

[Type here]



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دستور عمل برنامه «پزشکی خانواده و نظام ارجاع» در مناطق شهری

نسخه ۰۳

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
سال ۱۴۰۱

[Type here]

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات

مقدمه

تاریخچه

الزامات قانونی و تکالیف

چشم انداز

اهداف کلان

استراتژیهای کلان

اهداف اختصاصی

استراتژیهای اجرایی

فصل دوم: واژه نامه

تعاریف

فصل سوم: سازماندهی

ساختار سیاست گذاری و برنامه ریزی

واحدهای ارائه خدمت

مرکز خدمات جامع سلامت

پایگاه پزشکی خانواده

نیروی انسانی، شرح وظایف و شرایط احراز

فصل چهارم: روش اجرا

بسته خدمت

فرآیند ارائه خدمت و نظام ارجاع

مدیریت اطلاعات سلامت

فصل پنجم: تامین مالی

نظام تامین منابع

نظام پرداخت

فصل ششم: پایش

نظام پایش و ارزشیابی

فصل هفتم: پیوست ها و ضمیمه

بسته فرهنگی و اجتماعی

بسته خدمات جامع سلامت (سطح یک)

بسته آموزش و توانمندسازی کارکنان

[Type here]

فصل اول: کلیات

فصل اول استاد

[Type here]

پیشگفتار

سلامت حقی اساسی برای انسان‌ها و سرمایه‌ای ارزشمند برای تمام کشورها است. تقریباً تمام کشورها از این حق به عنوان اساسی‌ترین حق مردم خود نام برده‌اند و حکومت‌ها حفظ و ارتقای آن را از مهم‌ترین وظایف خود می‌دانند. اگرچه هدف اصلی هر نظام سلامت تامین، حفظ و ارتقای سلامت می باشد، ولی علاوه بر این وظایف، می‌توان وظایف دیگری را نیز برای نظام‌های سلامت برشمرد، از جمله: افزایش امید به زندگی سالم، پاسخ‌دهی به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابری بین گروه‌های مرفه و مستمند جامعه (عدالت در سلامت) و همچنین، محافظت مالی افراد در برابر هزینه‌های بیماری.

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

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

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

طبق قوانین و مقررات جاری، گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع از وظایف دولت بوده است، به طوری که در قانون برنامه پنجم و ششم توسعه، اجرای برنامه پزشکی خانواده برای تمام مردم شریف ایران، از تکالیف مهم بخش سلامت است. بی‌تردید برای انجام چنین اقدام مهمی همراهی تمام اجزای نظام سلامت به خصوص سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر و دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی از ضرورت تام برخوردار است. خوشبختانه در این مقطع از زمان همراهی فوق با مدیریت هماهنگ و هدفمند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در عالی‌ترین سطح خود و حول محور سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت و قانون برنامه ششم توسعه کشور، شکل گرفته و نتیجه این تعامل و همکاری، تهیه دستورعمل حاضر بوده که امید است به باری ایزد متعال و همکاری تمام دست‌اندرکاران نظام سلامت از سطح ستاد تا محیطی‌ترین واحدها و به ویژه پزشکان و تیم سلامت بتوانیم این برنامه ارزشمند و تکلیف قانونی را به نحو احسن اجرا کرده و بدین ترتیب گامی جدی در حل مشکلات و نارسائی‌هایی موجود برداریم. بر خود لازم می‌دانیم از تمام عزیزانی که با تلاش‌ها و تعاملات سازنده خود موجب شکل‌گیری این دستورعمل شده و زمینه را برای اجرای قانون فراهم کرده‌اند، سپاسگزارى کنیم.

[Type here]

مقدمه :

سلامت انسان ها به عنوان یک حق اساسی و دارایی و سرمایه ارزشمندی برای تمامی سطوح و طبقات اجتماع است. تمامی کشورها نیز از این حق به عنوان اساسی‌ترین حق مردم کشور خود نام می‌برند و حکومت ها، حفظ و ارتقای آن را جزو مهمترین وظایف خود محسوب می‌کنند. اکنون، سلامت نه به عنوان یک نیاز، بلکه به عنوان یک تقاضا از سوی جمع کثیری از مردم و مسوولان قلمداد می‌شود. اگرچه وظیفه اصلی هر نظام سلامت تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم است، می‌توان وظایف دیگری را نیز برای نظام‌های سلامت برشمرد از جمله: افزایش امید زندگی سالم، پاسخ‌دهی به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابری بین گروه‌های مرفه و نیازمند جامعه (عدالت در سلامت) و همچنین حفاظت مالی در برابر هزینه های بیماری، توجه و مراقبت نسبت به سالخوردگی جمعیت و تبعات آن.

مروری بر نظام‌های سلامت کشورهای مختلف نشان می‌دهد که نظام سلامت کارآمد، نظامی است که بتواند ساختار و شرایط ارائه خدمت در درون سازمان را با تغییرات موجود در محیط هماهنگ سازد و خدمتی با کیفیت مطلوب را در نزدیکترین محل به زندگی و کار مردم با هزینه ای مناسب و قابل پرداخت توسط آنها ارائه نماید.

جامعه‌ی آرمانی ترسیم شده در سند چشم انداز سال ۱۴۰۴ کشور، جامعه ای است که می‌بایست از حداکثر سلامت برخوردار باشد. طبق این سند، نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، نظامی است مسوول و پاسخگو که ضمن فراهم سازی زمینه دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، باید اعتماد کامل مردم را جلب کرده و با کسب حمایت کلیه سازمان‌ها و نهادها، رویکرد سلامت را در همه سیاست‌ها اجرایی کند. این نظام با اولویت دادن به ارتقای سلامت و پیشگیری، به بهره مندی مردم از مراقبت‌های کارای سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی اهتمام دارد. در این نظام، عدالت همه جانبه (در تامین، توزیع منابع و تحقق سلامت) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه‌ای، اصل نخست است و تمامی افراد بر مبنای نیاز خود از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند خواهند شد و براساس توان پرداخت خود، در تامین مالی خدمات مشارکت خواهند داشت. این نظام، خلاق است و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندی حداکثری از کلیه ظرفیت‌های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه بخش‌های ذینفع)، علم و فناوری به روز، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند، و در تعامل با کشورهای منطقه (بویژه کشورهای اسلامی)، الگویی الهام‌بخش برای سایر کشورها می‌باشد.

از آنجاکه، ماموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تامین سلامت همه جانبه جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی با اولویت مناطق کم برخوردار است، لذا انجام مداخلاتی به منظور ارتقای وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی، ضرورت دارد. در این راستا، بند (ث) ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور تکالیفی را مشخص کرده است که برنامه ریزی برای تحقق آن امری ضروری است: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده و نیز گروه پرستاری جهت ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و

[Type here]

پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، بنحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

چنانکه ملاحظه می شود قانون برنامه ششم تاکید ویژه ای بر یکی از کارکردهای نظام های سلامت یعنی «تدارک و ارائه خدمات مراقبتی» دارد. لذا انتخاب روش مناسب برای ارائه خدمات سلامت از مهمترین ویژگی های این نظام به شمار می آید. در این میان برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع یکی از کارآمدترین نظام های تدارک و ارائه خدمات سلامت است که با تعدیل سایر کارکردهای نظام سلامت از جمله تامین مالی، تدارک منابع و تولید می توان برای استقرار آن اقدام نمود. در این راستا توجه به گروه های ارائه کننده و مراکز تدارک کننده خدمات، بسته های خدمات و سطوح آن برای ارائه خدمات و مراقبت های با کیفیت و کارآ، تحقق عدالت در ابعاد مختلف و در نهایت ارتقای سلامت مردم و جامعه الزامیست.

تاریخچه اجرای پزشکی خانواده :

از اواخر سال ۱۳۸۱ تیمی از تمامی سازمان های بیمه گر و کارشناسان بخش های مختلف دخیل در سلامت تشکیل گردید و پس از مطالعه جامع در مورد نظام های مختلف سلامت در دنیا و الگو برداری از نظام های سلامت در بعضی از این کشورها از جمله کانادا و انگلستان، تیم اجرایی اصلاح نظام سلامت تشکیل شد. از اقدامات اجرایی این تیم تعیین پنج استان خراسان رضوی، آذربایجان شرقی، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان و بوشهر به عنوان نقاط پایلوت در استقرار سیستم جدید سلامت مبتنی بر پزشک خانواده با هماهنگی سازمان های بیمه گر بود. با این حال، با وجود برنامه ریزی های روشن، برآورد نیازهای مالی و انسانی در استان های پایلوت و رسیدن به توافق جمعی مسوولان وزارت بهداشت، سازمان مدیریت و برنامه ریزی وقت کشور و سازمان های بیمه گر، به سبب اجرا نشدن تعهدات در نظر گرفته شده، هیچ گام عملی برای اجرای برنامه های مدون اصلاحات در استان های پایلوت برداشته نشد.

لازم به ذکر است که پیش نویس های آیین نامه پزشک خانواده و نظام ارجاع طی سالهای ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین شد. پس از وقوع زلزله فاجعه بار بم در سال ۱۳۸۲، نسخه نهایی این آیین نامه برای ساماندهی نظام سلامت شهرستان بم توسط مرکز گسترش شبکه معاونت سلامت و با همکاری واحد کشوری اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت، عملیاتی شد. این شواهد و تجربیات به عنوان پشتوانه علمی و اجرایی پیشنهادات بخش سلامت در لایحه برنامه چهارم توسعه ورود پیدا کرد.

در سال ۱۳۸۴ نمایندگان مجلس در اقدامی بی نظیر، تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار دادند تا عملاً "مقدمات تشکیل صندوق مالی واحد در اجرای برنامه های سلامت شکل گیرد. بدین ترتیب فرصتی فراهم شد تا از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی با همکاری گام به گام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه خدمات درمانی وقت آغاز شود. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر کشور و بر اساس الزامات قانونی، دولت موظف به گسترش برنامه به شهرها شد. تامین منابع مالی برنامه از مهمترین اقدامات اجرایی پیش رو بود که باید از طریق همکاری تمامی بیمه ها و در غیر این صورت از محل اعتبارت مستقیم دولت اجرایی می شد. پیرو تفاهم نامه ای که تیر ماه ۱۳۸۹ میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه منعقد شد، در آبان ماه همان سال تفاهم نامه ای برای اجرای برنامه نظام ارجاع و پزشک خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه های مذکور منعقد گردید. این تفاهم نامه با توجه به مفاد بند ب ماده ۳۷ قانون بودجه سال ۱۳۸۸، ماده ۹۱ قانون برنامه پنج ساله چهارم و تاکید هیات محترم دولت و مجلس محترم شورای اسلامی وقت، مبنی بر اجرای هر چه سریع تر برنامه پزشک خانواده در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر تدوین شد و موضوع آن اجرای برنامه پزشک

[Type here]

خانواده و نظام ارجاع در کلیه شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر استان‌های چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان بود.

در ادامه تیم کارشناسی و مدیریتی برنامه با بررسی مشکلات موجود و نتایج حاصل از اجرای نسخه ۰۱ برنامه در شهرهای منتخب سه استان مجری چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان در شهریور ماه سال ۱۳۹۰ اقدام به ارایه گزارش به هیات محترم دولت نمود. در این گزارش برنامه آتی دو وزارتخانه برای گسترش برنامه پزشک خانواده به مناطق شهری به صورت زیر اعلام شد:

| | |
|-------------------|--------------------------------|
| تا پایان سال ۱۳۹۰ | شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر کشور |
| تا پایان سال ۱۳۹۱ | همه شهرها بجز کلان شهرهای کشور |
| تا پایان سال ۱۳۹۲ | همه کلان شهرهای کشور بجز تهران |
| تا پایان سال ۱۳۹۳ | تمامی شهرهای کشور |

همچنین، در این گزارش اعلام شد که وزارت بهداشت در نظر دارد تا پایان سال ۱۳۹۲ اقدام به تربیت پزشکان عمومی دارای گواهی نامه عالی بهداشت عمومی (MPH) گرایش پزشک خانواده کرده و از این طریق پزشکان خانواده مورد نیاز در شهرهای بزرگ غیردانشگاهی را تامین نماید.

بر خلاف آنچه در گزارش پیش گفت به سمع و نظر هیات محترم دولت وقت رسید، شخص مقام ریاست جمهوری وقت اعلام کرد که تا پایان سال ۱۳۹۲ می بایست برنامه در کل کشور جاری گردد. در ادامه این تصمیم، شورای عالی سلامت در تاریخ ۹۱/۱/۲۶ اقدام به مصوب کردن دستور عمل اجرایی نسخه ۰۲ و مصوبات آتی آن در هیات محترم وزیران نمود و از این طریق سعی کرد پشتوانه سیاسی اجرای برنامه را که سیاستگذاران ارشد کشور بر اجرای سریع آن تاکید داشتند، تامین نماید. پس از تصمیم هیات محترم دولت مبنی بر اجرای برنامه طی دو سال از تاریخ ۲۶ فروردین ۱۳۹۱ و همچنین متعاقب مصوب شدن نسخه ۰۲، از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه بر اساس نسخه ۰۲ دستور عمل اجرایی برنامه در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد و روند اجرا در این دو استان پیگیرانه توسط ستاد اجرایی کشوری برنامه مورد رصد قرار گرفت. از سوی دیگر در ستاد اجرایی کشوری برنامه که هر هفته با تشکیل دو جلسه به ریاست رییس وقت مرکز مدیریت شبکه برگزار شد، علاوه بر پاسخگویی به سوالات رایج استانهای مجری و غیر مجری برنامه و بررسی چالشهای پیش رو، فرآیند ثبت نام مردم، انتخاب پزشک و عقد قرارداد با پزشکان خانواده همچنین تدوین و تصویب آیین نامه اجرایی ارایه خدمات در سطح ۱ و ۲، آیین نامه نحوه مدیریت بیماران اورژانس، بیماریهای خاص و صعب العلاج و مسافران، نحوه پرداخت کارانه به پزشکان سطح ۱ و ۲ طرف قرارداد برنامه، نحوه ترغیب پزشکان عمومی و متخصصین به شرکت در برنامه، نحوه نشاندار شدن دفاتر بیمه جمعیت تحت پوشش، نحوه مدیریت و تغییر قراردادهای پیشین سازمانهای بیمه گر پایه در استانهای مجری، تدوین فرمت عقد قرارداد با انواع مراکز، نحوه همکاری با پیراپزشکان (مشاوره تغذیه، مشاوره روانشناسی و خدمات توانبخشی)، فرآیند ارجاع به سطوح بالاتر و نحوه الکترونیک کردن فرم ارجاع، نحوه ارایه خدمت پزشکان تک شیفت، تعیین تعرفه توافقی خدمات پاراکلینیک، سقف جمعیت تحت پوشش در شهرستانهایی که برای تامین پزشک با مشکل مواجه هستند و همچنین چک لیست افتتاح برنامه در سایر استانهای کشور مورد بررسی و تصویب قرار گرفت.

[Type here]

الزامات قانونی:

الزامات قانونی زیر، دولت را به اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع موظف می‌کند: بند ۳۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۸ که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف به اجرای برنامه پزشک خانواده در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر کشور کرده بود.

ماده ۸۹ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف می‌ساخت که از راه سطح‌بندی خدمات، دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی را منطقی و عادلانه سازد. ماده ۹۰ قانون برنامه پنج ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تاکید شده بود باید سهم مشارکت مردم در هزینه‌های سلامت (که در آن زمان بیش از ۵۵ درصد بود) به حداکثر ۳۰ درصد برسد و درصد خانوارهایی که به سبب درآمد اندکشان هزینه‌های سلامت برای آنان کمرشکن تلقی می‌شد به ۱ درصد تقلیل یابد. ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی که بر استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع تاکید کرده بود.

سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه‌های سلامت، خانواده، جمعیت و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

بند ۳۲ ماده ۳۲ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تاکید شده بود سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و اجرا شود.

بند ۳۲ ماده ۳۲ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تاکید شده بود وزارت بهداشت موظف است برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده و نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی را تهیه و جهت تصویب به هیات محترم وزیران ارسال نماید (طبق متن برنامه).

بند الف ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تصریح شده است وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارایه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آنها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.

بند ۱۶ سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه (افزایش نرخ باروری و مولید به حداقل ۲ و نیم طی پنج سال با حمایت همه جانبه از فرزندآوری و رفع موانع و ایجاد مشوق‌های مؤثر و اصلاح فرهنگی) و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و تکالیف قانونی آن که مرتبط با نظام سطح بندی خدمات و شبکه است (ناباروری، سقط جنین، زایمان طبیعی و ...)

بند ۷۴ ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تصریح شده است؛ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر

[Type here]

درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده، با بکارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری جهت ارایه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، بنحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

راهبرد یک از چرخش‌های تحول‌آفرین در حوزه سلامت سند تحول دولت مردمی: اجرای طرح‌های پیشگیرانه نظیر پزشکی خانواده به بیمه‌های پایه، در راستای حفظ و ارتقای سلامت با محوریت خانواده در پی گذشت ۱۰ سال از اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران و استفاده از توان موجود در بخش خصوصی برای ارایه خدمات سلامت و مدیریت سرانه ارایه خدمت در سطح یک و بخشی از خدمات سرپایی سطح ۲ و همچنین، اجرای طرح تحول سلامت در بخش بهداشت و ارایه خدمات نوین سلامت در مناطق حاشیه نشین و شهری بالای ۲۰ هزار نفر، اکنون سیاستگذار به دنبال آن است که با بازنگری در شیوه اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع الگویی را طراحی نماید که در حین پاسخگویی به چالش‌های عمده نظام سلامت و استفاده از توان بخش خصوصی، بتواند در قالب برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع مسیر دستیابی به اهداف برنامه پوشش همگانی سلامت (Universal Health Coverage - UHC) شامل پوشش کامل جمعیت، بسته خدمتی جامع و کاهش پرداخت از جیب مردم را هموار کند.

چشم انداز:

تحقق پوشش همگانی سلامت از طریق توسعه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت

هدف کلان:

- ارتقای سطح سلامت جامعه
- افزایش دسترسی عادلانه مردم و بهره‌مندی از خدمات سلامت فعال و با کیفیت
- کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت
- افزایش مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه
- افزایش فرزندآوری، حفظ و ارتقاء جوانی جمعیت

الزامات برنامه:

- تصویب مدل اجرایی برنامه اصلاح نظام سلامت در چارچوب شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت به منظور پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در هیات دولت و هماهنگی با سایر قوا برای ارتقای ضمانت اجرایی برنامه
- فرهنگ‌سازی در جامعه، تعهد مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره‌گیری از کلیه ظرفیتهای موجود
- الزام به تعهد به تأمین و تخصیص منابع پایدار به عنوان اصلی‌ترین شرط پیاده‌سازی برنامه
- تقویت و توسعه همکاری‌های بین‌بخشی، مشارکت مردمی و خانواده‌محوری در تمامی فعالیت‌ها و برنامه‌ها و استفاده مناسب از ظرفیتهای اجرایی برنامه در سطوح مختلف حوزه حکمرانی

[Type here]

اهداف اختصاصی:

- افزایش دسترسی جمعیت تحت پوشش به خدمات سلامت از طریق انتخاب پزشک خانواده به اختیار فرد به میزان ۸۰ درصد تا پایان سال اول برنامه
- افزایش پوشش خدمات اولویت دار پزشکی خانواده به جمعیت ثبت نام شده به میزان ۸۰ درصد تا پایان سال دوم
- ارتقای سطح کمی و کیفی پوشش بیمه همگانی برای آحاد مردم با تأکید بر ضمانت مناسب در پوشش رایگان گروههای آسیب پذیر و کم توان مالی
- افزایش نرخ باروری به حداقل ۲.۵ از طریق اجرای دستورعمل های جوانی جمعیت و فرزندآوری
- بازنگری و ارتقای بسته خدمات سلامت با توجه به نیازهای سلامت مردم به میزان ۱۰۰ درصد
- اصلاح الگوی مصرف دارو و خدمات سلامت به میزان حداقل ۳۰ درصد پایه تا پایان سال اول اجرای برنامه
- افزایش پوشش بیمه گروههای آسیب پذیر و کم توان مالی به میزان صد درصد حداکثر تا پایان ماه سوم از شروع برنامه
- افزایش آرایه خدمات سلامت با استفاده از پیگیری فعال به جمعیت تحت پوشش به میزان صد درصد در طی ۲ سال بعد از شروع برنامه
- بهبود تجویز منطقی دارو به میزان ۷۰ درصد تا پایان سال اول اجرای برنامه و افزایش ۱۰ درصدی در هر سال
- ارتقای عملکرد کیفی واحدهای آرایه خدمات سلامت در بخش دولتی و غیردولتی به میزان ۵۰ درصد تا پایان سال اول اجرای برنامه و افزایش ۱۵ درصدی در هر سال
- افزایش پاسخگویی به نیازهای منطقی مردم و رسیدگی به شکایات مربوط به دریافت خدمات به میزان ۱۰۰ درصد
- ارتقای آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد جامعه برای مراقبت از سلامت خود، خانواده و اجتماع در ترویج برنامه پزشکی خانواده به میزان ۳۰ درصد سال پایه تا پایان سال اول
- ارتقاء و بهبود زیرساخت واحدهای آرایه خدمات در سطوح مختلف آرایه خدمت به میزان ۵۰ درصد تا پایان سال اول و افزایش ۱۵ درصدی در هر سال

راهبردهای اجرایی:

- فرهنگ سازی در جهت مشارکت حداکثری جامعه، ایجاد تعهد در مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره گیری از کلیه ظرفیتهای موجود
- برنامه ریزی جهت تامین منابع مورد نیاز به منظور لحاظ نمودن در بودجه سالانه در مجلس شورای اسلامی و تعیین ضمانت اجرایی در تخصیص به موقع و کامل منابع مصوب
- اصلاح و به روز رسانی بسته خدمات سلامت وزارت بهداشت و الزامات و ساز و کارهای اجرایی آن
- فرهنگ سازی در جهت افزایش فرزندخواهی و فرزندآوری
- الزام واحدهای آرایه خدمت در بخش دولتی و غیردولتی برای عقد قرارداد با سازمانهای بیمه گر و جانمایی واحدهای آرایه خدمت در نظام شبکه
- پوشش کامل جمعیت مناطق شهری از طریق دسترسی و بهره مندی بسته خدمات پایه در چارچوب ساختار نظام شبکه
- استقرار و تقویت نظام پایش و ارزشیابی، اعتباربخشی، ارتقا و بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در واحدهای آرایه خدمات سلامت در بخش دولتی و غیردولتی
- افزایش دانش و مهارت آرایه دهندگان خدمات سلامت در برنامه پزشکی خانواده

[Type here]

- مدیریت داده های سلامت مبتنی بر پرونده الکترونیک سلامت
- برقراری نظام ارجاع و بازخورد الکترونیک بین سطوح ارائه خدمت

[Type here]

فصل دوم:

واژه‌نامه

[Type here]

۱. نظام سلامت

نظام سلامت مجموعه ای است از مردم، سازمان ها و منابع که براساس سیاست ها و قوانین ملی در کنار هم قرار می گیرند تا سلامت جامعه تحت پوشش را ارتقاء دهند.

۲. شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت

مجموعه واحدهای ارایه خدمات سلامت مبتنی بر ساختار تعریف شده بر پایه سطح بندی و ارجاع با تأکید بر رعایت سطوح مختلف پیشگیری می باشد. در ساختار این شبکه بسته خدمات سلامت با رویکرد ادغام یافته فراهم شده و خدمات از فرد، خانواده و جامعه با تماس با اولین سطح ارایه خدمت در مناطق روستایی و شهری با ارایه خدمات پیشگیری نخستین و اولیه آغاز و تا خدمات تخصصی و زیر تخصصی در مراکز ارایه خدمات بستری و توانبخشی با پیچیدگی های خاص آن مشتمل بر بخش دولتی و غیر دولتی کامل می گردد. در بین سطوح ارایه خدمت در این شبکه روابط پویا و دو سویه برقرار می گردد تا وضعیت سلامتی فرد تعیین تکلیف شده و خدمات ارایه شده نیز قابل رصد و پیگیری باشد. داده های حاصل از ارایه خدمت در این شبکه در چارچوب پرونده الکترونیک سلامت تعریف شده و بر اساس نوع و سطح مداخلات امکان دسترسی به اطلاعات بیمار با رعایت امنیت داده ها و حریم خصوصی فرد برقرار می گردد. ویژگی مهم این شبکه تأکید بر مشارکت فعال بوده که در آن فرد، خانواده و جامعه در فرایند تعریف شده خودارزیابی و خودمراقبتی ایفای نقش می نمایند.

۳. پزشکی خانواده

مجموعه فعالیتهای به هم پیوسته مبتنی بر بسته خدمات پایه سلامت که توسط تیم پزشکی خانواده ارایه می گردد. این خدمات دارای وظایف تعریف شده و استانداردهای خاص خود بوده که در جهت انجام آن اعضای تیم پزشکی خانواده میبایست با آموزش بدو و حین خدمت از دانش و مهارت لازم برخوردار گردند. همچنین نوع ارتباط بین اعضای تیم پزشکی خانواده به گونه ای است که باید بر اساس سطوح پیشگیری، وضعیت مراجعه کننده تعیین تکلیف شود.

۴. پزشک خانواده

پزشک خانواده، مسئول تیم پزشکی خانواده در نخستین سطح ارایه خدمات عهده دار مدیریت، ارایه خدمت، تصمیم گیر، هدایت و رهبری تیم سلامت و برقراری ارتباط با جمعیت تحت پوشش می باشد. این فرد می تواند دانش آموخته پزشکی عمومی، متخصص پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی، داخلی، اطفال، عفونی و دکتری تخصصی طب سنتی باشد که دارای مجوز معتبر فعالیت حرفه ای پزشکی بوده و در محل ارایه خدمت میبایست گواهینامه معتبر آموزشی جهت ارایه خدمات پزشکی خانواده را دارا باشد. پزشک خانواده، در نخستین سطح خدمات، نقش دروازه بانی و کنترل مدیریت و هدایت بیماران را در ارجاع به سطوح مختلف نظام ارایه خدمت عهده دار است.

۵. تیم سلامت

گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی، درمانی هستند که بسته خدمات پایه سلامت را در اختیار افراد، خانواده و جامعه قرار میدهند. اعضای تیم سلامت شامل: مسئول مرکز خدمات جامع سلامت، پزشک خانواده، دندان پزشک، مراقب سلامت، مراقب ناظر، کاردان/کارشناس سلامت محیط و کار، کارشناس تغذیه، کارشناس سلامت روان، پرستار/بهبود، مراقب سلامت دهان، کارکنان آزمایشگاه/نمونه گیر، متصدی داروخانه و پذیرش میباشند.

[Type here]

۶. بسته خدمات سلامت (Health Services Package)

بسته خدمات پایه سلامت، مجموعه فعالیتهای به هم پیوسته مبتنی بر برنامه های اولویت دار سلامت می باشد که بر اساس نظام اولویت بندی و مراقبت در سطوح مختلف نظام ارایه خدمات سلامت تعریف می گردد. بسته خدمات پایه ابزار موثر و کارآمدی در راستای شاخص دسترسی و بهره مندی برای دستیابی به عدالت در سلامت می باشد. در بسته خدمات پایه، فعالیتها در ذیل برنامه ها برای سطوح مختلف نظام ارایه خدمت تعیین شده تا هر یک از مداخلات، مبتنی بر نظام ثبت و گزارش دهی، مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین بسته خدمات پایه مبنایی است برای تعیین وظایف، مهارتها و دانش مورد نیاز اعضای تیم سلامت که بر اساس آن می بایست ایفای نقش کارآمدی داشته باشند. یکی از ابزارهای مهم در ثبت داده های حاصل از فعالیتهای پیش بینی شده در بسته خدمات استفاده از پرونده الکترونیک سلامت می باشد که با استقرار آن و داشبور مدیریت اطلاعات خدمات ارایه شده، امکان پایش و ارزشیابی و رصد فعالیتهای انجام شده فراهم می گردد.

بسته خدمات پایه سلامت، در سطوح تخصصی در خدمات سرپایی و بستری، دارای ضوابط و استانداردهای تعریف شده ای است که در چارچوب پروتکل های حاصل از راهنماهای بالینی، برای اجرا ابلاغ می گردد. در بسته خدمات پایه سلامت نکات قابل توجهی در رعایت موازین حقوقی و اخلاق حرفه ای مورد توجه قرار می گیرد تا ارایه دهنده خدمت بتواند با اطمینان و ضمانت اجرایی قابل قبول نسبت به اجرای آن اقدام نماید.

بسته خدمات پایه سلامت به عنوان اصلی ترین چارچوب مداخلات نظام ارایه خدمات سلامت در برآورد، تأمین و تخصیص منابع نقش استراتژیک داشته و حوزه های تأمین کننده منابع و سازمانهای بیمه گر، ملزم به متابعت از سیاستها و خط مشی های پیش بینی شده در پوشش بسته خدمات پایه خود مبتنی بر بسته خدمات پایه سلامت می باشند.

۷. نظام مراقبت

عبارتست از شناسایی، تشخیص، مداخله، ثبت داده حاصل از فعالیت، پردازش و تحلیل اطلاعات در جمعیت تحت پوشش با تأکید بر ارزیابی و مراقبت از فرد، خانواده و جامعه به نحوی که کلیه عوامل اثر گذار بر سلامت مورد توجه قرار گیرد.

۸. شیوه های پرداخت به ارایه کنندگان خدمات

شیوه خرید یا جبران مالی خدمات و مراقبت هایی که تیم های سلامت در اختیار جمعیت یا جامعه می گذارند.
حقوق: روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن برای جبران خدماتی که تیم سلامت ارایه میکند متناسب با فعالیت فرد بر اساس قوانین اداری، استخدامی پرداخت میشود.

پرداخت سرانه: روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن برای جبران خدماتی که تیم سلامت ارایه می کند، متناسب با جمعیت تحت پوشش اعم از سالم یا بیمار، صورت می گیرد.

پرداخت کارانه: روشی از شیوه خرید خدمت است که در آن پرداخت به ازای خدمت ارایه شده به مراجعه کنندگان صورت می گیرد.

پرداخت تشویقی: درصدی از مبلغ سرانه است که مازاد بر سرانه به سبب رسیدن به کیفیتی خاص در ارزشیابی به اعضای تیم سلامت تعلق می گیرد.

جریمه: کسر درصدی از سرانه است که به علت کسب امتیاز پائین تر از حد مورد انتظار، به اعضای تیم سلامت تحمیل می شود.

[Type here]

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

۹. خدمات سلامت :

شامل تمام خدمات پیشگیری، درمانی و توان‌بخشی مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که در سطوح مختلف نظام ارایه خدمت عرضه می‌شود.

۱۰. سطح‌بندی خدمات

سطح بندی: چیدمان خاص واحدهای ارایه دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت برای آنکه دسترسی مردم به مجموعه‌ی خدمات موردنیاز تا جایی که ممکن است سهل، سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد. سطح بندی قراردادی است و به مقتضای شرایط انجام می‌گیرد.

خدمات و مراقبت‌های سلامت در دو سطح در اختیار افراد و جامعه تحت پوشش گذاشته می‌شود:

سطح اول: شامل خدمات/ مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است. خدمات فرد محور عبارتند از: پیشگیری و آموزش سلامت فردی، تشخیص و درمان بیماری‌ها بر اساس بسته خدمت و پیگیری نتیجه بیماری، تدبیر فوریت‌ها، پیشگیری و تشخیص به هنگام و ارجاع برای درمان نابرووری، ارائه مشاوره فرزندآوری و مدیریت افراد تحت پوشش و خدمات جامعه محور (بهداشت عمومی) عبارتند از خدمات بهداشت محیط و کار، بهداشت محیط مدارس، مبارزه با بیماری‌های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، آسیب‌ها و جراحات در اپیدمی‌ها و بلایا، آب آشامیدنی سالم، بسیج اطلاع‌رسانی و پیشگیری و ترویج سلامت، کاهش بار روانی و هزینه‌های اقتصادی دوران بارداری، حفظ و مراقبت از جنین و کاهش میزان سقط عمدی و خود به خودی، ترویج و تسهیل زایمان طبیعی، آموزش و فرهنگ سازی برای زایمان طبیعی، ترویج و ترغیب ازدواج و افزایش پایداری ازدواج هستند که هدف آنها جامعه است. خدمات سطح اول در نقطه آغازین در واحدی با نام عمومی پایگاه سلامت/ پایگاه پزشک خانواده تعریف می‌شود که با استاندارد نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات مشخص در حاشیه شهرها و مناطق شهری مبتنی بر اصول ساختار و سطح بندی نظام شبکه بهداشت و درمان کشور ارایه می‌گردند. در ضمن، سایر خدمات سلامت مانند خدمات دارویی، پاراکلینیک (آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های پزشکی) نیز در مراکز و موسسات دولتی و غیردولتی مانند داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری ارایه می‌شوند (به جزء آزمایشات غربالگری تعریف شده در بسته خدمات نوین سلامت که به صورت رایگان انجام می‌شوند و فهرست آنها در پیوست آمده است).

پایگاه‌های سلامت/ پایگاه‌های پزشکی خانواده به طور معمول در جایی با بیشترین دسترسی به محل زندگی گروه هدف این برنامه قرار دارند و در آن، نخستین سطح تماس فرد با نظام سلامت از طریق تیم سلامت اتفاق می‌افتد. مرکز خدمات جامع سلامت، پذیرای ارجاعات مربوط به پیشگیری، مراقبت‌ها و بیماری‌های هدف (واگیردار و غیرواگیر)، مشاوره تغذیه و تنظیم رژیم غذایی، سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد، سلامت دهان و دندان، مشاوره ژنتیک، اختلالات تکاملی، بهداشت محیط و حرفه‌ای از پایگاه سلامت یا پایگاه پزشک خانواده خواهد بود و علاوه بر آن نظارت و مدیریت سلامت منطقه و پایگاه‌های تحت پوشش خود را بر عهده خواهد داشت. سایر خدمات از طریق ارجاع به سطوح بالاتر و با پذیرش مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات به بیمار توسط واحد ارایه دهنده خدمات سطح اول انجام می‌گیرد.

[Type here]

سطح دوم: شامل خدمات تخصصی و فوق تخصصی می‌شود که توسط واحدهای سرپایی تخصصی و فوق تخصصی و واحدهای بستری موجود در نظام سلامت ارایه می‌گردد. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، اقدامات بالینی، مشاوره، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری هستند.

این دسته از خدمات در اختیار ارجاع شدگان از سطح اول خدمات قرار می‌گیرند. واحد خدمات سلامت سطح دوم موظف است با ارایه بازخورد، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد.

۱۱. پرونده الکترونیک سلامت

پرونده الکترونیک سلامت در برگرفته پرونده خانوار میباشد که مبتنی بر شماره ملی است و برای هر فرد تشکیل میشود و همه اطلاعات مربوط به سلامت وی، قبل از تولد تا پس از مرگ، در آن ثبت میگردد. با استفاده از رمز عبور و الزامات و حفظ حریم خصوصی، امکان دسترسی به این اطلاعات توسط فرد، اعضای تیم سلامت و سایر افراد ذیصلاح مطابق سطح دسترسی تعریف شده توسط معاونت بهداشت وزارت متبوع در سراسر کشور ایجاد خواهد شد.

۱۲. خدمات سلامتی اورژانس

وضعیت اورژانس: دارای دو تعریف عمومی و بالینی است:

تعریف بالینی بیمار اورژانسی: به فردی گفته می‌شود که باید بدون فوت وقت و در حداقل زمان ممکن نسبت به ارایه خدمات تشخیصی درمانی برای او اقدام شود و برای ایشان سرعت عمل و زمان در ارایه خدمات درمانی نقشی اساسی دارد نظیر زایمان، سکته قلبی، ضربه مغزی، شکستگی‌های باز، مسمومیت و....

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

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

دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی/ شبکه موظف هستند دسترسی به خدمات اورژانس (اعم از پیش‌بیمارستانی و...) را در تمام ساعات شبانه‌روز برابر نظام سطح‌بندی برای تمام ساکنین هر شهرستان تأمین کنند.

۱۳. مشاوره تلفنی:

مشورت و کمک اطلاعاتی درباره یک موضوع سلامتی است که کمک‌گیرنده (جمعیت تحت پوشش) از طریق تلفن از تیم سلامت خود دریافت می‌کند.

۱۴. مرکز هدایت و پاسخگویی برنامه پزشکی خانواده (CALL CENTER):

این مرکز ۲۴ ساعته در هر شهرستان با داشتن شماره تلفن منحصر به برنامه، ترجیحاً ۳ یا ۴ رقمی با تعداد خطوط و اپراتور کافی توسط دانشگاه/شبکه بهداشت و درمان با هدف مدیریت، مشاوره و راهنمایی شهروندان از مراحل انتخاب پزشک خانواده، استفاده از خدمات اورژانس، حل مشکلات بیماران در ارجاع به سطوح بالاتر، دریافت شکایت مردم و مسئولیت ارایه

[Type here]

آن به واحد مربوطه، دریافت و ارایه پاسخ به شاکی راه اندازی می شود و نقش هماهنگ کننده را در مواردی که به هر دلیل بین ارایه کننده خدمت و دریافت کننده خدمت، ناهماهنگی وجود دارد، به عهده خواهد داشت.

۱۵. **پایگاه پزشکی خانواده:** واحد ارایه کننده خدمت اعم از دولتی یا خصوصی که با حضور پزشک خانواده و مراقب سلامت و منشی به جمعیت تحت پوشش، خدمات سلامت ارایه می دهد.

۱۶. **مرکز خدمات جامع سلامت:** مرکزی مستقر در منطقه شهری هستند که دارای سه بخش فعال می باشند:

۱. بخش ارایه خدمات مدیریتی، نظارتی بر واحدهای تابعه (پایگاه های سلامت شهری یا روستایی، خانه های بهداشت و پایگاه های پزشک خانواده تحت پوشش)

۲. بخش ارایه خدمات خاص به جمعیت تحت پوشش مانند: دندانپزشکی؛ بهداشت محیط؛ بهداشت حرفه ای؛ پرستاری؛ تغذیه؛ سلامت روان؛ و ...

۳. بخش ارایه خدمات بهداشتی و درمانی در پایگاه سلامت شهری ضمیمه (پایگاه پزشکی خانواده)

۱۷. **سرانه جمعیت:** مبلغ محاسبه شده برای ارایه کلیه خدمات تعریف شده سطح یک، دو و سه در برنامه پزشکی خانواده به ازای هر فرد اطلاق می شود.

۱۸. **سرانه سطح یک:** بخشی از سرانه جمعیت است که به منظور ارایه خدمات پیشگیری، مراقبتی و درمانی سطح یک اختصاص می یابد.

۱۹. **سرانه تیم پزشکی خانواده:** بخشی از سرانه سطح یک است که به منظور ارایه خدمات پزشک و مراقب سلامت در پایگاه پزشکی خانواده اختصاص می یابد.

۲۰. **نظام ارجاع:** مجموعه فرایندهایی است که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح دو گانه، برای دریافت خدمات مورد نیاز به منظور تامین جامعیت و تداوم خدمات سلامت تعیین میکند. این نظام از ارجاع بیمار با ذکر شرح حال بیماری و اقدامات تشخیصی درمانی انجام گرفته در سطح یک شروع و با انتقال اطلاعات لازم از نحوه ارایه خدمات و پیگیری بیمار از سطح ارجاع شده به ارجاع دهنده (بازخوراند ارجاع) در بستر سامانه های الکترونیک پایان می یابد. اطلاعات بازخوراند باید شامل تشخیص، داروهای تجویز شده، اقدامات انجام شده، خدمات پاراکلینیکی انجام شده و مورد نیاز، اقداماتی که احیاناً پزشک خانواده باید انجام دهد، نحوه پیگیری، تعیین تاریخ مراجعه مجدد بیمار باشد.

۲۱. **استحقاق درمان:** افراد بیمه شده (و افراد تحت سرپرستی آنان) در برابر حق بیمه ای که ماهانه پرداخت میکنند، استحقاق برخوردار شدن از حمایت سازمان بیمه گر در درمان خویش یا دیگر مزبتهای مربوط را می یابند. استحقاق درمان محدوده زمانی مشخصی دارد که در حال حاضر با تاریخ اعتبار سیستمی بیمه تعیین میشود.

۲۲. **پزشک همپوشان:** پزشک خانواده ای است که توسط پزشک خانواده شاغل در برنامه از همان محله و در شیفت مقابل به جهت ارایه خدمات درمانی ضروری به جمعیت تحت پوشش معرفی میگردد.

۲۳. **پزشک جانشین:** در صورت عدم حضور پزشک خانواده کمتر از سه روز با کسب موافقت دبیرخانه ستاد اجرایی شهرستان از بین پزشکان خانواده همان محله در شیفت کاری مربوطه به منظور ارایه خدمات بهداشتی، درمانی توسط پزشک خانواده معرفی می گردد.

۲۴. **پزشک جایگزین:** در صورت عدم حضور پزشک خانواده بیشتر از سه روز با کسب موافقت دبیرخانه ستاد اجرایی شهرستان در شیفت کاری مربوطه به منظور ارایه خدمات بهداشتی، درمانی در محل کار وی حضور می یابد.

[Type here]

۲۵. **فرانشیز:** بخشی از هزینه های خدمات درمانی، که توسط بیمار به واحد ارائه کننده خدمت، پرداخت میشود.
۲۶. **پایگاه تجمیعی:** پایگاهی است متشکل از چند تیم پزشکی خانواده که در یک مکان واحد به ارائه خدمت می پردازند.
۲۷. **مراقب سلامت:** فردی است که همراه پزشک خانواده در پایگاه پزشکی خانواده حضور دارد و ارائه بخشی از خدمات بسته مراقبتی و درمانی بر عهده وی می باشد. این فرد دانش آموخته رشته های بهداشت عمومی، پرستاری، مامایی، بهداشت خانواده یا مبارزه با بیماریها است و پس از گذراندن دوره آموزشی مشخص شده توسط معاونت بهداشت و دریافت گواهی مربوطه، می تواند مشغول به کار شود.
۲۸. **مراقب سلامت ناظر:** فردی است که به همراه سایر اعضای تیم سلامت در مرکز خدمات جامع سلامت حضور دارد. این فرد دانش آموخته رشته های کارشناسی / کارشناسی ارشد بهداشت عمومی، مبارزه با بیماریها، آموزش سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی، کارشناس ارشد مامایی، کارشناس ارشد پرستاری جامعه نگر است که وظیفه نظارت فنی، ارزیابی و پیگیری چالش های اجرایی پایگاههای پزشکی خانواده و همچنین آن دسته از خدمات سطح یک که به لحاظ ماهیت اجرای کار در خارج از پایگاههای پزشکی خانواده تعریف شده است (بیماریابی و پیگیری بیماریهای واگیر، بهداشت مدارس، فعالیت های اجتماع محور، اپیدمی ها و بلایا و ...) را به عهده دارد.
۲۹. **مشاوره درمانی:** استفاده و بهره گیری پزشک خانواده از نقطه نظرات و ایده های تخصصی یا فوق تخصصی یک یا چند متخصص دیگر طی فرآیند تشخیص، درمان و بازتوانی بیمار است. برای مشاوره لزوماً بیمار ارجاع نمی شود و شاید فقط اطلاعات بیمار مورد نظر به پزشک مشاور منتقل شود.
۳۰. **مشاوره پزشکی اجتماعی:** مواقعی است که به منظور بهبود شاخص های سلامت اجتماعی، یا رفع مشکل سلامت عمومی، پزشک خانواده موضوع را به پزشک مسئول مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه منتقل و از آن طریق حسب ضرورت از مداخلات تخصصی، به صورت حضوری یا غیرحضوری استفاده می کند. این مشکلات می تواند مثل اقدامات لازم در کنترل یک اپیدمی، تغییر عادات تغذیه ای و اصلاح شیوه های زندگی برای ارتقای شاخص های سلامتی، به سازی منابع آب، پژوهش های کاربردی و... باشد.
۳۱. **محله، محدوده دسترسی:**
- محله: محدوده خاص جغرافیایی از شهر است که امکانات و توانمندی های حوزه سلامت (اعم از خصوصی، دولتی، عمومی و...) در آن برای ارائه خدمت در قالب پزشک خانواده و نظام ارجاع حداقل در سطح یک کفایت کند.
- محدوده دسترسی به پزشک خانواده: هر فرد می تواند پزشک خانواده خود را ترجیحاً از بین پزشکانی که در نزدیکی محل زندگی یا کار آن ها مستقر هستند، انتخاب کند.
- محدوده دسترسی به خدمات سطح دو: معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی دستورعملی که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می رسد، مسیر مشخصی برای دسترسی حداکثری مردم برای ارجاع به سطح دو می باشد را طراحی و ارائه خواهد کرد
۳۲. **جمعیت تحت پوشش:** افرادی که نزد پزشک خانواده (در قالب خانوار) ثبت نام می کنند. جمعیت تحت پوشش وی به حساب می آیند. تعداد جمعیت تحت پوشش هر پزشک را ستاد اجرایی استان با مجوز ستاد اجرایی کشور تعیین میکند.
۳۳. **نقشه ارجاع:** سندی است که مسیر مشخصی را برای دسترسی حداکثری مردم به منظور دسترسی به خدمات سطح دو و سه ارائه می نماید.

[Type here]

۳۴. **کلینیک تخصصی:** واحد ارائه خدمات ۲ و ۳ سرپایی که با عناوین کلینیک/ کلینیک ویژه داخل و یا خارج از بیمارستان خدمات تخصصی را به گیرنده خدمت ارائه می نمایند.

۳۵. **برونسپاری:** واگذاری تمام یا برخی از وظایف مطابق با اهداف سازمان به فرد یا شرکتهای خارج از آن (غیر دولتی)، براساس آیین نامه مالی، معاملاتی دانشگاهها تا ضمن کاهش هزینه ها امکان تحقق کیفیت برتر نیز فراهم گردد.

۳۶. **دفاتر ارائه خدمات پزشکی و پیراپزشکی:** واحدهای ارائه خدمات تشخیصی و درمانی بخش غیر دولتی بوده که در صورت نیاز از طریق ارجاع پزشک خانواده خدمات مورد تعهد سازمانهای بیمه پایه به بیماران ارائه میدهند. (شنوایی سنجی، بینایی سنجی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتار درمانی و ...)

۳۷. **هیات امناء:**

پیراپزشکی
فایل استاد

[Type here]

فصل سوم:

ساختار و سازماندهی

[Type here]

ساختارهای مدیریت

در اجرای برنامه فوق به شرح زیر خواهد بود:

- ستاد ملی پزشکی خانواده
- ستاد هماهنگی کشوری
- ستاد اجرایی کشور
 - کمیته نظام ارجاع
 - کمیته بازنگری و به روزرسانی بسته خدمات
 - کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی
 - کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی
 - کمیته آمار و فناوری اطلاعات
 - کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع
 - کمیته پایش و نظارت
- ستاد هماهنگی استان
- ستاد اجرایی استان
 - کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی
 - کمیته آمار و فناوری اطلاعات
 - کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع
 - کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی
 - کمیته پایش و نظارت
 - کمیته استقرار و هماهنگی نظام ارجاع
- ستاد اجرایی شهرستان
 - کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع
 - کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی
 - کمیته آمار و فناوری اطلاعات
 - کمیته آموزش نیروی انسانی
 - کمیته استقرار و هماهنگی نظام ارجاع
 - کمیته پایش و نظارت

[Type here]

ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع:

اعضای آن به شرح زیر می باشد :

۱. رئیس جمهور (رئیس ستاد)
 ۲. معاون اول (جانشین رئیس ستاد)
 ۳. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (دبیر ستاد)
 ۴. رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی
 ۵. وزیر کشور
 ۶. وزیر ارتباطات و فن آوری اطلاعات
 ۷. وزیر امور اقتصادی و دارایی
 ۸. وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی
 ۹. وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی
 ۱۰. وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح
 ۱۱. رئیس کل سازمان نظام پزشکی
 ۱۲. معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مسئول دبیرخانه ستاد ملی)
 ۱۳. رئیس سازمان صدا و سیما
 ۱۴. رییس سازمان برنامه و بودجه
 ۱۵. رئیس سازمان بهزیستی
 ۱۶. رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت
 ۱۷. رئیس شورای اسلامی استانها
- حسب مورد برخی وزرا و مسئولین مربوطه دعوت خواهند شد.

وظایف ستاد ملی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع به شرح زیر میباشد :

- 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 حمایتهای مورد نیاز قانونی و مدیریتی
- تصمیم گیری در موارد ارجاعی از طرف ستاد اجرایی

[Type here]

ستاد هماهنگی کشوری:

در سطح وزارت بهداشت با مسئولیت و ریاست وزیر بهداشت با ماموریت تدوین سیاستهای مورد نیاز جهت سهولت در فرایند تصمیم گیری بر اساس گزارشات ستاد اجرایی کشوری میباشد. برای سهولت در فرایند تصمیم گیری می بایست اختیارات مورد نیاز ستاد هماهنگی از سوی ستاد ملی تفویض گردد.

○ جلسات ستاد هماهنگی در فاز استقرار، ماهانه و سپس به صورت فصلی تشکیل میشود.

اعضای ستاد هماهنگی کشوری:

۱. وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)
۲. معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (جانشین رئیس و دبیر ستاد)
۳. معاون امور علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور
۴. معاون سیاسی امنیتی وزارت کشور
۵. مدیر عامل سازمان بیمه سلامت
۶. مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی
۷. مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح
۸. معاون توسعه مدیریت و منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت
۹. معاون درمان وزارت بهداشت
۱۰. معاون رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
۱۱. معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی وزارت ارتباطات و فن آوری اطلاعات
۱۲. رئیس سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۳. رئیس شورای سیاستگذاری سلامت صدا و سیما
۱۴. دبیر ستاد ملی جمعیت
۱۵. معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی
۱۶. معاون آموزش وزارت بهداشت
۱۷. رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (رئیس دبیرخانه)
۱۸. رئیس مرکز مدیریت فناوری و اطلاعات وزارت بهداشت
۱۹. مدیر روابط عمومی وزارت بهداشت

ستاد اجرایی کشوری:

این ستاد در سطح وزارت بهداشت با مسئولیت و ریاست معاون بهداشت برای تدوین ضوابط و مقررات و الزامات اجرایی مورد نیاز (تعیین سرانه، چارچوب قرارداد، نظام ثبت و گزارش دهی با بهره گیری از فناوری اطلاعات، برنامه پایش و نظارت و نظام پرداخت) و همچنین تعیین ساز و کار مناسب در بهره گیری از ظرفیت موجود فضای فیزیکی و نیروی انسانی در بخش دولتی و غیردولتی در برنامه پزشکی خانواده و ابلاغ به استانها در فاز استقرار به صورت هفتگی و سپس ماهانه برگزار میگردد.

وظایف ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

۱. تهیه و تدوین فرایندهای اجرایی و دستورعملهای مربوطه در سطح ملی، استانی و شهرستان

[Type here]

۲. تعیین ترکیب اعضا و شرح وظایف کمیته های استانی و شهرستانی مورد نیاز برای اجرای برنامه
۳. تعیین تعداد و عناوین کمیته های تخصصی مورد نیاز
۴. اعلام شروع مرحله استقرار پس از بررسی فرایند آمادگی
۵. بازدید از عملیات اجرایی در استانها و شهرستانها و حفظ ارتباط پیوسته با عرصه های اجرایی
۶. نظارت بر طرحهای پژوهشی مرتبط
۷. تصویب ترکیب اعضای کمیته های مورد نیاز برای اجرای برنامه
۸. سفارش انجام بررسیها و مطالعه های مختلف و استفاده از نتایج آنها برای تدوین سیاستها یا مداخله ای مورد نیاز و پیشنهاد این سیاستها یا مداخله ها به ستاد ملی
۹. تدوین گزارشهای تحلیلی
۱۰. جلب همکاری صاحب نظران و ذینفعان برنامه از طریق اعضای واحد کشوری یا کمیته های فنی
۱۱. نظارت بر پیشرفت برنامه ها و عملیات
۱۲. ظرفیت سازی

اعضای ستاد اجرایی کشوری:

۱. معاون بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس ستاد)
۲. رئیس مرکز مدیریت شبکه وزارت بهداشت (جانشین و دبیر ستاد)
۳. رئیس امور سلامت و رفاهی اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور
۴. معاون سلامت سازمان بیمه سلامت
۳. معاون درمان سازمان تامین اجتماعی
۴. معاون درمان سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح
۵. مدیر کل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
۶. مدیر کل بودجه و ارزیابی عملکرد وزارت بهداشت
۷. مدیر کل امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
۸. مدیر کل دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت
۹. رئیس دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
۱۰. رئیس اداره پزشک خانواده سازمان نظام پزشکی
۱۱. معاون مرکز مدیریت فناوری و اطلاعات وزارت بهداشت
۱۲. رئیس گروه پزشک خانواده وزارت بهداشت (مسئول دبیرخانه)
۱۳. روسای دانشگاههای منتخب ستاد ملی پزشکی خانواده (سه نفر)

کمیته های اجرایی پیشنهادی ستاد اجرایی کشوری به شرح زیر است:

کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی

رئیس کمیته: مدیر دفتر آموزش و ارتقاء سلامت دبیر: رئیس مرکز روابط عمومی (سایر اعضای کمیته:

▪ مدیر روابط عمومی معاونت بهداشت

[Type here]

- رئیس شورای سیاستگذاری صدا و سیما
- معاون مطبوعات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی
- نماینده مجمع خیرین سلامت
- مدیر روابط عمومی نظام پزشکی
- معاون فنی مرکز مدیریت شبکه
- رییس گروه پزشکی خانواده

کمیته آمار و فناوری اطلاعات

(رئیس: رئیس مرکز فناوری اطلاعات وزارت بهداشت، دبیر: رئیس گروه آمار و فناوری مرکز مدیریت شبکه)

سایر اعضای کمیته:

- رییس گروه آمار و مدیریت اطلاعات سلامت مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان
- مدیر ملی برنامه جامع سلامت الکترونیک و مسوول پیگیری ایجاد نظام رگولاتوری-اپراتوری سلامت
- مدیرکل سامانه های بیمه سلامت
- رییس مرکز فناوری اطلاعات، آمار و محاسبات سازمان تامین اجتماعی
- معاون دبیرخانه شورای عالی بیمه و مدیرکل دفتر برنامه ریزی و سیاستگذاری بیمه های سلامت

کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع

(رئیس: مدیر کل بودجه و ارزیابی عملکرد وزارت بهداشت، دبیر: معاون اجرایی مرکز مدیریت شبکه)

سایر اعضای کمیته:

- مشاور اجرایی معاون بهداشت
- مدیرکل بودجه بیمه سلامت
- مدیرکل درمان غیر مستقیم سازمان تامین اجتماعی
- مشاور معاون درمان در بودجه و اعتبارات
- معاون دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
- معاون مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی

(رئیس: مدیر کل منابع انسانی دبیر: رئیس گروه نیروی انسانی مرکز مدیریت شبکه)

سایر اعضای کمیته:

- دبیر شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی معاونت آموزشی
- معاون مدیریت امور بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
- معاون آموزشی سازمان نظام پزشکی
- دبیر بورد تخصصی پزشکی خانواده معاونت آموزشی

[Type here]

کمیته پایش و نظارت

(رئیس: رئیس مرکز مدیریت شبکه دبیر: معاون فنی مرکز مدیریت شبکه)
سایر اعضای کمیته:

- معاون مرکز نظارت و اعتباربخشی معاونت درمان
- رییس گروه پایش و نظارت مرکز مدیریت شبکه
- معاون مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
- مدیران کل دفاتر و روسای مراکز بهداشت
- مدیرکل آزمایشگاه مرجع سلامت
- رئیس گروه مدیریت برنامه های سلامت

کمیته نظام ارجاع

(رئیس: مدیر کل مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی دبیر: رئیس گروه پزشک خانواده)
سایر اعضای کمیته:

- معاون مرکز آمار و فناوری اطلاعات
- نماینده سازمان نظام پزشکی
- رئیس گروه فناوری و آمار مرکز مدیریت شبکه
- معاون فنی مرکز مدیریت شبکه
- نماینده بیمه سلامت
- نماینده سازمان تامین اجتماعی
- مشاور فنی معاونت درمان
- معاون فنی مرکز بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی وزارت بهداشت
- معاون فنی دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت
- معاون فنی مرکز نظارت و اعتباربخشی
- معاون فنی مرکز مدیریت پیوند و بیماری ها
- معاون فنی آزمایشگاه مرجع سلامت
- نماینده سازمان غذا و دارو
- معاون فنی دبیرخانه شورایعالی بیمه سلامت

کمیته بازنگری و به روزرسانی بسته خدمات

(رئیس: معاون بهداشت دبیر: رئیس گروه مدیریت برنامه های سلامت)

- مدیران کل دفاتر و مراکز معاونت بهداشت
- مدیرکل مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی
- معاون فنی مرکز مدیریت شبکه
- مدیر گروه آمار و فناوری اطلاعات

[Type here]

شرح وظایف کمیته ها:

کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی

- فرهنگ سازی، اطلاع رسانی و توانمند سازی در تبیین جایگاه و نقش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در حفظ و ارتقای سلامت جامعه
- بهره مندی از رسانه های ارتباط جمعی (شبکه های اجتماعی، صدا و سیما، رسانه های مکتوب، ...) در جلب حمایت و مشارکت آگاهانه جامعه برای ایفای نقش در پیاده سازی برنامه
- جلب حمایت ذینفعان در اجرای برنامه پزشکی خانواده

کمیته آمار و فناوری اطلاعات

کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع

کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی

وظایف کمیته پایش و نظارت کشوری:

- تدوین سیاست های کلی پایش و نظارت بر برنامه پزشک خانواده
- تعیین شاخص های ارزیابی عملکرد
- پشتیبانی و تامین منابع مورد نیاز پایش و نظارت
- طراحی مدل ملی برای پایش و نظارت
- برنامه ریزی برای توانمندسازی تیم های پایش و نظارت ملی و منطقه ای
- نظارت بر عملکرد دانشگاهها در خصوص پایش و نظارت
- دیده بانی شاخص های سلامت قبل و بعد از استقرار برنامه پزشک خانواده
- تهیه و ارائه گزارش برای ستاد اجرایی کشوری پزشک خانواده

کمیته نظام ارجاع

ستاد هماهنگی استان

ستاد هماهنگی در سطح استان با ترکیب استاندار (رئیس ستاد)، معاون سیاسی امنیتی استاندار (جانشین رئیس ستاد)، رئیس مجمع نمایندگان مجلس شورای اسلامی استان، رئیس دانشگاه (دبیر ستاد)، معاونین بهداشت (مسئول دبیرخانه ستاد)، درمان،

[Type here]

غذا و دارو و توسعه دانشگاه، مدیرکل بیمه سلامت استان، رئیس اداره بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان، رئیس نظام پزشکی استان، رئیس سازمان صدا و سیما استان، رئیس گروه توسعه شبکه مرکز بهداشت استان، مدیر درمان تامین اجتماعی خواهد بود.

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

وظایف ستاد هماهنگی استان شامل موارد زیر است:

- هماهنگی اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سطح استان برابر دستورعملهای کشوری
- انجام هماهنگیهای مورد نیاز (در قالب برنامه عملیاتی) برای اجرای سیاستهای ابلاغی از سوی ستاد ملی (فنی، اجرایی و پشتیبانی و ...)
- تسهیل در تأمین و تخصیص منابع مورد نیاز برای کمک به اجرای مناسبتر برنامه
- بررسی چالشها و پیشنهاد راهکارهای مناسب برای برطرف کردن مشکلات به ستاد ملی
- ارائه گزارش مراحل استقرار و پیشرفت اجرای برنامه به ستاد ملی

ستاد اجرایی استان

بر اساس سیاست های ابلاغی ستاد هماهنگی تشکیل می‌شود. ستاد اجرایی استان می‌تواند با ارزیابی متغیرهای (عرضه و تقاضا، تعادل بازار سلامت، شاخص دسترسی، ضریب محرومیت، وضعیت بخش خصوصی و دولتی) روش های اجرا را بر اساس سیاستهای ابلاغی ستاد اجرایی کشوری پیاده نماید. ترکیب ستاد اجرایی استان شامل:

۱. رئیس دانشگاه (رئیس ستاد)
۲. معاون بهداشت و رئیس مرکز بهداشت استان (جانشین رئیس و دبیر ستاد)
۳. مدیرکل امور اجتماعی استانداری
۴. معاون درمان دانشگاه
۵. معاون غذا و دارو دانشگاه
۶. معاون آموزشی دانشگاه
۷. معاون توسعه و منابع و برنامه ریزی دانشگاه
۸. مدیر توسعه و ارتقاء سلامت استان
۹. مدیرکل بیمه سلامت استان
۱۰. مدیر درمان تأمین اجتماعی استان
۱۱. رئیس شعبه بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح استان
۱۲. رئیس شورای هماهنگی نظام پزشکی استان
۱۳. مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه
۱۴. دو نفر از روسای شبکه های بهداشت و درمان تابعه
۱۵. نماینده پزشکان خانواده استان
۱۶. نماینده مراقبین سلامت استان

تبصره ۱: در استانهایی که بیش از یک دانشگاه علوم پزشکی وجود دارد رئیس و معاونین دانشگاههای غیر از مرکز استان عضو ستاد خواهند بود.

[Type here]

کمیته های اجرایی پیشنهادی در سطح استانها به شرح زیر است:

- ❖ آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی
- ❖ کمیته آمار و فناوری اطلاعات
- ❖ کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع
- ❖ کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی (نیروهای ارایه دهنده خدمات در سه سطح)
- ❖ کمیته پایش و نظارت
- ❖ کمیته مدیریت فرآیندها
- ❖ کمیته نظام ارجاع

کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکتهای اجتماعی

(رئیس کمیته: رئیس گروه آموزش و ارتقاء سلامت دانشگاه (دبیر: مدیر روابط عمومی دانشگاه)
سایر اعضای کمیته:

- مدیر روابط عمومی نظام پزشکی استان
- نماینده صدا و سیما استان
- نماینده اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی استان
- معاون اجرایی معاونت بهداشت
- مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
- مسئول روابط عمومی معاونت بهداشت دانشگاه
- نماینده مجمع خیرین سلامت

کمیته آمار و فناوری اطلاعات

(رئیس:مدیرآمار و فناوری اطلاعات دانشگاه ، دبیر: رئیس گروه فناوری اطلاعات معاونت بهداشت)
سایر اعضای کمیته:

- رئیس اداره آمار و مدیریت اطلاعات سلامت معاونت درمان دانشگاه
- رئیس اداره آمار و فناوری اطلاعات اداره کل بیمه سلامت استان
- رییس اداره فناوری اطلاعات سازمان تامین اجتماعی استان

کمیته ساماندهی تامین و توزیع منابع

(رئیس: معاون توسعه و مدیریت منابع انسانی دانشگاه، دبیر: معاون اجرایی معاونت بهداشت)
سایر اعضای کمیته:

- نماینده سازمان برنامه و بودجه
- مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت استان
- رئیس اداره بیمه گری و درآمد بیمه سلامت استان
- مدیر درمان سازمان تامین اجتماعی
- مدیر اقتصاد سلامت معاونت درمان
- رئیس کمیته همسویی سازمانهای بیمه گر

[Type here]

کمیته آموزش و مدیریت نیروی انسانی

(رئیس: مدیر منابع انسانی دانشگاه ، دبیر: معاون اجرایی معاونت بهداشت)
سایر اعضای کمیته:

- نماینده معاونت آموزشی دانشگاه
- رئیس اداره توزیع متخصصین معاونت درمان
- نماینده سازمان نظام پزشکی استان
- رئیس EDC دانشگاه
- مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت استان
- کارشناس مسئول آموزش بهورزی معاونت بهداشت

کمیته نظام ارجاع

(رئیس: معاون درمان دانشگاه دبیر: مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت استان)
سایر اعضای کمیته:

- نماینده سازمان نظام پزشکی
- مدیر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه
- رئیس گروه فناوری معاونت بهداشت
- مدیر کلینیک های ویژه
- رئیس اداره سلامت عمومی بیمه سلامت استان
- نماینده سازمان تامین اجتماعی استان

کمیته پایش و نظارت

(رئیس: معاون بهداشت دانشگاه دبیر: معاون فنی معاونت بهداشت)
سایر اعضای کمیته:

- مدیر نظارت بر درمان معاونت درمان دانشگاه
- رئیس اداره نظارت بر درمان تامین اجتماعی
- رئیس اداره خدمات عمومی بیمه سلامت
- مدیر توسعه شبکه و ارتقاء سلامت استان
- مدیران و روسای گروهها و واحدهای فنی مرکز بهداشت استان
- مسئول فنی آزمایشگاه مرجع سلامت

وظایف کمیته پایش و نظارت:

- تدوین سیاست های دانشگاهی پایش و نظارت بر برنامه پزشک خانواده
- اجرای سیاست ابلاغی کمیته پایش و نظارت کشوری
- پشتیبانی و تامین منابع مورد نیاز پایش و نظارت شهرستانها

[Type here]

- برنامه ریزی برای توانمندسازی تیم های پایش و نظارت شهرستانی
- نظارت بر عملکرد شهرستانها در خصوص پایش و نظارت
- دیده بانی شاخص های دانشگاهی سلامت قبل و بعد از استقرار برنامه پزشک خانواده
- تهیه و ارائه گزارش برای ستاد اجرایی استانی پزشک خانواده
- رسیدگی و داوری شکایات پزشکان خانواده در خصوص ارزیابی عملکرد
- تعیین شاخص های الزامی و اختیاری ارزیابی عملکرد دانشگاه
- نظارت بر عملکرد تیم های پایش و نظارت مراکز خدمات جامع سلامت

شرح وظایف کلیه کمیته های استانی

کلیه کمیته های استانی در مرحله استقرار به صورت ماهانه تشکیل خواهد شد

کمیته مدیریت فرآیندها

(اعضا و وظایف توسط معاونت درمان تعیین گردد)

ستاد اجرایی شهرستان

اعضای ستاد:

۱. فرماندار (رئیس ستاد)،
 ۲. مدیر شبکه بهداشت و درمان شهرستان (دبیر ستاد)،
 ۳. رئیس مرکز بهداشت شهرستان
 ۴. معاون درمان شبکه شهرستان
 ۵. روسای بیمارستان های واقع در شهرستان
 ۶. نماینده هر یک از سازمان های بیمه گر شهرستان
 ۷. مسئول واحد توسعه شبکه شهرستان
 ۸. رئیس نظام پزشکی شهرستان
 ۹. معاون غذا و داروی شهرستان
- در شهرستان های مرکز استان رئیس یکی از مراکز بهداشت شهرستان به انتخاب معاون بهداشت دبیر ستاد میباشد.

کمیته های اجرایی پیشنهادی و شرح وظایف آنها:

اعضای این کمیته ها متناظر با کمیته های استانی تعیین و ابلاغ رئیس کمیته از طرف فرماندار و ابلاغ سایر اعضا توسط مدیر شبکه صادر میگردد.

کمیته آموزش، ارتباطات و مشارکت های اجتماعی

- تدوین برنامه های آموزشی عموم مردم
- هماهنگی با شورا های شهر و روستا و بخشدارها
- هماهنگی با سازمانهای مردم نهاد
- آگاه سازی جامعه و شناسایی طرح به مردم

[Type here]

کمیته آمار و فناوری اطلاعات

- فراهم آوری زیرساخت و مدیریت نگهداشت(سخت افزار و نرم افزار)
- تحلیل داده ها و گزارشهای ثبت شده در سامانه ها
- رایبه گزارشهای مورد نیاز به ستاد اجرایی شهرستان
- پشتیبانی فنی(پاسخگویی به سوالات) کاربران سامانه ها

کمیته آموزش نیروی انسانی

- آموزش نیروهای جدیدالورود(نیروهای رایبه دهنده خدمات سطوح سلامت)
- بازآموزی مداوم نیروهای موجود (نیروهای رایبه دهنده خدمات در سطوح سلامت)

کمیته پایش و نظارت

- اجرای سیاست ابلاغی کمیته پایش و نظارت استانی
- پشتیبانی و تامین منابع مورد نیاز پایش و نظارت مراکز خدمات جامع سلامت
- دیده بانی شاخص های شهرستانی سلامت قبل و بعد از استقرار برنامه پزشک خانواده
- ساماندهی تیم های پایش و نظارت شهرستانی
- برنامه ریزی برای توانمندسازی تیم های پایش و نظارت مراکز خدمات جامع سلامت
- نظارت بر عملکرد تیم های پایش و نظارت مراکز خدمات جامع سلامت
- تهیه و ارائه گزارش برای ستاد اجرایی شهرستانی پزشک خانواده
- بررسی اولیه شکایات پزشکان خانواده در خصوص ارزیابی عملکرد
- طراحی مداخلات لازم جهت رفع نواقص تا حصول نتیجه

کمیته ارجاع

تبصره: وجود ستادهای فوق، نافی وظایف هر یک 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 دستورعمل هماهنگ با سایر دستگاهها به انجام رساند. ستاد اجرایی کشوری حسب ضرورت میتواند وظایف ستادهای استانی و شهرستانی را اصلاح و تکمیل کند.

واحدهای ارائه خدمت

مرکز خدمات جامع سلامت:

با توجه به دسترسی مردم و تراکم جمعیت، برای جمعیت ۴۰ تا ۱۲۰ هزار نفر یک مرکز خدمات جامع سلامت در نظر گرفته می‌شود. برای شهرهای با جمعیت کمتر از ۴۰ هزار نفر، وجود یک مرکز خدمات جامع سلامت الزامی است.

نیروی انسانی شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت عبارتند از:

- مسئول فنی مرکز (متخصص پزشکی خانواده، پزشک اجتماعی، پزشک عمومی دارای مدرک MPH، پزشک عمومی دوره دیده)
- دندان‌پزشک
- کارشناس سلامت روان
- کارشناس تغذیه
- کارشناس بهداشت محیط
- کارشناس بهداشت حرفه ای
- کارشناس مراقب سلامت ناظر
- متصدی پذیرش

وظایف مرکز خدمات جامع سلامت عبارت است از:

الف: خدمات مدیریتی

- ۱) شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
- ۲) بازنگاری، سرشماری و شناسایی منطقه تحت پوشش از نظر جمعیت (گروه های هدف)، اماکن، کارگاه ها و ...
- ۳) شناسایی منابع (واحدهای ارائه دهنده خدمت، نیروی انسانی، تجهیزات، ...) بخش دولتی، خیریه، عمومی و خصوصی در منطقه تحت پوشش
- ۴) شناسایی مشکلات سلامت منطقه تحت پوشش (نیازسنجی سلامت) به صورت دوره ای مطابق شیوه نامه ابلاغی
- ۵) مدیریت بر الزامات پرونده سلامت الکترونیک و به روز نگه داشتن سخت افزارهای مورد استفاده
- ۶) بررسی و تحلیل دوره ای داده های حاصل از ارائه خدمات و فعالیت های انجام و ثبت شده در مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاههای سلامت تحت پوشش و طراحی مداخلات مورد نیاز
- ۷) تشکیل هیات امنای سلامت منطقه به منظور برنامه ریزی برای حل مشکلات سلامت منطقه (محل محوری) از راه جلب مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی و هماهنگی های درون بخشی
- ۸) مدیریت فرآیند ارجاع (در سطوح مختلف)، پسخوراند و پیگیری های مورد نیاز خدمات تیم سلامت (پایگاه های پزشکی خانواده) براساس دستورالعمل ها، ضروری است داشبورد مدیریت ارجاع در میزکار مسئول فنی مرکز قرار گیرد.
- ۹) همکاری در اجرای پروژه های تحقیقاتی
- ۱۰) همکاری در آموزش علوم پزشکی جامعه نگر (نحوه فعالیت مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی حسب تفاهم نامه ابلاغی اجرایی شود).
- ۱۱) مدیریت و نظارت بر جذب سفیران و رابطین سلامت در جمعیت تحت پوشش هر پایگاه پزشکی خانواده، آموزش این افراد حسب ضرورت و نیاز پایگاه
- ۱۲) آموزش و توانمندسازی مستمر ارائه دهندگان خدمات
- ۱۳) شناسایی خیرین سلامت در منطقه جغرافیایی تحت پوشش به منظور هماهنگی و برنامه ریزی در بهره گیری از ظرفیت ایشان توسط مدیریت شهرستان

[Type here]

- ۱۴) پایش، نظارت و ارزیابی عملکرد خدمات تیم سلامت (پایگاه های پزشکی خانواده) براساس دستورالعمل ها و چک لیست های موجود
- ۱۵) پایش، نظارت و ارزیابی فضای فیزیکی، تجهیزات و مکمل ها (حسب مورد واکسن) در پایگاه های پزشکی خانواده براساس دستورالعمل ها
- ۱۶) بهبود کیفیت و ارتقای مستمر فرآیندها در واحدهای تحت پوشش

ب: خدمات سلامت

۱. ارائه خدمات سلامت دهان و دندان به جمعیت تحت پوشش
۲. پذیرش ارجاعات تیم پزشکی خانواده به کارشناس سلامت روان و ارائه خدمات مربوطه بر اساس شرح وظایف کارشناس سلامت روان و بسته های خدمات
۳. پذیرش ارجاعات تیم پزشکی خانواده به کارشناس تغذیه و ارائه خدمات مربوطه بر اساس شرح وظایف کارشناس تغذیه و بسته های خدمات
۴. ارائه خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای و به روز رسانی آمار منطقه تحت پوشش را از نظر جمعیت، اماکن و کارگاهها و به صورت مستمر و ثبت نتایج آن در سامانه
۵. شناسایی و پذیرش کارگران مشمول معاینات سلامت شغلی (شاغلین کارگاه های زیر ۲۰ نفر متقاضی دریافت خدمت در بخش دولتی) توسط کارشناس بهداشت حرفه ای و ارجاع به تیم پزشکی خانواده مرتبط برای دریافت خدمات معاینات سلامت شغلی
- ع. همکاری و مشارکت در پیشگیری و کنترل بیماریهای تحت مراقبت، اپیدمیها و حوادث غیرمترقبه و بلایا

ج: خدمات بهداشتی و درمانی در پایگاه سلامت شهری ضمیمه (پایگاه پزشکی خانواده)

شرح وظایف اعضای تیم سلامت

شرح وظایف مراقب سلامت در تیم پزشکی خانواده:

۱. شناسایی محیط جغرافیایی محل خدمت
 ۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
 ۳. شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت در منطقه
 ۴. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر مشکلات اثرگذار بر سلامت افراد
 ۵. تشکیل پرونده سلامت الکترونیک براساس شرح خدمات
 ۶. ارایه خدمات فعال به جمعیت تحت پوشش براساس بسته های خدمتی
 ۷. انجام واکسیناسیون روتین کشوری به جمعیت هدف
 ۸. رعایت زنجیره سرما
 ۹. شرکت در برنامه های آموزشی ابلاغی از ستاد اجرایی دانشگاه/ دانشکده و برنامه های اختصاصی شهرستان
 ۱۰. آموزش و توانمندسازی جامعه براساس برنامه ها و دستورعمل های ابلاغی
 ۱۱. مشاوره فردی و خانوادگی مندرج در بسته های خدمت گروه های هدف (حضوری/ تلفنی)
 ۱۲. در صورت نیاز، ارجاع مراجعه کننده به پزشک خانواده و کارشناسان مرکز و ارایه خدمات مورد نیاز برای وی براساس پس خوراند دریافتی از پزشک، کارشناس سلامت روان، کارشناس تغذیه
 ۱۳. پیگیری موارد ارجاع شده به متخصصین
 ۱۴. ثبت و گزارش دهی صحیح، دقیق و بهنگام براساس فرمها، دستورعمل ها و تکالیف محوله
 ۱۵. درخواست به موقع کالیبراسیون تجهیزات
 ۱۶. غربالگری افراد براساس شرح خدمات پیگیری و مراقبت بیماران و افراد در معرض خطر (حضوری/ تلفنی)
 ۱۷. انجام تزریقات و پانسمان زیر نظر پزشک
 ۱۸. اجرای کلیه دستورعمل های ابلاغی مربوط به قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت
 ۱۹. پیگیری موارد ارجاع شده به پزشک/کارشناس سلامت روان، تغذیه برای انجام مراقبت های بعدی
 ۲۰. شناسایی گروه های هدف برنامه های حمایتی
 ۲۱. هماهنگی و همکاری در اجرای مناسبت های خاص بهداشتی
 ۲۲. توانمندسازی مردم و داوطلبین سلامت (سفیران، رابطین) در برنامه ملی خودمراقبتی
 ۲۳. شناسایی امکانات محلی، بسیج و سازماندهی مردم برای اقدامات اجتماعی حامی سلامت
- در صورتی که مراقب سلامت دانش آموخته رشته مامایی نباشد کلیه تکالیف بسته خدمتی مادران باید توسط پزشک (زن) انجام شود.

شرح وظایف کارشناس تغذیه در تیم سلامت

۱. شناسایی منطقه جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
۳. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر وجود بیماری های غیرواگیر و واگیر شایع در منطقه همچون چاقی، دیابت، پرفشاری خون، اختلالات چربی خون، سل و ... و شیوع آنها در منطقه و مقایسه با شاخص های دانشگاهی

[Type here]

۴. شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت تغذیه ای در منطقه (شناسایی فاکتورهای خطر مانند اضافه وزن و چاقی، لاغری، کوتاه قدی، کم خونی، کمبود مصرف منابع کلسیم و ویتامین D، افزایش مصرف روغن، نمک و چربی و ...)
۵. تدوین برنامه عملیاتی سالانه با همکاری کارشناس تغذیه ستاد شهرستان در راستای برنامه عملیاتی دانشگاه
۶. تدوین برنامه های مداخله ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای شناسایی شده در منطقه و اجرای آن
۷. اندازه گیری شاخص های آنترپومتریک مراجعین و کنترل شاخص های مراقب
۸. ارزیابی تغذیه ای و ثبت در پرونده الکترونیک
۹. ارزیابی امنیت غذایی
۱۰. اقدام به آموزش چهره به چهره و ثبت توضیحات در پرونده الکترونیک
۱۱. مشاوره تغذیه، تنظیم و ثبت برنامه غذایی در پرونده الکترونیک
۱۲. پیگیری مراقبتهای تغذیه ای و ثبت در پرونده الکترونیک
۱۳. تجویز مکمل های غذایی (اسید فولیک، مولتی ویتامین، آهن، زینک، کلسیم و ...) در موارد لزوم برای گروه های خاص
۱۴. اجرای برنامه ها مطابق با بسته خدمت ابلاغی در موضوعات مربوطه
۱۵. اجرای برنامه های آموزش گروهی هدفمند برای مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت
۱۶. نظارت بر اجرای برنامه حمایت تغذیه ای گروه های آسیب پذیر و ارائه سبدهای غذایی حمایتی
۱۷. مشاوره و پیگیری وضعیت تغذیه بیماران با بیماری های فشار خون بالا، پیش فشار خون بالا، دیابت و پیش دیابت، اختلالات چربی خون، اضافه وزن و چاقی، سوء تغذیه، آنمی، کرونا و سایر موارد ارجاعی با درج در پرونده الکترونیک و ارائه پس خوراند
۱۸. نظارت بر اجرای آموزش و مکمل یاری و پایگاه های تغذیه سالم مدارس و تغذیه مهدهای کودک در منطقه تحت پوشش
۱۹. مشارکت در برنامه های آموزشی تغذیه مدارس
۲۰. مشارکت در فعالیتهای اجتماع محور (حمایت های تغذیه ای و توانمندسازی خانوارهای نیازمند، برگزاری جشنواره ها، مشارکت در برگزاری مناسبت های مختلف و..)
۲۱. مشارکت در برنامه های آموزشی و آموزش تغذیه در فرهنگسرای محله، مساجد، ادارات و ..
۲۲. نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیتهای مرتبط با تغذیه در پایگاه های پزشک خانواده تحت پوشش
۲۳. جلب همکاری های درون بخشی و برون بخشی، سازمان های حمایتی و خیرین ملی و محلی در اجرای برنامه های جامعه محور به منظور اجرای مداخلات تغذیه ای و بهبود وضعیت تغذیه ای جامعه تحت پوشش با تاکید بر گروه های آسیب پذیر
۲۴. تسلط بر شاخص های تغذیه ای منطقه تحت پوشش و رسم نمودارهای مقایسه ای، حداقل از سه سال گذشته تاکنون و نصب بر بیلبورد اتاق
۲۵. همکاری با کارشناس تغذیه ستاد شهرستان برای آموزش تغذیه به مراقبین سلامت و پزشک خانواده
۲۶. نظارت بر ارائه مراقبت های تغذیه ای مراقب سلامت و ارجاع موارد نیازمند مشاوره تغذیه از سوی پزشک خانواده و مراقبین سلامت
۲۷. شرکت در برنامه های بازآموزی برنامه ریزی شده توسط ستاد دانشگاه
۲۸. تعامل و همکاری با پزشک خانواده، کارشناس سلامت روان و مراقبین سلامت در اجرای برنامه های مشترک در مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاه های پزشکی خانواده

شرح وظایف کارشناس سلامت روان در تیم سلامت

۱. شناسایی منطقه جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش از نظر تعداد نفرات به تفکیک سن و جنس
۳. شناسایی عوامل و مشکلات اثرگذار بر سلامت روانی و اجتماعی جمعیت تحت پوشش (مانند مصرف دخانیات، سوء مصرف مواد مخدر، مصرف مشروبات الکلی، خشونت خانگی، کودک آزاری و...) بر اساس شرح خدمات ابلاغی
۴. شناسایی خانواده های آسیب پذیر (خانواده هایی که در آن سرپرست خانواده زندانی، معلول شدید جسمی یا روانی و...) بر اساس شرح خدمات ابلاغی
۵. تدوین برنامه های مداخله ای به منظور کنترل و کاهش عوامل و فاکتورهای اجتماعی شناسایی شده در منطقه در راستای سیاست های ابلاغ شده
۶. آموزش های خود مراقبتی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و پیشگیری از مصرف مواد، الکل و دخانیات
۷. اجرای برنامه های توانمندسازی روانی اجتماعی (مهارت های فرزندپروری و مهارت های زندگی، نوجوان سالم من و تقویت بنیان خانواده)
۸. آموزش های روانشناختی در موارد ارجاع افراد مبتلا به اختلالات شایع روانپزشکی (افسردگی و اضطراب) با تشخیص پزشک
۹. انجام مداخلات روانشناختی برای افراد دارای افکار خودکشی با تشخیص پزشک
۱۰. پیگیری موارد ارجاع فوری افکار خودکشی برای مراجعه به پزشک
۱۱. ارائه مداخلات روانشناختی برای افراد اقدام کننده به خودکشی ارجاع شده از بیمارستان ها
۱۲. ارائه مداخلات روانشناسی برای بازماندگان خودکشی
۱۳. آموزش های خود مراقبتی در حوزه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد
۱۴. آموزش مهارت های فرزندپروری
۱۵. غربالگری تکمیلی در افراد شناسایی شده با مصرف مواد، دخانیات و الکل
۱۶. غربالگری تکمیلی در افراد با عوامل خطر سلامت اجتماعی
۱۷. انجام مداخلات مختصر روانشناختی در مصرف کنندگان مواد، دخانیات و الکل و پیگیری آنها بر اساس بسته خدمتی ابلاغی
۱۸. آموزش های همگانی پیشگیری از مصرف مواد، الکل و دخانیات و کاهش آسیب آن در مدارس، محیط های کاری و فرهنگی و ورزشی
۱۹. ارائه آموزشهای فردی/گروهی به خانواده بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک
۲۰. عضویت در شورای اجتماعی محلات، مشارکت در برنامه های آموزشی فرهنگسرای محله و ..
۲۱. ارائه حمایت های روانی - اجتماعی به دنبال حوادث و بلا یا به بزرگسالان
۲۲. ارائه حمایت های روانی اجتماعی به دنبال حوادث و بلا یا به کودکان
۲۳. نظارت مستقیم هفتگی بر عملکرد مراقبین سلامت در زمینه فعالیتهای مرتبط با غربالگری سلامت روان ، اجتماعی و اعتیاد در پایگاه های پزشکی خانواده تحت پوشش
۲۴. قبول ارجاعات از مراقبین سلامت در پایگاه های پزشکی خانواده تحت پوشش و ارائه پس خوراند
۲۵. ارجاع موارد براساس بسته خدمت به پزشک خانواده و ارائه بازخورد به تیم سلامت
۲۶. همکاری با سازمان های مردم نهاد و خیریه و بهزیستی برای کمک به نیازمندان
۲۷. انجام برنامه های موجود در بسته خدمت ابلاغی

شرح وظایف پزشک در تیم پزشکی خانواده:

۱. شناسایی منطقه جغرافیایی محل خدمت
۲. شناسایی جمعیت تحت پوشش به تفکیک سن و جنس
۳. تحلیل اطلاعات سلامت جمعیت تحت پوشش
۴. مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش
۵. آموزش و همکاری در مداخلات ارتقای سلامت
۶. هماهنگی‌های درون بخشی و برون بخشی
۷. مراقبت از جامعه تحت پوشش براساس گروه‌های هدف تعیین شده و اجرای برنامه‌های سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارایه خدمات سلامت
۸. ویزیت و ثبت در پرونده الکترونیک سلامت، درمان سرپایی و در صورت لزوم ارجاع به سطوح بالاتر مطابق دستورعمل نظام ارجاع
۹. پذیرش و ثبت موارد ارجاعی در پرونده الکترونیک سلامت و ارایه پس‌خوراند مناسب
۱۰. درمان اولیه و اقدام فوریت‌ها
۱۱. ارجاع مناسب و بموقع، پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر
۱۲. انجام اقدامات موردنیاز براساس پس‌خوراند
۱۳. ارزیابی خطر و ظرفیت پاسخ واحدهای ارایه خدمات در مواقع بحران
۱۴. نظارت بر عملکرد مراقب سلامت
۱۵. مراقبت از بیماران براساس دستورعمل‌ها و بسته خدمت
۱۶. برنامه ریزی و ارزشیابی مداخلات سلامت در جمعیت تحت پوشش
۱۷. الزام به شرکت فعال در دوره‌های آموزشی و بازآموزی در جهت ارتقای دانش علمی و فنی
۱۸. انجام معاینات سلامت شغلی به شاغلین ارجاع شده
۱۹. نظارت بر آموزشهای مربوط به گروههای هدف

شرح وظایف مراقب سلامت ناظر

۱. طراحی و اجرای برنامه‌های نظارت و پایش پایگاههای پزشکی خانواده تحت پوشش
۲. همکاری در اجرای برنامه‌های نظارتی و ارزشیابی ابلاغی از سطوح بالاتر
۳. پیگیری تأمین وسایل و تجهیزات و امکانات عملیاتی (واکسن، وسایل نمونه‌برداری، داروهای مورد نیاز و پیگیری تأمین مکملهای غذایی مورد نیاز پایگاه ها...)
۴. شناسایی بیماران هدف نظام مراقبت کشوری بیماریهای واگیر
۵. آموزش و اطلاع‌رسانی به تیم پزشکی خانواده در موارد تماس
۶. بررسی وضعیت اپیدمیولوژیک بیماریهای هدف در منطقه تحت پوشش
۷. جمع‌آوری و آنالیز اولیه اطلاعات بیماریهای هدف مراقبت و تهیه گزارش دوره‌ای
۸. نظارت و کنترل زنجیره سرما
۹. همکاری در اجرای برنامه‌های مداخله‌ای بهداشتی خارج از مرکز (نمونه‌برداری، بررسی‌های میدانی و ...)
۱۰. تهیه پس‌خوراند و پیگیری اصلاحات و توصیه‌های به عمل آمده در سطح پائین‌تر
۱۱. طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی و انجام بازدیدهای دوره‌ای از سطح پائین‌تر

[Type here]

۱۲. همکاری با مراقبین سلامت در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات آموزشی برای داوطلبین سلامت، جمعیت تحت پوشش و گروههای اجتماعی
۱۳. تسلط بر شاخص های سلامت منطقه تحت پوشش و رسم نمودارهای مقایسه ای، حداقل از سه سال گذشته تاکنون و نصب بر پیلیورد اتاق
۱۴. هماهنگی درون بخشی و بین بخشی برای اجرای بهتر برنامه های سلامت
۱۵. جلب مشارکت مردم، تشکل های مردمی، نهاد های مدنی و افراد ذی نفوذ برای توسعه و ارائه خدمات مطلوب
۱۶. پیگیری مستمر مراقبت بیماران واگیردار هدف مهم مثل HIV/AIDS، سل، سرخک، CCHF و ...، اجرای وظایف محوله در رابطه با مراقبت بیماری در هنگام همه گیری ها
۱۷. شرکت فعالانه در دوره های آموزشی و بازآموزی در جهت ارتقای دانش فنی
۱۸. تهیه آمار و اطلاعات خدمات سلامت ارائه شده بر اساس سامانه الکترونیک و ارائه آن به مرکز بهداشت شهرستان
۱۹. همکاری با مراقبین سلامت و کارشناسان تغذیه و روان در پیگیری در خارج از محدوده فضای پایگاه یا مرکز
۲۰. انجام سایر وظایف محوله حسب ضرورت

شرح وظیفه مسوول پذیرش / منشی پایگاه پزشکی خانواده:

۱. هماهنگی لازم با پزشک/پزشکان و واحدهای ارائه خدمت در مورد تنظیم نوبت دهی بیماران
۲. مدیریت صندوق مرکز به صورت روزانه و ماهانه و واريز مبالغ نقدی به حساب بانکی
۳. بررسی تاریخ اعتبار دفاتر بیمه، هماهنگی با اداره کل بیمه سلامت برای بیمه شدن افراد فاقد پوشش بیمه
۴. جمع آوری بهنگام نسخ طبق خواسته سازمان های بیمه گر و ارسال به ستاد مرکز بهداشت شهرستان
۵. ثبت دقیق و کامل اطلاعات هویتی مراجعین در سامانه
۶. پذیرش و نوبت دهی در سامانه های مربوطه
۷. آگاهی از واحدهای ارائه خدمت (مطب ها، کلینیک ها و مراکز پاراکلینیک موجود در منطقه تحت پوشش مرکز/پایگاه پزشکی خانواده) برای هدایت مراجعین
۸. انجام سایر امور محوله

[Type here]

شرح وظیفه نمونه گیر:

۱. انجام نمونه گیری تست‌های آزمایشگاهی (کلیه مراحل از آماده کردن وسایل و ظروف تا نمونه گیری و بر چسب گذاری و تحویل برای ارسال نمونه به آزمایشگاه)
۲. انتقال اطلاعات اولیه در مورد شرایط آزمایش‌های مختلف به بیمار (حسب مورد و در انواع مختلف آزمایش)
۳. توضیح دادن در مورد نحوه صحیح گرفتن نمونه های آزمایش‌های مدفوع، ادرار و کشت ادرار
۴. پیگیری ارسال نمونه ها به آزمایشگاه
۵. پیگیری ارسال نمونه های پاپ اسمیر / HPV به مرکز بهداشت شهرستان در مهلت مقرر براساس دستورعمل (به منظور تحویل به پست)

شرح وظایف کارشناس بهداشت محیط در تیم سلامت:

۱. نظارت بر آب آشامیدنی
۲. نمونه برداری از آب شرب و ارسال آن برای انجام آزمایش های باکتریولوژیکی شیمیایی در مناطق تحت پوشش بر اساس استانداردهای ملی (۱۰۱۱-۴۲۰۸)
۳. مشارکت در اجرای برنامه ایمنی آب آشامیدنی
۴. پیشگیری و کنترل طغیان بیماری های منتقله از آب
۵. بازرسی از سامانه های تامین آب آشامیدنی
۶. اقدامات بهداشت آب و فاضلاب در شرایط اضطرار و کنترل طغیان بیماری
۷. ارسال فوری گزارش های موارد نقص موجود در سامانه تامین آب و موارد صفر و نامطلوب کلر سنجی و ارجاع موارد مرتبط به سطح بالاتر و پیگیری
۸. بررسی علت آلودگی آب و پیگیری موارد نامطلوب
۹. نظارت بر بهداشت آب استخرهای شنا و شناگاه های طبیعی
۱۰. نظارت بر بهداشت فاضلاب و مشارکت در برنامه ایمنی فاضلاب
۱۱. کنترل آبیاری مزارع کشاورزی با فاضلاب
۱۲. مدیریت بهداشت هوا و کنترل و پیشگیری از آلودگی هوا
۱۳. ارائه خدمات مرتبط با تعیین بار بیماری های منتسب به آلودگی هوا
۱۴. نظارت و بهره برداری از ایستگاه های سنجش ذرات معلق با مالکیت وزارت بهداشت
۱۵. اجرای برنامه سازگاری سلامت در برابر اثرات تغییرات اقلیم بر اساس آئین نامه مقابله با تغییرات اقلیم
۱۶. نظارت بر تهویه و کیفیت هوای داخل اماکن عمومی
۱۷. نظارت بر موتورخانه های مراکز بهداشتی درمانی
۱۸. برگزاری هفته هوای پاک و مناسبت های مرتبط با آلودگی هوا در منطقه تحت پوشش
۱۹. همکاری و اجرای برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی و فرهنگ سازی در زمینه اثرات آلودگی هوا بر سلامت انسان
۲۰. اجرای برنامه های مرتبط با ابتکارات جامعه محور
۲۱. کنترل ناقلین بیماری ها
۲۲. کنترل الاینده های محیطی سموم و کنترل محیطی عوامل بیولوژیک
۲۳. پیگیری اخبار و شکایات (۱۹۰) و فوریت‌های سلامت محیط و کار
۲۴. کنترل، نظارت و پیگیری عوامل محیطی در بلایا و شرایط اضطرار

[Type here]

۲۵. رسیدگی به شکایات بهداشتی و ارجاع شده از سامانه ۱۹۰ و مردمی
۲۶. نظارت و کنترل بهداشت پرتوها
۲۷. کنترل و نظارت بر وضعیت بهداشتی و حفاظت پرتویی مراکز پرتوزشکی دولتی و خصوصی
۲۸. کنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با پرتوهای منتشره از دستگاه های پرتوزشکی، وسایل ارتباطات الکترونیکی، سیستم های مولد نور، برق های فشار قوی، رادیوگرافی های غیرپزشکی و ...)
۲۹. کنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با انرژی های منتشره از فرکانس های رادیویی و ماهواره های تجاری و نظامی
۳۰. کنترل و نظارت بر کنترل و نظارت بر مواجهه عموم مردم با انرژی های منتشره از خطوط، تاسیسات و تجهیزات برق فشار قوی
۳۱. مواجهه عموم مردم با گاز رادیواکتیو رادون
۳۲. معرفی پرتوهای فرابنفش خورشیدی و چگونگی حفاظت در مقابل آن ها
۳۳. نظارت، بازرسی و پیشگیری از آلاینده های محیطی خاک
۳۴. نظارت و همکاری در کنترل برنامه های مدیریت پسماند عادی
۳۵. بازدید و کنترل ایستگاه های انتقال و مراکز دفع و دفن و انجام اقدامات مداخله ای
۳۶. بازرسی از وضعیت پسماندهای عادی از نظر تفکیک، جمع آوری، حمل و نقل و نگهداری موقت، تصفیه، دفع
۳۷. شناسایی نقاط بحرانی و خطر زا از نظر پسماند در منطقه تحت پوشش و اقدام فوری در شرایط خطر برای سلامت
۳۸. نظارت بر مدیریت اجرایی پسماند های پزشکی از نظر تفکیک، جمع آوری، حمل و نقل، نگهداری موقت و تصفیه، دفع و بی خطر سازی و انجام اقدامات مداخله ای
۳۹. بازرسی از بهداشت محیط بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی
۴۰. نظارت بر دستگاه های بی خطر سازی در بیمارستان ها
۴۱. همکاری در ارزیابی و پیگیری اجرای آب، بهسازی، مدیریت پسماند و تسهیلات، بهداشت دست در بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی
۴۲. مدیریت بهداشتی فاضلاب و تصفیه خانه های فاضلاب بیمارستانی و مراکز بهداشتی درمانی
۴۳. کنترل و نظارت بر برنامه تمیز کردن و گندزدایی بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی (IPC) در راستای کنترل عفونت های بیمارستانی
۴۴. نظارت بر اجرای خود اظهاری بهداشتی بیمارستان و مراکز جراحی محدود
۴۵. تشدید و نظارت بهداشت محیط بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی در مواجهه با اپیدمی ها
۴۶. همکاری در پروژه های ملی و منطقه ای مدیریت پسماند پزشکی حسب مورد در ارتقا وضعیت بهداشتی بیمارستان و مراکز بهداشتی درمانی
۴۷. کنترل و نظارت بر اجرای پروتکل های بهداشتی سلامت محیط و کار در مقابله با اپیدمی ها از جمله کووید-۱۹
۴۸. نظارت و کنترل مراکز بهداشتی درمانی در بخش های بهداشت فردی، بهداشت مواد غذایی، ابزار و تجهیزات و بهداشت محیط بخش های مختلف ساختمان، مدیریت فاضلاب، تهویه
۴۹. اجرا و پیگیری برنامه های بهسازی محیط
۵۰. همکاری در پروژه های توسعه و تقویت برنامه پیوست سلامت
۵۱. نظارت بر تفهیل، تکفین و تشییع و تدفین در شرایط اپیدمی و گزارش بیماری های خاص از جمله کرونا
۵۲. کنترل و بازرسی مراکز تهیه و توزیع و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی (اجرای قانون اصلاح ماده ۱۳)
۵۳. بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، توزیع، نگهداری و فروش مواد غذایی و اماکن عمومی

[Type here]

۵۴. اقدام مداخله ای و اعمال قوانین بر اساس آیین نامه اجرای ماده ۱۳ قانون مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و گردش کار (اخطار تعطیلی، پلمب، فک پلمب بر اساس تفویض اختیار)
۵۵. توقیف و لاک و مهر محموله های مواد غذایی تا تعیین تکلیف مقامات قضایی بر ابر مقررات بر اساس تفویض اختیار
۵۶. نظارت بر اجرای خودکنترلی و خوداظهاری بهداشتی مراکز و اماکن عمومی
۵۷. اجرای برنامه های کنترل و کاهش مصرف دخانیات
۵۸. نظارت بر اجرای ساماندهی مراکز و اماکن فروش محصولات دخانی و عرضه قلیان
۵۹. شناسایی افراد مصرف کننده محصولات دخانی
۶۰. نظارت بر اجرای ممنوعیت و تابلو های هشدار و تبلیغات
۶۱. کنترل و نظارت بر عوامل محیطی موثر بر بیماری های منتقله از غذا
۶۲. پایش و کنترل مشاغل خانگی مرتبط با مواد غذایی
۶۳. نمونه برداری و سنجش مواد غذایی (آزمایشگاهی و پرتابل)
۶۴. نظارت بر نحوه صحیح استقرار سیستم بهداشت و ایمنی مواد غذایی (HACCP) در مراکز عرضه مواد غذایی دارای گواهی فوق
۶۵. کنترل نان های سستی از نظر نوع و میزان نمک در تهیه نان، کنترل عدم استفاده از افزودنی های غیر مجاز از جمله جوش شیرین، بلانکیت و استفاده از افزودنی های مجاز و نمونه برداری حسب مورد
۶۶. رتبه بندی بهداشتی مراکز تهیه و توزیع و عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی
۶۷. همکاری در استقرار نظام مراقبت سلامت محصولات کشاورزی و محصولات گلخانه ای به منظور کاهش میزان آفاتوکسین، سموم آفات نباتی
۶۸. تشدید نظارت های بهداشتی از مراکز عرضه مواد غذایی و اماکن عمومی و بازرسی بهداشت محیطی در ساعات غیر اداری و ایام خاص
۶۹. کنترل و بازرسی بهداشت محیطی از جمله بهداشت آب، فاضلاب و پسماند کارگاهی، تولیدی، خدماتی و صنعتی
۷۰. کنترل و نظارت اماکن عمومی از جمله پایانه های مرزی (زمینی و دریایی و فرودگاهی)، گردشگری و تفریحی، سلامت محیط های نظامی و انتظامی و زندان و آرایشی و بهداشتی
۷۱. انجام سایر وظایف محوله در حیطه شغلی و تخصصی
۷۲. بازدید، نظارت، کنترل و همکاری آلودگی هوای فضاها آزاد شهری، فضای بسته حاشیه شهرها و پدیده ریزگردها

شرح وظایف کارشناس بهداشت حرفه ای در تیم سلامت:

۱. شناسایی کلیه کارگاهها و صنایع و بیمارستانهای حوزه تحت پوشش
۲. تهیه برنامه زمانبندی بازرسی از کارگاهها و صنایع و بیمارستانهای تحت پوشش
۳. بازرسی مستمر از کارگاهها و صنایع و بیمارستانها بر اساس یک برنامه بازرسی اولویت بندی شده بر مبنای درجه بندی ریسک خطر کارگاهها
۴. ثبت اطلاعات بازرسی های انجام شده در سامانه سامح
۵. انجام بازرسی های ویژه (حوادث شیمیایی، رسیدگی به شکایات، مشاغل سخت و زیان آور، نظارت بر تشکیلات بهداشت حرفه ای و ...) و ثبت اطلاعات آن در سامانه سامح
۶. انجام بازرسی در خارج از ساعات اداری و ثبت اطلاعات در سامانه سامح (طرح تشدید بازرسی کرونایی و غیر کرونایی)
۷. انجام پیگیریهای لازم برای رفع نواقص بهداشتی موجود بر اساس مقررات جهت صدور اعلام نواقص، اخطاریه بهداشتی و معرفی به دادگاه
۸. ارجاع به سطوح بالاتر برای پیگرد قانونی کارفرمایان متخلف از موازین بهداشت حرفه ای

[Type here]

۹. تکمیل فرم بهداشت حرفه ای در فرم معاینات سلامت شغلی و ثبت در سامانه سامح
۱۰. تکمیل فرمهای غربالگری و سنجش صدا
۱۱. نظارت بر ارزشیابی، سنجش و کنترل صدا در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
۱۲. نظارت بر ارزشیابی، اندازه گیری و اصلاح روشنائی موضعی و عمومی در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
۱۳. نظارت بر ارزشیابی، اندازه گیری و کنترل استرسهای حرارتی در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
۱۴. نظارت بر ارزشیابی، اندازه گیری و کنترل پرتوها در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
۱۵. نظارت بر ارزشیابی، سنجش و کنترل عوامل زیان آور شیمیایی به ویژه آزیست ، سیلیس، جیوه و سرب در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
۱۶. نظارت بر ارزیابی ریسک فاکتور های ارگونومیک در ایستگاههای کاری موجود و مداخلات و اصلاحات ارگونومیک انجام شده در کارگاهها و صنایع و بیمارستانها
۱۷. نظارت و پیگیری و اجرای اقدامات لازم در مورد نظام هماهنگ برچسب گذاری مواد شیمیایی
۱۸. شناسایی کارگاههای مشمول برنامه مدیریت رخدادهای شیمیایی بر اساس برنامه عملیاتی (جدول TPQ) و تهیه جدول فهرست برداری از کارگاه ها
۱۹. اجرای برنامه مدیریت رخدادهای شیمیایی و تکمیل چک لیستهای مربوطه قبل و بعد از وقوع رخدادهای شیمیایی و درس آموزی برای ارائه به سطوح مافوق و ثبت آن در سامانه سامح
۲۰. مشارکت در اجرای طرح تدوین پروفایل ایمنی شیمیایی در مورد مواد شیمیایی مورد مصرف در منطقه
۲۱. نظارت بر کاهش آلایندههای شیمیایی مخاطره آمیز آلایندههای شیمیایی در صنعت ریخته گری
۲۲. نظارت بر کنترل عوامل زیان آور شیمیایی بر اساس تکنیک های سلسله مراتبی کنترلی
۲۳. نظارت بر ارزیابی ریسک فاکتورهای شغلی مطابق کتاب حدود مجاز مواجهه شغلی
۲۴. پیگیری اجرای خود اظهاری کارفرمایان و نظارت و ارزیابی چک لیست های خود اظهاری تکمیل شده و ارسال گزارش به سطح بالاتر
۲۵. پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه بهداشت قالیبافان
۲۶. پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه بهداشت کشاورزان و اجرای آیین نامه بهداشت کشاورزی
۲۷. نظارت بر ارائه خدمات بهداشت حرفه ای در بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی
۲۸. نظارت بر عملکرد کارشناسان بهداشت حرفه ای بیمارستانها و تکمیل چک لیست پایش واحد بهداشت حرفه ای و طب کار در بیمارستانها
۲۹. آموزش و توجیه دستورالعملها و آیین نامه های صادره از سطوح بالا و نظارت بر اجرای قوانین و مقررات مربوطه
۳۰. نظارت بر اجرای مقررات و آیین نامه های مربوط به برنامه بهداشت حرفه ای کارگران ساختمانی و پیگیری از شهرداری به منظور اجرای مقررات ملی ساختمان در حوزه بهداشت حرفه ای
۳۱. بازدید اولیه و پیگیری و تهیه گزارش عملکرد مدیران اجرایی در برنامه سلامت، ایمنی و بهداشت شاغلین پسماندها و اعلام نواقص به مدیران مربوطه و تعیین مهلت مقرر برای رفع نواقص
۳۲. ارجاع کارفرمایان متخلف در خصوص پسماندها به مراجع قضایی
۳۳. نظارت بر عملکرد شرکتهای خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای
۳۴. اعلام موارد نمونه برداری ها و سنجشهای در حال انجام در منطقه تحت پوشش (در بخش دولتی و خصوصی) به معاونت بهداشتی
۳۵. نظارت بر نمونه برداری، سنجش و سایر خدمات شرکتهای ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای با حضور در محل انجام کار شرکت و ثبت اطلاعات و ارائه گزارش به مرکز
۳۶. نظارت و پیگیری ثبت خدمات انجام شده توسط شرکتهای ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای در سامانه سامح
۳۷. مشارکت فعال با آزمایشگاه بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه در برنامه کنترل کیفیت خدمات تخصصی بهداشت حرفه ای

[Type here]

۳۸. انجام سنجش‌ها و نمونه برداری در بررسی های آبی و مقدماتی با استفاده از کیت بازرسی بهداشت حرفه ای در هنگام بازرسی (حداقل ۱۰٪ کل بازدیدهای کارگاهی)
۳۹. تنظیم گزارش سنجش‌ها و نظارت بر خدمات تخصصی منطقه و ارسال به آزمایشگاه بهداشت حرفه ای معاونت بهداشتی دانشگاه
۴۰. شناسایی کارگاههای مشمول تشکیلات بهداشت حرفه‌ای و انجام اقدامات و پیگیری های لازم به منظور ایجاد و توسعه این تشکیلات در این کارگاهها بر اساس بعد شاغلین آنها
۴۱. مشارکت با معاونت بهداشتی دانشگاه در اعزام بهگران و بهداشتیاران کار به دوره های آموزشی و بازآموزی مربوطه
۴۲. ارزشیابی، نظارت و ارائه گزارش عملکرد بهگران، بهداشتیاران کار و کارشناسان بهداشت حرفه‌ای شاغل در کارگاه ها و واحدهای شغلی به مرکز خدمات جامع سلامت/ مرکز بهداشت شهرستان
۴۳. نظارت بر تشکیل کمیته های حفاظت فنی و بهداشت کار در کارگاه‌های مشمول و بیمارستان‌ها
۴۴. آموزش چهره به چهره در زمینه بهداشت حرفه‌ای و سلامت شاغلین
۴۵. مشارکت فعال در برنامه های آموزشی و اطلاع رسانی مؤثر به کارفرمایان، مدیران اجرایی واحدهای شغلی، شاغلین، بهگران، بهداشتیاران کار، کارشناسان بهداشت حرفه ای و ... در زمینه بهداشت حرفه ای و جلب مشارکت آنان در توسعه محیطهای کاری سالم
۴۶. فرهنگ سازی، هماهنگی و جلب مشارکت فعال در خصوص سلامت نیروی کار
۴۷. کسب فهرست شرکتهای ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای و مراکز/ پزشکان دارای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی از معاونت بهداشتی دانشگاه / دانشکده ذیربط
۴۸. اطلاع رسانی مناسب در منطقه برای دسترسی جامعه هدف (کارفرمایان ، مدیران اجرایی، کارگران، کارشناسان بهداشت حرفه ای شاغل در کارگاه ها و واحدهای شغلی و ...) به خدمات تخصصی بهداشت حرفه ای و طب کار
۴۹. نظارت و پیگیری معاینات ادواری شاغلین مطابق با دستورالعمل های مربوطه و نظارت بر ثبت و اطلاعات معاینات انجام شده در سامانه سامح
۵۰. نظارت بر عملکرد مراکز/ پزشکان دارای مجوز انجام معاینات سلامت شغلی
۵۱. نظارت بر سلامت شاغلین مشاغل غیررسمی، خویش فرما و کارگاه‌های کوچک
۵۲. شناسایی و بازدید از جایگاه های بنزین برای نظارت بر حدود مجاز آلاینده های آلی فرار و نظارت بر اجرای طرح کهاب در جایگاه های سوخت
۵۳. نظارت بر اجرای برنامه بهداشت حرفه ای در معادن
۵۴. نظارت بر اجرای مقررات و آیین نامه های مربوط به برنامه بهداشت حرفه ای کارگران ساختمانی
۵۵. انجام تکالیف و وظایف محوله در برنامه مشاغل سخت و زیان آور
۵۶. پیگیری و نظارت بر اجرای برنامه ارائه خدمات پایه سلامت کارکنان دولت
۵۷. انجام ارزشیابی از برنامه‌های عملیاتی بهداشت حرفه ای
۵۸. پیگیری ارائه خدمات بهداشت حرفه ای به زندانیان و استقرار تشکیلات بهداشت حرفه ای در کارگاههای زندانها
۵۹. آموزش و نظارت بر تکمیل فرمهای ثبت حوادث و اقدامات درمانی به مصدومین حوادث ناشی از کار در نرم افزار برنامه احصای شاخص میزان بروز آسیبهای کشنده و غیر کشنده ناشی از کار به تفکیک نوع خدمات دریافتی از گروه شاخصهای عدالت در سلامت و انجام پیگیری های مربوط به این برنامه
۶۰. پیگیری و نظارت بر اجرای پروتکل‌های بهداشتی سلامت محیط و کار در مقابله با کووید -۱۹ در محل‌های کاری از جمله کارگاه‌ها و صنایع، بیمارستانها، ادارات، سازمان‌ها، بانک‌ها و...

شرح وظیفه دندان پزشک:

[Type here]

۱. شناسایی منطقه تحت پوشش مرکز
۲. اطلاع از جمعیت تحت پوشش با اولویت گروه هدف
۳. پایش و نظارت بر عملکرد مراقبین سلامت تحت پوشش
۴. قبول ارجاع از پایگاه پزشکی خانواده
۵. آموزش بهداشت دهان و دندان چهره به چهره
۶. آموزش مدیران و معلمان و مربیان بهداشت و مراقب سلامت در منطقه تحت پوشش
۷. جلب همکاری مدیران و مربیان مدارس منطقه تحت پوشش به منظور اجرای برنامه وارنیش فلوراید و نظارت بر اجرای صحیح آن
۸. برگزاری کلاس‌های آموزشی برای کارکنان بهداشتی تحت پوشش
۹. ارائه خدمات دندان پزشکی لازم به کلیه مراجعه کنندگان با اولویت گروه هدف (بسته های ابلاغی)
۱۰. ارائه برنامه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز کودکان زیر ۱۴ سال (ترمیم، جرم گیری، فلوراید تراپی، فیشورسیلانت، پالپوتومی و پالپ زنده)
۱۱. ارائه خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز به زنان باردار و مادران شیرده
۱۲. ارجاع موارد لازم به مراکز تخصصی
۱۳. ثبت کلیه خدمات ارائه شده در سامانه های سطح یک
۱۴. رعایت کامل شرایط استریل و کنترل عفونت در مراکز
۱۵. حفظ و نگهداری تجهیزات، ابزار و وسایل دندان پزشکی
۱۶. پیش بینی مواد و تجهیزات دندان پزشکی مورد نیاز و تعمیرات و اعلام به موقع آن به مسئول مرکز
۱۷. مشارکت در طرح ها و تحقیقات استانی و کشوری
۱۸. تامین هماهنگی بین بخشی و جلب مشارکت مردم

شرح وظیفه مراقب سلامت دهان (دستیار دندان پزشک):

۱. انجام رادیوگرافی دندان
۲. کنترل تمام وسایل و چراغ ها (دستگاه کمپرسور، یونیت، تهویه و ...)
۳. آماده کردن و در دسترس قرار دادن وسایل کار دندانپزشک و بیمار
۴. در دسترس قرار دادن داروها و تجهیزات اورژانس
۵. کنترل مشخصات و سوابق پزشکی بیمار
۶. ترکیب مواد مطابق با دستور کارخانه و بودن در کنار دندانپزشک و بیمار
۷. ضدعفونی تمامی کلیدهای کنترل یونیت و چراغ پس از پایان کار
۸. انتقال وسایل به اتاق استریل
۹. بررسی فهرست روزانه نیازهای ویژه (مواد و وسایل و ...)
۱۰. راهنمایی بیماران
۱۱. توجه به نظم و تمیزی واحد دندانپزشکی مرکز

شرح وظیفه مسئول فنی مرکز خدمات جامع سلامت:

[Type here]

۱. شناسایی محدوده جغرافیایی مرکز و تهیه نقشه منطقه تحت پوشش
۲. پاسخگویی نسبت به وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش
۳. مسوولیت نظارت بر چگونگی ارائه خدمات بهداشتی کارکنان مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
۴. تدوین برنامه عملیاتی سالانه و برآورد اعتبارات مورد نیاز بر اساس برنامه
۵. پایش و ارزشیابی فعالیت‌های مرکز و پایگاه‌های سلامت تحت پوشش،
۶. پیگیری تهیه فهرست اقلام مورد نیاز دارویی (داروی سل، شیش، و ...)، واکسن، مکمل‌های دارویی و تجهیزات مورد نیاز مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
۷. نظارت بر اجرایی شدن جلسات آموزشی مورد نیاز برای کارکنان
۸. فراهم سازی تسهیلات لازم برای آموزش رده های مختلف نیروی انسانی شاغل در مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
۹. تهیه گزارشات عملکرد مرکز در حوزه های مختلف در زمان مقرر
۱۰. نظارت بر تنظیم فهرست و تامین مواد مصرفی
۱۱. پیگیری تعمیر و بازسازی تجهیزات و خرابی‌های فضای فیزیکی مرکز
۱۲. نظارت بر تدوین فهرست تجهیزات موجود، تعمیری و اسقاطی و پیگیری تعمیر و جایگزینی تجهیزات مورد نظر
۱۳. مدیریت صدور احکام روزمره پرسنلی (مرخصی، ماموریت، ...) تقسیم و تنظیم فعالیت‌ها و اعمال موازین انضباطی و جایگزینی نیروها در زمان مرخصی
۱۴. مدیریت مبلغ تنخواه گردان مربوط به مرکز، تنظیم اسناد هزینه های انجام شده و ارسال آن به مرکز بهداشت شهرستان (برای مراکز دولتی)
۱۵. جلب مشارکت تمامی کارکنان مرکز در شرح خدمات مرکز
۱۶. نظارت بر داده های ثبتی خدمات بهداشتی ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی مرکز و پایگاه‌های پزشکی خانواده تحت پوشش
۱۷. تحلیل آمار و عملکرد کارکنان و ارسال پس خوانند به پایگاه‌های پزشکی خانواده
۱۸. ارتقای کیفیت فرآیند های خدمت و مراقبت‌ها با مشارکت همه کارکنان و مردم
۱۹. مدیریت نیازسنجی و مداخلات ارتقاء سلامت منطقه از طریق تشکیل هیات امنای مرکز
۲۰. مدیریت مشارکت اجتماعی و همکاری های بین بخشی در توسعه سلامت منطقه تحت پوشش و کاهش مخاطرات محیطی سلامت
۲۱. نظارت بر اجرای برنامه های آموزشی و ارتباطات سلامت
۲۲. هماهنگی و پیگیری تعامل سطح یک با سطح دو و سه
۲۳. اطمینان از کفایت نقشه ارجاع در سطح دو و سه
۲۴. اطمینان از تکمیل بودن فرایند ارجاع در سطوح دو و سه

[Type here]

فصل چهارم روش اجرا

پیش از این استاد

[Type here]

بسته خدمات

بسته خدمات سلامت به شرح زیر است:

۱. بسته خدمات تیم سلامت در سطح اول: برابر با بسته خدمات ابلاغی گروه های سنی و خدمات مراقبتی گروه های ویژه (پیوست)
 ۲. بسته خدمات سلامت سطح دوم: برابر با بسته خدمات بیمه پایه
 ۳. بسته خدمات سلامت سطح سوم: برابر با بسته خدمات بیمه پایه
- گروه هدف بسته خدمات در سطح اول، تمامی افراد جمعیت تحت پوشش پایگاه/ تیم پزشکی خانواده و افراد مهمان حسب ضرورت می باشد و خدمات سلامت باید بر اساس گروه سنی، حیطه های سلامت فرد و خانواده و گروه های ویژه مطابق خدمات مراقبتی مصوب و ابلاغی ارائه گردد.
- بدیهی است برنامه هایی که بر اساس نظام ادغام خدمات ابلاغ می گردد، لازم اجرا است.

راهنمای بالینی ارائه خدمات استاندارد:

وزارت بهداشت موظف است با مشارکت انجمن های علمی برای اختلالات و بیماری های شایع راهنمای بالینی تهیه نماید و تیم پزشکی خانواده موظف است بر اساس راهنماهای ابلاغ شده عمل نماید.

الزامات بسته خدمت:

- رویکرد بسته خدمت: آموزش، پیشگیری اولیه، غربالگری، مراقبت، مشاوره، درمان سرپایی عمومی، ارجاع و دریافت پس خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس خوراند
- حفظ جامعیت و یکپارچگی خدمات در ارائه و دسترسی به بسته خدمت:
- گیرنده خدمت باید به کلیه خدمات (به جز خدمات پاراکلینیک و داروخانه) به گونه ای دسترسی داشته باشد که کلیه خدمات پیش بینی شده سطح یک را در حداقل زمان ممکن در پایگاه پزشکی خانواده دولتی و غیر دولتی (مطب تطابق یافته با الزامات) بصورت کامل دریافت نماید.
- ارائه دهنده خدمت باید قابلیت لازم را بر اساس لزوم حفظ جامعیت خدمت دارا بوده تا بتواند تمام خدمات پیش بینی شده را با حداقل مراجعه گیرنده خدمت به واحد ارائه کننده خدمت بر اساس بسته خدمت ارائه نماید.
- توجه خاص بر هزینه اثربخشی و هزینه فایده بودن خدمات در بسته خدمت
- حفظ تداوم خدمات سطح دو و سه با خدمات سطح یک (با محوریت دبیرخانه شورای عالی بیمه) و ویرایش بسته خدمات بیمه پایه بر اساس اولویت سطح یک

[Type here]

الف – خدمات گروه سنی

گروه کودکان :

۱. ارزیابی اولیه شیرخوار (پزشک خانواده)
۲. ارزیابی شیرخوار از نظر علائم و نشانه های خطر (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۳. واکسیناسیون روتین کشوری (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۴. ارزیابی وضعیت رشد (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۵. ارزیابی وضعیت تکامل (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۶. ارزیابی وضعیت تغذیه (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۷. ارزیابی وضعیت شیرخوار از نظر زردی (پزشک خانواده)
۸. ارزیابی کودک از نظر وضعیت عمومی مطابق دستورعمل (پزشک خانواده)
۹. ارزیابی بدرفتاری با کودکان (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۱۰. ارزیابی مصرف مکمل های دارویی (مراقب سلامت)
۱۱. ارزیابی وضعیت بینایی (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۱۲. ارزیابی وضعیت شنوایی (مراقب سلامت)
۱۳. ارزیابی از نظر سلامت دهان و دندان (مراقب سلامت)
۱۴. ارزیابی کودک از نظر کم کاری تیروئید و ابتلا به فنیل کتونوری (مراقب سلامت)
۱۵. ارزیابی از نظر فشارخون (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۱۶. ارزیابی از نظر ابتلا به آسم (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۱۷. پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت و پزشک خانواده)

گروه نوجوانان (ارابه خدمات در پایه های تحصیلی اول ابتدایی، چهارم ابتدایی، هفتم متوسطه و دهم متوسطه) :

۱. غربالگری تغذیه و پایش رشد (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۲. مشاوره و مراقبت پیش از بارداری برای متاهلین (مراقب سلامت)
۳. ارزیابی قد و نمای توده ی بدنی (مراقب سلامت)
۴. واکسیناسیون روتین کشوری (مراقب سلامت)
۵. مشاوره فرزندآوری زن متأهل (مراقب سلامت)
۶. بررسی از نظر اختلال خونی و هیپاتیت (پزشک خانواده)
۷. ارزیابی وضعیت بینایی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۸. ارزیابی وضعیت شنوایی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۹. ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
۱۰. شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
۱۱. معاینه و ارزیابی غده تیروئید (پزشک خانواده)
۱۲. ارزیابی رفتارهای پرخطر از نظر مصرف دخانیات و مواجهه با دود (مراقب سلامت)
۱۳. ارزیابی از نظر سلامت دهان و دندان (مراقب سلامت)
۱۴. ارزیابی وضعیت پوست و مو از نظر پدیکلوز و گال (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۱۵. ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی (مراقب سلامت)
۱۶. ارزیابی از نظر ابتلا به آسم (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۱۷. ارزیابی از نظر روند بلوغ (پزشک خانواده)

[Type here]

۱۸. ارزیابی از نظر مشکلات ادراری و تناسلی (پزشک خانواده)
۱۹. ارزیابی از نظر اختلالات اسکلتی (پزشک خانواده)
۲۰. ارزیابی از نظر هیپوتواسپیلونومگالی (پزشک خانواده)
۲۱. ارزیابی از نظر ارگونومی دانش آموز (مراقب سلامت)
۲۲. ارزیابی از نظر بیماری قلبی و عروقی و فشارخون (پزشک خانواده)
۲۳. پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

گروه جوانان:

۱. مشاوره فرزندآوری (مراقب سلامت)
۲. مشاوره و مراقبت پیش از بارداری (مراقب سلامت)
۳. ارزیابی قد و نمای توده‌ی بدنی (مراقب سلامت)
۴. ارزیابی و شناسایی افراد مشکوک به آسم (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۵. ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
۶. شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
۷. ارزیابی از نظر خطر ابتلا به فشارخون بالا (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۸. ارزیابی از نظر وضعیت واکسیناسیون (مراقب سلامت)
۹. ارزیابی از نظر وضعیت دهان و دندان (مراقب سلامت)
۱۰. ارزیابی از نظر هپاتیت جوانان (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۱۱. ارزیابی اولیه از نظر درگیری به دخانیات، مواد و الکل (مراقب سلامت)
۱۲. ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی (مراقب سلامت)
۱۳. ارزیابی از نظر اختلالات خونی و فقر آهن (پزشک خانواده)
۱۴. ارزیابی اختلالات تیروئید (پزشک خانواده)
۱۵. پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

گروه میانسالان:

۱. مشاوره فرزندآوری (مراقب سلامت)
۲. مشاوره و مراقبت پیش از بارداری (مراقب سلامت)
۳. تن سنجی و ارزیابی الگوی تغذیه (مراقب سلامت)
۴. ارزیابی فعالیت بدنی (مراقب سلامت)
۵. خطرسنجی بیماری های قلبی و عروقی (مراقب سلامت)
۶. ارزیابی عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی (پزشک خانواده)
۷. غربالگری سرطان های برست، کولورکتال (۵۰ تا ۶۰ سال)، سرویکس (مراقب سلامت)
۸. ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
۹. شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
۱۰. ارزیابی اولیه درگیری با دخانیات، مواد و الکل (مراقب سلامت)
۱۱. ارزیابی افراد مشکوک به آسم (مراقب سلامت)
۱۲. ایمن سازی با واکسن توأم بزرگسال (مراقب سلامت)
۱۳. خونریزی غیر طبیعی واژینال (مراقب سلامت)
۱۴. ارزیابی وضعیت عفونت آمیزشی و ایدز (مراقب سلامت)

[Type here]

۱۵. تاریخچه باروری و یائسگی (مراقب سلامت)
۱۶. ارزیابی علائم و عوارض یائسگی (مراقب سلامت)
۱۷. پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

گروه سالمندان:

۱. غربالگری تغذیه (مراقب سلامت)
۲. شناسایی و طبقه بندی خطرپذیری سالمندان (مراقب سلامت)
۳. غربالگری افسردگی (مراقب سلامت)
۴. ارزیابی خطر سقوط و عدم تعادل (مراقب سلامت)
۵. خطرسنجی بیماری های قلبی و عروقی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۶. ارزیابی عوامل خطر بیماری های قلبی و عروقی (پزشک خانواده)
۷. غربالگری سرطان های برست، کولورکتال (۶۰ تا ۷۰ سال) (مراقب سلامت)
۸. ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
۹. شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
۱۰. ایمن سازی با واکسن توأم بزرگسال (مراقب سلامت)
۱۱. پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی های فوق بر اساس دستورعمل های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

مادران باردار

۱. شرح حال اولیه بارداری (مراقب سلامت)
 ۲. ایمن سازی بارداری (مراقب سلامت)
 ۳. درخواست و ثبت آزمایش های معمول بارداری (مراقب سلامت)
 ۴. درخواست و ثبت نتایج سونوگرافی در بارداری (مراقب سلامت)
 ۵. ارزیابی های روتین بارداری (ملاقات) (مراقب سلامت)
 ۶. ارزیابی تغذیه زن باردار (مراقب سلامت)
 ۷. مراقبت های معمول پس از زایمان (مراقب سلامت)
- تبصره: خدمات زنان باردار توسط مراقبین سلامت با رشته تحصیلی مامایی/ پزشک خانواده ارائه خواهد شد.

ب - مراقبت های گروه های ویژه:

هرگونه اختلال شناسایی شده یا مشکوک که برای تشخیص نهایی یا درمان نیاز به پیگیری، مراقبت، ارجاع به سطوح بالاتر باشد تحت عنوان مراقبت های گروه های ویژه در نظر گرفته می شود و تیم پزشکی خانواده ملزم به ارائه خدمات مراقبتی و ... بر اساس دستورعمل های مربوطه می باشد.

مراقبت و درمان بیماری های واگیر:

لزوم پیشگیری از این بیماریها و ابتلا به آنها، ارتباطی با سن افراد ندارد و اولویت و شیوع بیماری در منطقه باید مورد توجه قرار گیرد. اقدامات مورد نظر در مراقبت و درمان بیماری های واگیر (لیست زیر) عبارت است از:
آموزش افراد جامعه برای شناخت بیماری و راه های پیشگیری از ابتلا به آن، شناخت موارد مشکوک، انجام اقدامات مناسب جهت تشخیص به موقع بر اساس نظام سندرمیک و دستورعمل های موجود، ارجاع موارد مورد نیاز، پیگیری نتیجه ارجاع

- کرونا ویروس ها (کووید ۱۹)
- آنفلوانزا

[Type here]

- فلج اطفال
- سرخک
- سرخچه و سندرم سرخچه مادرزادی
- دیفتری
- سیاه سرفه
- اچ ای وی/ایدز
- بیماری های آمیزشی
- سل
- جذام
- مالاریا
- تب دانگی و بیماری های منتقله توسط پشه آندس
- هاری
- کالآزار (لیشمانیوز احشایی)
- تب خونریزی دهنده وپروسی کنگو کریمه (CCHF)
- سالک (لیشمانیوز جلدی)
- تب مالت
- سیاه زخم
- کیست هیداتیک
- هیاتیت های وپروسی (B, C)
- مننژیت
- وبا
- تیفوئید
- اسهال خونی
- بوتولیسم
- سایر بیماری های منتقله از آب و غذا (طغیان ها)
- بیماری های نوپدید
- مار و عقرب گزیدگی

ج- درمان بیمار و تدبیر فوریت‌ها

(در مواردی که راهنمای بالینی درمان تدوین شده، ارایه خدمات بر اساس راهنما می باشد و در مواردی که راهنمای بالینی تهیه و ابلاغ نشده است، ملاک تشخیص، درمان و نیاز به ارجاع، نظر پزشک خانواده است.)

◀ خدمت ویزیت

- مصاحبه با بیمار و گرفتن شرح حال
- معاینه (جسمی-روانی)

[Type here]

- ارزیابی علائم و نشانه ها و طراحی مسیر تشخیص
 - پیش بینی و اجرای برنامه های درمانی
 - ثبت کلیه داده ها در پرونده الکترونیک
 - تعیین تاریخ مراجعه یا پیگیری مجدد بیمار، حسب مورد
- ◀ انجام خدمات تزریقات و وصل سرم و پانسمان

◀ اقدامات و مداخلات ساده جراحی و بالینی: این خدمات شامل کلیه پروسیجرهای جراحی و مداخلات غیر تخصصی درمانی مبتنی بر کوریکولوم آموزشی پزشکی عمومی و استانداردهای خدمتی می باشد، که حسب مهارت و تمایل پزشک خانواده به صورت اختیاری به شرح زیر انجام می شود. (فهرست این خدمات مطابق فهرست سازمان های بیمه خواهد بود)

- کشیدن ناخن
- برداشتن خال و لیپوم و زگیل (در موارد غیر زیبایی)
- نمونه برداری از پوست و مخاط
- کاتتریزاسیون ادراری
- ختنه
- آتل بندی شکستگی ها
- شستشوی گوش
- خارج کردن جسم خارجی
- کار گذاشتن لوله معده و رکتوم
- درمان نگهدارنده با متادون برای مبتلایان به سوء مصرف مواد (مشروط به اخذ گواهی ارایه خدمت)
- معاینات طب کار (مشروط به اخذ گواهی ارایه خدمت)

◀ فوریتها

در صورت مراجعه بیمار در شرایط اورژانسی به پایگاه پزشک خانواده، پزشک خانواده باید اقدامات اولیه را انجام و به اورژانس ۱۱۵ اطلاع رسانی نماید.

- 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 افراد دارای افکار خودکشی
- اقدامات اولیه در مدیریت بیمار با بیش مصرفی مواد و الکل
- اقدامات اولیه در بیماران اورژانسی و هماهنگی برای انتقال مجروح به سطوح بالاتر برای ادامه درمان
- بخیه و دبریدمان زخمها

◀ در خصوص مراجعین اورژانس های اجتماعی پس از انجام اقدامات اولیه ، با اورژانس ۱۲۳ تماس حاصل گردد

◀ خدمات اختیاری صرفا به جمعیت تحت پوشش پزشک خانواده ارایه خواهد شد.

[Type here]

پزشک خانواده مجاز به انجام خدمات زیبایی پوست (تزریق ژل و بوتاکس و.....) در پایگاه پزشکی خانواده در ساعات کار موظف یا غیر موظف پزشکی خانواده نمی باشد.

بسته خدمات سطح ۲ و ۳

بسته خدمات سلامت قابل ارایه در سطوح ۲ و ۳ نظام ارجاع و پزشکی خانواده در چارچوب بسته خدمات مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور خواهد بود. بدیهی است بسته بیمه پایه سلامت باید متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشکی خانواده برای عموم افراد کشور و به صورت یکسان تعریف و اجرا گردد. هر گونه دریافت خدمت بیمار خارج از نظام ارجاع در دانشگاههایی که نظام ارجاع با تایید ستاد مستقر شده است، فاقد هر گونه پوشش بیمه ای است.

الف: خدمات درمانی

بسته خدمات سلامت قابل ارایه در سطوح ۲ و ۳ نظام ارجاع و پزشک خانواده در چارچوب بسته خدمات مصوب شورای عالی بیمه خدمات درمانی/ سلامت کشور و در حال حاضر برابر با بسته خدمات بیمه پایه خواهد بود (سرپایی، بستری، اورژانس).

ارایه کنندگان خدمت در سطح ۲ در قبال تمام بیماران ارجاعی مسؤلیت داشته و پاسخگو خواهند بود. روال ارایه خدمت در این سطح، تشکیل پرونده، درمان و مراقبت منظم برابر پروتکلهای ابلاغ شده حاصل از راهنماهای بالینی، ارایه پسخوراند، ارجاع به سایر متخصصین در صورت نیاز و اطلاع رسانی به پزشک خانواده به صورت الکترونیک و خودکار می باشد. مراجعه کننده می تواند یک یا بیش از یک خدمت را دریافت کند.

- ویزیت سرپایی، تجویز دارو و درخواست خدمات پاراکلینیک در صورت نیاز، و ارایه بازخورد الکترونیک.
- ویزیت سرپایی و ارجاع مراجعه کننده به خدمات تخصصی سایر متخصصین حسب مورد و ارایه بازخورد الکترونیک
- ویزیت سرپایی و درخواست مشاوره با سایر متخصصین حسب مورد و ارایه بازخورد الکترونیک
- ارایه خدمات دارویی و تحویل دارو و ملزومات پزشکی
- ارایه خدمات پاراکلینیکی سرپایی تشخیصی، درمانی (تصویربرداری، آزمایشگاهی، سایر پاراکلینیکها)
- ارایه خدمات بستری بر اساس ضوابط سطح بندی و راهنماها و پروتکل های موجود و همچنین منابع بالینی (مرجع تعیین پروتکل ها، معاونت درمان می باشد و ارائه خدمات برای موارد فاقد پروتکل ها کمافی السابق عمل خواهد بود).
- توانمندسازی مردم در مراقبت از بیماری خود با هماهنگی پزشکان خانواده
- راهنمایی و آموزش مستمر پزشکان خانواده درباره بیماران ارجاعی
- ارایه بازخورد در بستر الکترونیک توسط پزشک متخصص پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، اطلاعات مربوط به نتایج درمان، اقدامات انجام شده، داروهای تجویز شده و سایر نیازها و توصیه های لازم جهت مراقبت بیماری و تعیین زمان مراجعه مجدد (در صورت نیاز) را به صورت بازخورد به ارجاع دهنده (در همان سطح یا سطوح پایینتر) منعکس می کند. بطوریکه در نهایت تمامی موارد برای درج در پرونده بیمار، از طریق بازخورد به سطح یک (پزشک خانواده ارجاع دهنده) ارایه گردد.
- تذکر: ارایه خدمات مجاز مطابق آیین نامه های ابلاغی مراکز تشخیصی درمانی خارج از بسته بیمه پایه توسط این مراکز با پرداخت هزینه خدمات توسط بیماران مقدور می باشد.

ب: خدمات مدیریتی

۱. گزارش دهی ارجاعات پزشکان خانواده (ارایه لیست ارجاعات به تفکیک پزشک خانواده) به سطح یک
۲. جمع بندی و تحلیل آمارهای مورد نیاز مرتبط با نیازهای نیروی انسانی تخصصی و تجهیزات و ارایه گزارش های مربوطه
۳. برگزاری جلسات هماهنگی و آموزشی جهت رفع چالش های نظام ارجاع الکترونیک

[Type here]

۴. فراهم آوری امکانات جهت انجام مشاوره تلفنی با پزشکان خانواده برای هماهنگی فعالیت ها
۵. آموزش راهنماهای بالینی مرتبط با ارجاع به ارایه دهندگان خدمات
۶. ارایه خدمات آموزشی و پژوهشی برابر برنامه های دانشگاه علوم پزشکی

پیر فایز استاد

فرایندهای اجرایی برای اجرای برنامه و آغاز ارائه خدمت

۱ - تبیین الزامات قانونی، برنامه‌ریزی برای تأمین منابع و تصویب برنامه اجرایی

- بررسی وضعیت موجود و چالش‌های اجرایی پزشکی خانواده در دو استان فارس و مازندران
- تبیین وظایف وزارت بهداشت، سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌ها در طراحی و اجرای برنامه
- شناسایی و سازمان‌دهی منابع موجود برای تأمین زیرساخت‌های مورد نیاز (تجهیزات، نیروی انسانی، زیرساخت فیزیکی و ...)
- طراحی مدل اجرایی برنامه
- برآورد و برنامه‌ریزی برای تأمین منابع

۲ - تشکیل ستاد های ملی، هماهنگی و اجرایی پزشکی خانواده

- تشکیل ستاد ملی
- ابلاغ اجرای برنامه پزشکی خانواده به وزارت بهداشت و سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های ذینفع و استانداران
- تشکیل ستاد هماهنگی کشوری
- تشکیل ستاد اجرایی کشوری
- تشکیل ستادهای هماهنگی استانی
- تشکیل ستادهای اجرایی استانی

۳ - ارزیابی ظرفیت های اجرایی پیش از استقرار

- بررسی وضعیت موجود از نظر زیرساخت‌های برنامه توسط استان
- ارسال گزارش خودارزیابی ظرفیت‌های اجرایی پیش از استقرار به ستاد اجرایی کشوری
- بررسی وضعیت استان توسط ستاد اجرایی کشوری
- تاییدیه ستاد اجرایی کشوری به منظور ابلاغ اجرای برنامه

۴ - آموزش و اطلاع رسانی به مردم

- ارتقای آگاهی عمومی و ترویج برنامه پزشکی خانواده
- افزایش مسؤولیت‌پذیری، مشارکت فرد، خانواده و جامعه در برنامه پزشکی خانواده
- ارتقای همکاری بین‌بخشی برای استفاده بهینه از ظرفیت مراکز ارائه خدمات بهداشتی-درمانی دولتی، خیریه و خصوصی و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور برای ترویج برنامه پزشکی خانواده
- اطلاع رسانی مراحل اجرایی و فرآیند ثبت نام به مردم و ارائه دهندگان

۵ - بکارگیری ارائه دهندگان خدمت

- فراخوان ارائه دهندگان
- بررسی الزامات و شرایط مورد نیاز
- آموزش ضوابط و الزامات اجرایی
- عقد قرارداد و تبیین وظایف

[Type here]

- ایجاد امکان ثبت و اتصال سامانه های مدیریت اطلاعات برای تمامی مراکز طرف قرارداد

۶ - فراخوان مردم جهت انتخاب پزشک خانواده و ثبت نام در برنامه

- فراخوان مردم
- ثبت نام اولیه خانواده در سامانه (استحقاق سنجی بیمه از طریق اتصال به سامانه های موجود سازمان های بیمه گر و استحقاق سنجی شهرستان محل سکونت از طریق اتصال به سامانه های سطح یک)
- ثبت نام قطعی پس از انجام ویزیت اولیه توسط تیم پزشکی خانواده (پزشک و مراقب سلامت)

۷ - ارزیابی خدمات عمومی و تخصصی سرپایی با محوریت پرونده الکترونیک سلامت در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت توسط واحدهای ارائه دهنده خدمت

- ارتباط سیستماتیک سامانه های پرونده الکترونیک سطح یک به پرونده الکترونیک
- سیستم شناسایی خدمت گیرنده در نقطه ای ارزیابی مراقبت POC
- ثبت اطلاعات و اقدامات در پرونده الکترونیک
- فراهم آوری بستر ارجاع الکترونیک و ارسال بازخوراند
- فراهم آوری امکان اتصال داده های پاراکلینیک (LIS,OIS,CIS) به سامانه های سطح یک
- نسخه نویسی الکترونیک
- فراهم آوردن ارزیابی خدمات دورپزشکی برای مناطقی که بر اساس نظام سطح بندی امکان تامین نیروی انسانی متخصص وجود ندارد
- استقرار نوبت دهی الکترونیک بین همه سطوح
- تامین ، ارتقا و بهبود زیرساخت واحدهای ارائه خدمات در سطوح مختلف
- طراحی و اجرای مدل مفهومی نظام ارجاع الکترونیک برنامه پزشکی خانواده و تعیین وظایف و مسوولیت های حوزه های مربوطه
- تعیین الزامات مورد نیاز در سطح بندی دسترسی و مدیریت اطلاعات در سطوح مختلف با رعایت محرمانگی و امنیت داده ها
- استانداردسازی سامانه های سطوح یک و دو به منظور امکان تبادل داده
- استانداردسازی نسخه نویسی الکترونیک و یکسان سازی کدینگ
- طراحی و اجرای داشبوردهای مدیریتی و سامانه های گزارش ساز
- برنامه ریزی برای ارتقای کیفیت داده ها

۸ - ساز و کار ارزیابی خدمات تیم سلامت

- شناسایی جمعیت
- مراقبت های پایه بر اساس بسته های خدمات
- ثبت مراقبت های در سامانه سطح یک
- ارزیابی خدمات درمانی لازم
- ارجاع برای دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک
- نوبت گیری سطح دو
- ارجاع به متخصص مورد نیاز

[Type here]

- پیگیری بازخوراند و انجام اقدامات لازم بر اساس بازخوراند ارسال شده

۹ - الزامی کردن ارجاع الکترونیک

- تدوین و ارایه نظام و نقشه ارجاع منطبق با نظام سطح بندی خدمات سلامت
- بازتعریف سطوح خدمتی و فرآیندهای ارجاع و نقش ارایه دهندگان خدمت و حدود صلاحیتها در مراکز ارایه دهنده خدمت تعریف شده در نقشه ارجاع
- تشویق و ترغیب مراجعه به سطح دو از مسیر پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دوره گذار
- الزام پزشک متخصص برای ارایه بازخوراند الکترونیک
- تعیین نظام انگیزشی و تسهیلات لازم برای مردم به منظور حرکت در مسیر اجرای الکترونیک
- تعیین نظام انگیزشی و تسهیلات لازم برای پزشکان به منظور حرکت در مسیر اجرای الکترونیک (پیشنهاد بازنگری تعرفه ارایه خدمات در بستر پزشکی خانواده و نظام ارجاع به شورای عالی بیمه)

۱۰ - تدوین و استقرار دستورعملها و راهنماهای سلامت

- تعیین ضمانت‌های اجرایی دستورعمل‌های تشخیصی و درمان در تمامی سطوح
- جانمایی دستورعملها و پروتکلها و راهنماها در پرونده الکترونیک به منظور رعایت اقدامات طبق اندیکاسیون تجویز و ارجاع و جلوگیری از تقاضای القایی
- تعیین فهرست خدمات مشمول استفاده از پروتکل‌های و راهنماهای بالینی توسط کمیته نظام ارجاع

۱۱ - فراهم کردن دسترسی به درگاه خودارزیابی و خودمراقبتی بر اساس وضعیت سلامت فرد

- راه اندازی درگاه خود مراقبتی در سامانه پرونده الکترونیک سطح یک
- فراهم کردن دسترسی سطح بندی شده افراد به پرونده الکترونیک خود
- فراهم آوری امکان تبادل داده های مرتبط با سلامت بر اساس سطح بندی تعریف شده
- فراهم سازی امکان دریافت آموزش های عمومی و اختصاصی از درگاه خودمراقبتی
- فراهم سازی امکان رضایت سنجی و ثبت پیشنهادات و شکایات و ارسال پاسخ سوالات و نتیجه رسیدگی به شکایات در درگاه خودمراقبتی

۱۲ - نظام پرداخت

- تعیین میزان سرانه
- اصلاح روش قرارداد پزشکان سطح یک و دو با بیمه ها
- تدوین نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد
- اعمال دستورعمل نظام پرداخت در پرونده الکترونیک سلامت
- استفاده از داده های عملکردی

۱۳ - نظام پایش و ارزشیابی

- طراحی مدل ارزیابی و ارتقای مستمر کیفیت فرآیندها در سطوح مدیریت و ارایه خدمت
- تدوین برنامه زمانبندی پایش حضوری
- تعیین شاخص های ارزیابی عملکرد در اجرای بسته خدمات پایه تعریف شده در سطح شهرستان و استان

[Type here]

- تعیین شاخص‌های رصد و دیده بانی حاصل از عملکرد بسته خدمات پایه سلامت به منظور اولویت گذاری نیازهای جمعیت
- تعیین نشانگرهای ارزیابی برای حوزه حکمرانی در اجرای مفاد برنامه های پیش بینی شده
- ارزیابی هزینه اثربخشی اجرای پزشکی خانواده
- سنجش رضایت گیرندگان خدمت و راستی آزمایی خدمات سلامت
- سنجش رضایت ارایه دهندگان خدمت و مجریان برنامه
- طراحی برنامه مداخله‌ای با توجه به پایش انجام شده

ضوابط اجرای برنامه:

نظام ارایه خدمات:

- پزشک خانواده (برابر تعریف صدر این دستورعمل) محور ارایه‌ی خدمات بهداشت و درمان به جمعیت‌های معین است و مسوولیت‌های زیر را برعهده دارد:
- تامین جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق، و هماهنگی با سایر بخشها.
- پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته‌ی خدمات تعریف شده؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگیهای اقتصادی- اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده میتواند برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر این دستورعمل از ارجاع فرد به سایر ارایه 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 مراقب سلامت تحت سرپرستی خود است.

مراحل ثبت نام، به‌کارگیری و چگونگی فعالیت پزشکان خانواده :

۱. شرایط لازم برای عقد قرارداد (استانداردهای معاونت بهداشت و درمان، سازمان های بیمه و نظام پزشکی):

➤ فضای فیزیکی استاندارد پایگاه پزشکی خانواده: پایگاه های پزشکی خانواده در دو بخش دولتی و خصوصی به صورت زیر تعریف می شود:

۱. پایگاه پزشکی خانواده دولتی: از تبدیل پایگاه های سلامت (غیرضمیمه و ضمیمه) با رعایت استانداردهای فضای فیزیکی شامل اتاق پزشک (به ازای هر پزشک یک اتاق)، اتاق مراقب (به ازای هر مراقب یک اتاق)، اتاق تزریقات و خدمات جنبی (به ازای هر پایگاه سلامت یک اتاق با تفکیک جنسیتی)، فضای انتظار (به ازای هر پایگاه سلامت حداقل ۱۲ متر)
۲. پایگاه پزشکی خانواده خصوصی : حداقل این واحد می بایست به ازای هر تیم پزشکی خانواده حداقل از ۳ اتاق (یک اتاق برای پزشک، یک اتاق ماما/مراقب، یک اتاق تزریقات و خدمات جنبی) با زیربنای حداقل ۶۰ مترمربع و ترجیحاً در طبقه همکف و در غیر اینصورت الزاماً دارای آسانسور باشد.

[Type here]

تبصره ۱: مکان پایگاه‌های پزشکی خانواده بخش خصوصی ترجیحاً می‌بایست با پراکندگی جمعیتی منطقه شهری متناسب بوده به گونه‌ای که حداکثر دسترسی به خدمات سلامت فراهم آید.

تبصره ۲: رعایت استانداردهای فضای فیزیکی بر اساس دستورعمل‌های مرکز سلامت محیط و کار

➤ **تجهیزات پایگاه پزشکی خانواده:** تجهیزات پزشکی مطابق آخرین استانداردهای ابلاغ شده پایگاه سلامت شهری (پیوست)

➤ **الزامات نیروی انسانی برنامه پزشکی خانواده:**

الف - سطح یک: پزشک خانواده از دارندگان مدارک پزشک عمومی، متخصص پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی، متخصص داخلی، متخصص اطفال، متخصص عفونی، دکترای تخصصی طب ایرانی دارای پروانه دایم و مجوز معتبر کار پزشکی، مراقب سلامت (زن) از دارندگان مدارک کارشناسی/کارشناسی ارشد در رشته‌های مامایی، بهداشت عمومی، بهداشت خانواده، پرستاری و منشی با مدرک حداقل دیپلم)

تبصره ۱: چنانچه پزشک خانواده مرد می‌باشد مراقب آن الزاماً کارشناس/کارشناس ارشد مامایی باشد.

تبصره ۲: کلیه پزشکان خانواده و مراقبین طرف قرارداد می‌بایست قبل از عقد قرارداد در دوره‌های آموزشی تعیین شده شرکت نموده و گواهی صلاحیت فنی دریافت نمایند.

تبصره ۳: مراقبین سلامت نیاز به پروانه کار نداشته ولیکن نباید منع قانونی برای فعالیت داشته باشند. داشتن نظام مامایی و پرستاری برای کارشناسان مامایی و پرستاری الزامی است.

تبصره ۴: تداوم همکاری با برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع منوط به رعایت استاندارد‌های اعلام شده می‌باشد و در صورت تخطی از وظایف ستاد شهرستان می‌تواند با توجه به مقتضیات مربوطه تصمیم مقتضی را در مورد ادامه یا عدم ادامه همکاری ایشان اخذ نماید.

تبصره ۵: سازمانهای بیمه‌گر موظف به عقد قرار داد با پایگاه‌ها/ مراکز خدمات جامع سلامت مجری برنامه پزشکی خانواده برای خرید بسته خدمات تیم سلامت می‌باشند.

تبصره ۶: 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 (برابر روال تعیین شده در این دستورعمل و چک لیست‌های مصوب) و ارایه خدمات بوده و پرداختها برابر این دستورعمل به پزشکان و تیم سلامت پس از گزارش و تأیید ایشان قابل انجام است.

➤ **نحوه عقد قرارداد با بخش خصوصی:**

۱. قرارداد مستقیم سازمانهای بیمه‌پایه با اعضا تیم پزشکی خانواده (پزشک و مراقب سلامت)

[Type here]

۲. تفاهم نامه بیمه با دانشگاه و قرارداد دانشگاه با پیمانکار و خرید خدمت اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت، کارشناسان بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناسان ناظر، کارشناس تغذیه و روان ...) از بخش خصوصی

۳. تفاهم نامه بیمه با دانشگاه و دانشگاه با اعضای تیم سلامت (پزشک، مراقب سلامت، کارشناسان بهداشت محیط و حرفه ای، کارشناسان ناظر، کارشناس تغذیه و روان ...)

تبصره: عقد قرارداد با بخش خصوص منطبق بر آیین نامه های مالی و معاملاتی مصوب و بر اساس فرمت ابلاغی از سوی ستاد اجرایی کشوری انجام می پذیرد.

کلیه درمانگاه های غیردانشگاهی می توانند در قالب پایگاه های تجمیعی پزشکی خانواده از طریق عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر با رعایت استانداردهای مورد نیاز زیر نظر مرکز خدمات جامع سلامت به فعالیت ادامه دهد.

استاندارد فضای فیزیکی مرکز خدمات جامع سلامت

• با جمعیت تحت پوشش متوسط ۴۰ هزار نفر حدود ۳۰۰ تا ۴۰۰ متر مربع می باشد

- فضا برای مسوول فنی و رییس مرکز (۱۲ مترمربع)
- فضا به ازای هر تیم پزشکی خانواده (۲۴ متر، ۲ اتاق ۱۲ مترمربع)
- فضا برای خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای (۲۴ مترمربع)
- فضا برای تغذیه (۱۲ مترمربع)
- فضا مستقل برای ارائه خدمات سلامت روان (۱۲ مترمربع)
- فضا برای سالن انتظار (حدود ۵۰ مترمربع)
- فضا به ازای هر مراقب ناظر (حدود ۱۲ مترمربع)
- فضا برای ارائه خدمات پرستاری (۲۴ متر، ۲ اتاق ۱۲ مترمربع)
- فضا برای پذیرش و آمار (۱۲ مترمربع)
- فضا برای ارائه خدمات مشاوره شیردهی (۱۲ مترمربع) در صورت وجود
- فضای برگزاری جلسات مشاوره ازدواج، آموزش و توانمندسازی جامعه، سفیران خانوار و رابطین سلامت محله
- در موضوع سواد سلامت، شیوه زندگی سالم، خودمراقبتی و.. با استفاده از امکانات بخش دولتی، خصوصی، بومی و محلی منطقه (۵۰ مترمربع)
- فضا برای خدمات دهان و دندان (حدود ۳۰ مترمربع) حداقل ۲۰ مترمربع بازای هر یونیت
- فضا برای سرویس های بهداشتی و آبدارخانه (حدود ۱۲ مترمربع)
- فضای اورژانس و بستری موقت خانم ها و آقایان (حدود ۶۰ مترمربع)
- پیش بینی رمپ برای معلولین یا آسانسور برای ساختمان های دوطبقه و بالاتر

[Type here]

عزیز فاضل استاد

[Type here]

استاندارد نیروی انسانی مورد نیاز برای مرکز خدمات جامع سلامت با جمعیت تحت پوشش متوسط ۴۰ هزار نفر علاوه بر موارد مندرج در بند ۱ این ماده، به قرار زیر می باشد:

| |
|--|
| • پزشک مسوول فنی یک نفر |
| • دندانپزشک بازاری ۳۰ تا ۴۰ هزار نفر یک نفر |
| • مراقب ناظر بازاری هر مرکز حداقل یک نفر و به ازای هر ۲۰ هزار نفر یک نفر اضافه شود |
| • کارشناس بهداشت محیط بازاری هر ۳۰۰ پرونده / واحد / امکانه عمومی یک نفر |
| • کارشناس بهداشت حرفه ای بازاری هر ۳۰۰ واحد کارگاهی/ صنعتی یک نفر |
| • مراقب سلامت دهان بازاری هر دندانپزشک با یونیت فعال یک نفر |
| • کارشناس/کارشناس ارشد تغذیه بازاری هر ۲۰ هزار نفر یک نفر |
| • کارشناس/ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بازاری هر ۲۰ هزار نفر یک نفر |
| • پذیرش یک نفر |
| • مشاوره ازدواج / شیردهی/ ژنتیک (براساس ضوابط و در مراکز خاص) ۲ نفر |
| • خرید خدمت حجمی برای نظافت |
| • خرید خدمت حجمی برای نقلیه |
| • نمونه گیر بر حسب ضرورت یک نفر |

(*) مراقبین ناظر ترجیحا مرد باشد.

تبصره ۱: در مناطقی که دسترسی به سطح دوم فراهم نیست فراهم سازی مکان مناسب برای استقرار متخصصین رشته های کودکان، داخلی، زنان و زایمان و روانپزشکی توسط حوزه بهداشت ایجاد شده و مطابق برنامه ریزی مشخص متخصصین مورد نظر از نزدیکترین بیمارستان دانشگاهی ملزم به ارایه خدمات در مکان مورد نظر در قالب نظام ارجاع می باشند.

تبصره ۲: در صورت عدم ارایه خدمات دارو، آزمایشگاهی و رادیولوژی در محدوده شهرستان، دانشگاه موظف به راه اندازی واحدهای مربوطه در مرکز خدمات جامع سلامت می باشد. بدیهی است در صورت ارایه خدمات فوق در بخش غیردانشگاهی دانشگاه موظف به خرید خدمت از این واحدها می باشد.

ب _ سطح دو : کلیه پزشکان متخصص بخش دولتی پس از اخذ گواهی آموزش پزشکی خانواده و نظام ارجاع ملزم به پذیرش ارجاعات الکترونیک سطح یک و ارسال بازخورد ارجاع به صورت الکترونیک می باشند.

– کلیه متخصصین بخش خصوصی (مطبهای خصوصی، کلینیکهای خصوصی، مراکز درمانی عمومی غیردولتی و خیریه) که بر اساس فراخوان تمایل به همکاری در قالب نظام ارجاع پزشکی خانواده هستند مشروط به رعایت قوانین و ضوابط معاونت درمان، سازمان نظام پزشکی، پس از اخذ گواهی آموزش پزشکی خانواده و نظام ارجاع می توانند از طریق عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر نسبت به پذیرش ارجاعات الکترونیک سطح یک اقدام نموده و بازخورد ارجاع به صورت الکترونیک ارسال نمایند.

– کلیه دفاتر کار پروانه دار غیردانشگاهی (شنوایی سنجی، بینایی سنجی، فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی ...) می توانند از طریق عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر نسبت به پذیرش ارجاعات سطح یک و دو و سه و ارایه خدمت اقدام نمایند.

[Type here]

ساعت کاری برنامه:

ساعت کاری موظف تیم پزشکی خانواده به صورت ۴۴ ساعت در هفته در شیفت صبح یا عصر به صورت جدول ذیل می باشد.

| شیفت عصر | شیفت صبح | |
|-------------|----------------|------------------|
| ۱۴:۳۰ تا ۲۲ | ۷ صبح تا ۱۴:۳۰ | شنبه تا چهارشنبه |
| ۱۳:۳۰ تا ۲۰ | ۷ صبح تا ۱۳:۳۰ | روزهای پنج شنبه |

بسته های خدمتی در قالب خدمات مراقبتی و درمانی به جمعیت تحت پوشش هر پایگاه پزشکی خانواده الزاماً توسط تیم پزشکی خانواده فرد ارایه می شود. بدیهی است پزشک هم پوشان موظف به ارایه خدمات درمانی جمعیت تحت پوشش شیفت مقابل، حسب ضرورت می باشد. ترجیحاً پزشکان هم پوشان در یک مکان فیزیکی ارایه خدمت نمایند.

ساعت کاری مراکز خدمات جامع سلامت طبق روال عادی می باشد. دانشگاه می تواند از فضای فیزیکی این مراکز جهت راه اندازی تیم پزشکی خانواده دولتی و غیردولتی در شیفت کاری عصر استفاده نماید.

نحوه مراجعه به پزشک در خارج از ساعت کاری و روزهای تعطیل: در خارج از ساعات کاری پزشک خانواده و روزهای تعطیل بیماران برای دریافت خدمات تشخیصی درمانی و فوریت های پزشکی می توانند به اورژانس بیمارستان و درمانگاه های شبانه روزی دولتی و دولتی غیردانشگاهی، خیریه و غیره مراجعه نمایند.

ارایه خدمات در شرایط مرخصی، استعلاجی، ماموریت (آموزش) پزشک و مراقب:

- در صورت عدم حضور پزشک خانواده و مراقب سلامت کمتر از سه روز، تیم پزشکی خانواده همپوشان موظف به ارایه خدمات به جمعیت تحت پوشش در همان ساعت کاری ایشان و در محل کاری خود می باشد.

- در صورت عدم حضور پزشک خانواده یا مراقب سلامت بیش از سه روز، پزشک یا مراقب مورد نظر موظف به معرفی پزشک یا مراقب جایگزین می باشد.

- حداکثر روزهایی که پزشک خانواده میتواند از پزشک جایگزین استفاده کند ۱۵ روز در طول شش ماه می باشد.

- نحوه استفاده از مرخصی تیم پزشکی خانواده مطابق دستورعمل های کشوری

- جمعیت تحت پوشش هر تیم پزشکی خانواده ۲۵۰۰ نفر می باشد. هر پزشک خانواده می تواند حداقل ۵۰۰ نفر جمعیت را تحت پوشش خود قرار دهد. چنانچه در طی شش ماه بعد از عقد قرارداد موفق به ثبت نام حداقل جمعیت مورد نظر نگردد، نسبت به لغو قرارداد ایشان اقدام می شود.

- ستاد اجرایی استان با توجه به شرایط جمعیتی، شرایط دسترسی و جغرافیایی، شرایط آب و هوایی، میزان کفایت داوطلبین بخش خصوصی می تواند نسبت به تغییر ساعات کار، تغییر جمعیت تحت پوشش هر تیم پزشکی خانواده با ارایه پیشنهادات به ستاد اجرایی کشوری برای اخذ مجوز تغییرات مورد نظر اقدام نمایند.

[Type here]

- پزشک خانواده و مراقب سلامت بایستی دو ماه قبل از لغو قرارداد مراتب را به اطلاع ستاد اجرایی شهرستان و جمعیت تحت پوشش خود برساند.

- تصمیم گیری در خصوص فعالیت اعضای ستاد اجرایی کشوری، استانی و شهرستانی تحت عنوان پزشک خانواده در ستاد ملی اتخاذ گردد.

- اشتغال پزشکان خانواده در موارد خاص با تشخیص ستاد اجرایی شهرستان و تایید ستاد استان به منظور رفع نیاز اورژانس بیمارستان و مراکز شبانه‌روزی شهرستان محل خدمت، برای مدت محدود تا بر طرف شدن نیاز بلامانع است. بدیهی است پرداخت کشیک اورژانس FFS خواهد بود.

- پزشکان متخصص اطفال و داخلی و پزشکی اجتماعی و عفونی در صورت علاقه‌مندی و به شرط عدم فعالیت در سطح دو می‌توانند با همان تعرفه و نقش‌های تعریف شده برای پزشک خانواده یا پزشک خانواده مسوول در اجرای فعالیت‌های این دستورات عمل مشارکت کنند.

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

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

- در صورتیکه پزشک به هر دلیل نتواند به طور موقت در محل کار خود حاضر شود، لازم است مراتب را حداقل سه روز قبل به صندوق بیمه مربوطه، پزشک هم پوشان و از طریق مسوول مرکز به ستاد اجرایی شهرستان اطلاع دهد. در موارد اضطرار، مطلع ساختن مسوول مرکز و پزشک هم پوشان کفایت میکند. مسوول مرکز، موضوع را به بیمه و ستاد اجرایی شهرستان اطلاع خواهد داد. هر گاه پزشک خانواده در طول قرارداد خویش، ناگزیر از ترک دائم محل باشد به منظور رعایت حال جمعیتی که در پوشش خود دارد باید در فاصله زمانی دو تا سه ماهه ستاد اجرایی شهرستان را از تصمیم خود مطلع سازد. در صورت خروج یکی از پزشکان خانواده یا در صورت بروز حوادثی که مانع ارائه خدمت پزشک باشد، بیمه‌ها با هماهنگی ستاد شهرستان باید برای جلوگیری از بروز وقفه در خدماتی که به مردم ارائه می‌شود، هرچه زودتر با پزشک خانواده دیگری قرارداد ببندند.

- ارائه خدمات به مسافران:

هر فرد خارج از شهرستان محل استقرار پزشک خانواده خود، در موارد اورژانس بدون هیچ مانعی به اورژانس مراجعه و اگر بیماری او اورژانس بود، همانند سایر مراجعه کنندگان از خدمات کامل استفاده می‌کند و در موارد غیر اورژانس و در صورت ضرورت میتواند به پزشک سطح یک محل سفر در پایگاه پزشکی خانواده مراجعه و در این شرایط توسط پزشک خانواده ویزیت و اقدامات اولیه انجام شود ولی نمی‌تواند به سطوح بالاتر ارجاع شود. (مگر ارجاع برای بستری به بخش دولتی و عمومی پس از تماس تلفنی با پزشک خانواده فرد و دریافت فرم ارجاع الکترونیک). بدیهی است در موارد غیر اورژانس فرانشیز ویزیت کامل توسط بیمار پرداخت می‌گردد.

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

[Type here]

ب - ثبت نام مردم و انتخاب پزشک خانواده :

- فراخوان مردم جهت انتخاب پزشک خانواده و ثبت نام در برنامه
- انجام تمام مراحل اطلاع‌رسانی به بیمه‌شدگان برای انتخاب پزشک خانواده و نیز فراهم کردن امکانات و الزامات آن به عهده ستاد اجرایی شهرستان می باشد.
- ثبت نام اولیه خانواده ها در درگاه اینترنتی اعلام شده پس از اعلام شروع برنامه توسط سرپرست خانوار انجام می پذیرد بدیهی است درگاه اینترنتی مذکور امکان استحقاق سنجی بیمه از طریق اتصال به سامانه های موجود سازمان های بیمه گر و استحقاق سنجی شهرستان محل سکونت از طریق اتصال به سامانه های سطح یک را خواهد داشت.
- بیمه شدگان برای بهره مندی از خدمات پزشک خانواده و نظام ارجاع در انتخاب پزشک خانواده در سطح شهرستان مختار هستند.
- انتخاب پزشک خانواده از سوی افراد خانوار و از بین پزشکان طرف قرارداد، اختیاری است. در این میان تنها عامل محدودکننده، نام‌نویسی کافی افراد نزد پزشکی معین و پرشدن ظرفیت او خواهد بود.
- محل ورود خانواده ها به برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای ثبت نام و دریافت خدمات در سطح اول، شهرستان محل زندگی و سکونت خانواده است. برای افرادی که به هر دلیل مانند اشتغال ادواری یا خوابگاهی بین محل سکونت و محل کار فرد در دو شهر جداگانه باشد، انتخاب محل سکونت یا کار برای ورود به برنامه، آزاد است. بدیهی است در صورت تغییر محدوده جغرافیایی محل زندگی و یا کار بیمه شده، امکان تعویض پزشک خانواده با انجام هماهنگی لازم با دبیرخانه ستاد اجرایی شهرستان بدون هرگونه محدودیتی وجود خواهد داشت.
- ثبت نام قطعی پس از انجام ویزیت اولیه توسط تیم پزشکی خانواده (پزشک و مراقب سلامت) با تشکیل یا تکمیل پرونده الکترونیک انجام می گردد.
- بیمه شده حداکثر دو بار در سال در صورت نیاز، می‌تواند با مراجعه نزد پزشک خانواده خود، از جمعیت تحت پوشش وی خارج شود و نزد پزشک خانواده دیگری ثبت نام نماید. فاصله ثبت نام نزد پزشک خانواده و اولین تغییر و فاصله‌ی دو تغییر نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص با نظر ستاد شهرستان این مدت قابل کاهش است. تعویض پزشک خانواده در ابتدای ماه قابل انجام است. (با رعایت ضوابط اعلام شده در خصوص تعویض پزشک خانواده)

تبصره ۲: در مورد کسانی که بیمه شده هستند اما شماره ملی ندارند (تبعه ایران نیستند)، به جای شماره ملی از شماره گذرنامه/ کارت اقامت استفاده می‌شود که می‌توان آن را به عنوان جایگزین شماره ملی برای اینگونه افراد در برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در نظر گرفت. (در هر حال شماره بیمه آنها ملاک عمل خواهد بود)

[Type here]

عزیز فاضل استاد

نظام پرداخت به پزشک خانواده (سطح اول):

حق الزحمه تیم پزشکی خانواده به صورت سرانه و فرانشیز می‌باشد. میزان سرانه پایه تیم پزشکی خانواده که بخشی از سرانه سطح یک است در ستاد اجرایی کشوری به تصویب رسیده و همراه با سایر تعرفه‌ها توسط هیات دولت ابلاغ می‌گردد این سرانه با توجه به پذیرش گروه‌های خاص سنی و جنسی و نیز برخی از خدماتی که در ذیل خواهد آمد افزایش می‌یابد.

نحوه پرداخت سرانه تیم پزشکی خانواده:

سرانه پایه تیم پزشکی خانواده مصوب سالانه بابت خدمات درمانی، مراقبتی و پشتیبانی، توسط هر کدام از سازمان‌های بیمه گر متناسب با تعداد بیمه شده تحت پوشش و سایر ضرایب تعریف شده به شرط رعایت استانداردهای خدمات پس از کسر مالیات و سایر کسورات قانونی به طرف قرارداد پرداخت می‌شود. بدیهی است پرسنل شاغل در پایگاه‌های پزشکی خانواده‌ی بخش خصوصی هیچ‌گونه رابطه استخدامی با دانشگاه‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر ندارند.

سرانه متخصصین پزشک خانواده و سایر متخصصین به‌کار گرفته شده در این برنامه (داخلی، اطفال، پزشکی اجتماعی و عفونی) به میزان ۴۰ درصد بیشتر از سرانه پایه می‌باشد.

میزان دریافتی پزشک مسوول فنی مرکز معادل سرانه پایه ۲۵۰۰ نفر همراه با افزایش تا سقف ۴۰ درصد سرانه پایه به عنوان حق مدیریت بر اساس تعداد پایگاه‌های تحت پوشش مبتنی بر عملکرد مدیریتی می‌باشد. (به‌ازای هر پایگاه پزشکی خانواده ۱/۲۵ درصد اضافه شود)

حق الزحمه پزشک و مراقب سلامت جانشین و جایگزین: از آنجا که در زمان مجاز استفاده از خدمت پزشک و مراقب سلامت جانشین و جایگزین، سرانه تیم پزشکی خانواده اصلی پرداخت می‌شود، جبران خدمت ایشان در این مدت به عهده تیم پزشکی خانواده طرف قرارداد خواهد بود.

یادآور می‌شود پرداخت به نیروهای بکارگیری شده در تیم پزشکی خانواده که در استخدام مرکز بهداشت شهرستان و یا سایر واحدهای دولتی می‌باشند، به حساب مرکز بهداشت واریز و پس از کسر مالیات و سایر کسورات قانونی / ... و حداکثر ۱۰ درصد بابت استهلاک، اجاره، سود سرمایه، مواد مصرفی، نیروهای پشتیبانی (خدمتگزار، مدارک پزشکی) به‌ذینفعان (پزشک و مراقب سلامت) پرداخت می‌شود. بدیهی است اگر این فرد حقوق بگیر باشد مبلغ حقوق ثابت در حکم کارگزینی، کسر و مابقی به ایشان پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: پرداخت حقوق و حق الزحمه مراقبین سلامت ناظر، کاردان یا کارشناس بهداشت محیط و حرفه‌ای، کارشناس تغذیه و کارشناس سلامت روان و ... که از طریق خرید خدمت در مرکز خدمات جامع سلامت بکارگیری شده‌اند، به عهده‌ی پیمانکاران طرف قرارداد است.

تبصره ۲: فرانشیز خدمات ویزیت، دارو و پاراکلینیکی ارایه شده در سطح یک برنامه پزشکی خانواده به بیمه شده در قالب بسته خدمتی تعریف شده، بر اساس ابلاغیه سالانه‌ی هیات دولت می‌باشد.

[Type here]

تبصره ۳: تمام پرداخت‌ها طبق این دستورعمل، هر سال توسط ستاد اجرایی کشوری به شورای عالی بیمه پیشنهاد می‌گردد و بر مبنای رشد تعرفه، رشد حقوق و دستمزد و سایر پارامترهای تاثیرگذار بازبینی خواهد شد.

چگونگی پرداخت به پزشک خانواده:

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

تعیین سرانه پزشکی خانواده و ارزیابی عملکرد:

۲۰ درصد سرانه پزشکی خانواده بر اساس دستورعمل نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد (پیوست) هر سه ماه یکبار پرداخت خواهد شد.

پرداخت های تشویقی:

چنانچه تیم پزشکی خانواده در بیماریابی بیماریابی‌های مشمول دریافت تشویقی و پیگیری ویژه‌ی گروه های خاص که در پیوست دستورعمل آمده نقش موثر و به موقع داشته باشد، مشمول دریافت پرداخت تشویقی خواهد بود. محل پرداخت این تشویقی از تعدیلات حاصله از پایش عملکرد می‌باشد.

جرایم:

۱. ثبت خدمات غیر واقعی (در صورت ثبت غیرواقعی خدمت، بسته به اهمیت خدمت ثبت شده برای بار اول ۱۰ تا ۲۰ درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر میگردد. برای بار دوم ۳۰ تا ۵۰ درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد خواهد شد).
۲. نارضایتی گیرندگان خدمت (کاهش رضایتمندی کمتر از ۹۰ درصد، در مبلغ کارانه دریافتی اعمال خواهد شد).
۳. عدم دریافت خدمات یا کیفیت نامطلوب خدمات به گروه های مشمول خدمات ویژه که منجر به ایجاد عوارض ناشی از عدم تشخیص و اقدام به موقع شده است. بر اساس تحلیل ریشه‌ای گزارشات کمیته‌های مرگ و میر بیمارستان و شبکه های بهداشت و شکایات منجر به صدور رای از سازمان نظام پزشکی و گزارش های ویژه بازدیدهای حضوری (بسته به اهمیت خدمت ثبت شده برای بار اول ۱۰ تا ۲۰ درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر میگردد. برای بار دوم ۳۰ تا ۵۰ درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد خواهد شد).
۴. عدم ارائه خدمت به مراجعین تحت پوشش که جهت دریافت خدمات تصریح شده در بسته خدمات مراجعه نموده اند که پس از بررسی شکایت به تایید رسیده باشد. (برای بار اول ۱۰ تا ۲۰ درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر میگردد. برای بار دوم ۳۰ تا ۵۰ درصد به انضمام تذکر کتبی با رونوشت به اداره کار و برای بار سوم لغو قرارداد خواهد شد)

سرانه پزشک خانواده و مدت مشارکت در برنامه:

به ازای هر سال سابقه کاری مشارکت در برنامه به میزان ۱٪ به سرانه‌ی پرداختی تا سقف ۱۰ درصد افزوده می‌شود.

کاهش سرانه پرداختی در صورت عدم انجام به موقع ویزیت اولیه:

پزشک خانواده باید در اسرع وقت با همکاری مراقب سلامت نسبت به تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و انجام ویزیت اولیه و ارایه مراقبت های فعال مبتنی بر بسته‌های خدمات اقدام کند. ثبت نام کامل با اطلاعات دموگرافیک برای شروع پرداخت سرانه اجباری است و بدون آن سرانه قابل پرداخت نخواهد بود. تکمیل پرونده الکترونیک سلامت و انجام ویزیت اولیه برای تک تک افراد الزامی است. با توجه به زمانبر بودن تشکیل پرونده، هر پزشک حداقل به ازای هر ۵۰۰ نفر ثبت نام شده حداکثر یک ماه

[Type here]

فرصت برای ویزیت اولیه و تکمیل پرونده خواهد داشت. بدیهی است هرگاه طی این زمان پرونده تکمیل نشود بابت افرادی که پرونده سلامت آنان تکمیل نگردیده است، صرفاً ۶۰٪ سرانه به او پرداخت و با اضافه شدن هر ماه به این تأخیر ۱۰٪ دیگر از این ۶۰٪ سرانه تا شش ماه کاهش و بعد از آن در مورد ادامه همکاری ایشان با برنامه توسط ستاد شهرستانی تصمیم‌گیری می‌شود.

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

حق الزحمه سایر خدمات ارایه شده توسط پزشکان خانواده :

حق الزحمه خدمات خارج از بسته های خدمتی که در کوریکلوم پزشکی عمومی (بند ج بسته خدمت) بیان گردیده است. با تعرفه دولتی در خارج از ساعت کاری تیم پزشکی خانواده (در صورتی که در تعهدات سازمانهای بیمه گر باشد با اخذ ۳۰ درصد تعرفه و در صورتی که در تعهد سازمانهای بیمه گر نباشد ۱۰۰ درصد تعرفه دریافت خواهد شد)
تبصره: تزریقات و پانسمان جزء بسته خدمتی پزشک بوده و پزشک موظف است در ساعات کاری با اخذ فرانشیز مصوب اقدام نماید.

حق الزحمه مشاوره :

حق الزحمه مربوط به درخواست مشاوره از کارشناسان پروانه دار شاغل در حرف مشاوره تغذیه، روانشناس بالینی (در صورتی که مرکز مربوطه فاقد نیروی کارشناس تغذیه و روانشناس باشد)، بینایی سنجی؛ شنوایی سنجی، فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کار درمانی در صورت ارجاع از طرف پزشک خانواده برابر تعرفه های مصوب هیئت دولت در بخش دولتی و یا خصوصی و به شرط ارسال بازخورد، در صورت قرار گرفتن در تعهدات سازمانهای بیمه گر قابل پرداخت می باشد
تبصره: خدمات دندانپزشکی برابر ضوابط جاری سازمان های بیمه گر خواهد بود.

نظام ارجاع :

نظام ارجاع، فرایند مشخصی در ارائه خدمات تخصصی به ارجاع شونده در بستر پرونده الکترونیک دارد که از ارجاع از سطح یک شروع و با دریافت بازخورد الکترونیک و پیگیری اجرای توصیه های ذکر شده در بازخورد خاتمه می یابد. اجزاء این فرایند در سطح یک و سطوح تخصصی دو و سه شامل :

الف- سطح یک:

- ارجاع مراجعان نیازمند ویزیت خدمات تخصصی/خدمات تشخیصی، درمانی (دفاتر کار خدمات تخصصی) مطابق با دستور عملهای مربوطه
- تکمیل فرم ارجاع الکترونیکی
- اخذ نوبت از سامانه های نوبت دهی (در صورتی که سامانه نوبت دهی پاسخگو نباشد، هماهنگی لازم با سطوح بالاتر صورت پذیرد).
- پرداخت فرانشیز ویزیت متخصص در کارتخوان های متصل به حسابهای درآمدی بیمارستانها
- بررسی نتیجه ارجاع از نظر ویزیت پزشک/دریافت خدمت
- بررسی از نظر ارسال بازخورد ارجاع
- پیگیری بازخورد از نظر انجام اقدامات توصیه ای بیمار و تیم سلامت

[Type here]

تبصره ۱: ارجاع مستقیم از سطح یک به سه صرفاً برای بیماران شناخته شده که نیازمند خدمات فوق تخصصی میباشند امکانپذیر است.

تبصره ۲: پزشکان خانواده موظف به رعایت سقف حداکثر ۱۵ درصد ارجاع بیماران مراجعه کننده خود به سطح دوم/ سوم هستند.

تبصره ۳: هرگونه ارجاع بیماران به سطح دو و سه صرفاً از طریق پزشک خانواده به سطوح تخصصی طرف قرارداد برنامه پزشکی خانواده انجام می شود.

تبصره ۴: در صورتی که پزشک خانواده تصمیم به ارجاع به سطوح ۲ و ۳ را داشته باشد می بایست نوع رشته تخصصی موردنظر را برای بیمار شرح و تعداد متخصصین و یا فوق تخصص های موجود را بر اساس نقشه ارجاع به اطلاع وی برساند. بدیهی است انتخاب رشته تخصصی با پزشک خانواده و انتخاب متخصص آن رشته با بیمار خواهد بود.

تبصره ۵: اولویت ارجاع، با نزدیک ترین متخصص موجود در محدوده جغرافیایی بوده بطوری که می بایست با مراکز درمانی (مطب، درمانگاه، بیمارستان خصوصی و یا دولتی) هماهنگی لازم را از نظر تعیین وقت ملاقات برای بیمار به عمل آورده و به اطلاع بیمار رسانده شده و ارجاع الکترونیک صورت گیرد. در این زمینه مرکز هدایت و پاسخگویی (Call Center) مسئول راهنمایی پزشک خانواده و مراجعین و مسائل مرتبط با آنها می باشد.

تبصره ۶: در صورتی که بیمار درخواست ارجاع (بر خلاف تشخیص پزشک خانواده) به سطوح بالاتر را داشته باشد، میبایست شخصاً اقدام به اخذ پذیرش از متخصص مورد نظر را نماید و در این حالت پزشک خانواده تکلیفی ندارد.

تبصره ۷: در صورتی که تخصص مدنظر در آن شهرستان موجود نباشد، مراجعه کننده با راهنمایی پزشک خانواده یا CALL CENTER براساس نقشه ارجاع و مسیر حرکتی تسهیل شده (بعنوان مثال شهرستان استان همجوار که مسیر حرکتی مردمی به آن راحت تر صورت می گیرد) مستقیماً می تواند شهرستان بعدی را تعیین نموده و از خدمات لازم برخوردار گردد.

تبصره ۸: هر فرد خارج از شهرستان محل استقرار پزشک خانواده خود، در موارد اورژانس بدون هیچ مانعی به اورژانس مراجعه و اگر بیماری او اورژانس بود، همانند سایر مراجعه کنندگان از خدمات کامل استفاده می کند و در موارد غیراورژانس و در صورت ضرورت میتواند به پزشک سطح یک محل سفر در پایگاه پزشکی خانواده مراجعه و در این شرایط توسط پزشک خانواده ویزیت و اقدامات اولیه انجام شود ولی نمی تواند به سطوح بالاتر ارجاع شود. (مگر ارجاع برای بستری به بخش دولتی و عمومی پس از تماس تلفنی با پزشک خانواده فرد و دریافت فرم ارجاع الکترونیک). بدیهی است در موارد غیر اورژانس فرانشیز ویزیت کامل توسط بیمار پرداخت می گردد.

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

تبصره ۹: در فرایند ارجاع از سطح یک باید مشخص شود ارجاع وی مطابق راهنماهای بالینی بهداشت و درمان دارای چه سطحی از اولویت است. بیمارانی که در اولویت ارجاع فوری قرار میگیرند، حتی در صورت تکمیل ظرفیت، با هماهنگی ستاد مدیریت ارجاع دانشگاه؛ باید در اسرع وقت در سطح دو پذیرش شوند.

تبصره ۱۰: مراجعه بیماران اورژانسی به بخش اورژانس بیمارستان، به صورت شخصی یا از طریق اورژانس پیش بیمارستانی، خارج از مسیر ارجاع بوده و مشمول نوبت دهی نمی باشد. فهرست خدمات اورژانس توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعیین و از طریق ستاد اجرایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع ابلاغ میگردد.

تبصره ۱۱: لازم به ذکر است پزشک خانواده می تواند بیمار را در صورت درج برنامه درمان در پرونده (پس از ویزیت متخصص) فوق تخصص) برای انجام خدمات بازتوانی مستقیماً ارجاع نماید.

[Type here]

ب- سطوح دو و سه :

- ◀ تعیین نقشه ارجاع سه سطح در محدوده دانشگاه
- ◀ تعیین رابط ارجاع در درمانگاهها و کلینیک های سطح دو و سه به منظور هدایت و تسهیل و تسریع فرایند ارجاع
- ◀ کلیه کلینیک های ویژه و درمانگاه های سرپایی بیمارستانی / خارج بیمارستانی موظفند بر اساس تعداد پزشکان و پذیرش مرکز، حداقل یک کارشناس آموزش دیده را در هر شیفت فعال مرکز سطح ۲ به منظور مدیریت ارجاع (هماهنگی نوبت دهی- هدایت بیمار برای دریافت خدمت- تعیین و پایش سقف پذیرش ارجاعی به تفکیک پزشکان- پیگیری پذیرش بیماران - اطمینان از تکمیل بازخورد) بیماران تعیین کنند.

شرح وظایف رابط ارجاع :

- ۱- هماهنگی نوبت دهی الکترونیک به بیماران ارجاعی
- ۲- هدایت بیمار برای دریافت خدمت در سطح ۲
- ۳- تعیین سهم پذیرش ارجاعی به تفکیک پزشکان شاغل در شیفت های مختلف کلینیک ویژه و درمانگاهها و پایش مستمر بار مراجعین و ارائه گزارش به مدیر بیمارستان جهت انعکاس به ستاد اجرایی شهرستان برای اعمال تغییرات سهم پذیرش در سامانه نوبت دهی و اعمال در فرآیند پذیرش
- ۴- پیگیری پذیرش بیماران مراجعه کننده از سطح اول
- ۵- اطمینان از تکمیل بازخورد الکترونیک
- ۶- هدایت بیمار جهت انجام ویزیت ها و آزمایشات تخصصی، خدمات دارویی و ...؛ بیماران ارجاعی بر اساس نقشه ارجاع
- ۷- پیگیری بستری مراجعینی که بنا به تشخیص پزشک متخصص دستور بستری دارند، از طریق هماهنگی با bed

manager

- ◀ تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاری آنها در هر مرکز و اطلاع رسانی آن به مردم و کارکنان بهداشتی درمانی
- ◀ حداقل ۶۰٪ از سهمیه اول پذیرش هر پزشک شاغل در کلینیک ویژه، به بیماران ارجاعی از سطح یک اختصاص داده شود.
- تبصره:** در صورت عدم تکمیل ظرفیت پذیرش بیماران ارجاعی در هر شیفت برای هر پزشک، ۲۴-۱۲ ساعت قبل (بسته به تصمیم ستاد اجرایی دانشگاه) نوبت دهی خارج از سیستم ارجاع انجام می شود.
- تبصره:** در صورت هرگونه تغییر در حضور پزشکان یا نوبت دهی در بازه زمانی تعیین شده، به ستاد هدایت مدیریت ارجاع دانشگاه، اطلاع داده شود. اطلاع رسانی به بیمار از طریق سامانه پیامکی یا تماس تلفنی انجام می شود.
- تبصره:** اولویت پذیرش و ویزیت با بیماران ارجاعی می باشد.

- ◀ اطمینان از عملکرد سامانه نوبت دهی
- ◀ پذیرش بیماران و ارائه خدمات تخصصی
- ◀ در صورت نیاز ارجاع الکترونیک افقی به حداکثر دو تخصص و ارجاع الکترونیک عمودی به فوق تخصص
- ◀ ثبت الکترونیک بازخورد ارجاع با حداقل اطلاعات شامل: تشخیص، داروهای تجویز شده، اقدامات انجام شده، خدمات پاراکلینیکی انجام شده و مورد نیاز، اقداماتی که احیاناً پزشک خانواده باید انجام دهد، نحوه پیگیری، تعیین تاریخ مراجعه مجدد بیمار

[Type here]

تبصره: ارجاع افقی به میزان حداکثر ۱۵ درصد از بیماران ویزیت شده توسط هر پزشک متخصص (جهت انجام

مشاوره یا ادامه درمان) به سایر متخصصین/ فوق تخصص و اخذ بازخورد ارجاع امکان پذیر است.

در صورت ارائه خدمات بستری، اطلاعات خلاصه پرونده بستری بیمار به عنوان بازخواند در نظر گرفته شده که میبایست به صورت الکترونیک به پرونده سطح یک انتقال یابد.

در صورت مراجعه بیمار به اورژانس بدون ارجاع در موارد سرپایی، پزشک اورژانس موظف به بازخواند الکترونیک اقدامات انجام شده به پزشک خانواده میباشد.

ارایه بازخواند از سطح ۳ به ۱ همانند مکانیسم ارایه بازخواند از سطح ۲ به ۱ می باشد.

بررسی عملکرد متخصصین از نظر حضور در برنامه های درمانگاه/کلینیکهای تخصصی، رعایت دستورعمل های ارتقاء کیفی خدمات ویزیت و ارسال بازخورد و اعمال کیفیت عملکرد ارائه دهندگان خدمات در نظام پرداخت

ارجاع مراجعان نیازمند ویزیت خدمات تخصصی/خدمات تشخیصی، درمانی (دفاتر کار خدمات تخصصی) مطابق با دستورعملهای مربوطه

تبصره: در تهیه نقشه ارجاع به نکات ذیل باید توجه نمود:

- مسیر ارجاع از سطحی ترین مرکز (سطح اول) تا سطح پایانی (سطح سوم) شامل هر دو بخش خصوصی و دولتی ترسیم شود.
- مسیر حرکتی برای تمامی رشته ها در هر سطح مشخص شود.
- بین هر سطح تا سطح بعدی مسافت به کیلومتر درج شود.
- در صورتی که در سطح بعدی تخصص مورد نظر موجود نباشد مسیر حرکتی باید مستقیماً تا سطح دارای تخصص مربوطه ترسیم گردد.

سطح دو:

شامل خدمات تشخیصی، درمانی و توانبخشی/ نوتوانی تخصصی، تدبیر فوریت‌های تخصصی، اعمال جراحی انتخابی و اورژانسی، اقدامات بالینی، مشاوره، خدمات دارویی و فرآورده‌های مربوطه، خدمات تشخیصی از جمله آزمایشگاهی و تصویربرداری میباشد، که توسط واحدهای سرپایی و بستری فعال در نظام سلامت ارایه می‌گردد.

این دسته از خدمات با ارجاع از طریق پزشک خانواده و تشخیص و تجویز پزشکان متخصص در اختیار ارجاع شدگان قرار می‌گیرد. سطح دو موظف است با ارایه بازخورد الکترونیک، تیم سلامت ارجاع‌دهنده را از نتیجه، برنامه درمان و پیگیری بیمار یا پیشرفت کار مطلع سازد.

ارایه خدمات فوق در سطح تخصصی و فوق تخصصی، در واحدهای دولتی، عمومی و خصوصی طرف تفاهم صورت خواهد گرفت.

خدمات سطح دو و محل استقرار واحد ارایه خدمت و شرایط فیزیکی محل ارایه خدمت و تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز در سطح دو برابر مقررات وضع شده مربوط به صدور پروانه ها و برابر مقررات وضع شده در برنامه مدیریت منابع ساختاری درمان بستری کشور (سطح بندی خدمات درمان بستری) می باشد.

تبصره ۱: کلینیک های خارج از بیمارستان به عنوان کلینیک های وابسته به بیمارستان متبوع تلقی شده و تعامل گیرندگان خدمات و بیمه ها و مدیریت و قراردادهای جاری در آنها تابع شرایط بیمارستان مربوطه خواهد بود.

فرایند ارایه خدمات به بیماران خاص – صعب العلاج – پیوند و بیماران مشمول برنامه های ملی:

بیماران مزمن و نیازمند ارجاع مکرر مطابق لیست پیوست این شیوه نامه، همانند بیماران خاص در مدت زمان تعریف شده نیازمند ارجاع مکرر نمی‌باشند. پذیرش این بیماران در اولویت بوده و ارتباط سامانه های مدیریت این بیماری ها بایستی در

[Type here]

تعامل با سامانه های مدیریت اطلاعات در نظام ارجاع فعالیت نمایند. همچنین نظام پرداخت و سهم پرداخت بیماران بیمه و منابع حمایتی، تابع مقررات مربوطه می باشد.

سطح سه:

واحدی فوق تخصصی در نظام سلامت که خدمات درمانی و توانبخشی فوق تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع شدگان از سطح یک/ دو قرار می دهد. این خدمات 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 ۲ ارجاع کننده و پزشک خانواده وی قرار می گیرد.

تبصره ۱: چنانچه تشخیص و تجویز در سطوح تخصصی مستلزم دریافت گزارشات پاراکلینیک باشد، پزشک متخصص می بایست صبر نموده و بازخواند را پس از رویت نتایج پاراکلینیک ارسال نماید. در صورتیکه بیمار به همراه نتایج مربوطه، طی مدت زمان معین پس از آماده شدن نتایج، (مدت یک هفته) به متخصص مراجعه نماید، پزشک متخصص می تواند گزارش بازخواند به صورت الکترونیک را به پزشک خانواده جهت پیگیری موضوع ارسال نماید. بدیهی است حق ویزیت متخصص/فوق تخصص در مراجعه بعدی بیمار جهت بررسی نتایج پاراکلینیک، مطابق مقررات جاری معاونت درمان می باشد.

تبصره ۲: در زمانی که پزشک متخصص، به دلیل نداشتن امکان تجهیزاتی مورد نیاز و یا نداشتن گواهی معتبر برای انجام آن خدمت نتواند خدمت مورد نیاز مراجعه کننده در مرکز درمانی، درمانگاه و یا مطب را ارائه نماید، می تواند به پزشک هم رشته خود در همان شهرستان و یا شهرستان دیگر ارجاع نماید. بدیهی است که در صورت بوجود آمدن چنین شرایطی می بایست قبل از هرگونه اقدام ناقصی، ارجاع افقی به صورت زیر انجام گیرد.

• ویزیت سرپایی و درخواست مشاوره با سایر متخصصین حسب مورد به صورت الکترونیک

تبصره: ویزیت متخصصین بیهوشی در بیمارستان نیز مشمول این مورد می باشد. پاسخ مشاوره بعنوان بازخواند محسوب می گردد.

• ویزیت سرپایی و صدور دستور بستری جهت ادامه خدمات تشخیصی درمانی در بیمارستان ضمن ارسال بازخواند الکترونیک

• ویزیت سرپایی و ارجاع غیر فوری مراجعه کننده به مراکز سطح ۳ جهت انجام خدمات فوق تخصصی و یا بازتوانی.

تبصره: لازم به ذکر است پزشک خانواده می تواند بیمار را در صورت درج برنامه درمان در پرونده (پس از ویزیت متخصص/فوق تخصص) برای انجام خدمات بازتوانی مستقیماً ارجاع نماید.

• ویزیت سرپایی و اعزام فوری مراجعه کننده با شرایط اورژانسی به مراکز سطح ۳ جهت انجام خدمات تشخیصی، درمانی و یا فوق تخصصی.

تبصره: در صورتی که تخصص مدنظر در آن شهرستان موجود نباشد، مراجعه کننده با راهنمایی پزشک خانواده و بر اساس نقشه ارجاع و مسیر حرکتی تسهیل شده (بعنوان مثال شهرستان استان همجوار که مسیر حرکتی مردمی به آن راحت تر صورت می گیرد) مستقیماً می تواند شهرستان بعدی را تعیین نموده و از خدمات لازم برخوردار گردد.

تبصره: ارائه خدمات بستری توسط متخصصین تابع ضوابط سطح بندی است. مراکز دولتی در فاز اول برنامه و کلیه مراکز ارائه خدمات بستری در سایر مراحل برنامه مشمول این برنامه می باشند

[Type here]

الزامات خدمات در سطح ۲ و ۳ :

- ◀ معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده با همکاری معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی می بایست نقشه ارجاع در کلیه سطوح را ترسیم و برای تایید به ستاد اجرایی کشوری ارسال نمایند.
- ◀ نقشه ارجاع سه سطح در محدوده دانشگاه / دانشکده با در نظر گرفتن موارد زیر تعیین شود:
 - مسیر ارجاع از سطحی ترین مرکز (سطح اول) تا سطح پایانی (سطح سوم) شامل هر دو بخش خصوصی و دولتی ترسیم شود.
 - در سطح دوم و سوم مراکز بستری و سرپایی تفکیک شوند.
- تبصره- در صورت عدم کفایت خدمات تخصصی/ فوق تخصصی در بخش دولتی دانشگاهی محدوده شهرستان، بخش عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه می توانند در نقشه ارجاع خدمات منظور شوند. در صورت تایید ستاد اجرایی کشوری، ادارات کل بیمه پایه سلامت استان ها مجاز به عقد قرارداد با بخش عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه می باشند.
- کلیه مراکز درمانی سرپایی و کلینیک های ویژه موظف به استفاده از سامانه های نوبت دهی الکترونیک دارای مجوز مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت می باشند.
- ◀ نوبت گیری از مرکز سطح دوم براساس نقشه ارجاع برای خدمت مورد نظر و اطلاع به بیمار برای مراجعه به مرکز سطح دوم مبتنی بر سامانه الکترونیک بر عهده مراکز سطح یک می باشد .
- ◀ کلیه مراکز ارائه خدمات سطح ۲ و ۳ سرپایی مکلف به استفاده از سامانه نوبت دهی و رعایت ضوابط مربوطه می باشد.
- ◀ پس از ورود بیمار به بیمارستان /درمانگاه و یا مطب ، اولین سطح تماس در بیماران الکتیو ؛ واحد پذیرش خواهد بود.متصدی پذیرش، مسئول کنترل نوبت تعیین شده و تطبیق موارد ثبت شده در فرم ارجاع و لیست موجود در پذیرش بوده که به مراجعه کننده زمان ویزیت و محل ارایه خدمات را اطلاع می دهد . پس از پرداخت تعرفه ، مراجعه کننده به محل ویزیت متخصص، هدایت شده و خدمت لازم را اخذ می نماید.
- ◀ در مرکز سرپایی مدیر داخلی و در بیمارستان ها سوپروایزر بیمارستان هماهنگی مدیریت ارجاع سطح ۲ و ۳ را با ابلاغ رئیس مرکز درمانی/ بیمارستان به عهده خواهند داشت.

مدیر فرآیند

مدیر داخلی در مرکز سرپایی/رئیس بیمارستان موظف به تعیین مدیر فرآیند ارجاع برای مدیریت ارجاع سطح ۲ و ۳ می باشد.

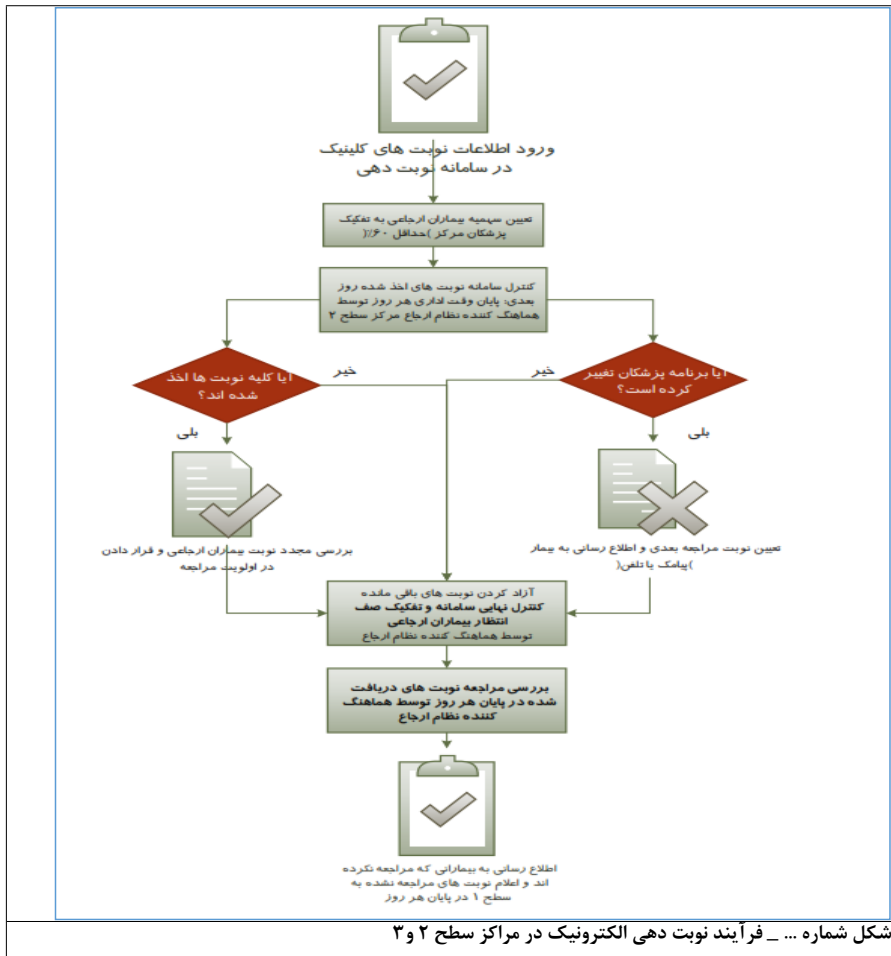
شرح وظایف مدیر فرآیند (رابط) ارجاع:

۱. مدیریت نوبت دهی
 - اطمینان از عملکرد سامانه نوبت دهی
 - تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاری آنها در هر مرکز و ثبت در سامانه نوبت دهی
 - تعیین سهم پذیرش بیماران ارجاعی به تفکیک پزشکان شاغل در شیفت های مختلف کلینیک ویژه و درمانگاه ها
 - پایش مستمر بار مراجعین و ارائه گزارش به مدیر مرکز جهت انعکاس به ستاد اجرایی شهرستان برای اعمال تغییرات سهم پذیرش در سامانه نوبت دهی و اعمال در فرآیند پذیرش
- تبصره ۱:** حداقل ۶۰٪ از سهمیه اول پذیرش هر پزشک شاغل در کلینیک ویژه، به بیماران ارجاعی از سطح یک اختصاص داده شود.

[Type here]

تبصره ۲: در صورت عدم تکمیل ظرفیت پذیرش بیماران ارجاعی در هر شیفت برای هر پزشک، ۲۴-۱۲ ساعت قبل (بسته به تصمیم ستاد اجرایی دانشگاه) نوبت دهی خارج از سیستم ارجاع انجام می شود.

تبصره ۳: در صورت هرگونه تغییر در حضور پزشکان یا نوبت دهی در بازه زمانی تعیین شده، اطلاع رسانی به بیمار از طریق پیامک در سامانه نوبت دهی یا تماس تلفنی توسط پذیرش مرکز انجام می شود.



۲. مدیریت پذیرش بیماران مراجعه کننده از سطح اول

تبصره: اولویت پذیرش و ویزیت با بیماران ارجاعی می باشد.

۳. هدایت بیمار برای دریافت خدمت در سطح ۲ و ۳

۴. هدایت بیمار جهت انجام ویزیت ها و آزمایشات تخصصی، خدمات دارویی و ... بیماران ارجاعی بر اساس نقشه ارجاع

[Type here]

- ثبت الکترونیک/کاغذی بازخورد ارجاع با حداقل اطلاعات شامل: تشخیص، داروهای تجویز شده، اقدامات انجام شده، خدمات پاراکلینیکی انجام شده و مورد نیاز، اقداماتی که احتمالاً پزشک خانواده باید انجام دهد، نحوه پیگیری، تعیین تاریخ مراجعه مجدد بیمار
 - در صورت ارائه خدمات بستری، اطلاعات خلاصه پرونده بستری بیمار به عنوان بازخورد در نظر گرفته شده که می بایست به صورت الکترونیک/کاغذی به سطح یک انتقال داده شود.
 - ارایه بازخورد از سطح ۳ به ۱ همانند مکانیسم ارایه بازخورد از سطح ۲ به ۱ می باشد .
- تیسره- در صورت قطعی سیستم های الکترونیک به هردلیلی، از فرم بازخورد کاغذی استفاده شود.

| فرم بایگانی | فرم بازخورنده از مرکز ارائه دهنده خدمات درمانی | فرم ارجاع بیمار توسط پزشک خانواده |
|---------------------------|--|---|
| کد ارجاع: | نام بیمارستان/ارمانگاه: | علت عدم ارجاع الکترونیک: <input type="checkbox"/> قطع برق <input type="checkbox"/> قطع اینترنت <input type="checkbox"/> اختلال در سامانه بیمه |
| | نام و نام خانوادگ متخصص/فوق تخصص: | توضیحات: |
| | نوع تخصص: | |
| نام و نام خانوادگی بیمار: | شماره نظام پزشکی: | نام مرکز خدمات جامع سلامت: |
| | عنوان مراجعه: | مرکز بهداشت شهرستان: |
| شکایت بیمار: | علائم بالینی: | شماره نظام پزشکی: |
| | یافته‌های بالینی: | نام و نام خانوادگی پزشک خانواده: |
| دلیل ارجاع: | تشخیص اولیه پزشک متخصص/فوق تخصص: | شماره ملی: |
| | تاریخ تولد: | نام و نام خانوادگی بیمار: |
| نوع تخصص ارجاعی: | داروهای تجویزی: | یافته‌های بالینی: |
| | آزمایشات درخواستی: | شکایت اصلی بیمار: |
| محل ارجاع: | سایر اقدامات: | نوع تخصص ارجاعی: |
| تاریخ ارجاع: | زادبولوی: | درجه حرارت: |
| | پی‌گیری لازم: | نفس: |
| | ارجاع به متخصص یا فوق تخصص: <input type="checkbox"/> | عدد تنفس: |
| | نوع تخصص: | بیماری زمینه‌ای: |
| | علت ارجاع/مشاوره: | داروهای مصرفی: |
| | داروهای تجویزی: | |
| | آزمایشات درخواستی: | |
| | داروهای تجویزی: | |
| | محل ارجاع: | |
| | نوع تخصص ارجاعی: | |
| | تشخیص نهایی پزشک متخصص/فوق تخصص: | |
| | مهر و امضا پزشک خانواده: | |
| | مهر و امضا پزشک متخصص/فوق تخصص: | |
| | مهر و امضا پزشک خانواده: | |

فرایند ارایه خدمات به بیماران خاص – صعب العلاج – پیوند و بیماران مشمول برنامه های ملی:

بیماران مزمن و نیازمند ارجاع مکرر مطابق فهرست مطابق معاونت درمان همانند بیماران خاص در مدت زمان تعریف شده نیازمند ارجاع مکرر نمی‌باشند. پذیرش این بیماران در اولویت بوده و ارتباط سامانه های مدیریت این بیماری ها بایستی در تعامل با سامانه های مدیریت اطلاعات در نظام ارجاع فعالیت نمایند. همچنین نظام پرداخت و سهم پرداخت بیماران بیمه و منابع حمایتی، تابع مقررات مربوطه می‌باشد.

✓ الزامات ارجاع به پاراکلینیک

- ارجاع برای خدمات پاراکلینیک از سطح یک مطابق بسته های خدمات سطح یک و پروتکل های ابلاغی وزارت بهداشت صورت می گیرد. عملکرد پزشکان خانواده طرف قرارداد در خصوص رعایت اندیکاسیون های تجویز در نظام پرداخت و استمرار همکاری در برنامه لحاظ خواهد شد.
- ارجاع جهت انجام خدمات پاراکلینیک از سطح ۲ و ۳ مطابق با دستورعمل های بالینی می باشد و عملکرد متخصصین در خصوص رعایت اندیکاسیون های تجویز در نظام پرداخت و استمرار همکاری در برنامه لحاظ خواهد شد.
- درخواست خدمات پاراکلینیک توسط پزشک خانواده یا متخصص یا فوق تخصص به صورت الکترونیک صورت می گیرد و بیمار مستقیماً به مراکز (دولتی یا غیر دولتی) موجود در شهرستان محل سکونت و در صورت عدم وجود امکانات به سایر مراکز ارائه دهنده خدمات پاراکلینیک مطابق نقشه ارجاع مراجعه می کند.
- در صورتی که فاصله پایگاه پزشکی خانواده از آزمایشگاه های تشخیصی طبی بیش از نیم ساعت با خودرو باشد شبکه بهداشت موظف است امکانات نمونه گیری را در سطح مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه فراهم نماید. بدیهی است رعایت دستورالعمل های موجود برای انتقال نمونه بیماران الزامی است.
- نتایج خدمات پاراکلینیک درخواستی از طریق دسترسی های ایجاد شده برای واحدهای مذکور در پرونده الکترونیک سطح یک قرار میگیرد.
- یافته های مثبت در گزارش خدمات پاراکلینیک که در تشخیص و مراقبت بیماری نقش دارد، میبایست در بازخواند به صورت الکترونیک ثبت گردد.

✓ الزامات در ارجاع به داروخانه

- فهرست دارویی بر مبنای تعهدات سازمان های بیمه گر می باشد که قیمت آنها بر اساس قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو است.
- لازم است کلیه داروخانه ها از ضمن استقرار سخت افزار و زیر ساخت ارتباطی مناسب با بکارگیری نرم افزارهای مورد تایید و دارای گواهینامه معتبر جهت نسخه پیچی نسبت به ارائه خدمات دارویی اقدام نمایند.

دریافت خدمات اورژانس

کلیه افراد در صورتی که احساس کنند وضعیت اورژانس دارند میتوانند به پزشک خانواده خود و یا بدون رعایت نظام ارجاع به مراکز اورژانس مراجعه نمایند و این مراکز باید آنان را بپذیرند. در واقع فوریت ها از قاعده الزام ارجاع مستثنی هستند و مراجعه مستقیم افراد دچار فوریت به واحدهای اورژانس یا بیمارستان ها مانعی ندارد. خدمات در بخش اورژانس بیمارستانی مطابق دستورالعمل اجرایی ابلاغی معاونت درمان وزارت متبوع ارائه می شود.

نظام پرداخت سطح دو و سه :

-نظام پرداخت پزشک متخصص و فوق تخصص در سرپایی سطح دوم و سوم: تا پایان مرحله استقرار نظام پرداخت کارانه ادامه خواهد یافت.

-نظام پرداخت پزشک متخصص و فوق تخصص در بستری سطح دوم و سوم: همچنان به صورت کارانه (FFS) می باشد.

-نظام پرداخت خدمات اورژانس: مبنای پرداخت در چهارچوب نظام FFS خواهد بود.

[Type here]

مراجعه بیمار براساس نظام ارجاع به بخش خصوصی طرف قرارداد نظام ارجاع و پزشک خانواده

1. در صورت مراجعه بیمار به مطب ها و یا درمانگاه های تخصصی و فوق تخصصی و دریافت خدمت ویزیت توسط پزشک معالج، مبنای پرداخت در چهارچوب نظام FFS و برابر تعرفه مصوب خصوصی به اضافه یک تعرفه مصوب خصوصی (در صورت رعایت استانداردها و بازخورد ارجاع خواهد بود. سهم فرانشیز بیمار در این صورت معادل ۳۰ درصد یک ویزیت خصوصی می باشد.

2. در صورت مراجعه بیمار به مطب ها و یا درمانگاههای تخصصی و فوق تخصصی و دریافت سایر خدمات و پروسیجرهای درمانی سرپایی، مبنای پرداخت در چهارچوب نظام FFS و در صورت رعایت استانداردها و بازخورد ارجاع و با نظر ستاد استان تا ۱/۵ برابر حق الزحمه پزشک در بخش دولتی به اضافه حق الزحمه پزشک در بخش خصوصی خواهد بود. سهم فرانشیز بیمار در این صورت معادل سهم فعلی در هر بخش خواهد بود.

3. سهم فرانشیز بیمار در صورت دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک در بخش خصوصی معادل ۳۰ درصد تعرفه های مصوب در همان بخش و سهم سازمانهای بیمه گر پایه معادل ۷۰ درصد تعرفه خصوصی مصوب خواهد بود. تبصره ۱- در صورت دریافت هرگونه خدمات مشاوره افقی یا عمودی توسط بیمار در بخش سرپایی، مبنای پرداخت برابر تعرفه مصوب خصوصی به اضافه یک تعرفه مصوب دولتی (در صورت رعایت استانداردها و بازخورد ارجاع خواهد بود. در این صورت سهم فرانشیز بیمار معادل ۱۰ درصد یک ویزیت دولتی و سهم سازمان بیمه گر پایه ۹۰ درصد یک ویزیت خصوصی بعلاوه یک ویزیت کامل دولتی می باشد.

تبصره ۲-: در صورت دریافت هرگونه پروسیجرهای درمانی (بستری یا سرپایی) توسط بیمار که دارای تعرفه مصوب نمی باشند، تا قبل از ابلاغ تعرفه های مذکور از سوی هیات محترم وزیران، مبنای پرداخت در چهارچوب نظام FFS و تعرفه های مصوب هیات امنای دانشگاههای علوم پزشکی خواهند بود و پرداخت کل هزینه های درمانی بر عهده بیمار خواهد بود.

مراجعه بیمار خارج از چارچوب نظام ارجاع به مراکز تشخیصی درمانی بخش غیر دولتی (خصوصی)

در صورت مراجعه بیمار خارج از چارچوب نظام ارجاع و پزشک خانواده به مراکز تشخیصی درمانی بخش خصوصی، تمامی هزینه های مربوطه مشتمل بر ویزیت، خدمات تشخیصی درمانی سرپایی و بستری، دارویی، تجهیزات پزشکی مستقیماً بر عهده بیمار خواهد بود.

شرایط بازپرداخت هزینه دارو و پاراکلینیک

شرایط بازپرداخت دارو و پاراکلینیک در سطح دو و سه بر اساس گزارشات سامانه های مدیریت اطلاعات بیمارستانی (اج ای اس) و نسخه نویسی الکترونیک و مدیریت اطلاعات پاراکلینیک خواهد بود.

-سهم بیماران در مراجعات اورژانس:

- خدمات بیماران ناشی از تصادفات، مطابق دستورالعمل های ابلاغی رایگان می باشد.
- خدمات اورژانس پیش بیمارستانی ۱۱۵ در چارچوب خدمات مصوب ابلاغی، رایگان می باشد.
- مراجعه بیمار به مرکز اورژانس و دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک، منوط به عدم نیاز به مراقبت نظر (بنا به تشخیص پزشک بخش اورژانس) سهم فرانشیز بیمار در این صورت معادل ۳۰ درصد و سهم سازمان بیمه گر پایه ۷۰ درصد تعرفه دولتی خواهد بود.

[Type here]

- در صورت نیاز به مراقبت در بخش اورژانس زیر شش ساعت و دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک و پروسیجرهای مورد نیاز، سهم فرانشیز بیمار معادل ۱۰ درصد و سهم سازمان بیمه گر پایه ۹۰ درصد تعرفه دولتی خواهد بود.
- در صورت نیاز به مراقبت بالای شش ساعت در بخش اورژانس (بستری) و دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک و پروسیجرهای مورد نیاز سهم فرانشیز بیمار معادل ۵ درصد و سهم سازمان بیمه گر پایه ۹۵ درصد تعرفه دولتی خواهد بود.

- سهم بیماران در نقل و انتقال بین بیمارستانی:

در صورت ضرورت نقل و انتقال بیمار از بیمارستانی به بیمارستان دانشگاهی دیگر یا به سایر مراکز تشخیصی (بدلیل عدم وجود وجود امکانات درمانی و تشخیصی) و پذیرش بیمار در بخش بستری بیمارستان در مسیر ارجاع، توسط آمبولانس بیمارستانی و یا خصوصی (غیر از ۱۱۵) پرداخت هزینه نقل و انتقال برابر تعرفه های مصوب بر عهده بیمارستان اعزام کننده خواهد بود.

جبران هزینه مراکز و ارایه کنندگان خدمات برای اجرای برنامه نظام ارجاع (مشوق ها):

تامین هزینه های ناشی از اجرای برنامه در قالب مشوق های مندرج در جدول زیر خواهد بود:

| ردیف | عنوان | شرح توضیحات |
|------|---|--|
| ۱- | مشوق ویزیت پزشکان متخصص بخش دولتی (۳۰٪ کل) | اعمال مشوق معادل یک ویزیت بخش خصوصی |
| ۲- | مشوق ویزیت پزشکان متخصص بخش خصوصی (۷۰٪ کل) | اعمال مشوق معادل یک ویزیت بخش خصوصی |
| ۳- | مشوق خدمات بستری برای مراکز | اعمال مشوق معادل ۱۰۰ هزار تومان به ازای خدمات بستری |
| ۴- | مشوق ویزیت پزشکان عمومی مراکز اورژانس بیمارستانی | اعمال مشوق معادل یک ویزیت پزشک عمومی بخش دولتی |
| ۵- | مشوق برای کلینیک های ویژه تخصصی | اعمال مشوق معادل ۱۰ هزار تومان برای هر مراجعه سرپایی به کلینیک تخصصی |
| ۶- | مشوق کاهش فرانشیز بخش غیر ویزیت بیماران (افزایش سهم بیمه از ۷۰٪ به ۹۰٪) | اعمال مشوق معادل ۲۰ هزار تومان کاهش فرانشیز |

دریافت خدمات اورژانس

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. در واقع فوریت ها از قاعده الزام ارجاع مستثنی هستند و مراجعه مستقیم افراد دچار فوریت به واحدهای اورژانس یا بیمارستان ها مانعی ندارد.

در زمان ارایه خدمات در وضعیت اورژانسی واحد تریاژ به عنوان اولین سطح تماس با مراجعه کننده ملزم به راهنمایی و هدایت وی تا زمان دریافت خدمت از پزشک عمومی مستقر در اورژانس یا پزشک متخصص طب اورژانس می باشد. در صورتیکه مشکل بیمار به عنوان اورژانس تشخیص داده شود و اقدامات انجام شده در اورژانس مشکل او را رفع نماید، (چه به صورت سرپایی و چه به صورت بستری موقت) بیمار بدون نیاز به ویزیت سایر تخصص های موجود، خدمات درمانی را دریافت نموده و نهایتاً ترخیص خواهد شد.

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

بسته خدمات اورژانس: خدمات در این بخش نیز تابع پوشش بیمه پایه می باشد. ارایه خدمات خارج از پوشش بیمه پایه با

تامین هزینه توسط بیماران مقدور می باشد.

[Type here]

مصادیقی از مراجعات اورژانس

- ۱- سوختگی ها
- ۲- مسمومیت ها
- ۳- تصادفات، سوانح، حوادث و ضربات (تروماها)
- ۴- حملات عروقی قلبی ؛ مغزی و سایر اندامها
- ۵- فوریتهای مامایی و زنان و زایمان
- ۶- بیماران اغمایی و با اختلالات هوشیاری
- ۷- بیماران نیازمند مراقبت های ویژه
- ۸- سایر مواردی که اورژانس پزشکی در هر رشته محسوب می شوند.

مدیریت اطلاعات:

الزامات سخت افزاری :

- تدوین استاندارد های سخت افزار در کلیه سطوح (شامل کمیت و ویژگیهای فنی)
- مدیریت منابع سخت افزاری (شامل نیازسنجی ، برآورد تعداد و هزینه های مورد نیاز جهت تامین) از طریق توسعه سامانه های مدیریتی مرتبط
- پیاده سازی پزشکی از راه دور از طریق برآورد تجهیزات و زیرساخت مورد نیاز تامین منابع مالی ، تامین تجهیزات و استقرار آن
- تامین منابع مالی و برنامه ریزی تامین و استقرار سخت افزارهای مربوطه

✓ سطح یک :

- تجهیزات شامل : کامپیوتر (pc یا لپ تاپ) ، بارکدخوان ، اسکنر اثرانگشت ، پرینتر ، مودم

✓ سطح دو و سه :

- تجهیزات شامل : کامپیوتر (pc یا لپ تاپ) ، بارکدخوان ، اسکنر اثرانگشت ، پرینتر ، مودم

الزامات زیرساختی :

تنظیم تفاهم نامه جدید با وزارت ارتباطات درخصوص ارتقا ، کارآیی و تعدیل هزینه های پروژه شمس توسط مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت

✓ سطح یک :

کلیه واحدهای ارائه خدمت سطح یک که دارای بیش از ۵ کاربر هستند لازم است علاوه بر زیرساخت شبکه ملی سلامت از یک زیرساخت جایگزین و پشتیبان جهت اطمینان از عدم قطع زیرساخت ارتباطی و پایدار بودن سرویس های الکترونیک برخوردار باشد .

✓ سطح دو :

بیمارستانها و کلینیک های سطح دو (خصوصی و دولتی ،) لازم است از زیرساخت ارتباطی فیبرنوری برخوردار بوده و علاوه براین یک زیرساخت ارتباطی جایگزین و پشتیبان در راستای رعایت اصول پدافند غیرعامل و جهت اطمینان از عدم قطع زیرساخت ارتباطی و پایدار بودن سرویس های الکترونیک وجود داشته باشد .

الزامات نرم افزاری

- استقرار استانداردها، پروتکل ها ، راهنماهای بالینی و راهنماهای تجویز درمان سرپایی موجود در سطح یک و دو در قالب موتور قواعد الکترونیک توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافا،
- اتصال سامانه های سطح یک و دو به سیستم نوبت دهی مرکز مافای وزارت بهداشت و دانشگاههای علوم پزشکی

[Type here]

- تعیین حداقل داده مرتبط با ارجاع از سطح یک به سطح ۲ و ۳ و بازطراحی بخش دریافت ارجاع در سامانه های سطح ۲ و ۳ توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
- تعیین حداقل داده مرتبط با بازخورد ارجاع از سطح ۲ و ۳ به سطح یک و بازطراحی بخش ثبت بازخورد در سامانه های سطح ۱ و ۲ و ۳ معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
- بازطراحی بخش دریافت بازخورد ارجاع در سطح یک توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
- طراحی و پیاده سازی فرآیند نظام ارجاع و بازخورد بین سطح یک و دو و سه از مسیریستاس توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت ، سازمانهای بیمه گر
- تعریف وب سرویس های ارسال داده از سامانه های سطح یک و دو و سه به HealthHUB توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
- پیاده سازی و استقرار سامانه سکوی مشترک نوبت دهی (مارال) جهت خدمات بالینی و پاراکلینیک توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت ، دانشگاههای علوم پزشکی
- طراحی نقشه نظام ارجاع بین سطوح یک ، دو و سه مبتنی بر GIS توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت ، دانشگاههای علوم پزشکی
- تدوین و ابلاغ سند دسترسی به اطلاعات حوزه سلامت به تفکیک خدمت ، نقش مدیران ، کارشناسان ، ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت و نظارت بر اجرای آن توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
- یکپارچه سازی سامانه های اطلاعاتی موجود در سطوح مختلف ارائه خدمت توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
- یکپارچه سازی داده های سامانه های سطوح مختلف ارائه خدمت و طراحی داشبوردهای مدیریتی و سامانه های گزارش ساز توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
- تدوین و اجرای برنامه استاندارد سازی پرونده الکترونیک سلامت توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
- یکسان سازی کدینگ علت مراجعه ، تشخیص ، دارو، پاراکلینیک و سایر صفات داده ای مرتبط توسط مافا ، معاونت بهداشت ، معاونت درمان ، سازمان غذا و دارو و سازمانهای بیمه گر
- تدوین توافق نامه سطح خدمات در خصوص سرویس های اصلی و واسط نسخه نویسی و التزام عملی بر اجرای مفاد توافق نامه (SLA) توسط مافا با سازمانهای بیمه گر
- تدوین استانداردها و دستورالعمل اجرایی پزشکی از راه دور در سطح یک و دو توسط مافا ، معاونت بهداشت ، معاونت درمان ، سازمان غذا و دارو و سازمانهای بیمه گر
- به روز رسانی سامانه های سطح یک و دو منطبق بر ضوابط اجرایی خدمات سلامت پزشکی از راه دور توسط مافا ، معاونت بهداشت ، معاونت درمان و سازمان غذا و دارو
- تدوین چک لیست دانشگاهی ارزیابی آمادگی فنی و پایش برنامه و ارزیابی آمادگی دانشگاهها جهت اجرای نظام ارجاع الکترونیک توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
- تدوین شاخص های ارزیابی وضعیت نظام مدیریت داده مبتنی بر فناوری اطلاعات توسط معاونت درمان ، معاونت بهداشت ، مرکز مافای وزارت
- طراحی الگوی استاندارد طراحی پورتالهای ثبت نام پزشکان و انتساب جمعیت توسط معاونت بهداشت
- طراحی و پیاده سازی پورتال ثبت نام تیم سلامت و ثبت نام و انتساب جمعیت در سامانه های سطح یک توسط معاونت بهداشت استفاده کاربران در سطوح مختلف از سامانه های تأیید شده سطح یک و دو و سه جهت ثبت داده های خدمات ارائه شده .

الزامات نیروی انسانی (آموزش و توانمندی کاربری سامانه ها)

[Type here]

نیروی انسانی شاغل در واحدهای ارائه خدمت لازم است درخصوص استفاده از سامانه های مرتبط آموزش دیده و توانایی کار با سامانه ها و استخراج داده ها و گزارشات مورد نیاز جهت مدیریت سلامت جمعیت و منطقه تحت پوشش را داشته باشد .

الزامات ارجاع الکترونیک :

بسته آموزشی ارجاع الکترونیک ویژه سطوح مختلف ارائه خدمت بایستی تهیه شده و افراد پس از آموزش و کسب مهارتهای لازم نسبت به ارائه خدمت براساس این بسته های آموزشی اقدام نمایند .

بیمارستانها / کلینیک های تخصصی مکلف هستند در پورتال اختصاصی نوبت دهی نسبت به ثبت وبه روز رسانی آخرین اطلاعات مرتبط با انواع رشته های تخصصی فعال ، مشخصات متخصصین و وضعیت زمانی حضور آنان و نوع خدمت قابل ارائه در آن مراکز اقدام نمایند . در صورت تشخیص نیاز توسط پزشک خانواده به ارجاع فرد به سطوح بالاتر برحسب نوع تخصص انتخاب شده توسط پزشک ، مراکز ارائه دهنده خدمت سطوح ۲ و ۳ در نقشه ارجاع و با لحاظ نمودن شرایط بیمار ، نوبت گیری توسط واحد پذیرش پایگاه / مرکز انجام می شود . داده های ارجاع انجام شده توسط واحد ارائه خدمت سطح یک ، بر اساس کد ملی و شناسه ارجاع در سطح ۲ و ۳ قابل فراخوانی است . دسترسی اقتضایی پزشک معالج در سطح ۲ و ۳ ، به داده های پرونده سلامت بیمار، با اذن بیمار و از طریق اخذ کد تأییدیه پیامکی فراهم می شود . ثبت بازخورد ارجاع مبتنی بر استاندارد تعریف شده در سامانه های سطح ۲ و ۳ الزامی است.

ماده ۷ : سطح و فهرست خدمات

Commented [Z1]: نظر معاونت درمان

| ردیف | تخصص ها و خدمات | سطح | 40 | بارداری پرخطر | سطح ۳ |
|------|----------------------------|-----------|----|---|-------|
| 1 | بخش ویژه (ICU و CCU و ...) | سطح ۲ | 41 | فوق تخصصی جراحی اطفال | سطح ۳ |
| 2 | ENT (گوش و حلق و بینی) | سطح ۲ | 42 | فوق تخصصی - جراحی | سطح ۳ |
| 3 | ارتوپدی | سطح ۲ | 43 | فوق تخصصی - جراحی ارتوپدی | سطح ۳ |
| 4 | ارولوژی | سطح ۲ | 44 | فوق تخصصی - جراحی ستون فقرات | سطح ۳ |
| 5 | اطفال | سطح ۲ | 45 | فوق تخصصی - جراحی عروق | سطح ۳ |
| 6 | اورژانس بستری | سطح ۲ | 46 | فوق تخصصی - جراحی فک و صورت | سطح ۳ |
| 7 | پوست | سطح ۲ | 47 | فوق تخصصی - جراحی قلب | سطح ۳ |
| 8 | جراحی زنان و زایمان | سطح ۲ | 48 | فوق تخصصی - داخلی روماتولوژی | سطح ۳ |
| 9 | جراحی عمومی | سطح ۲ | 49 | فوق تخصصی - داخلی ریه | سطح ۳ |
| 10 | جراحی مغز و اعصاب | سطح ۲ | 50 | فوق تخصصی - داخلی غدد (اندو کراینولوژی) | سطح ۳ |
| 11 | چشم | سطح ۲ | 51 | فوق تخصصی - داخلی کبد و گوارش | سطح ۳ |
| 12 | داخلی | سطح ۲ | 52 | فوق تخصصی - داخلی کلیه (نفرولوژی) | سطح ۳ |
| 13 | داخلی اعصاب (نورولوژی) | سطح ۲ | 53 | فوق تخصصی - داخلی هماتولوژی انکولوژی | سطح ۳ |
| 14 | روانپزشکی | سطح ۲ | 54 | فوق تخصصی ایمنولوژی و آلرژی اطفال | سطح ۳ |
| 15 | سوختگی | سطح ۲ | 55 | فوق تخصصی روانپزشکی اطفال | سطح ۳ |
| 16 | عفونی | سطح ۲ | 56 | فوق تخصصی روماتولوژی اطفال | سطح ۳ |
| 17 | مسمومیت | سطح ۲ و ۳ | 57 | فوق تخصصی عفونی اطفال | سطح ۳ |
| 18 | دیالیز | سطح ۲ و ۳ | 58 | فوق تخصصی غدد اطفال | سطح ۳ |
| 19 | فیزیوتراپی | سطح ۲ و ۳ | 59 | فوق تخصصی قلب اطفال | سطح ۳ |

[Type here]

| | | | | | |
|----|----------------------|-----------|----|---------------------------------------|------------|
| 20 | کاردرمانی | سطح ۲ و ۳ | 60 | فوق تخصصی کلیه اطفال (نفرولوژی) | سطح ۳ |
| 21 | اپتومتری | سطح ۲ و ۳ | 61 | فوق تخصصی گوارش اطفال | سطح ۳ |
| 22 | اودیومتری | سطح ۲ و ۳ | 62 | فوق تخصصی نورولوژی اطفال | سطح ۳ |
| 23 | گفتاردرمانی | سطح ۲ و ۳ | 63 | فوق تخصصی نوزادان | سطح ۳ |
| 24 | ارتوزپروتز | سطح ۲ و ۳ | 64 | فوق تخصصی هماتولوژی انکولوژی اطفال | سطح ۳ |
| 25 | ویزیت | سطح ۲ و ۳ | 65 | ICU قلب باز | سطح ۳ رفرا |
| 26 | مشاوره تخصصی | سطح ۲ و ۳ | 66 | ICU سوختگی | سطح ۳ رفرا |
| 27 | مشاوره تغذیه | سطح ۲ و ۳ | 67 | POST آنژیوگرافی | سطح ۳ رفرا |
| 28 | مشاوره روانشناسی | سطح ۲ و ۳ | 68 | انکولوژی (رادیوتراپی) | سطح ۳ رفرا |
| 29 | داروخانه | سطح ۲ و ۳ | 69 | ایمونولوژی | سطح ۳ رفرا |
| 30 | ازمایشگاه | سطح ۲ و ۳ | 70 | پیوند چشم (قرنیه و) | سطح ۳ رفرا |
| 31 | تصویربرداری | سطح ۲ و ۳ | 71 | پیوند کبد | سطح ۳ رفرا |
| 32 | CT Scan | سطح ۲ و ۳ | 72 | پیوند کلیه | سطح ۳ رفرا |
| 33 | MRI | سطح ۲ و ۳ | 73 | پیوند گوش (کاشت حلزون داخلی و) | سطح ۳ رفرا |
| 34 | PET Scan | سطح ۲ و ۳ | 74 | پیوند مغز استخوان | سطح ۳ رفرا |
| 35 | آنژیوگرافی قلبی | سطح ۲ و ۳ | 75 | طب هسته ای | سطح ۳ رفرا |
| 36 | آنژیوگرافی preferral | سطح ۲ و ۳ | | | |
| 37 | ICU جراحی | سطح ۳ | | | |
| 38 | NICU | سطح ۳ | | | |
| 39 | PICU | سطح ۳ | | | |
| 40 | بارداری پرخطر | سطح ۳ | | | |

[Type here]

قراردادها

Commented [Z1]: بر اساس نتایج کارگروه منبع اصلاح شود و قرارداد سطح یک نیز اضافه گردد.

- ارایه خدمات تشخیصی و درمانی اعم از سرپایی و بستری در قالب نظام ارجاع و پزشکی خانواده حسب مصوبات شورای عالی بیمه خدمات درمانی / سلامت کشور و قوانین مرتبط در چهارچوب مفاد قراردادی که به تصویب ستاد اجرایی کشوری پزشک خانواده خواهد رسید انجام خواهد پذیرفت.
 - طرفین قرارداد ملزم به رعایت کلیه مفاد مندرج در متن قرارداد منعقد خواهند بود.
- هر متخصص و یا فوق تخصص می بایست بر اساس فراخوان داده شده و در موعد مقرر، نسبت به ثبت نام و ارایه مدارک مورد تقاضای برنامه اقدام نماید. این امر از دو طریق ورود به سامانه الکترونیک و یا بطور حضوری انجام پذیر است. سازمان های بیمه بعنوان طرف دوم قرارداد محسوب می گردند.
- قرار داد متخصصین و فوق تخصص ها ی شاعل در مراکز درمانی دولتی اجباری است که این امر طی فرایند عقد قرارداد مراکز درمانی با سازمانهای بیمه صورت می گیرد.
- در بخش خصوصی هر پزشک متخصص و یا فوق تخصص می تواند با برنامه قرار داد منعقد نماید. چنانچه مایل به عقد قرارداد در این زمینه نباشد از حمایت بیمه ای برخوردار نبوده و نسخ صادره وی در دفترچه بیمه برای درخواستهای دارویی، پاراکلینیک و ... برای افراد بیمه شده بدون اعتبار خواهد بود. در این حالت سطح بعدی ارجاع در صورتیکه متخصص و یا فوق تخصص هم رشته مورد نظر در آن شهرستان موجود باشد به آن فرد ارجاع و در غیر اینصورت به شهرستان مجاور مطابق با مسیر ارجاع معرفی خواهد شد.
- در صورتیکه پزشک متخصص متقاضی فعالیت بعنوان پزشک خانواده باشد فقط می تواند در سطح 1 فعالیت نموده و قادر به ارجاع به خود و یا دریافت سایر ارجاعات نمی باشد.
- تبصره: بر اساس دستورعمل نسخه ۰۳ فقط پزشکان متخصص داخلی، اطفال، پزشکی اجتماعی، پزشکی خانواده و عفونی می توانند در سطح 1 فعالیت نمایند. در صورت دریافت تقاضاها از سایر رشته های تخصصی، موضوع در ستاد اجرایی کشوری قابل طرح می باشد.
- محدوده دسترسی به خدمات سطح دو و سه:** معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی طی دستورالعملی که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می رسد، مسیر مشخصی برای دسترسی حداکثری مردم برای ارجاع به سطح دو و سه را طراحی و ارایه نموده است.
- در تهیه نقشه ارجاع به نکات ذیل باید توجه نمود:**
- مسیر ارجاع از سطحی ترین مرکز (سطح اول) تا سطح پایانی (سطح سوم) شامل هر دو بخش خصوصی و دولتی ترسیم شود.
 - مسیر حرکتی برای تمامی رشته ها در هر سطح مشخص شود.
 - بین هر سطح تا سطح بعدی مسافت به کیلومتر درج شود.
 - در صورتی که در سطح بعدی تخصص مورد نظر موجود نباشد مسیر حرکتی باید مستقیماً تا سطح دارای تخصص مربوطه ترسیم گردد.
 - تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاری آنها در هر مرکز و اطلاع رسانی آن به مردم و کارکنان بهداشتی درمانی الزامی است

[Type here]

ارجاع از متخصص به فوق تخصص: ارجاع مستقیم پزشک متخصص به پزشک فوق تخصص مقدر 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 در مسیر ارجاع برابر این دستورالعمل مقدر خواهد بود

[Z۲] Commented: بازنگری نیاز دارد

خدمات سطح ۳:

فهرست این خدمات مانند خدمات سطح ۲ میباشد که با توجه به سطح تخصصی مورد نیاز اعم از بستری و سرپایی توسط پزشکان فوق تخصص ارایه میشود

پایش و ارزشیابی

[AP۴] Commented: توسط آقای دکتر خسروی و آقای دکتر غلامی بازنگری شود. پیوست های ۱ تا ۶ مشخص گردد.

نظارت (پایش، ارزیابی و ارزشیابی) بر شرایط انجام فرآیندهای اجرایی در مراحل قبل، حین و بعد از آنها از الزامات توفیق برنامه ها می باشد. در همین راستا نظارت بر کلیه مراحل اجرای برنامه پزشک خانواده شهری، از اهمیت فوق العاده ای برخوردار بوده که لازم است تمامی سطوح اجرای برنامه توسط مجریان مرتبط (سازمانهای بیمه گر به عنوان خریدار خدمت، مردم به عنوان گیرنده خدمت و دانشگاههای علوم پزشکی به نمایندگی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان تولیت) نظارت دقیقی را اعمال نمایند.

تعاریف پایش و ارزیابی و ارزشیابی

پایش: نظارت بر ورودیها (منابع انسانی، تجهیزاتی، زیرساختها)، و نحوه ارائه خدمات فرآیندها مطابق با استانداردهای ارائه خدمات.

ارزیابی: نظارت بر خروجیهای ابتدائی (Output)، واسط (Outcome) و در صورت لزوم نهائی (Impact)

ارزشیابی: نظارت بر دستیابی به استانداردها و اهداف تعیین، تعریف و ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان های بیمه گر پایه

شاخص:

سنجه های تعریف شده و قابل اندازه گیری که به ارزیابی ساختار، فرایندها یا پیامدهای یک یا مجموعه ای از اقدامات کمک می کند.

نشانه‌گری که از بیش از یک سری از داده ها و اطلاعات استفاده نموده تا نمائی از شیوه اجرای یک فرآیند را تبیین نماید.

اهداف نظارت

- ۱- نظارت بر زیرساختها و الزامات اجرای فرآیندهای پشتیبان
- ۲- نظارت بر فرایندهای ارائه خدمات در تمامی سطوح
- ۳- نظارت بر عملکرد ارائه دهندگان خدمات در تمامی سطوح

[Type here]

۴- نظارت بر فرایندهای ارجاع افقی و عمودی

۵- نظارت بر فرایندهای سطح ۲ و ۳ خدمات تخصصی و فوق تخصصی

ارزیابی سلامت منطقه ای

شاخصها

زیرساختی: شامل تعداد جمعیت، فضای فیزیکی، تجهیزات سرمایه ای، دارو و لوازم مصرفی، و نیروی انسانی می باشد. شاخصهای این بخش الزامی بوده و بدون برخورداری از حداقل سطح انتظار تعریف شده، امکان ارائه خدمات توسط ارائه کننده وجود نخواهد داشت. بدیهی است در صورت نبودن الزامات در نظر گرفته در ابتدای شروع بکار تیم سلامت و یا از دست رفتن الزامات فوق در ادامه فعالیت تیم مذکور، این واحد ارائه خدمت میبایست از نظام ارائه خدمات خارج گردد. لیست این شاخصها و حداقل سطح انتظار تعریف شده در پیوست شماره ۱ آمده است.

فرآیندهای ارائه خدمات و عملکرد: شامل برنامه های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی کشور (پس از تائید ستاد اجرایی استان) می باشد. این برنامه ها در هر سال قابل بازنگری توسط تیم های تخصصی وزارت بهداشت بوده یا دانشگاههای علوم پزشکی کشور (پس از تائید ستاد اجرایی استان) ابلاغ می گردد. شاخصهای مربوط به این فرآیندها به دو دسته الزامی و اختیاری تقسیم بندی می شوند. متناسب با شرایط منطقه ای هر دانشگاه علوم پزشکی (جمعیتی، جغرافیایی، بیماریهای شایع و ...) تعدادی از این شاخصهای اختیاری را انتخاب و سپس برای شاخص های انتخاب شده وزن دهی و محاسبه نهایی صورت خواهد گرفت. این کار توسط تیمهای کارشناسی تخصصی دانشگاههای علوم پزشکی صورت گرفته و پس از تصویب در ستاد اجرایی استان، لازم الاجراء می باشد (پیوست شماره ۲).

شاخص های ارزیابی عملکرد پزشکی خانواده و نظام ارجاع نشان خواهند داد که ارائه خدمات هر سطح، بدون دلیل و خارج از راهنماهای بالینی و دستورالعملهای ابلاغی، به سطح دیگر انجام نگردد (پیوست شماره ۳). نتایج و تحلیل این شاخصها در هر فصل در ستاد اجرایی پزشک خانواده شهرستان، و استان مورد بررسی و جهت اصلاح فرآیندها، تصمیم گیری مناسب منطقه ای صورت خواهد گرفت.

وضعیت سلامت منطقه ای: شامل وضعیت کلی سطح سلامت منطقه (محل، شهر، شهرستان، دانشگاه، استان، قطب و کشور) در ابعاد مختلف وقایع حیاتی مانند زاد و ولد و باروری، بیماری، مرگ، عوامل خطر، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت و ... می باشد (پیوست ۵). این شاخصها می توانند بر اساس اطلاعات موجود و یا انجام پیمایشهای منطقه ای و یا کشوری، احصاء

[Type here]

گردند. این پیمایشها می تواند بر اساس اولویتهای منطقه ای و پس از تصویب طرح اولیه آن در ستاد اجرایی پزشک خانواده استان و تامین اعتبار توسط معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل اجراء خواهد بود.

سامانه و داشبورد: داده های مورد نیاز برای کلیه این شاخصها از ۳ منبع، سامانه های موجود، باز دیده های میدانی (بر اساس شیوه نامه پیوست شماره ۶) و پیمایشهای انجام شده تهیه می شود. اطلاعات حاصله، از طریق داشبوردهای مناسب به اطلاع ذینفعان کلیه سطوح خواهد رسید.

تیم ارزیاب:

تیم های ارزیابی در سطوح ملی ، منطقه ای ، دانشگاهی و شهرستانی با استفاده از نیروهای توانمند و آموزش دیده با محوریت توسعه شبکه و ارتقاء سلامت و مشارکت سازمان های بیمه گر پایه، با ابلاغ رئیس ستاد اجرایی آن سطح تشکیل می شود.

شیوه اجرای پایش و نظارت:

قبل از استقرار:

قبل از استقرار برنامه یکی از مهمترین اقدامات شناسایی و تحلیل وضعیت موجود می باشد که شامل دو بخش می باشد شاخص های نشان دهنده وضعیت امکانات مورد نیاز برای اجرای برنامه پزشک خانواده (جمعیت، تعداد پزشک، ماما، داروخانه و ...)

شاخص بهداشتی منطقه

برای شناسایی امکانات مورد نیاز لازم است تیم های ویژه ارزیابی در سطح شهرستان تشکیل گردد. (بین ۳ تا ۱۰ تیم ارزیاب با توجه به جمعیت شهرستان)

این تیم ها از بین کارشناسان با تجربه شهرستان انتخاب شده و بعد از گذراندن دوره آموزشی لازم، با استفاده از منابع اطلاعاتی موجود در شهرستان، (اطلاعات موجود در معاونت های بهداشت و درمان ، انجمن های تخصصی و ...) داده های مورد نیاز را مطابق با استانداردهای ابلاغی جمع آوری نموده و بعد از تجزیه و تحلیل در قالب کتابچه ای تحت عنوان وضعیت موجود شهرستان آماده نموده و به کمیته فنی پایش ، نظارت و ارزیابی شهرستان تحویل می دهند

[Type here]

شاخص های بهداشتی منطقه به دو دسته تقسیم می شوند ، دسته اول شاخص هایی که در شهرستان موجود می باشند مانند، شاخص های جمعیتی، شاخص های مرگ و میر، شاخص های موالید، شاخص های تن سنجی، شاخص های بیماریهای غیرواگیر و.... که توسط تیم های ارزیاب از منابع موجود در شهرستان تهیه می گردد. دسته دوم شاخص های که در شهرستان موجود نمی باشند که با طراحی پیمایش های منطقه ای این شاخص ها تهیه شده و بعد از تجزیه و تحلیل در قالب کتابچه ای تحت عنوان شاخص های سلامت شهرستان آماده شده و به کمیته فنی پایش ، نظارت و ارزیابی شهرستان تحویل داده می شود. (پیوست شماره ۷)

بعد از استقرار

بعد از استقرار پزشک خانواده، سالانه تیم های ویژه ارزیاب با استفاده از سامانه های الکترونیک و سایر منابع اطلاعاتی شاخص های بهداشتی منطقه را مطابق با استانداردهای ابلاغی استخراج نموده و بعد از تجزیه و تحلیل این شاخص ها و مقایسه با شاخص های شهرستان، قبل از اجرای برنامه پزشک خانواده، میزان تحقق اهداف اجرای برنامه را تعیین نموده و در قالب یک گزارش تحلیلی در اختیار ستاد اجرای شهرستان و استان قرار می دهند.

توجه ۱: چنانچه شاخصی با استفاده از داده های موجود در شهرستان قابل استخراج نباشد با استفاده از پیمایش شهرستانی شاخص مورد نظر را محاسبه می نمایند

توجه ۲: اهداف اجرای برنامه پزشک خانواده بطور سالانه از طرف ستاد اجرای استان و برش شهرستانی آن توسط ستاد اجرایی شهرستان تعیین و به تیم های ارزیاب اعلام می گردد

توجه ۳: هر ۵ سال یکبار توسط تیم ارزیاب ویژه استانی، میزان دستیابی به اهداف کلان اجرای برنامه پزشک خانواده مورد ارزیابی قرار گرفته و نتایج آن جهت بازنگری برنامه پزشک خانواده به ستاد اجرایی و ستاد راهبری استان و کشور ارسال گردد

شاخص های زیر ساختی:

برای احصاء این شاخص ها (پیوست... شماره ۱)، علاوه بر خود اظهاری تیم سلامت، تیمی متشکل از مراقب ناظر، کارشناس شبکه، نماینده سازمانهای بیمه گر پایه در هر سه ماه براساس بازدیدهای دوره ای و پایان دوره اقدام می نماید. اطلاعات مربوط به شاخص های مذکور در سامانه اختصاصی وارد و به رویت تیم سلامت، گسترش شهرستان و سازمانهای بیمه گر پایه می رسد.

[Type here]

شاخص های عملکردی:

احصاء این شاخص ها (پیوست... شماره ۲)، از دو طریق سامانه های موجود و بازدید میدانی صورت می گیرد. دریافت اطلاعات از سامانه های موجود توسط کارشناسان شبکه از طریق داشبورد ویژه که بدین منظور طراحی می گردد و بازدید میدانی حسب مورد (براساس شیوه نامه پیوست... شماره ۸) توسط تیم ناظر مراکز جامع خدمات سلامت یا کارشناسان گروه های تخصصی ستاد شبکه شهرستان انجام می گردد.

نحوه پایش شاخص های عملکردی

الف) در خصوص آیتیم های که از سامانه قابل استخراج می باشد،

بازدید میدانی به منظور بررسی صحت و کیفیت اطلاعات وارد شده انجام خواهد شد. در هر پایش حداقل به تعداد پایش بینی شده در جدول ارزیابی عملکرد (جدول شماره ۲) پرونده که حداکثر در سه ماه گذشته مراقبت برای آنها ثبت شده باشد بصورت رندوم انتخاب شده و با مراجعه حضوری به منزل فرد، تماس تلفنی، مستندات موجود نزد فرد (با تشخیص تیم پایش و نظارت) بصورت کامل بررسی شده و نتیجه آن در ستون نتیجه بازدید میدانی در جدول ارزیابی عملکرد (جدول شماره ۲) وارد می گردد.

ب) در خصوص آیتیم های که از سامانه قابل استخراج نمی باشد

در هر پایش حداقل به تعداد پایش بینی شده در جدول ارزیابی عملکرد (جدول شماره ۲) پرونده که در سه ماه اخیر مراقبت برای آنها ثبت شده باشد بصورت رندوم انتخاب شده و بصورت کامل از نظر ثبت کلیه مراقبت ها، آزمایشات، سونوگرافی در صورت لزوم، انجام و ثبت پیگیری ها، پاسخ ارجاعات دریافتی از سطح ۱، ارجاع به سطوح تخصصی در صورت لزوم و ثبت نتایج پسخوراند، ارائه آموزش های لازم و ... بررسی شده و حاصل آن در ستون نتیجه بازدید میدانی در جدول ارزیابی عملکرد (جدول شماره ۲) وارد می گردد.

این پایش ها توسط تیم های پایش آموزش دیده و دارای ابلاغ، مرکز مجری (مسئول مرکز و مراقبین ناظر)، تیم های پایش و نظارت شهرستان، تیم های پایش و نظارت استان انجام خواهد شد.

زمان انجام پایش ها در طول هر دوره ارزیابی (۹۰ روز) می باشد.

محل انجام پایش ها پایگاه پزشکی خانواده شهری و/یا محل سکونت و/یا محل کار و/یا سطوح ۲ و ۳ ارائه خدمت بوده و مطابق پیوست شماره ۸ انجام خواهد شد

تبصره: عملکرد پایشگران محیطی، ۲۰ درصد سالانه توسط تیم پایشگر ستاد شهرستان و ۵ درصد توسط پایشگران استانی مورد ممیزی قرار می گیرد

نظارت در سطح ۲ و ۳ (درمانگاههای تخصصی و بیمارستانها)

نظارت بر نحوه عملکرد و برنامه ریزی بیمارستان های دولتی و خصوصی از لحاظ حضور پزشکان، تجهیزات و ارایه خدمت به بیماران در قالب طرح پزشکی خانواده با چک لیستهایی که با رویکرد این برنامه تهیه می گردد انجام خواهد شد :

Commented [AP0]: توسط معاونت درمان بازرنگری گردد.

[Type here]

پایش و نظارت مراکز پاراکلینیک

مبنای پایش و ارزشیابی مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع شامل "استانداردها و دستورالعمل های برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع" می باشد.

پایش و ارزیابی برنامه بر اساس شاخصهای پایش تعیین شده از محیطی ترین قسمت یعنی بخشهای درمانگاه تخصصی و اورژانس، پذیرش و تمامی بخشهای موجود در بیمارستان سطح ۲ شروع و تا انتهای ترین بخش بیمارستانهای سطح ۳ ادامه می یابد

Commented [Z1]: وجود دارد؟ به روزرسی نیاز ندارد؟

پیر فایز استاد

[Type here]

آموزش و توانمندسازی کارکنان

فلسفه ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت در مسئولیت پذیری و پاسخگویی برای ایفای نقش کارآمدتر در جهت بهره گیری اثربخش از یافته های آموزشی و فرآیند یادگیری بوده است.

از این رو با عنایت به ضرورت ارتقای کارآیی عملکرد شبکه های بهداشتی درمانی برای پیاده سازی برنامه پزشکی خانواده در چارچوب ساختار شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت لازم است تا با بازخوانی ماموریت و نقش حوزه آموزش ضمن بازنگری به فرآیندهای جاری و آسیب پذیری آنها اقدام اصلاحی برای بهره گیری درست از ظرفیت های موجود فراهم گردد.

مداخلات پیش بینی شده مبتنی بر برنامه ها و فعالیت های بسته خدمات خدمات پایه و وظائف متنوع در سطوح نظام ارائه خدمات باید باز تعریف شود، انتظار است با بازنگری وظائف حیطة های مهارتی و دانشی بر اساس فرآیند تعریف شده و مشخص مورد بازبینی قرار گیرد.

ظرفیت های بالقوه موجود در حوزه آموزش و پژوهش میتواند برای ارتقای سطح مهارت و توانمندی دانش آموختگان مورد استفاده قرار گیرد و عملیاتی نمودن آن مستلزم اتخاذ استراتژی های اجرایی و سازوکارهایی است که زمینه همکاری و مداخلات اعضای محترم هیات علمی و گروه های آموزشی را بیش از گذشته فراهم آورده و از ضمانت اجرایی لازم برخوردار باشند. بدون شک دستیابی به اهداف پیش بینی شده برای دستیابی به دانشگاه نسل سوم ، چهارم و پنجم نیازمند تقویت و توسعه مداخلات اجتماعی دانشگاهها براساس برنامه و فعالیت های اثر بخش در شناسایی مشکلات ، واکاوی درست علل و عوامل آنها می باشد ، هدایت ظرفیت و توان علمی اعضای محترم هیات علمی برای اتخاذ روش های کار آمد در حل مشکلات سلامتی و لحاظ نمودن خدمات آنان بعنوان معیار های ارزشیابی سالانه و ارتقاء و حتی بازنگری در روش پرداخت و اثرگذاری آن در کارکرد متخصصین محترم در واحد های ارائه خدمات می باشد .

در واقع توسعه مراقبت های های سلامت در چارچوب شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت با بهره گیری از برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع استراتژی اثر بخش برای ساماندهی و هدایت نظام سلامت در پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه است ، این اتفاق را باید بعنوان فرصتی ارزشمند برای اصلاح و هدایت برنامه ها دانست، با توجه به شرایط پیش رو باید متعهد شویم ضمانت اجرایی مورد نیاز را در حوزه آموزش و پژوهش برای مداخله و مشارکت اعضای محترم هیات علمی در حوزه سلامت را بعنوان یک ارزش مهم فراهم آوریم و در چارچوب ساختاری مشخص تدوین وبه عنوان یکی از عوامل مهم کارکردی به دانشگاهها ابلاغ نماییم تا با نظارت درست میزان موفقیت آنها در دوره های زمانی مورد ارزیابی قرار گیرد .

[Type here]

اقدامات معاونت آموزشی در جهت آموزش و توانمندسازی کارکنان:

- تدوین و انعقاد تفاهم نامه بین معاونت بهداشت و آموزش
 - بر اساس تفاهم نامه منعقد بین معاونت بهداشت و معاونت آموزشی وزارت بهداشت برنامه ریزی لازم در جهت آموزش پزشکی جامعه نگر و توانمند سازی مستمر ارایه دهندگان خدمات در قالب برگزاری دوره های تکمیلی تخصص پزشکی خانواده ، MPH ، 'Family Physician Bridging Program' تربیت مراقب سلامت و.....
 - بازنگری، توسعه و الزام بر اجرای کامل دوره پودمانی مجازی پزشکی خانواده جهت همه پزشکان خانواده قبل و پس از ورود به سیستم بهداشتی درمانی
 - گذراندن دوره های آموزشی بسته های رایج در بدو خدمت جهت پزشکان خانواده و تیم سلامت
 - آموزش مستمر و مداوم بسته های خدمتی در پزشکان خانواده و تیم سلامت
 - تدوین، ایجاد، دسترسی و به روز رسانی راهنماهای بالینی و بسته های خدمت
 - استفاده از ظرفیت متخصصین پزشکی خانواده در توانمندسازی ارایه دهندگان خدمت
 - کلیه دوره های مذکور باید توسط معاونت آموزشی و سایر معاونت های ذیربط و حسب هماهنگی های مورد نیاز از جمله بورد تخصصی پزشکی خانواده، دبیرخانه های آموزش پزشک عمومی و تخصصی و همکاری مرکز توسعه آموزش پزشکی طراحی گردد.
- فراهم نمودن جلب مشارکت معاونت درمان و غذا و دارو
- اصلاح شیوه پذیرش دانشجو در مقطع پزشکی عمومی و تحصیلات پایه با تاکید بر بومی گزینی
- اصلاح شیوه پذیرش دانشجو در مقطع تحصیلات تکمیلی و هدفمند نمودن تربیت نیروی متخصص براساس نیازهای نظام سلامت
- اصلاح و بازنگری جدی در کوریکولوم آموزشی دانشجویان علوم پزشکی برای ارتقای سطح توانمندی و ایفای نقش موثر در نظام ارائه خدمات
- حمایت از برنامه های پایان نامه دانشجویانی که برای شناسایی و حل مشکلات سلامت ارائه طریق دارند
- تقویت و توسعه و استحکام فرآیندهای ضروری و مورد نیاز برای بهره گیری درست از ظرفیت مراکز آموزش بهورزی بعنوان مرکز آموزش و بازآموزی پرسنل نظام ارائه خدمات استان و جامع نگرترین مرکز آموزشی ، باید از طریق تعامل و هماهنگی مشارکت مراکز آموزش بهورزی در آموزش های عملی دانشجویان

[Type here]

- راه اندازی مراکز خدمات جامع و همگانی سلامت بعنوان عرصه آموزش دانشجویان با رویکرد یادگیری مبتنی براساس شناسایی مشکل (PBL) و یادگیری برای بهبود عملکرد (LBD)
- اقدامات لازم برای اصلاح معیارهای ارزشیابی و اعتبار بخشی مراکز آموزشی و باز بینی آیین نامه ارتقای اعضای محترم هیات علمی مبتنی بر ادغام خدمات آموزشی در سطح یک

پایان استاد