایین، رنگ پریدگی شدید، سیانوز، زردی)
- مراقبت‌های از کودکان سالم (در دوره‌های سنی ۲ ماهگی، ۴ ماهگی، ۶ ماهگی، ۹ ماهگی، ۱۲ ماهگی، ۱۵ ماهگی، ۱۸ ماهگی، ۲ سالگی، ۳ سالگی، ۴ سالگی، ۵ سالگی، ۶ سالگی)
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت عمومی (توانایی شیرخوردن، تنفس، علائم حیاتی، رفلکسها و...)
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر زردی (زیر ۲ ماه)
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت وزن، قد، دور سر
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تغذیه

## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

- ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت بینایی
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت تکامل
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت واکسیناسیون و مصرف مکملهای دارویی
  - ارزیابی و کنترل کودک از نظر وضعیت سلامت دهان و دندان
- انجام مراقبتهای درمانی برای کودکان بیمار با رعایت استانداردهای ارائه شده در برنامه مراقبتهای ادغام یافته ناخوشیهای اطفال
- عفونتهای موضعی، اسهال، کنترل مشکل شیر خوردن، سرفه، ناراحتی گوش، گلودرد، تب، کنترل کم وزنی، مشکل تغذیه
  - تشخیص افتراقی خواب آلودگی، کاهش سطح هوشیاری یا تشنج
  - تشخیص افتراقی تنفس مشکل همراه با و بدون ویز
  - تشخیص افتراقی تب با و بدون علائم موضعی
- ◀ مراقبتهای ادغام یافته سلامت نوجوانان و جوانان (گروه سنی ۶ تا ۲۵ سال)
- در دورههای سنی بدو ورود به مدرسه، ۱۰ سال، ۱۲ سال، ۱۵ سال، ۱۸ سال، ۲۱ سال و ۲۴ سال و با تأکید بر پیشگیری از بیماریها و مخاطرات شایع دوران نوجوانی و جوانی با توجه به اولویتهای آموزش صحیح به فرد و والدین، تشخیص و درمان صحیح و به موقع بیماریها و اختلالات ایجاد شده، پیشگیری از بروز عوارض و ناتوانیهای احتمالی، درمان عوارض ایجاد شده، ارجاع به موقع و پیگیری نتیجه ارجاع:
- مشارکت در انجام سنجش سلامت در بدو ورود به مدرسه، سال اول راهنمایی و سال اول دبیرستان
  - پیشگیری و مراقبت فرد از نظر چاقی و اضافه وزن
  - پیشگیری، تشخیص و درمان کم خونی
  - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی
  - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات شنوایی
  - پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات روانی (شامل اختلالات سایکوتیک حاد و مزمن، افسردگی، دو قطبی، اضطراب جدایی، پانیک، وسواس جبری، هراس اجتماعی، تیک، پرخاشگری، بیش فعالی و نقص توجه، رشد، ارزیابی رشد و تکامل، تعامل مادر و کودک، عقب ماندگی ذهنی، صرع و اختلال فراگیر رشد)
  - پیشگیری، تشخیص و درمان عفونتهای پوستی
  - پیشگیری، تشخیص و درمان آسم، آلرژی و سینوزیت
  - پیشگیری، تشخیص و درمان آسیبها و صدمات
  - پیشگیری، تشخیص و درمان سل
  - آموزش فعالیت فیزیکی و تحرک بدنی
  - آموزش تغذیه مناسب
  - آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد
  - آموزش پیشگیری از رفتارهای پرخطر
  - آموزش پیشگیری از استعمال دخانیات
  - کنترل و انجام واکسیناسیون توأم ۱۶-۱۴ سالگی

## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

### ◀ مراقبت‌های ادغام یافته سلامت میانسالان (گروه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال)

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

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

### ◀ مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندان (گروه سنی ۶۰ سال و بالاتر)

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

- پیشگیری، تشخیص و درمان آنژین صدری و سکته های قلبی و مغزی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات ناشی از فشارخون بالا
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات تغذیه ای، سوء تغذیه، لاغری و چاقی
- پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت
- پیشگیری، تشخیص و درمان سقوط و عدم تعادل
- پیشگیری، تشخیص و درمان افسردگی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات اضطرابی
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات خواب
- پیشگیری، تشخیص و درمان پوکی استخوان
- پیشگیری، تشخیص و درمان سل
- پیشگیری، تشخیص و درمان اختلالات بینایی و شنوایی

### ◀ مراقبت‌های ادغام یافته سلامت مادران باردار

- مشاوره پیش از بارداری
- دوران بارداری (اولین ملاقات بارداری)
  - انجام ارزیابی های معمول، بررسی از نظر وجود علائم خطر، معاینه چشم، دندان، پوست و...
  - اندازه گیری قد، وزن، علائم حیاتی، ارتفاع رحم، شنیدن صدای قلب جنین، لمس حرکت جنین
  - تجویز مکمل های دارویی (اسید فولیک، آهن، مولتی ویتامین)



## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

- آموزش (بهداشت فردی و روان و جنسی، بهداشت دهان و دندان، عدم مصرف دارو و مواد مخدر، عدم کشیدن سیگار و دخانیات، عدم مصرف الکل، تغذیه و مکمل های دارویی، شکایت شایع، علائم خطر، فواید و آمادگی و محل مناسب زایمان طبیعی، شیردهی، مراقبت از نوزاد، علائم خطر نوزاد)
- ترسیم جدول وزن گیری
- توجه به تاریخ تقریبی زایمان
- ایمن سازی با واکسن توأم در صورت نیاز طبق دستور العمل کشوری
- ارجاع برای انجام آزمایش معمول
- ارجاع برای انجام سونوگرافی معمول در دو نوبت
- مشاوره تنظیم خانواده در هفته ۳۵ تا ۳۷ بارداری
- تزریق رگام در مادر ارهاس منفی با همسر ارهاس مثبت
- شناسایی مادر در معرض خطر
- ارجاع مادر عارضه دار به سطوح بالاتر (در صورت نیاز)
- ارجاع و معرفی مادر برای شرکت در کلاس های آمادگی برای زایمان
- پیگیری و دریافت پسخوراند (در صورت نیاز)
- ثبت خدمات
- ارایه آموزش های فردی یا گروهی

- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در منزل
- زایمان و بلافاصله پس از زایمان (۶ ساعت اول پس از زایمان) در واحد تسهیلات زایمانی
- دوران پس از زایمان (پس از گذشت ۶ ساعت اول تا ۶ هفته پس از زایمان) - ملاقات اول و دوم

### تنظیم خانواده و جمعیت

- انجام مشاوره و ارائه خدمت قبل از ازدواج: زنان و مردان در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال)
- انجام مشاوره و ارائه خدمت حین ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- انجام مشاوره و ارائه خدمت بعد از ازدواج: زنان همسر دار در سنین باروری (۱۰-۴۹ سال) و مردانی که همسر آنها در این سنین هستند
- بررسی و تعیین مناسب ترین شیوه پیشگیری از بارداری برای هر زوج
- انجام مراقبتهای لازم حین استفاده از روش انتخابی متناسب با هر روش
- ارجاع موارد مورد نیاز و پیگیری نتیجه ارجاع

مراقبت و درمان بیماریهای خاص (لزوم پیشگیری از این بیماریها و ابتلا به آنها ارتباطی با سن افراد ندارد) با اولویت و شیوع بیماری در منطقه

آموزش افراد جامعه برای شناخت بیماری و راههای پیشگیری از ابتلا به آن، شناخت موارد مشکوک، انجام اقدامات مناسب جهت تشخیص به موقع بر اساس دستورالعملهای موجود، ارجاع موارد مورد نیاز به ارجاع و پیگیری نتیجه ارجاع

- هاری

دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

- كالاآزار (ليشمانيوز احشايی)
- تب خونريزی دهنده ويروسی كنگو كريمه (CCHF)
- سالک (ليشمانيوز جلدی)
- تب مالت
- جذام
- مالاريا
- تزريقات ايمن
- هپاتيت
- مننژيت
- سرخک
- سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی
- فلج اطفال
- آنفلوانزا
- ديفتري
- سپاه سرفه
- ايدز
- وبا
- تيفويد
- اسهال خونی
- بوتوليسم
- زنجيره سرما
- سل

د - سلامت محيط و کار

- سلامت محيط جامعه (مديريت)
  - آب آشاميدنی سالم
  - آلودگی هوا
  - ابتکارات جامعه محور (CBI)
  - اقدامات اضطراری در بلایای طبیعی
  - بهداشت پرتوها
  - جمع آوری و دفع فاضلاب
  - کنترل ناقلين بيماريها
  - پسماندها

## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

- مواد شیمیایی و سموم
  - سلامت محیط خانوار
    - ابتکارات جامعه محور (CBI)
    - ایمنی غذا (بهداشت مواد غذایی، سیستم پخت و پز مناسب)
    - سوانح و حوادث
    - محیط فیزیکی مسکن
  - سلامت محیط های جمعی
    - سلامت محیط های زندگی جمعی (پادگان، پرورشگاه، خوابگاه، زندان، سرای سالمندان)
    - سلامت محیط های بهداشتی درمانی (بیمارستان، کلینیک تخصصی، کلینیکهای دامپزشکی، مراکز بهداشتی درمانی، مراکز پرتوشناسی، مطب)
    - سلامت محیط های آرایشی و بهداشتی
    - سلامت محیط های تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی
    - سلامت محیط های آموزشی
    - سلامت محیط های فرهنگی و تفریحی
  - سلامت محیط کار
    - بهداشت حرفه ای
    - ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی به کارگران
    - ایجاد ایستگاههای بهرگر
    - پیشگیری و مراقبت از بیماریهای شغلی
    - پیشگیری و مقابله با عوامل فیزیکی و شیمیایی محیط کار
- ج- درمان اولیه و تدبیر فوریتها (در مواردی که راهنمای عملکرد بالینی تدوین شده ارائه خدمات بر اساس راهنما و در مواردی که راهنمای بالینی تهیه و ابلاغ نشده است، ملاک تشخیص و درمان و نیاز به ارجاع نظر پزشک خانواده است).

### ◀ ویزیت

- مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال
  - معاینه (جسمی\_روانی)
  - ارزیابی علائم و نشانه ها و طراحی مسیر تشخیص
  - تدوین و اجرای برنامه درمانی
  - ثبت کلیه داده ها در پرونده فرد
- ◀ انجام خدمات پرستاری نظیر تزریقات و وصل سرم در سرانه پزشک خانواده و تیم سلامت منظور گردیده و رایگان ارائه می باشد ولی مواد مصرفی (سرنگ و ست سرم) توسط گیرنده خدمت تأمین خواهد شد
- ◀ اقدامات و مداخلات ساده جراحی و بالینی: شامل خدماتی (غیر اورژانس) است که حسب مهارت و تمایل پزشک خانواده به شرح زیر انجام می شود، که متضمن پرداخت تعرفه دولتی بوده که ۳۰ درصد آن توسط مراجعه کننده و ۷۰ درصد آن توسط سازمانی بیمه قابل پرداخت خواهد بود. (فهرست این خدمات مطابق فهرست سازمانهای بیمه خواهد بود)

## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

- واکتومی بدون تیغ جراحی (برابر ضوابط وزارت بهداشت)
  - ختنه
  - کشیدن ناخن
  - برداشتن خال و لیپوم و زگیل (در موارد غیر زیبایی)
  - نمونه برداری از پوست و مخاط
  - کاتتریزاسیون ادراری
  - آتل بندی شکستگی ها
  - شستشوی گوش
  - خارج کردن جسم خارجی
  - کار گذاشتن لوله معده و رکتوم
- ◀ فوریتها
- انجام احیاء قلبی ریوی
  - لوله گذاری تراشه
  - اقدامات اولیه در مسمومیت ها
  - اقدامات اولیه در اورژانسهای تنفسی
  - اقدامات اولیه در بیماران مصدوم
  - اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی برای انتقال مجروح به سطوح بالاتر برای ادامه درمان
  - بخیه و دبریدمان زخمها

## ۲۶. ارجاع

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

## فصل سوم: نيروي انساني و فضاي فيزيكي مورد نياز در سطح اول

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

"بسته خدمت" که در مرکز و پایگاه خدمات سلامت مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع باید توسط اعضای تیم سلامت ارائه گردد. زمان سنجی هر کدام از این خدمات، خدماتی که در بخش دولتی یا بخش خصوصی (از جمله خدمات تشخیص و درمان) ارائه می‌شود.

ترکیب و تعداد اعضای تیم سلامت برای پوشش ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت

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

با توجه به ردیف ۲ و ۵ جدول فوق در هر پایگاه و مرکز یک ماما یا یک پرستار تمام وقت بکارگیری می‌شود

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

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

استانداردهای فیزیکی محل ارائه خدمت:

- محل استقرار واحد ارائه خدمت در سطح اول:
  - محل استقرار پزشک خانواده در شهر حداکثر ۵،۱ کیلومتر از محل سکونت فرد فاصله خواهد داشت.
  - تبصره: ستاد شهرستان با هماهنگی ستاد استان می تواند در صورت ضرورت این فاصله را تعدیل کند
- پایگاه پزشک خانواده همان مطب پزشک عمومی که واجد استانداردهای جاری وزارت بهداشت بوده و برای استقرار و ارائه خدمت ماما یا پرستار یک اتاق اضافه دارای تجهیزات لازم با امکان رعایت طرح انطباق و حریم خصوصی افراد باشد
- مرکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع محل استقرار پزشک خانواده مسئول و قسمت بهداشت عمومی تیم سلامت مثل کاردان/کارشناس بهداشت محیط و خانواده و... و پایگاه پزشک خانواده ضمیمه می باشد
- شرایط فیزیکی محل ارائه خدمت مرکز مجری برنامه پزشک خانواده و پایگاه های ضمیمه و غیر ضمیمه و شبانه روزی آن در سطح اول: برابر ضوابطی خواهد بود که حسب مورد توسط معاونت بهداشت و درمان وزارت بهداشت اعلام شده یا می شود
- سطح دوم و سوم (سرپایی): برابر مقررات وضع شده مربوط به صدور پروانه ها
- محل استقرار واحد ارائه خدمت و شرایط فیزیکی محل ارائه خدمت و تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز در سطح دوم و سوم (بستری): برابر مقررات وضع شده در برنامه مدیریت منابع ساختاری درمان بستری کشور (سطح بندی خدمات درمان بستری)

## فصل چهارم: پشتیبانی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

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

### ۲۷. اعضای ستاد ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع:

- ۱ - رئیس جمهور (رئیس ستاد)
  - ۲ - معاون اول (جانشین رئیس ستاد)
  - ۳ - وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر ستاد)
  - ۴ - وزیر تعاون کار و رفاه اجتماعی
  - ۵ - معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور
  - ۶ - وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
  - ۷ - معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (مسئول دبیرخانه ستاد ملی)
- تبصره: وظایف ستاد ملی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسعه خدمات سلامت و نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده به شرح زیر می باشد:

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

### ۲۸. اعضای ستاد هماهنگی کشوری:

- ۱ - معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)
- ۲ - معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۳ - معاون رفاه اجتماعی وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی
- ۴ - معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور
- ۵ - مدیر عامل سازمان تامین اجتماعی
- ۶ - مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی
- ۷ - مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمان نیروهای مسلح
- ۸ - سرپرست کمیته امداد حضرت امام (ره)
- ۹ - رئیس کل سازمان نظام پزشکی
- ۱۰ - رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی
- ۱۱ - رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (دبیر و مسئول دبیرخانه ستاد هماهنگی)

تبصره: وظایف ستاد هماهنگی کشوری توسعه خدمات سلامت و نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده

- تعیین تعداد و عناوین کمیته های تخصصی مورد نیاز
- بازدید از عملیات اجرایی در استان ها و حفظ ارتباط پیوسته با عرصه های پایلوت
- نظارت بر طرح های پژوهشی مرتبط

## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

- تصویب ترکیب اعضای کمیته‌های مورد نیاز برای اجرای برنامه
- سفارش انجام بررسی‌ها و مطالعه‌های مختلف و استفاده از نتایج آنها برای تدوین سیاست‌ها یا مداخله‌های مورد نیاز و پیشنهاد این سیاست‌ها یا مداخله‌ها به ستاد ملی
- تدوین گزارش‌های تحلیلی
- جلب همکاری صاحب‌نظران و ذینفعان برنامه از طریق اعضای واحد کشوری یا کمیته‌های فنی مربوط به هر مدیریت
- نظارت بر پیشرفت برنامه‌ها و عملیات
- ارزیابی فعالیت‌هایی که توسط مدیران برنامه‌های چهارگانه در سطح ملی یا در عرصه‌های پایلوت به اجرا گذارده می‌شود.
- ظرفیت‌سازی

### ۲۹. اعضای ستاد اجرایی کشوری:

- ۱ - رییس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (رییس ستاد)
  - ۲ - مدیرکل دفتر بیمه‌های درمان وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی (دبیر ستاد)
  - ۳ - مدیرکل دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
  - ۴ - مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت
  - ۵ - رییس امور اجتماعی معاون بودجه معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور
  - ۶ - مدیرکل دفتر ارزیابی خدمات سلامت سازمان بیمه خدمات درمانی
  - ۷ - مدیرکل بهداشت و درمان کمیته حضرت امام (ره)
  - ۸ - مدیرکل درمان سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح
  - ۹ - مدیر کل درمان غیر مستقیم سازمان تأمین اجتماعی
- تبصره: وظایف ستاد اجرایی کشوری توسعه خدمات سلامت و نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده
- تهیه و تدوین فرایندهای اجرایی و دستورالعمل‌های مربوطه در سطح ملی، استانی و شهرستانی
  - تصویب ترکیب اعضا و شرح وظایف ستادهای استان و شهرستان
  - تعیین ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته‌های استانی و شهرستانی مورد نیاز برای اجرای برنامه (ترکیب اعضای کمیته‌ها متناسب با کمیته‌های ملی بوده و اختیار انتخاب درصدی از اعضا حسب نیاز به عهده استان گذاشته شود)

### ۳۰. ستاد راهبردی استان:

- ستادهای راهبردی در سطح استان با ترکیب استاندار رییس ستاد، رییس دانشگاه (دبیر ستاد)، معاونین بهداشت (مسئول دبیرخانه ستاد)، درمان و غذا و دارو دانشگاه، دبیر مجمع نمایندگان استان، مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان، مدیر درمان سازمان بیمه نیروهای مسلح، مدیر درمان اداره کل تأمین اجتماعی و مدیر درمان کمیته امام (ره)، رییس شورای عالی نظام پزشکی استان، نماینده تام‌الاختیار شورای سلامت صدا و سیما استان، رییس گروه توسعه شبکه مرکز بهداشت استان خواهد بود.
- تبصره: در استان‌هایی که بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد رییس و معاونین دانشگاه‌های غیر از مرکز استان عضو ستاد خواهند بود.
- وظایف ستاد راهبردی استان شامل موارد زیر می‌باشد:

- هماهنگی اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سطح استان برابر دستورالعمل‌های کشوری
- انجام هماهنگی‌های مورد نیاز (در قالب برنامه عملیاتی) برای اجرای سیاست‌های ابلاغی از سوی ستاد ملی (فنی، اجرایی و پشتیبانی و ...)



## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

- تأمين و تخصيص منابع مورد نیاز برای کمک به اجرای مناسب تر برنامه
- بررسی چالشها و پیشنهاد راهکارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات به ستاد اجرایی کشوری
- ارائه پس خوراند به ستاد ملی

### ۳۱. ستاد اجرایی استان

ترکیب ستاد عملیاتی استان شامل:

۱. رییس دانشگاه (رییس ستاد)،
۲. معاون بهداشتی و رییس مرکز بهداشت استان (جانشین رئیس و دبیر ستاد)،
۳. معاون درمان دانشگاه،
۴. رییس گروه توسعه شبکه استان،
۵. مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان
۶. مدیر درمان تأمین اجتماعی استان
۷. رییس شعبه بیمه نیروهای مسلح
۸. رییس کمیته امام (ره)
۹. رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی استان

تبصره: کمیته های اجرایی پیشنهادی در سطح استانها به شرح زیر می باشد:

- کمیته فرهنگی و تبلیغات و اطلاع رسانی عمومی
- کمیته آمار و فن آوری اطلاعات
- کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع مالی و غیر مالی
- کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی
- کمیته پایش و نظارت

### ۳۲. ستاد اجرایی شهرستان

این ستاد با ترکیب :

۱. فرماندار (رییس ستاد)،
۲. رییس شبکه (جانشین رئیس ستاد و دبیر ستاد)،
۳. رییس مرکز بهداشت شهرستان،
۴. معاون درمان شبکه شهرستان (در شهرستان تک بیمارستانی رئیس بیمارستان)،
۵. نماینده هر یک از سازمان های بیمه گر شهرستان،
۶. رئیس مجمع نمایندگان شهرستان
۷. مسئول واحد توسعه شبکه شهرستان

تبصره: وظایف ستاد عملیاتی شهرستان به شرح زیر خواهد بود:

۱. تحلیل وضعیت موجود  
واحدهای ارائه خدمت  
تعداد و نوع واحدها در بخش دولتی و غیر دولتی

## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

- نیروی انسانی موجود (ترکیب و تعداد) در بخش دولتی و غیر دولتی  
تطبيق فضای فیزیکی و تجهیزات موجود بخش دولتی و غیر دولتی برابر ضوابط وزارت بهداشت
۲. سازماندهی لازم برای استقرار نظام ارجاع با محوریت پزشک خانواده و تیم سلامت:  
تعیین وظایف واحدهای مرتبط ستادی شهرستان در استقرار و ارائه خدمات تیم سلامت با توجه به مصوبات ستاد هماهنگی شهرستان  
برآورد و توزیع منابع مورد نیاز جهت راه اندازی مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شامل فضا، تجهیزات، نیروی انسانی و منابع مورد نیاز برای فعالیتهای اجرایی نظام ارائه خدمات سلامت در شهرستان با بیشترین استفاده از امکانات موجود (در شبکه‌ها، سازمان‌های بیمه‌گر و بخش غیردولتی)  
راه اندازی مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع و استقرار تیم‌های سلامت
۳. تحلیل وضعیت سلامت شهرستان: (Health Profile)  
ساختار جمعیت  
وضعیت سنی، جنسی، اشتغال، بیمه  
ترسیم وضعیت سلامت شهرستان  
ایجاد نظام یکپارچه اطلاعات نظام سلامت در سطح شهرستان.
۴. ترسیم وضعیت مطلوب شهرستان به منظور هدف گذاری عملیات اجرایی بر اساس توان شهرستان
۵. تدوین برنامه عملیاتی شهرستان
۶. تدوین نظام پایش و ارزشیابی
۷. هماهنگی آموزش همگانی، برقراری ارتباط و اطلاع رسانی  
برقراری ارتباط با مسئولان سیاسی و مذهبی شهرستان و جلب حمایت آنان با استفاده از دستورعمل‌ها و متن‌هایی که واحد کشوری در اختیار می‌گذارد.  
آگاه‌سازی مردم از آرمان‌ها و اهداف نظام ارائه خدمات سلامت و پزشکان خانواده با استفاده از همه وسایل ارتباط جمعی و سایر امکانات استانی و شهرستانی
۸. هماهنگی جهت آموزش نیروی انسانی  
آموزش کارشناسان شبکه شهرستان و سازمان‌های بیمه‌گر درباره آیین‌نامه براساس دستورعمل‌های ستاد اجرایی نظام ارائه خدمات سلامت و شورای استانی نظام ارائه خدمات سلامت  
برقراری ارتباط، اطلاع رسانی و بازآموزی پزشکان، به ویژه پزشکان عمومی شهرستان درباره آرمان‌ها و هدف‌های نظام ارائه خدمات سلامت و نیز آموزش نحوه اجرای آیین‌نامه سطح‌بندی و نظام ارجاع و تبیین نقش جامعه پزشکی در این زمینه.
۹. اعلام آغاز طرح و شرایط همکاری و ثبت نام پزشکان با ستاد عملیاتی شهرستان.  
ثبت نام و تشکیل پرونده برای پزشکان واجد شرایطی که اعلام آمادگی کرده‌اند.  
صدور مجوز کار پزشکان خانواده پس از اعلام آمادگی آنان و اعلام فهرست آنان به ستاد عملیاتی شهرستان  
اعلام عام به مردم برای انتخاب پزشک خانواده خود و ثبت نام در نزد پزشک خانواده.
۱۰. هدایت عملیات اجرایی طرح در شهرستان.
۱۱. پایش عملکرد پزشکان، تیم سلامت
۱۲. پیش بینی ساز و کار تلفیق نتایج پایش‌های مجزای انجام شده توسط واحدهای مختلف
۱۳. فراهم نمودن شرایط اجرای کلیه دستورالعمل‌های ابلاغی از سوی ستاد ملی و استانی
۱۴. نظارت بر عملکرد ادارات ذیربط در اجرای برنامه

۱۵. حمايتهاى مورد نیاز قانونی و مدیریتی در اجرای برنامه

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

کمیته‌های اجرایی پیشنهادی و شرح وظایف آنها:

- کمیته اطلاع رسانی و روابط عمومی
  - تدوین برنامه‌های آموزشی عموم مردم
  - هماهنگی با شورای شهر
  - هماهنگی با هیات امنای و بخشدارها
  - سایر هماهنگی درون و برون بخشی مورد نیاز
  - آگاه سازی جامعه و شناسایی طرح به مردم
- کمیته آمار و فناوری اطلاعات
  - فراهم آوری زیرساخت مورد نیاز برای استقرار و توسعه پرونده الکترونیکی سلامت
  - استقرار نظام اطلاعات شهرستان
  - تحلیل داده‌ها و گزارشات واصله
  - ارائه گزارشات مورد نیاز به ستاد عملیاتی شهرستان
  - (تعیین ملزومات) آموزش نیروی انسانی جهت کاربردی شدن پرونده الکترونیکی سلامت
  - پشتیبانی از سیستم های اطلاعاتی و کاربران آنها
  - بروزرسانی سیستم های اطلاعاتی
- کمیته آموزش نیروی انسانی
  - آموزش نیروهای جدیدالورود
  - بازآموزی مداوم نیروهای موجود
- کمیته پایش و نظارت
  - تعیین ترکیب تیم‌های پایش
  - برنامه‌ریزی و پایش عملکرد اعضای تیم سلامت بر اساس بسته خدمت مطابق با چک لیست‌های تعیین شده از سوی ستاد اجرایی کشوری
  - بررسی گزارشات حاصل از تیم پایش و تعیین نقاط قوت و ضعف اقدامات انجام شده
  - تصمیم‌گیری در خصوص انحرافات ایجاد شده در برنامه
  - ارائه نتایج حاصل از پایش به سایر کمیته‌ها
  - تهیه و ارسال چک لیست پیشنهادی / تکمیلی به کمیته پایش و نظارت استانی
  - تدوین چک لیست برای شرایط خاص شهرستان
  - گزارش نتایج حاصل از پایش عملکرد در زمانهای از پیش تعیین شده به ستاد عملیاتی شهرستان
  -

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

## فصل پنجم: نظام ارائه خدمات

- پزشك خانواده (برابر تعريف صدر اين دستور العمل) محور ارائه‌ی خدمات بهداشت و درمان به جمعيت‌های معين است.
- پزشكان با دارا بودن شرايط زير می‌توانند به عنوان پزشك خانواده قرارداد ببندند و ارائه خدمات و مراقبت‌ها را تعهد کنند:
  ۱. دارا بودن حداقل شرايط ياد شده در تعريف پزشك خانواده (مدرک دکتری حرفه‌ای پزشکی یا تخصص های ذکر شده در صدر دستور العمل، پروانه دائم و مجوز معتبر کار پزشکی).
  ۲. اعلام آمادگی برای همکاری به بیمه ها و ستاد عملیاتی در شهرستان.
  ۳. تعهد اینکه فقط در برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع اشتغال داشته باشد
  - تبصره: پزشكانی که نمی‌توانند یا نمی‌خواهند بطور دوشيفته تمام وقت در برنامه پزشك خانواده شرکت کنند مشروط به پیشنهاد ستاد شهرستان و موافقت ستاد استان می‌توانند با کاهش حداکثر بیمار تحت پوشش متناسب با ساعات کار در برنامه شرکت نمایند
  ۴. عقد قرارداد یکساله بدون حق توكيل به غير
  ۵. تداوم همکاری با برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع منوط به رعایت استاندارد های اعلام شده می‌باشد و در صورت تخطی از وظايف ستاد شهرستان می‌تواند با توجه به مقتضیات مربوطه تصمیم مقتضی را در مورد ادامه یا عدم ادامه همکاری ایشان اخذ نماید
  ۶. گذراندن دوره های آموزشی مرتبط حسب نظر ستاد استانی
  ۷. ارائه بسته خدمات اعلام شده برابر اين دستور العمل و اصلاحات و متمم های بعدی آن
  ۸. آشنایی با مبانی پزشك خانواده و نظام ارجاع
  ۹. تعداد افراد ثبت نام شده به ازاء هر پزشك بسته به نیاز و حسب شرايط منطقه و تائيد ستاد استانی بين ۵۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر به ترتیبی که در اين دستور العمل آمده ، خواهد بود.
  ۱۰. استفاده از پزشك جانشين و جایگزین برابر ضوابط پیشگفت خواهد بود
  ۱۱. عقد قرارداد با سازمان های بیمه
  ۱۲. در مورد پزشكانی که در استخدام یکی از دستگاهها بوده و در مرکز بهداشتی درمانی داوطلب اجرای برنامه مشغول خدمت هستند، انجام اقدامات فوق و عقد قرارداد توسط مسئول مرکز مذکور انجام می‌شود. بدیهی این پزشك ، پزشك خانواده افرادی خواهد بود که او را انتخاب کرده اند و تابع کلیه مقررات پزشك خانواده هستند .
  ۱۳. دارا بودن فضای فیزیکی و تجهیزات مطابق استاندارد اعلام شده برای پایگاه پزشك خانواده
  ۱۴. بکار گیری یک فرد دارای صلاحیت علمی و حرفه ای ماما یا پرستار ( این فرد باید تعهدات قانونی خود را گذرانده و منعی برای کار نداشته باشد بدون نیاز به داشتن پروانه دفتر کار) که متعهد به ارائه خدمات طبق دستور العمل کشوری باشد در هر پایگاه (مطب انطباق یافته) پزشك خانواده

### ۳۳. نحوه عقد قرارداد و ارائه خدمت

همه سازمان‌های بیمه‌گر موظفند رأساً در چارچوب ضوابطی (از جمله : شرايط عمومی قرارداد، تعهدات پزشك خانواده و سازمان های بیمه، زمان قرارداد، شرايط تمدید و فسخ قرارداد و تعیین مرجع حل اختلاف در موارد مورد نیاز) که ستاد اجرایی کشوری در اختیار می‌گذارد با پزشكان خانواده متناسب با تعداد بیمه شده خودشان در آن واحد به منظور خرید خدمات آنان (مندرج در اين دستور العمل) و ماما یا پرستار همکار او با پزشك قرارداد بسته و یک نسخه از آن را به شبکه بهداشت شهرستان مربوطه ارسال نمایند

## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

سازمانهای بیمه گر موظف به عقد قرار داد با شخصیت حقوقی مراکز مجری برنامه پزشک خانواده جهت بسته خدمات تیم سلامت می باشد.

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

طبق یک بند مستقل در کلیه قراردادهای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع مدیر شبکه بهداشت و درمان (در مرکز استان رئیس مرکز بهداشت شهرستان مرکز استان) ناظر قرارداد و ارائه خدمات بوده و پرداختها برابر این دستورالعمل به پزشکان و تیم سلامت پس از گزارش و تأیید ایشان قابل انجام است. یادآور می شود در این شرایط مدیر شبکه بهداشت و درمان خود نمی تواند به عنوان پزشک خانواده فعالیت نماید

پزشکان متخصص اطفال و داخلی و پزشکی اجتماعی و عفونی در صورت علاقه مندی می توانند با همان تعرفه و نقش های تعریف شده برای پزشک خانواده یا پزشک خانواده مسئول در اجرای فعالیت های این دستورالعمل مشارکت کنند.

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

کلیه پزشکان خانواده و متخصص می بایست تمامی تجویزهای پزشکی شامل دارو، پاراکلینیک، مشاوره و سایر اقدام درخواستی را فقط در دفترچه های بیمه بنویسند.

ثبت نام پزشکان با پیگیری بیمه ها در سامانه سلامت ایرانیان و یا سیستم های الکترونیک متصل به این سامانه انجام و همچنین برای همه افراد که نزد پزشکان خانواده ثبت نام می کنند، پرونده الکترونیک سلامت برخط برابر استانداردهای سامانه جامع و همگانی سلامت ایرانیان تشکیل می شود.

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

فاصله ثبت نام نزد پزشک خانواده و اولین تغییر، و فاصله ی دو تغییر نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص با نظر ستاد شهرستان این مدت قابل کاهش است

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

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

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

در مناطق جغرافیایی ویژه که در صورت لزوم ستاد اجرایی کشوری اعلام می شود جمعیت تحت پوشش، مدت الزامی قرارداد قابل تعییر خواهد بود.

کار موظف پزشک خانواده در هفته ۴۴ ساعت (جز در روزهای تعطیل رسمی) است.

ساعت کار تیم سلامت روزانه ۸ ساعت در دو نوبت صبح و بعد از ظهر (۸ تا ۱۲ و ۴ تا ۸ و پنجشنبه ها فقط صبح) تعیین می گردد. ساعت آغاز و پایان، حسب مکان جغرافیایی و نیازهای منطقه و در موارد و شرایط خاص به پیشنهاد ستاد استانی و با تصویب ستاد اجرایی کشوری مشروط به رعایت دو شیفت و میزان ساعات کار الزامی قابل تعییر خواهد بود.

اشتغال پزشكان خانواده در موارد خاص با تشخيص ستاد عملياتي شهرستان و تائيد ستاد استان به منظور رفع نياز اورژانس بيمارستان و مراكز شبانه روزي شهرستان محل خدمت، براي مدت محدود تا بر طرف شدن نياز بلامانع است. ايام فوق در طول هر ماه نبايد حداكثر از ۳ شب تجاوز نمايد. بديهي است پرداخت كشيک اورژانس FFS خواهد بود.

پزشك خانواده در هنگام عقد قرارداد، يك پزشك واجد شرايط را به عنوان جانشين برابر ضوابط اين دستور العمل با اخذ مهر و امضاي ايشان معرفي مي نمايد. نام و نشاني محل كار پزشك جانشين كه توسط پزشك خانواده به صندوق بيمه مربوطه و ستاد عملياتي شهرستان اعلام مي شود بايد در جايي مناسب نصب شود و به صورتي مشخص به اطلاع همه افراد در پوشش برسد.

در صورتيكه پزشك به هر دليل نتواند به طور موقت در محل كار خود حاضر شود، لازم است مراتب را حداقل سه روز قبل به صندوق بيمه مربوطه، پزشك جانشين و از طريق پزشك خانواده مسئول به ستاد عملياتي شهرستان اطلاع دهد. در موارد اضطرار، مطلع ساختن پزشك خانواده مسئول و پزشك جانشين كفايت مي كند. پزشك خانواده مسئول محله موضوع را به بيمه و ستاد عملياتي شهرستان اطلاع خواهد داد. هر گاه پزشك خانواده در طول قرارداد خويش، ناگزير از ترك دايم محل باشد به منظور رعايت حال جمعيتي كه در پوشش خود دارد بايد در فاصله ي زماني دو تا سه ماهه ستاد عمليات شهرستان را از تصميم خود مطلع سازد.

با دريافت خبر مهاجرت يكي از پزشكان خانواده يا در صورت بروز حوادثي كه مانع ادامه ي خدمت پزشك باشد، بيمه ها با هماهنگي ستاد عملياتي شهرستان بايد براي جلوگيري از بروز وقفه در خدماتي كه به مردم ارائه مي شود هرچه زودتر با پزشك خانواده ديگري قرارداد ببندد.

تبصره: نحوه قرارداد، در پايدگاه ها (مطب هاي پزشكان عمومي) و مراكز مجري برنامه يكسان نبوده بطوريكه در پايدگاه قرارداد بابت پزشك و همكارش (ماما يا پرستار) با پزشك منعقد مي شود و در مراكز مجري با مالك و صاحب امتياز موسس مركز عقد قرارداد خواهد شد

#### ۳۴. انتخاب پزشك خانواده

سازمان هاي بيمه مبتني بر اين دستور العمل و با هماهنگي ستاد شهرستان نسبت به عقد قرارداد با پزشكان واجد شرايط اقدام و ضمن اطلاع رساني به افراد تحت پوشش خود نتيجه را جهت تدوين فهرست پزشكان واجد شرايط در محدوده شهرستان و اطلاع رساني به مشمولين طرح جهت انتخاب پزشك خانواده به ستاد استان اعلام مي نمايند.

انتخاب پزشك خانواده از سوي خانوار در فاصله مجاز تعيين شده اختياري است. در اين ميان تنها عامل محدود كننده نام نويسي كافي افراد نزد پزشكي معين و پرشدن ظرفيت او خواهد بود. انجام كلييه مراحل اطلاع رساني به بيمه شدگان براي انتخاب پزشك خانواده و نيز فراهم كردن امكانات و الزمات آن به عهده سازمان بيمه مربوطه بوده كه با هماهنگي ستاد عملياتي انجام مي شود در مواردی كه بيمه شده نتواند يا نخواهد پزشك خانواده را خود انتخاب كند، در اين حالت بيمه گر مربوطه بايد موضوع را با فرد در ميان گذارد و موافقت او با اين انتخاب يا پيشنهاد را كسب كند.

بيمه شدگان براي بهره مندي از خدمات پزشك خانواده و نظام ارجاع در انتخاب پزشك خانواده از پايدگاه ها (مطب) و مراكز مجري برنامه مختار هستند

محل ورود خانواده ها به برنامه پزشك خانواده و نظام ارجاع جهت ثبت نام و دريافت خدمات در سطح اول، محل زندگي و سکونت خانواده (حداكثر شعاع مجاز) است. براي افراي كه به هر دليل مانند اشتغال ادواري يا خوابگاهي بين محل سکونت و محل كار فرد در دو شهر جداگانه باشد، انتخاب محل سکونت يا كار براي ورود به برنامه آزاد است.

انتخاب پزشك خانواده در محدوده دسترسي از بين پزشكان طرف قرارداد بصورت اختياري، و انتخاب به صورت خانواري است به اين معني كه سرپرست خانوار مسئول انتخاب پزشك خانواده بوده اما انتخاب فردي هم مشروط به درخواست سرپرست با ذكر دليل و موافقت ستاد عملياتي شهرستان مقدور است.

در صورت تغيير محدوده جغرافيايي محل زندگي و يا كار بيمه شده، امكان تعويض پزشك خانواده با انجام هماهنگي لازم با بيمه و ستاد شهرستان بدون هرگونه محدوديتي وجود خواهد داشت.

### ۳۵. شرایط ثبت نام افراد

کلیه بیمه شدگان تحت پوشش بیمه ها براساس دفترچه معتبر و شماره ملی، احراز هویت شده و در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع توسط پزشکان خانواده ثبت نام می شوند.

تبصره ۱: مؤلفه های لازم برای تخصیص کد ملی اختصاصی عبارتند از: نام و نام خانوادگی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره شناسنامه، شماره سریال شناسنامه

تبصره ۲: در مورد کسانی که بیمه شده هستند اما شماره ملی ندارند (تبعه ایران نیستند) علاوه بر دفترچه بجای کد ملی از شماره گذرنامه استفاده می شود که می توان آن را بعنوان جایگزین کد ملی برای اینگونه افراد در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در نظر گرفت

### ۳۶. استحقاق درمان و حداقل مدت پرداخت سرانه

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

ملاک عمل دفترچه های بیمه دارای اعتبار بوده و داشتن حداقل سه ماه اعتبار در دفترچه از شرایط اصلی ثبت نام است و از تاریخ ثبت نام خانواده ها نزد پزشک خانواده (به شرط تداوم خدمت و رعایت استانداردها) سازمان های بیمه گر موظفند بدون توجه به استحقاق درمان بیمه شدگان تا ۶ ماه نسبت به پرداخت سرانه افراد فوق به تیم سلامت اقدام نماید

برای استفاده از خدمات بستری در سطح دوم و در صورت نیاز، استحقاق درمان به روش فعلی (دریافت تأیید استحقاق درمان قید شده در دفترچه از طریق فاکس بوسیله دفاتر اسناد پزشکی) دریافت می شود. البته به موازات بهبود روش و مکانیزاسیون می توان از روش های الکترونیک نیز بهره گرفت.

### ۳۷. دفترچه های درمانی موجود

در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع دفترچه های موجود تغییری نکرده و فرم های مورد نیاز (مانند ارجاع به سطوح بالاتر و دریافت بازخورد به سطح اول) حسب مورد استفاده خواهد شد. لیکن برای شناسایی پزشک خانواده هر فرد به ترتیبی که سازمان های بیمه گر طراحی و اعلام می نمایند نام پزشک خانواده فرد در دفترچه درج می گردد. و در بلند مدت کارت هوشمند سلامت جایگزین دفترچه ها می شود. در مورد برگ سفر در ادامه توضیحات لازم می آید

### ۳۸. شرایط انتخاب پزشک جانشین و جایگزین

ضابطه های انتخاب پزشک جانشین و جایگزین برابر موارد پیش گفت در این دستورالعمل و موارد زیر است:

۱. پزشک جانشین باید از بین پزشکان مراکز یا پایگاه های محدوده محل کار پزشک خانواده انتخاب شود و این انتخاب به تأیید ستاد عملیاتی شهرستان برسد. در صورت نبود پزشک واجد شرایط، از پزشکان خانواده محدوده مجاور انتخاب می شود.
۲. هر پزشک خانواده می تواند حداکثر به عنوان جانشین دو پزشک معرفی شود به شرط آنکه جانشینی دو پزشک، همزمان نباشد.
۳. بدیهی است مسئولیت پیگیری موارد قانونی و پرداخت به پزشک جانشین و پزشک جایگزین در چارچوب ضوابط قانونی با پزشک اولیه است.

### ۳۹. پرونده الکترونیک سلامت

پزشک خانواده و تیم سلامت موظف هستند برابر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت نسبت به تکمیل پرونده الکترونیک سلامت، انجام ویزیت پایه و ثبت کلیه اقدامات، ارجاعات و نتایج خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی در این پرونده برخط اقدام نمایند. بدین ترتیب پرونده الکترونیکی سلامت به مجموعه اطلاعات مرتبط با سلامت شهروندان اطلاق می گردد که به صورت مداوم در طول زندگی افراد به شکل الکترونیکی ذخیره گردیده و بدون محدودیت زمان یا مکان در دسترس افراد مجاز قرار خواهد گرفت. بدین منظور هر مرکز ارائه خدمات سلامت، بایستی مجهز به سیستم اطلاعاتی باشد که اطلاعات سلامت شهروندان را در کنار خدمات سلامت ارائه شده، به شکل

الکترونیکی ذخیره نماید. ضروری است حداکثر تلاش جهت فراهم آوردن الزامات استقرار این سامانه توسط دست اندرکاران صورت گرفته و استقرار پرونده الکترونیکی عملیاتی گردد.

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

#### ۴۰. نظام پرداخت به پزشك خانواده (سطح اول)

حق الزحمه پزشك خانواده بصورت سرانه پرداخت می شود. میزان سرانه پایه پزشك خانواده و دستیارش (ماما یا پرستار) به ازای هر نفر در ماه ۱۷۵۰۰ ریال خواهد بود که با توجه به پذیرش گروههای خاص سنی و جنسی و نیز برخی از خدماتی که در ذیل خواهد آمد افزایش می یابد

#### ۴۱. نحوه محاسبه سرانه فعلی پزشك خانواده

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

پزشك خانواده مسئول حداکثر می تواند ۲۰۰۰ نفر را (به دلیل داشتن وقت کافی برای نظارت بر عملکرد پزشكان پایگاه های محله خود و نیز نظارت و پیگیری سلامت عمومی در آن محله) تحت پوشش مستقیم قرار دهد.

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

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

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

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

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

تبصره ۲: نرخ سرانه پایه پزشك خانواده هر سال توسط شورای عالی بیمه بر مبنای رشد تعرفه، رشد حقوق و دستمزد و سایر پارامترهای تاثیرگذار بازبینی خواهد شد.

#### ۴۲. تغییرات میزان سرانه به ازای تعداد جمعیت تحت پوشش:

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



## دستور العمل نظام ارجاع و پزشك خانواده در مناطق شهري، نسخه (۰۲)

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

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

۵۰۱ نفر تا ۱۰۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۱,۱

۱۰۰۱ نفر تا ۱۵۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۱,۲

۱۵۰۱ نفر تا ۲۰۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۱,۳

۲۰۰۱ نفر تا ۲۲۵۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۰,۵

۲۲۵۱ نفر تا ۲۵۰۰ نفر باشد میزان سرانه برابر خواهد بود با = سرانه پایه ضربدر ۰,۳

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

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

### ۴۳. چگونگی پرداخت سرانه پزشك خانواده

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

### ۴۴. تعیین سرانه پزشك خانواده و ارزیابی عملکرد

بر اساس نتایج استخراج شده از چک لیستهای ارزیابی عملکرد، سرانه پزشك خانواده تا ۲۰ درصد قابل افزایش یا کاهش خواهد بود

### ۴۵. سرانه پزشك خانواده و سوابق کاری

در بدو همکاری پزشکان با برنامه پزشك خانواده، به ازای هر سال از زمان فراغت از تحصیل (از پزشکی عمومی) به میزان ۱٪ به سرانه ی پرداختی (۵۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر) افزوده می شود. لازم به ذکر است که مدت بیش از ۲۰ سال قابل محاسبه نمی باشد.

### ۴۶. سرانه پزشك خانواده و مدت مشارکت در طرح

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

### ۴۷. سرانه پزشك خانواده و جمعیت تحت پوشش

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

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

پزشك خانواده باید در اسرع وقت با همکاری ماما/پرستار تیم نسبت به تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و انجام ویزیت پایه و ارائه مراقبت های فعال مبتنی بر سامانه سلامت ایرانیان اقدام نماید. ثبت نام کامل با اطلاعات دموگرافیک برای شروع پرداخت سرانه اجباری است و بدون آن سرانه قابل پرداخت نخواهد بود

تكميل پرونده سلامت الكترونيك و انجام ويزيت پايه براي تك تك افراد الزامی است با توجه به زمانبري تشكيل پرونده، هر پزشك حداقل به ازاي هر ۵۰۰ نفر ثبت نام شده حداكثر يكماه فرصت براي ويزيت پايه و تكميل پرونده خواهد داشت بديهي است هرگاه طی اين زمان پرونده تكميل نشود بابت افراديكه پرونده سلامت آنان تكميل نگرديده است، صرفاً ۶۰٪ سرانه به او پرداخت و با اضافه شدن همراه به اين تأخير ۱۰٪ ديگر از اين ۶۰٪ سرانه تا ششماه کاهش و بعد از آن درمورد ادامه همكاري ايشان با برنامه توسط ستاد شهريستاني تصميم گيري می شود

تبصره:

زنان باردار، افراد بالای ۶۰ سال و کودکان زیر ۵ سال بيماران شناخته شده مزمن بايد در هنگام ثبت نام ويزيت پايه آنان انجام و پرونده الكترونيك سلامت آنان تكميل گردد و گر نه هيچ سرانه ای بابت اين افراد پرداخت نمی شود  
يادآور می شود پزشكي كه هنوز ليست و ظرفيت او پر نشده به هيچ عنوان حق عدم ثبت نام افراد جديد را نخواهد داشت  
حق الزحمه ساير خدمات ارائه شده توسط پزشكان خانواده :

حق الزحمه خدماتی مانند: ختنه، بخيه زدن و دبريدمان، كشيدين ناخن، برداشتن خال و لبيوم و زگيل، نمونه برداري از پوست و مخاط و... (كه ليست كامل آن توسط ستادكشوري اعلام خواهد شد) كه توسط پزشكان خانواده ارائه می شود با اخذ ۳۰٪ تعرفه دولتي از بيمار و ۷۰٪ تعرفه دولتي از بيمه ها قابل انجام است.

تبصره: انجام هرگونه تزريقات و سرم تراپي شامل بند فوق نبوده و در سرانه پزشك خانواده ديده شده است

#### ۴۹. پرداخت سرانه به پزشك خانواده در مناطق محروم

در مناطق محروم براي هر فرد ثبت نام شده بين ۴ تا ۴۰٪ صرفاً به سرانه ی پایه اضافه می شود. تعيين مناطق محروم با استناد به مصوبه ضريب تعرفه ترجيحي مناطق محروم (نامه ۶/۵۲۸۱۱/س مورخه ۸۱/۴/۲۹ برنامه ۳۰۴۳۹ ذيل ردیف ۱۲۹۱۰۹ قانون بودجه سال ۱۳۸۱ تعرفه ترجيحي مناطق محروم كه پيوست است) خواهد بود

#### ۵۰. حق الزحمه مشاوره

حق الزحمه مربوط به درخواست مشاوره از كارشناسان پروانه دار شاغل در حرف مشاوره تغذيه، روانشناس باليني، بنيابي سنجي؛ شنوايي سنجي در صورت ارجاع از طرف پزشك خانواده برابر تعرفه های مصوب هيئت دولت در بخش دولتي و يا خصوصي و به شرط ارسال بازخورد از طريق بيمه ها قابل پرداخت می باشد.  
تبصره: خدمات دندانپزشكي برابر ضوابط جاري سازمان های بيمه گر خواهد بود.

#### ۵۱. نظام پرداخت پزشك متخصص در سرپايي (سطح دوم)

روش پرداخت به پزشك متخصص بصورت كارانه (پرکيس) می باشد

حق الزحمه پزشك متخصص و فوق تخصص و فلوشپ بشرح ذيل تعيين می گردد:

هرگاه پزشك خانواده، به هر دليل يكي از افراد تحت پوشش خود را به پزشك متخصص ارجاع دهد، در صورت رعايت استانداردهای لازم توسط متخصص و ارائه بازخورد به پزشك خانواده، اين فرد در مراجعات سرپايي بايد (در بخش دولتي و خصوصي حسب مورد ۱۰ درصد يك ويزيت) را پرداخت نمايد در صورتيكه مراجعه به بخش خصوصي باشد بيمه ها ۹۰٪ ويزيت خصوصي كامل بعلاوه دو ويزيت كامل دولتي را در صورت رعايت استانداردها از جمله ارائه پس خوراند، به پزشك خواهند پرداخت و اگر فرد به بخش دولتي مراجعه کرده بود در صورت تمام وقت جغرافيايي بودن پزشك برابر تعرفه تمام وقتي در غير اينصورت سه ويزيت دولتي و در صورتی كه فرد خارج از سيستم ارجاع به پزشك متخصص مراجعه كند، بايد ۱۰۰ درصد ويزيت پزشك متخصص را شخصاً پرداخت نمايد و در اين حالت كليه هزينه ها كلينيك و پاراكلينيك، داروخانه و... به عهده بيمار خواهد بود.

در بيمارستانهای دانشگاهی و دولتي:

پرداخت ۹۵٪ هزینه خدمات بستری طبق تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش دولتی به عهده بیمه ها خواهد بود که در صورت رعایت استانداردها و ارائه فیدبک ارجاع و تأیید پزشک خانواده معادل ۵۰ درصد حق الزحمه پزشک معالج به این مبلغ اضافه خواهد شد. (قواعد تمام وقتی به قوت خود باقی است لیکن مازاد پرداختی به ازای فیدبک همان ۵۰٪ یک K حق الزحمه صرفاً به پزشک معالج خواهد بود)

اما در بیمارستانهای غیردولتی، خیریه و... پرداخت ۹۵٪ هزینه خدمات بستری طبق تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش دولتی به عهده بیمه می باشد در صورت ارائه فیدبک ارجاع معادل ۵۰ درصد حق الزحمه دولتی پزشک معالج به این مبلغ اضافه خواهد شد (فرانشیز سهم بیمار ۵٪ تعرفه های مصوب هیات وزیران به اضافه مابه التفاوت تعرفه های مصوب هیات وزیران در بخش مربوطه به عهده بیمه شده خواهد بود).

در کلیه موارد بیمه شده به هیچ وجه بابت فیدبک وجهی نمی پردازد

تبصره : در خصوص ارجاع بیماران الکتیو، اختیار انتخاب تخصص و ویژگی های بیمارستان با پزشک است و انتخاب متخصص یا بیمارستان جهت بستری از بین بیمارستانهای دارای ویژگی لازم توسط بیمار انجام می شود  
تعداد ارجاعات پزشک خانواده به متخصص و فوق تخصص نباید از حد استاندارد تعریف شده توسط ستاد اجرایی کشوری پزشک خانواده و نظام ارجاع بیشتر باشد و در صورت عدم رعایت استاندارد، متناسب با عدول از استاندارد تعریف شده از سرانه پرداختی پزشک خانواده کسر خواهد شد.

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

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

ضوابط پرداخت به فوق تخصص ها بابت خدمات بستری همانند متخصصین است.

#### ۵۳. نظام پرداخت در مراکز دارویی در سرپایی

فرانشیز داروی سطح اول ۰٪ بوده در سطح دوم و سوم مانند شرایط فعلی خواهد بود و ظرف ششماه مدل دسته بندی فرانشیز دارو ها توسط بیمه ها ارائه می شود

در خارج از نظام ارجاع، کلیه هزینه های دارویی به عهده بیمار خواهد بود.

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

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

#### ۵۴. نظام پرداخت در آزمایشگاه و تصویربرداری در سرپایی

اگر نسخه بیمار توسط پزشک خانواده، متخصص و فوق تخصص به آزمایشگاه و تصویربرداری طرف قرارداد و در قالب نظام ارجاع، ارجاع شده باشد، ۸۰٪ هزینه در بخش دولتی و ۷۰٪ هزینه در بخش خصوصی (طبق تعرفه توافقی) به عهده سازمان های بیمه خواهد.

اگر بیمار جهت دریافت خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری به مراکز غیر طرف قرارداد مراجعه نماید پرداخت صد درصد هزینه ها به عهده وی خواهد بود.

در خارج از نظام ارجاع، کلیه هزینه های آزمایشگاهی و تصویربرداری به عهده بیمار خواهد بود.

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

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

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

**۵۵. شیوه شناسائی پزشکان خانواده و پزشکان متخصص طرف قرارداد توسط مراکز پاراکلینیک**  
برای اینکه داروخانه یا پاراکلینیک به راحتی تشخیص دهد که پزشکی که دارو یا خدمت را تجویز کرده است از چه رابطه ای با سازمان های بیمه گر برخوردار است بیمه ها تدابیر لازم را طراحی و اجرا خواهند کرد.

#### **۵۶. شرایط باز پرداخت هزینه دارو و پاراکلینیک**

الف: سطح اول: پرداخت هزینه دارو و پاراکلینیک منوط به ارسال برگ سبز دفترچه و یکسان بودن مهر پزشک خانواده با اطلاعات پزشک خانواده بر روی دفترچه ( با حداکثر دو هفته اعتبار از زمان تجویز)،  
ب: سطح دوم و سوم: پرداخت هزینه دارو و پاراکلینیک منوط به ارسال برگ سبز دفترچه و بین ارجاع و صحت کنترل موارد زیر است:  
انطباق شماره درج شده نظام پزشکی پزشک خانواده یا جانشین وی بر روی نسخه، با مهر روی بن ارجاع و تاریخ تجویز ( با حداکثر دو هفته اعتبار از زمان تجویز)، وجود نقش مهر و تاریخ درج شده توسط پزشک متخصص در پشت بن ارجاع،

#### **فصل هشتم: مراحل اجرایی و گردش کار در سطح اول**

پس از تصویب نهایی فصول فوق مراحل اجرایی توسط ستاد اجرایی کشوری تهیه و لازم الاجرا می باشد