

دستور العمل برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع



دستورالعمل برنامه ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع - دارای دو بخش سیاستی و اجرایی» است که توسط وزارت بهداشت در پاییز ۱۴۰۴ به عنوان نسخه ۰۳ تدوین و در اسفند همان سال ابلاغ گردید.

هدف آن تنظیم اجرای عملیاتی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور بر اساس اسناد بالادستی و شواهد بین‌المللی است.

اهداف کلان برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

- ❖ ارتقای سطح سلامت فردی ، خانوادگی و اجتماعی جامعه ایرانی با بالاترین سطح امید به زندگی
- ❖ ارتقای مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت
- ❖ کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم در پرداخت هزینه های سلامت
- ❖ افزایش دسترسی عادلانه مردم و بهره مندی از مراقبتها و خدمات سلامت فعال و با کیفیت
- ❖ شفافیت فرایند گردش مالی و مدیریت بهینه منابع نظام سلامت در راستای افزایش دسترسی و مشارکت مالی عادلانه
- ❖ افزایش فرزندآوری ، حفظ و ارتقاء جوانی جمعیت و سلامت و تکریم مادران
- ❖ استقرار نظام یکپارچه الکترونیکی و تسهیل ارتباط بین سطوح مختلف ارائه خدمت و سازمانهای بیمه گر

اهداف اختصاصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

- کاهش پرداخت از جیب و دستیابی به شاخص پرداخت از جیب کمتر از ۳۰ درصد
- کاهش درصد خانوارهایی که دچار هزینه های تحمل ناپذیر (کاتاستروفیک) میشوند به میزان ۲ درصد
- پوشش کامل (۱۰۰ درصد) بیمه پایه سلامت برای تمامی جمعیت ایرانی کشور
- دستیابی به سرانه یک پزشک خانواده به جمعیت به ازای هر ۳۰۰۰ نفر جمعیت
- کاهش درصد مرگ ناشی از سکته های قلبی در سنین زیر ۵۵ سال نسبت به سال پایه در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۷.۵ درصد
- کاهش DMFT در ۱۲ ساله ها نسبت به سال پایه در قالب برنامه پزشک خانواده از ۲.۱ به ۱.۴
- دستیابی به شاخص پایش شناسایی و کنترل (بیماران قند) دیابتیک در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۵۰ درصد
- دستیابی به شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران با فشار خون بالا افراد بالای ۳۰ سال در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۶۰ درصد

اهداف اختصاصی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

- دستیابی به شاخص پایش (شناسایی و کنترل) بیماران با اختلالات چربی خون در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان 85 درصد
- دستیابی به شاخص پایش (کنترل) سه عامل قند خون، فشار خون و چربی در بیماران قند (دیابتیک) در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۴۰ درصد
- کاهش شاخص مصرف دخانیات در قالب برنامه پزشک خانواده به میزان ۱۰ درصد
- افزایش دسترسی جمعیت تحت پوشش برنامه به مراقبتهای پیشگیرانه سلامت به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان سال اول برنامه در شهرستان های مجری برنامه
- افزایش ۱۰ درصدی سالیانه پوشش خدمات مراقبتی (گروههای سنی و هدف) تا حداقل ۶۰ درصد
- افزایش ۵ درصدی سالیانه آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد جامعه جهت مراقبت از سلامت خود، خانواده و جامعه
- دستیابی به شاخص های کنترل فاکتورهای خطر از جمله چاقی، کاهش فعالیت بدنی، رژیم غذایی ناسالم و استرس به میزان ۵۰ درصد

ذی نفعان کلیدی در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- سازمان های بیمه گر پایه (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تامین اجتماعی، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح)
- نهادهای سیاست گذار بالادستی (مجلس شورای اسلامی ، سازمان برنامه و بودجه کشور، شورای عالی بیمه سلامت کشور)
- دانشگاه های علوم پزشکی و شبکه های بهداشتی و درمانی
- تیم سلامت در سطح اول
- پزشکان متخصص و فوق تخصص در سطح دو و سطح سه (سرپایی و بستری)
- مراکز درمانی (مراکز سلامت، درمانگاه ها ، بیمارستان ها)
- شرکت های توسعه دهنده سامانه های اطلاعاتی سلامت
- گیرندگان خدمت
- سایر سازمان های همکار (سازمان نظام پزشکی و انجمن علمی تخصصی)

الزامات اجرایی برنامه

- فرهنگ سازی ، اطلاع رسانی و مشارکت اجتماعی
- آموزش ، تامین و توانمند سازی منابع انسانی
- بسته خدمات سلامت ، ساختار ، فرآیند نظام ارجاع و تعالی بالینی
- مدیریت منابع مالی (تامین ، تخصیص و نظام پرداخت)
- مدیریت آمار و فناوری اطلاعات سلامت
- پایش و نظارت و اعتبار بخشی

ساختار اجرایی و نظارتی (کمیته های ملی و استانی)

- ستاد ملی (رئیس جمهور بعنوان رئیس ستاد-معاون اول جانشین رئیس ستاد- وزیر بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی دبیر ستاد)
- ستاد هماهنگی کشوری (وزیر بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی رئیس ستاد--معاون بهداشت وزارت بهداشت بعنوان دبیر و مسئول دبیرخانه ستاد هماهنگی)
- ستاد اجرایی کشوری (رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت بعنوان رئیس ستاد --- رئیس مرکز بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت بعنوان دبیر ستاد)
- ستاد راهبری استان در دستورالعمل (استاندار رئیس ستاد - رئیس دانشگاه مرکز استان دبیر ستاد)
- در استان زنجان (استاندار رئیس ستاد - رئیس دانشگاه جانشین استاندار درستاد و معاون بهداشت دانشگاه دبیر ستاد)
- ستاد اجرایی استان (رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان بعنوان رئیس ستاد - معاون بهداشت و رئیس مرکز بهداشت استان بعنوان جانشین و دبیر ستاد)
- ستاد اجرایی شهرستان (فرماندار بعنوان رئیس ستاد - رئیس شبکه بعنوان جانشین و دبیر ستاد)

پنج مؤلفه کلیدی برای موفقیت برنامه عبارت‌اند از:

- ۱) انتساب و ثبت نام جمعیت و مسئولیت پذیری 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 تعدیل شده، پرداخت مبتنی بر عملکرد، و مشوق‌های کیفیت
- ۵) استفاده از فناوریهای دیجیتال سلامت شامل پرونده الکترونیک سلامت، مسیرهای بالینی هوشمند

سطح بندی واحدهای ارائه دهنده خدمات

نام سطح	شرح خدمات
سطح پایه	خدمات خود مراقبتی فرد و خانواده و خدمات مشارکت اجتماعی
سطح یک	خدمات مراقبت های اولیه سلامت فرد، خانواده، جامعه شامل پیشگیری، آموزش و افزایش سواد سلامت فرد و خانواده، غربالگری، ارزیابی تشخیص و درمان بیماریها بر اساس بسته خدمت مراقبت های گروه های سنی از جنینی تا کهنسالی طب ایرانی، فرزند آوری، مدیریت خطر و بلایا، نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت و ...
سطح ۲	خدمات تخصصی و فوق تخصصی واحدهای سرپایی موجود در نظام سلامت
سطح ۳	خدمات تخصصی و فوق تخصصی واحدها بستری موجود در نظام سلامت

ساختار نظام شبکه در سطح یک

خانه بهداشت	روستای اصلی	محل استقرار خانه بهداشت		(۸۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر) حدود ۲۰۰۰ نفر یک خانه بهداشت (۸۰۰ تا ۱۲۰۰ نفر) یک بهورز زن و یک بهورز مرد مشترک با خانه بهداشت مجاور
	روستای قمر	با فاصله کمتر از ۶ کیلومتر از خانه بهداشت		
	روستای تیم سیار	مستقیم تحت پوشش شهر		
پایگاه سلامت	پایگاه سلامت روستایی	۳۵۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر تبدیل خانه بهداشت به پایگاه روستایی و اختصاص مراقب سلامت به ازای هر ۱۵۰۰ نفر		
	پایگاه سلامت شهری و پزشکی خانواده	ضمیمه داخل یا جنب مرکز	غیر ضمیمه در فاصله قابل دسترس به مرکز /امکان استقرار پایگاههای سلامت /پزشک خانواده متعدد در یک ساختمان با عنوان مجتمع پایگاهی میسر است.	به ازای هر ۳۰۰۰ نفر در مناطق شهری
		نیروی انسانی: به ازای هر ۳۰۰۰ نفر یک پزشک هر ۱۵۰۰ نفر یک مراقب سلامت/ماما یک نفر منشی		

ساختار نظام شبکه در سطح یک

* ۴۰۰۰ نفر یک پزشک * ۲۰۰۰۰ نفر یک روان * ۲۰۰۰۰ نفر یک تغذیه * ۲۰۰۰۰ نفر یک دندانپزشک سه مرکز قابل دسترس * کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای * دستیار دندانپزشک * ماما هر ۴۰۰۰ نفر * فناوری اطلاعات * پرستار هر ۸۰۰۰ نفر * راننده * آزمایشگاه هر ۲۰۰۰۰ نفر * نگهبان (سرایدار) * کارشناس ناظر بیماریها به ازاء هر ۲۰۰۰۰ نفر برای	مرکز خدمات جامع سلامت روستایی ۴۰۰۰-۱۲۰۰۰ نفر	مرکز خدمات جامع سلامت
* پزشک ، ماما دندانپزشک، مراقب سلامت دهان و دندان و آزمایشگاه به ازای ۴۰۰۰۰ نفر * روان و تغذیه هر ۲۰۰۰۰ نفر * رادیولوژی (خرید خدمت از بیمارستان و ...) کارشناس بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناس ناظر بیماریها، فناوری اطلاعات	مرکز خدمات جامع سلامت شهری ۴۰۰۰۰ نفر یک نفر	

نحوه بکارگیری نیرو

در واحدهای ارائه خدمت دولتی دانشگاهی، سازمانهای بیمه گر پایه، خریدار خدمت و شبکه / مرکز بهداشت شهرستان، طرف قرارداد با ارائه دهنده خدمت می باشند و نظارت به صورت مشترک انجام خواهد شد.

۱- نیروی بخش دولتی دانشگاهی

۲- مراکز ملکی سازمان تأمین اجتماعی (در فضای ملکی)

۳- در صورت نیاز خرید خدمت از بخش غیر دولتی

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 درمورد ادامه یا عدم ادامه همکاری با پزشک خانواده تصمیم گیری نماید

نکات مهم پزشک خانواده شهری

- سرپرست خانوار از میان مجموعه پزشکان خانواده در محدوده جغرافیایی تحت پوشش و مطابق ساختار شبکه، یک پزشک را بعنوان پزشک خانواده خود و افراد تحت تکفل انتخاب می کند.
- بصورت الکترونیکی/حضوری انتساب جمعیت به خانوار با ثبت نام در سامانه صورت می گیرد.
- برای افراد دارای اشتغال ادواری یا خوابگاهی بین دو محل سکونت، انتخاب محل سکونت یا کار برای ورود به برنامه آزاد است.
- تحت شرایط خاص فرد می تواند خارج از خانوار نسبت به انتخاب پزشک خانواده اقدام نماید.
- بیمه شده حداکثر دو بار در سال با فاصله حداقل سه ماه می تواند تا پنجم ماه (ابتدای ماه) پزشک خانواده خود را تغییر دهد.
- در صورت خروج ناگهانی پزشک خانواده از برنامه، حداکثر تا یک ماه پزشک خانواده جدید اعلام و تا آن زمان توسط پزشک خانواده همپوشان خدمات ارائه می شود .

نکات مهم پزشک خانواده شهری

- خانوارهای غیر ایرانی فاقد پوشش بیمه برای خدمات بهداشتی به واحدهای دولتی دانشگاهی و خدمات درمانی با اعمال تعرفه دو برابر تعرفه بخش دولتی قابل ارائه است.
- به شهروندان اختیار داده می شود که نوبت کاری مورد نظر و پزشک خانواده خود را انتخاب کنند.
- ساعت کاری موظف پایگاه سلامت از شنبه تا چهارشنبه ۷ صبح تا ۱۴ و ۱۴ تا ۲۱ خواهد بود. در روزهای پنجشنبه ۷ صبح تا ۱۳ و ۱۳ تا ۱۹ خواهد بود.
- در غیر از ساعات اداری و روزهای تعطیل، بیماران برای دریافت خدمات درمانی و فوریت پزشکی می توانند به مراکز شبانه روزی و اورژانس بیمارستانها مراجعه کنند.
- پزشک خانواده در هنگام عقد قرارداد، یک پزشک واجد شرایط بعنوان پزشک همپوشان معرفی می نماید. در صورتیکه پزشک خانواده بطور موقت نتواند در محل کار خود حضور یابد از ۳ روز قبل با پزشک همپوشان هماهنگی های لازم را انجام و به مسئول مرکز اطلاع می دهد.
- پزشک خانواده در صورتیکه تمایل به لغو قرارداد داشته باشد حداقل دو ماه قبل ستاد اجرایی شهرستان را مطلع می نماید.

نکات مهم پزشک خانواده شهری

- چنانچه فرد خارج از شهرستان محل استقرار خود، مراجعه اورژانسی به مراکز درمانی داشته و سطح تریاژ وی ۴ یا ۵ تشخیص داده شود خدمات را با تعرفه ۳۰٪ دریافت می کند. و چنانچه تریاژ ۱ تا ۳ باشد خدمات رایگان خواهد بود.
- چنانچه شرایط مسافر اورژانسی نباشد با مراجعه به پزشکان سطح یک همان منطقه خدمات لازم را بصورت مهمان با فرانشیز ۳۰٪ دریافت می نماید.
- مسئولیت ارجاع و اخذ نوبت بر عهده پزشک خانواده می باشد.
- فرانشیز بیمار در مراجعه به پزشک خانواده تا ۴ مراجعه اول در طول سال رایگان و از مرحله پنجم به بعد تا ۵۰ درصد حداقل ۳۰٪ تعرفه دولتی خواهد بود.
- فرانشیز مادران باردار، بیماران نادر و صعب العلاج و کودکان زیر ۷ سال و بیماران مزمن رایگان خواهد بود.
- در صورت مراجعه فرد به پزشک خانواده غیر از خود یا غیر همپوشان، تعرفه صد در صد دریافت می گردد.

فرآیند ارائه خدمت در مناطق روستایی

- خدمات 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
- چنانچه مرکز بیش از ۳۰ کیلومتر از مرکز شبانه روزی / بیمارستان فاصله دارد مراکز تجمیعی و ۱۶ ساعته با سقف جمعیتی ۲۰۰۰۰ نفر راه اندازی می شود. بیتوته مراکز تجمیعی توسط پزشکان مراکز فاقد بیتوته انجام می شود.
- جلسات هیأت امناء حداقل فصلی یکبار با حضور اعضاء: دهیار، نماینده شورا، مدیر یا معلم، معتمد روستا، شورای حل اختلاف، بهورز ماما، بهداشت محیط و پزشک تشکیل می شود. در شهر زیر ۲۰۰۰۰ بخشدار بجای دهیار حضور می یابد. هدف از تشکیل جلسات هیات امناء، اطلاع رسانی و آموزش برنامه پزشکی خانواده، هماهنگی با بخشدار و فرماندار و اطلاع رسانی به آنها در مورد شاخص های سلامت و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در منطقه و جلب مشارکت خیرین و حل مشکلات اجرایی مانند تامین و توسعه محل اسکان مناسب برای بیتوته پزشک و سایر کارکنان می باشد.

فرآیند ارائه خدمت در مناطق روستایی

- پارکلینیک خارج از بسته خدمات مراقبتی سطح یک برای جمعیت روستایی، بر اساس تجویز پزشک و پرداخت FFS خواهد بود و خدمات پاراکلینیک طبق بسته خدمات بصورت نمونه گیری یا آزمایشگاهی در مراکز تابعه انجام می گیرد.
- خدمات آزمایشگاهی رایگان شامل آزمایشات مادران باردار (دو نوبت) ، غربالگری جمعیت بالای سی سال (fbbs و scrun cholesterol) و غربالگری نوزادان (TSH ، PKU ، GOPD) (در صورت وجود امکانات بر حسب نیاز) می باشد.

تعریف تعیین کننده های اجتماعی سلامت (SDH):

- به مجموعه ای از شرایط اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، محیطی و ... اشاره دارد که افراد در آن متولد می شوند، رشد می کنند، زندگی می کنند، کار میکنند و پیر می شوند.

مهم ترین دسته بندی عوامل (طبق مدل معروف WHO):

- ۱- شرایط اقتصادی و اجتماعی (درآمد، شغل، تحصیلات و.....)
- ۲- محیط فیزیکی (مسکن ، دسترسی به آب و غذای سالم ، آلودگی هوا و.....)
- ۳- عوامل مرتبط با سیستم سلامت (دسترسی به خدمات ، کیفیت مراقبت ، حفاظت مالی)
- ۴- عوامل فردی و رفتاری (سبک زندگی)
- ۵- عوامل زمینه ای (سن ، جنس ، قومیت و.....)

تعریف تعیین کننده های اجتماعی سلامت (SDH):

ضرورت پرداختن به SDH:

- ۱- درک واقع بینانه از سلامت (بیش از ۵۰ تا ۶۰ درصد سلامت توسط عوامل اجتماعی تعیین میشود)
- ۲- کاهش نابرابری های سلامت (تفاوت سلامت در گروه های فقیر و ثروتمند، تحصیلات بالا و پایین)
- ۳- مقرون به صرفه بودن (پیشگیری از بیماری های پرهزینه بازده بالای اقتصادی برای نظام سلامت و جامعه دارد)
- ۴- افزایش اثربخشی خدمات سلامت (درمان بیماری بدون در نظر گرفتن زمینه اجتماعی اغلب بی ثمر است)
- ۵- تعهدات بین المللی (کشورها موظف به پرداختن به SDH می باشند)

نقش های کلیدی تیم سلامت در مواجهه با SDH:

- ۱-شناسایی و غربالگری
- ۲-مدیریت بالینی یکپارچه
- ۳-ارتباط و ارجاع
- ۴-مشاوره و توانمندسازی
- ۵-دادخواهی برای سلامت
- ۶-پژوهش و مستندسازی
- ۷-تشکیل منظم جلسات هیات امنای مراکز و پیگیری مصوبات جلسه با مشارکت مردم و سازماندهی فرابخشی
- ۸-جلب مشارکت مردم برای برنامه ریزی
- ۹-جمع بندی و ارسال مشکلات کلان به سطوح بالاتر و مشارکت فعال در فعالیت های اجتماعی منطقه تحت پوشش

نقش هیات امنای در SDH:

- ۱-هماهنگی بین بخشی
- ۲-جذب و تخصیص منابع
- ۳-تصمیم گیری و سیاست گذاری محلی
- ۴-پشتیبانی و رفع موانع
- ۵-نظارت و ارزیابی

نقش پزشک خانواده در هیأت امناء:

پزشک خانواده بعنوان عضو تخصصی و رابط اصلی بین تیم سلامت و هیأت امناء، نقش حیاتی دارد.

۱- ارائه دهنده داده و شواهد

۲- ترجمه علمی مسائل

۳- مشاور فنی

۴- ارزیابی تاثیر سلامت

۵- پل ارتباطی

«مداخله در تعیین کننده های اجتماعی سلامت (SDH) نیازمند یک رویکرد کل نگر و مشارکتی است. در این مدل، پزشک خانواده و تیم سلامت به عنوان ارایه کنندگان خدمات سلامت و نیزمدافع سلامت در سطح فرد و جامعه، و هیأت امناء به عنوان تسهیل گر و توانمندساز در سطح محلی عمل میکنند. موفقیت نظام سلامت در گرو همکاری عمیق این دو بخش برای ایجاد "محیط های حامی سلامت" در چارچوب نظامهای سلامت عادلانه، جامع، یکپارچه و مردم محوری باشد.

نکاتی در خصوص سطح ۲ و ۳ ارائه خدمت

- اولویت ارجاع در مورد بیمه شدگان صندوق تأمین اجتماعی ارجاع متخصص مستقر در مراکز ملکی سازمان تأمین اجتماعی و سپس درمانگاه تخصصی دانشگاهی می باشد و در بیمه شدگان بیمه سلامت ابتدا با متخصص و فوق تخصص دانشگاهی و سپس متخصص مستقر در مراکز ملکی می باشد.
- در صورت ارجاع بیمار صعب العلاج، بیمار خاص در صورت نیاز به تداوم خدمات، نیاز به ارجاعات بعدی توسط پزشک خانواده وجود ندارد و نوبت گیری برای ویزیت های آتی توسط ایستگاه ارجاع سطح دو انجام می شود.
- ارجاع افقی می تواند از طریق پزشک متخصص به سایر رشته های تخصصی و فوق تخصصی صورت پذیرد و امکان ارجاع به پزشک هم رشته وجود ندارد.
- وظایف ایستگاه ارجاع : اطمینان از عملکرد درست در سامانه نوبت دهی، تعیین ظرفیت بخش سرپایی، تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاری و بررسی و پایش مستمر بار مراجعین و نوبت دهی بر اساس نیاز واقعی جامعه می باشد در صورت هر گونه تغییر در حضور پزشکان، اطلاع رسانی به بیمار از طریق سامانه پیامکی و تماس تلفنی توسط ایستگاه ارجاع ضروری است. مدیریت پذیرش بیمار ارجاعی و هدایت بیمار برای دریافت خدمات و اطمینان از باز خورد از وظایف ایستگاه ارجاع است.

نکاتی در خصوص سطح ۲ و ۳ ارائه خدمت

- **گروه اول** متخصصین: در بیمارستانها و کلینیک ها حداقل هشت رشته تخصصی کودکان، زنان و زایمان، داخلی، جراحی عمومی، بیهوشی، پاتولوژی، رادیولوژی و بیماریهای قلب و عروق بصورت تمام وقت جغرافیایی برای تمامی ایام هفته و بصورت ۲۴ ساعته در مراکز مجری پزشکی خانواده فعالیت می نمایند. از هر تخصص ۲ نفر بجز پاتولوژی (یک نفر)
- اولویت تأمین هشت گروه فوق نیروهای موجود، متعهد خدمت، سایر شهرستانها، اعزام نیرو، تأمین اجتماعی و خرید خدمت بخش خصوصی می باشد.
- **گروه دوم:** متخصصین شامل ۱۰ رشته بیماری (مغز و اعصاب، ارتوپد، جراحی مغز و اعصاب، پوست و مو، عفونی و گرمسیری، جراحی کلیه و مجاری ادراری، چشم، روانپزشکی، طب فیزیکی، گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن) و رشته های فوق تخصصی می باشد که نیاز سنجی جهت بکارگیری به درخواست دانشگاه با تایید معاونت درمان خواهد بود. که بصورت تمام وقت بر اساس نرخ بیماری، بیماریهای شایع و شرایط شهرستان و حداقل تعداد تخت و خدمات مورد نیاز، نیازسنجی می شود و در صورت ارجاع بیماران به این گروه پرداخت بصورت ffs خواهد بود.
- در صورت عدم امکان تأمین پزشکان غیر تمام وقت جغرافیایی، پس از جانمایی نقشه ارجاع، نسبت به استقرار الزامات پزشکی از راه دور ابلاغی وزارت بهداشت با پرداخت سازمانهای بیمه گر اقدام خواهد شد و در اینصورت بیماران ۸۵٪ تعرفه دولت مربوط را پرداخت می نمایند.
- در مورد بیماران تصادفی، ساز و کار قبلی اجرا می شود.

نکاتی در خصوص سطح ۲ و ۳ ارائه خدمت

- خدمات پاراکلینیک با تعریف نوبت بر اساس میزان بیماردهی و فوریت از طریق نوبت با اولویت برای بیمه سلامت بخش دانشگاهی سپس مراکز ملکی بیمه تامین سوم سایر بخش های عمومی غیر دولتی و چهارم بخش خصوصی در قالب عقد قرارداد خواهد بود برای بیمه شدگان تامین اجتماعی، اولویت یک و دو جابه جا می شود .
- خرید خدمت از بخش غیر دولتی حداکثر تا ۴۰٪ نسخ مربوط به شرط تعهد ارائه خدمت با تعرفه مصوب و ثبت الکترونیک خدمات در سامانه و ثبت بازخورد و گزارش دهی ماهانه به شبکه و سازمانهای بیمه گر در صورت عدم کفایت ظرفیت دولتی و مراکز ملکی سازمان تامین اجتماعی صورت می پذیرد.

فرآیند مراجعه به اورژانس:

- بیمارستان موظف است موارد اورژانس ارجاعی یا مستقیم را پذیرش نماید و چنانچه سطح تریاژ ۱، ۲، ۳ بود خود پرداخت صفر و در صورت ۳ و ۴ بودن تریاژ خود پرداخت ۳۰٪ خواهد بود.

تامین منابع مالی و خرید راهبردی:

سازمانهای بیمه گر پایه برای سطح یک صرفاً سرانه تعیین شده را پرداخت می کنند و امکان عقد قرارداد برای پزشکان عمومی به روش ffs ندارند.

فعالیت پزشکان سطح یک الزاماً بصورت تمام وقتی جغرافیایی خواهد بود. پزشکان سطح یک همکار در برنامه اجازه کار زیبایی یا درمان اختلال سوء مواد مصرف مواد مخدر را نخواهد داشت.

روستایی		سازمانهای بیمه گر پایه	شبکه های بهداشت و درمان	تیم سلامت سطح یک
شهری	بخش دولتی	سازمانهای بیمه گر پایه	شبکه های بهداشت و درمان	پایگاه پزشک خانواده
	بخش غیر دولتی	سازمانهای بیمه گر پایه	شبکه های بهداشت و درمان	پایگاه پزشک خانواده

پرداخت به پزشکان خانواده	روستایی	پرداخت ترکیبی=پرداخت ثابت+پرداخت مبتنی بر شاخص دسترسی منطقه+پرداخت مبتنی بر جمعیت و ماندگاری+پرداخت مبتنی بر ارزش
	شهری (دولتی)	پرداخت ترکیبی= پرداخت ثابت+پرداخت مبتنی بر جمعیت و ماندگاری+پرداخت مبتنی بر ارزش
	شهری (غیردولتی)	پرداخت ترکیبی= پرداخت مبتنی بر جمعیت و ماندگاری+پرداخت مبتنی بر ارزش

پرداخت دندانپزشک=ضریب محرومیت* جمع وزنی خدمت ماهانه*ضریب*+ حکم ثابت

کارانه	خرید خدمت	بخش دولتی	تأمین اعتبار پرداخت سطح ۲ و ۳
پزشکان متخصص و فوق تخصص	بیمارستان /کلینیک ویژه	سازمانهای بیمه گر	
پزشکان متخصص و فوق تخصص	شبکه بهداشت ودرمان /بیمارستان	سازمانهای بیمه گر	

پرداخت به متخصص و فوق تخصص=حکم ثابت +پرداخت عملکردی(۶۰٪ ثابت،۴۰٪براساس امتیاز کسب شده)

حداکثر زمان انتظار برای پذیرش بیماران ارجاعی

کمتر و مساوی ۲۴ ساعت	فوری	ارجاع
کمتر و مساوی ۳ روز	نیمه فوری	
کمتر و مساوی ۱۴ روز	انتخابی	

• نحوه پرداخت به پزشکان مراکز ملکی تامین اجتماعی مطابق با نظام پرداخت فعلی سازمان خواهد بود.

مشوقهای نظام ارجاع

- پرداخت مشوقهای پزشک و مرکز ارائه دهنده خدمت در صورت ارائه بازخورد مطابق با تصویب نامه هیئت محترم وزیران خواهد بود. این پرداخت به طور ۱۰۰ درصدی توسط سازمانهای بیمه گر به مراکز و در صورت انجام خرید راهبردی به پزشکان انجام میگردد. مشوقها عبارتند:
- 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 بیمه گر پایه تعیین میشود
- ب) هزینه های اجرایی خدمات بستری بابت هزینه ثبت، هماهنگی پذیرش، کنترل رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخورد در مراکز معادل یک واحد با ضریب ریالی جز حرفه ای پزشکان و اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی به ازای هر بار بستری؛ با پرداخت صد درصدی توسط سازمانهای بیمه گر پایه تعیین میشود.
- ج) هزینه بازخورد نظام ارجاع در شهرهایی که مشمول نظام ارجاع میباشند، در بخش اورژانس بیمارستانی معادل پنجاه ۵۰ % تعرفه ویزیت پزشک عمومی بخش دولتی؛ با پرداخت صد درصدی توسط سازمانهای بیمه گر پایه تعیین میشود
- د) هزینه های اجرایی بابت هزینه ثبت، هماهنگی پذیرش، کنترل رعایت نظام ارجاع و ارسال بازخورد برای کلینیکهای ویژه تخصصی معادل پنجاه ۵۰ % تعرفه ویزیت پزشک عمومی دولتی در ازای هر مراجعه سرپایی به کلینیک تخصصی؛ با پرداخت صد درصدی توسط سازمانهای بیمه گر پایه تعیین میشود
- بار مالی اجرای این بند از محل منابع مالی مربوط مطابق قانون بودجه سنواتی و از طریق سازمانهای بیمه گر پایه تامین می شود.

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 بیمه های پایه تعهدی پس از شش ماه از استقرار کامل برنامه در هر شهرستان بابت پرداخت خارج از شبکه ارائه خدمت برای بستری ندارند
- 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 شش 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

خودپرداخت بیماران در سطح دو و سه

- 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 مابه التفاوت بر عهده سازمانهای بیمه گر پایه خواهد بود.
- در صورت مراجعه بیمه شدگان 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. مابه التفاوت تا تعرفه عمومی غیردولتی با تامین مالی از طریق دولت بر عهده سازمان بیمه سلامت ایران خواهد بود.

جریان بیمار خارج از نظام ارجاع در پزشک خانواده

صرفاً بیماران دارای نشان نادر، خاص و صعب العلاج تا اتمام دوره درمان نیاز به طی فرایند ارجاع ندارند.



خدمات پاراکلینیک در پزشک خانواده و نظام ارجاع

پس از شش ماه

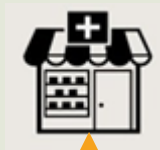
شش ماه اول
شروع طرح

بیمه: ۰٪
بیمار: ۱۰۰٪ تعرفه بخش مربوطه

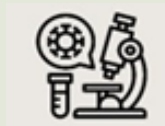
بیمه: ۷۰٪
بیمار: ۳۰٪ + مابه‌التفاوت بخش دولتی
تا تعرفه مربوطه

بیمه: ۵۰٪
بیمار: ۵۰٪ + مابه‌التفاوت بخش
دولتی تعرفه مربوطه

داروخانه



آزمایشگاه



تصویربرداری



پزشک
خارج از
شبکه



جمعیت هدف

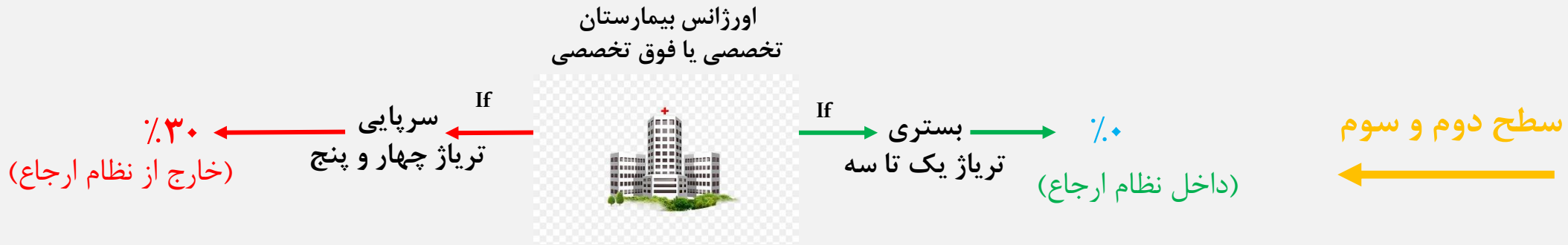


داخل شبکه

خارج از شبکه

جریان بیمار در نسخه ۰۳ پزشک خانواده و نظام ارجاع

مراجعه بیمار به اورژانس



راهنمای تصویر:

❖ نظام ارجاع

❖ خودپرداخت نظام ارجاع

❖ خارج از نظام ارجاع

مراجعه مستقیم
بیمار



جمعیت هدف

داخل شبکه

فرم شماره ۱: نمونه فرم کاغذی ارجاع و بازخورد ارجاع

فرم بازخورد	فرم ارجاع	ته یری فرم ارجاع
شماره تهری تاریخ ارجاع / / کد ملی پزشکی خانواده شهری / روستایی متخصص / فوق تخصص سایر رشته های پروانه دار بیمار خانم / آقای سن به دلایل زیر معرفی می گردد. تشخیص و اقدامات انجام شده: Finding: Impression: Plan: F/U: می گردد. مهر و امضاء پزشک متخصص / فوق تخصص / سایر رشته های پروانه دار	شماره تهری تاریخ ارجاع / / کد ملی متخصص / فوق تخصص سایر رشته های پروانه دار بیمار خانم / آقای سن به دلایل زیر معرفی می گردد. اقدامات انجام شده و علت ارجاع: CC & PL P/E: Paraclinic Results: Impression/Dx: Medications: Reason for Consultation: مهر و امضاء پزشک خانواده / جانشین	شماره تهری تاریخ ارجاع / / کد ملی نام و نام خانوادگی علت ارجاع ارجاع به تاریخ ارجاع / / مهر و امضاء پزشک خانواده / جانشین

با تشکر از توجه شما

