

عنوان و نام پدیدآور	:	شیوه‌نامه اجرایی برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)/ تهیه شده در دبیرخانه قرارگاه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ [به سفارش] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سلامت خانواده و نظام ارجاع.
مشخصات نشر	:	تهران : میرماه ، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	:	۷۲ ص.: مصور، جدول.
شابک	:	۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۵۳۳-۲
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	کتابنامه.
موضوع	:	پزشکی خانواده -- ایران Family medicine -- Iran
موضوع	:	ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی -- آیین‌نامه‌ها
موضوع	:	پزشکی -- ایران -- آیین‌نامه‌ها Medicine -- Iran -- By-laws بهداشت -- ایران -- آیین‌نامه‌ها Hygiene -- Iran -- Rules & regulations بهداشت -- ایران -- اصلاحات Health care reform -- Iran
شناسه افزوده	:	ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دبیرخانه قرارگاه سلامت خانواده
شناسه افزوده	:	ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. برنامه سلامت خانواده و نظام ارجاع
رده‌بندی کنگره	:	RA۴۱۸/۵
رده‌بندی دیویی	:	۶۱۰/۹۵۵
شماره کتابشناسی ملی	:	۹۳۰۰۳۴۳
اطلاعات رکورد کتابشناسی	:	فیپا





شیوه‌نامه اجرایی
برنامه سلامت خانواده
(پزشکی خانواده و نظام ارجاع)

تهیه شده در:

دبیرخانه قرارگاه سلامت خانواده

(پزشکی خانواده و نظام ارجاع)

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شیوه‌نامه اجرایی
برنامه سلامت خانواده
(پزشکی خانواده و نظام ارجاع)

ناشر: انتشارات میرماه
تهیه شده در: دبیرخانه قرارگاه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

لیتوگرافی و چاپ: نقش جوهر / صحافی: محمّد / نوبت و سال انتشار: نخست - ۱۴۰۲ / شمارگان: ۵۰۰۰ جلد
قیمت: ۸۰۰۰۰ تومان / شابک: ۲-۵۳۳-۳۳۳-۶۰۰-۹۷۸

تمام حقوق اثر محفوظ است.

تهران، نیاوران (شهید باهنر)، خیابان مژده (مقدسی)، پلاک ۶۴، طبقه ۵، واحد ۱۳
کدپستی: ۱۹۷۱۸۱۵۱۶۶
تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲۲۷۵۹۲۰۳-۲۲۷۵۹۲۰۴ تلفاکس: ۲۲۷۲۲۹۰۲

سلامت خانواده و نظام ارجاع

مقام معظم رهبری:

باید شبکه بهداشت بازسازی و تقویت شود تا با هزینه کمتر، سلامت مردم بیشتر تامین شود.

رئیس محترم جمهور:

وزارت بهداشت، طرح پزشک خانواده را با سرعت بیشتر عملیاتی کند.

اعضای کمیته‌های مشورتی قرارگاه برنامه سلامت خانواده:

دکتر سیدمحمد پورحسینی، دکتر حسین فرشیدی، دکتر سعید کریمی، دکتر محمد مهدی ناصحی، دکتر ابوالفضل باقری‌فرد، دکتر بهروز رحیمی، دکتر حیدر محمدی، دکتر سید رضا مظهری، دکتر فرشید رضائی، آقای پدرام پاک‌آئین، دکتر محمد اسمعیل مطلق، دکتر محمود رضا محقق دولت‌آبادی، دکتر رضا عوض‌پور، دکتر احمد جنیدی‌جعفری، دکتر علی نمکی، دکتر میرهاشم موسوی، دکتر محمد رئیس زاده

همکارانی که در تهیه و تدوین کتاب مشارکت داشته‌اند:

دکتر محسن بارونی، دکتر نگین طاهری، دکتر بابک فرخی، دکتر مصطفی رضایی، دکتر حسن واعظی، دکتر لیلا حسینی‌قوام، دکتر سعیده آقامحمدی، دکتر فرشید عابدی، دکتر شهرام غفاری، دکتر رضا زرگران، خانم رقیه ضرابی، خانم نوجوان محمدی، مهندس طیبه رضایی، دکتر حسین غلامی، دکتر مهشید احمدیان، دکتر محمد علی ادیب‌فر، دکتر هما یوسفی، دکتر ناهید نوائیان، دکتر حامد فتاحی، دکتر امیر صادق علیمردانی، دکتر صابر جباری فاروجی، مهندس امیرمسعود آزاد، دکتر امیر حسام علیرضایی، دکتر جمشید کرمانچی، دکتر موسی طباطبائی، دکتر آرمان زندی، دکتر کاظم وطن‌خواه، دکتر صغری انجرانی، دکتر عزیزاله عاطفی، دکتر نیما اختردانش، دکتر سیف‌الله مرادی، دکتر مجید قاسمی، دکتر کوروش اعتماد، دکتر اردشیر خسروی، دکتر محمدرضا صائینی، دکتر احمد جنیدی جعفری، دکتر شهنام عرشی، دکتر احمد اسمعیل‌زاده، دکتر حامد مصلحی، دکتر زهرا سید معلمی، دکتر حسین غیائی، دکتر طاهره زیادلو، دکتر پریسا ترابی، دکتر سعید تاملی، دکتر جعفر جندقی، دکتر امیرعباس فضائلی، دکتر غلامحسین صادقیان، دکتر مسعود مشایخی، دکتر عباس علی‌پور، دکتر موسی‌الرضا شبیهی، دکتر کرم توانی، دکتر مریم حسین‌پور، مهندس فرهاد رحیمی، دکتر فرشید فریور، مهندس هاشم علیجانی، دکتر محمد پورعباسی، مهندس رسول حمامی، مهندس مجید فراهانی، مژگان جوادی، زهرا شیرزادی، دکتر جمشید معتمد

مقدمه مقام محترم وزارت

به نام آن‌که جان را فکرت آموخت

برنامه‌های توسعه مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی و سلامت خانواده، در حال حاضر از مهم‌ترین برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌شمار می‌آیند. اگر عمدهٔ مساعی خود را مصروف توسعه این برنامه نماییم، بی‌تردید اقدامی صحیح در راستای توسعه، کارایی و عدالت برای جامعه خود انجام داده‌ایم؛ چرا که ارتقای سطح سلامت جامعه بیش از هر چیز تحت تأثیر اقدامات ارائه‌دهندگان خدمات اولیه سلامت قرار دارد. امروز برای همگان روشن شده است که راهبرد توسعهٔ سلامت خانواده، راهبردی بنیادی برای تضمین سلامت جامعه است. برای آنکه در مجموعه اقدامات خود برای بنیادنهادن برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) توفیق لازم را به دست آوریم، باید به معیارهای اصلی این برنامه توجّهی ویژه نمود. نخستین معیار ایجاد زمینه‌های ارتباط پیوسته و مداوم افراد و خانواده‌ها با ارائه‌دهندگان خدمات است. بدیهی است این ارتباط پیوسته باید در نخستین سطح تماس و از طریق تیم ارائه خدمات تحقق یابد. در این تیم، مراقبین سلامت و پزشکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند.

ویژگی دیگری که باید در برنامهٔ سلامت خانواده به آن توجه شود، جامعیت خدمات است؛ لذا باید تلاش نمود طیف کامل خدمات از آموزش و پیشگیری تا تشخیص و درمان و بازتوانی، قابلیت ارائه منسجم در برنامه را داشته باشند. خدمات سلامت خانواده باید با رویکردی جامعه‌نگر و خانواده‌محور ارائه گردند. مفهوم خانواده‌نگری در برنامهٔ سلامت خانواده این است که باید به سلامت افراد و همچنین تأثیر بیماری آنها بر وضعیت خانواده به طور متقابل توجه شود.

موضوع آخری که باید در برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) مدنظر قرار داد این است که پزشکان و اعضای تیم سلامت باید به تأثیر باورها، هنجارها و فرهنگ‌های مختلف بر وضعیت سلامت توجه کافی نمایند. با رعایت اصول و قواعد فوق چنین انتظار می‌رود با چینش ویژه‌ای که از اعضای تیم سلامت به عمل می‌آید، نظام ارائه خدمات سلامت خانواده بتواند با موثرترین شیوه‌های ممکن اقدام به ارائه خدمت نماید. امید است آنچه که توسط همکاران گرامی در حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت در نسخه برنامهٔ سلامت خانواده فراهم شده است، با مدنظر قراردادن تمام ویژگی‌های موردنظر، منجر به حصول نتایجی ارزشمند در خدمت‌رسانی به مردم شریف میهن‌مان شود.

دکتر بهرام عین‌اللهی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تیرماه ۱۴۰۲

به نام خدا

تحلیل وضعیت نظام سلامت حکایت از آن دارد که علی‌رغم گسترش قابل‌توجه نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی درمانی و بهبود بارز شاخص‌های سلامت در چهار دههٔ اخیر، هنوز تحولات قابل‌توجهی برای توسعهٔ پوشش همگانی سلامت مورد نیاز است. برخی از این موارد عبارتند از:

- شواهد نشان از آن دارد که تمرکز بر خدمات پیشگیری و همچنین بازتوانی در قیاس با خدمات درمانی دچار ضعف است و قسمت قابل توجهی از منابع سلامت کشور صرف ارائه مراقبت‌های ثانویه می‌شود.
- این شواهد همچنین حکایت از آن دارد که ارائه‌دهندگان خدمات مختلف به ویژه در بخش خصوصی با یکدیگر به شکل هماهنگ‌شده‌ای تعامل نمی‌نمایند و این موضوع باعث کاهش پاسخگویی به نیازهای مردم می‌شود.
- تاکید عمده بر خدمات تشخیصی درمانی و افزایش سرسام‌آور هزینه‌های درمانی، دلالت بر این دارد که چنانچه بازار خدمات با راهبردهای مناسب تنظیم نشود، شاهد گسترش نارسایی‌هایی در آن خواهیم بود.
- ارتباط مالی مستقیم ارائه‌دهندگان خدمات با مشتریان، توسعه رویکردهای تجاری در نظام ارائه خدمات را به دنبال دارد.
- نظام ارائه خدمات به ویژه در بخش خصوصی از یکپارچگی شایسته‌ای برخوردار نیست و فرصت‌های مشارکت مشتریان و کاربران در بازار ارائه خدمات به نحو عادلانه و مطلوبی شکل‌دهی نشده است.

بی‌تردید با در نظرگرفتن شرایط فوق، تلاش بیش از پیش در استقرار و توسعهٔ برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) و گام نهادن با تمام توان و ظرفیت در این برنامه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به نظر می‌رسد آنچه که موجب رشد و تمایز قابل توجه در نظام ارائه خدمات کشور خواهد شد، روشن نمودن نقش و جایگاه این برنامه و توسعه مراقبت‌های مدیریت شده در قالب نظام ارجاع است.

اکنون زمان آن رسیده تا با گام‌نهادن جدی و عمیق در برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)، تعریفی جدید از خدمات را در نظام سلامت متجلی نماییم، تا اعضای تیم سلامت بتوانند با ارائه مراقبت‌های فراگیر، جامع و مبتنی بر سلامت خانواده، به شکلی کاملاً هماهنگ شده، دسترسی‌های جدیدی در عرصه خدمات برای مردم ایجاد نمایند. تلاش همکاران اینجانب در این معاونت و سایر معاونت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، که اقدام به تدوین نسخه جدید شیوه‌نامهٔ برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) نموده‌اند گامی راهبردی در این راستا است که امید می‌رود با ایجاد سایر زمینه‌های مورد لزوم و همت تمامی ذینفعان و حمایت نهادهای بالادستی منجر به موفقیت گردد.

دکتر حسین فرشیدی

معاون بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

و دبیر قرارگاه کشوری پزشکی خانواده

تیرماه ۱۴۰۲

فهرست

۱- کلیات ۱۳

مقدمه ۱۳

تاریخچهٔ اجرای پزشکی خانواده ۱۴

الزامات قانونی ۱۶

چشم‌انداز ۱۸

اهداف کلان ۱۸

اهداف اختصاصی ۱۸

الزامات اجرای برنامه ۱۹

راهبردهای اجرایی ۱۹

۲- روش اجرا ۲۱

سطح‌بندی خدمات ۲۱

بستهٔ خدمات ۲۱

بسته خدمات سطح ۱ ..... ۲۱

الف) خدمات گروه سنی ۲۲

ب) مراقبت‌های گروه‌های ویژه ۲۷

ج) درمان بیمار و تدبیر فوریت‌ها ۲۹

بسته خدمات سطح ۲ و ۳ ..... ۳۰

فرایندهای اجرایی برای اجرای برنامه و آغاز ارائه خدمت ۳۲

ضوابط اجرای برنامه ۳۷

الف) نظام ارائه خدمات ۳۷

ب) مراحل ثبت‌نام، به‌کارگیری و چگونگی فعالیت تیم سلامت ۳۷

ج) استاندارد فضای فیزیکی مرکز خدمات جامع سلامت ۴۰

د) ساعت کاری برنامه ۴۳

ه) ارائه خدمات در شرایط مرخصی (استحقاقی، استعلاجی و ...) و ماموریت پزشک و مراقب ۴۴

سرشماری جمعیت جهت انتساب به تیم سلامت خانواده ۴۵

نظام پرداخت به پزشک خانواده (سطح اول) ۴۶

مدیریت اطلاعات ۵۸

۳- پایش و ارزشیابی ۶۳
نحوهٔ پایش شاخص‌های عملکردی ۶۷

۴- آموزش و توانمندسازی کارکنان ۶۹
آموزش و توانمندسازی کارکنان ۶۹

منابع ۷۲

۱ کلیات

مقدمه

سلامت، اساسی‌ترین حق و ارزشمندترین سرمایهٔ همهٔ اقشار و طبقات اجتماع است. مروری بر نظام سلامت در 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 هزینه‌ای مناسب و قابل پرداخت توسط آنها ارائه نماید.

جامعهٔ آرمانی ترسیم شده در سند چشم‌انداز سال ۱۴۰۴، جامعه‌ای است که باید از حداکثر سلامت برخوردار باشد. طبق این سند، نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، نظامی است مسئول و پاسخگو که وظیفه دارد ضمن فراهم‌آوردن زمینهٔ دستیابی به بالاترین سطح امید به زندگی همراه با کیفیت برای آحاد مردم، اعتماد کامل آنان را جلب نماید و با کسب حمایت همهٔ سازمان‌ها و نهادها، رویکرد سلامت را در تمامی سیاست‌ها اجرایی سازد. این نظام با اولویت‌دادن به ارتقای سلامت و پیشگیری، به بهره‌مندی مردم از مراقبت‌های موثر سلامت جسمی و روانی، توجه به سلامت اجتماعی و حرکت در مسیر سلامت معنوی بر اساس آموزه‌های دینی اهتمام دارد. در چنین نظامی، عدالت همه‌جانبه (در تأمین، توزیع منابع و تحقق سلامت) با رعایت کامل اصول و اخلاق حرفه‌ای، اصل نخست است و در آن تمامی افراد بر مبنای نیازشان از مراقبت‌های سلامت بهره‌مند خواهند شد و براساس توان پرداخت خود، در تأمین مالی خدمات، مشارکت خواهند داشت. این نظام، خلّاق است و با استفاده از شواهد معتبر و بهره‌مندی حداکثری از تمامی ظرفیت‌های انسانی (مشارکت مردم)، سازمانی (همکاری همه بخش‌های ذینفع) و علم و فن‌آوری روز، مناسب‌ترین تصمیم‌ها را برای پاسخگویی

به نیازهای واقعی سلامت مردم اتخاذ می‌کند و در تعامل با کشورهای منطقه (به ویژه کشورهای اسلامی) الگویی الهام‌بخش برای آنان است.

از آنجا که مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تأمین سلامت همه جانبهٔ جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جمعیت ساکن در پهنه جغرافیایی جمهوری اسلامی ایران با اولویت مناطق کم برخوردار است؛ لذا انجام برخی مداخلات به منظور ارتقای وضعیت سلامت مناطق مختلف کشور با توجه به اسناد بالادستی، ضرورت دارد. در این راستا، بند (ث) ماده ۷۴ قانون برنامهٔ ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور تکالیفی را مشخص کرده است که برنامه‌ریزی برای تحقق آن امری ضروری است: «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلّف است در اجرای **نظام خدمات جامع و همگانی سلامت** با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع 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 پرداخت مبتنی بر عملکرد، مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه، کلیه آحاد ایرانیان تحت‌پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.»

چنانکه ملاحظه می‌شود، قانون برنامه ششم تأکید ویژه‌ای بر یکی از کارکردهای نظام‌های سلامت یعنی«تدارک و ارائه خدمات مراقبتی» دارد، لذا انتخاب روش مناسب برای ارائه خدمات سلامت از مهم‌ترین ویژگی‌های این نظام به شمار می‌آید. در این میان، توجه به سلامت جسمی، روانی و اجتماعی اعضای خانواده از طریق بسته‌های خدمات و سطوح آن برای ارائه خدمات و مراقبت‌های با کیفیت و کارآ، تحقق عدالت در ابعاد مختلف و در نهایت ارتقای سلامت مردم و جامعه الزامیست.

تاریخچهٔ اجرای پزشکی خانواده

از اواخر سال ۱۳۸۱، تیمی متشکل از تمامی سازمان‌های بیمه‌گر و کارشناسان بخش‌های مختلف دخیل در حوزهٔ سلامت تشکیل گردید و پس از مطالعه‌ای جامع در مورد نظام‌های گوناگون سلامت در جهان و الگوبرداری از ساختار و روش‌های نظام سلامت برخی از 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 استان‌های پایلوت در استقرار سیستم جدید سلامت مبتنی بر پزشکی خانواده با هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر بود.

لازم به ذکر است که پیش‌نویس‌های آیین‌نامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۳ در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین گردید. پس از وقوع زلزله فاجعه‌بار بم در سال ۱۳۸۲، نسخه نهایی این آیین‌نامه برای ساماندهی نظام سلامت شهرستان بم توسط مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت و همکاری واحد کشوری اصلاح نظام سلامت این وزارتخانه عملیاتی شد. این شواهد و تجربیات به عنوان پشتوانهٔ علمی و اجرایی پیشنهادهای بخش سلامت وارد لایحهٔ برنامهٔ چهارم توسعه شد.

در سال ۱۳۸۴ نمایندگان مجلس در اقدامی بی‌نظیر، تمامی اعتبارات درمان روستاییان را در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار دادند تا عملاً مقدمات تشکیل صندوق مالی واحدی برای اجرای برنامه‌های سلامت شکل گیرد. بدین ترتیب فرصتی فراهم شد تا از مرداد ماه ۱۳۸۴ اجرای برنامهٔ پزشکی خانواده و بیمهٔ روستایی با همکاری گام به گام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمهٔ خدمات درمانی وقت آغاز شود. پس از گذشت نزدیک به سه سال از اجرای برنامهٔ پزشکی خانواده در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در کشور و بر اساس الزامات قانونی، دولت موظف به گسترش این برنامه به شهرها شد.

در آبان ۱۳۸۹ تفاهم‌نامه‌ای برای اجرای برنامهٔ نظام ارجاع و پزشکی خانواده در سه استان منتخب میان وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی انعقاد یافت. موضوع این تفاهم‌نامه که با توجه به مفاد بند ب ماده ۳۷ قانون بودجه سال ۱۳۸۸، ماده ۹۱ قانون برنامه پنج‌ساله چهارم و تأکید هیأت محترم دولت و مجلس شورای اسلامی وقت، مبنی بر اجرای هر چه سریع‌تر برنامهٔ پزشکی خانواده در شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر تدوین گردید، اجرای برنامهٔ پزشکی خانواده و نظام ارجاع در تمامی شهرهای بین ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر استان‌های چهارمحال و بختیاری، سیستان و بلوچستان و خوزستان بود.

برخلاف برنامه زمان‌بندی و تدوین شده، ریاست جمهور وقت اعلام کرد که تا پایان سال ۱۳۹۲ باید برنامه در کل کشور جاری گردد. در ادامهٔ این تصمیم، شورای عالی سلامت در تاریخ ۱۳۹۱/۱/۲۶ اقدام به مصوب کردن شیوه‌نامهٔ اجرایی نسخه ۰۲ و مصوبات آتی آن در هیأت محترم وزیران نمود و از این طریق سعی کرد پشتوانهٔ سیاسی اجرای برنامه را که سیاستگذاران ارشد کشور بر اجرای سریع آن تأکید داشتند، تأمین نماید.

پس از تصمیم هیأت محترم دولت مبنی بر اجرای برنامه، طی دو سال از تاریخ ۲۶ فروردین ۱۳۹۱ و همچنین متعاقب مصوب‌شدن نسخه ۰۲، از تابستان سال ۱۳۹۱ اجرای برنامه بر اساس نسخه ۰۲ شیوه‌نامه اجرایی برنامه در استان فارس و از پاییز همان سال در استان مازندران آغاز شد.

الزامات قانونی:

الزامات قانونی زیر، دولت را به اجرای برنامهٔ سلامت خانواده (پزشکی‌خانواده و نظام ارجاع) موظف می‌کرد:

- بند ۳۷ ماده واحده قانون بودجه سال ۱۳۸۸ که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را موظف به اجرای برنامهٔ پزشکی‌خانواده در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر کرده بود.
- ماده ۸۹ قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلّف می‌ساخت که از راه سطح‌بندی خدمات، دسترسی مردم به خدمات بهداشتی- درمانی را منطقی و عادلانه سازد.
- ماده ۹۰ قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید 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 پزشکی‌خانواده و نظام ارجاع تأکید کرده بود.
- سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه‌های سلامت، خانواده، جمعیت و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت.
- قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و تکالیف قانونی آن که مرتبط با نظام سطح‌بندی خدمات و شبکه است (پیشگیری و درمان ناباروری، پیشگیری از سقط جنین، ترویج و افزایش زایمان طبیعی و ...)
- بند «ج» ماده ۳۲ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید شده بود سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشکی‌خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طراحی و اجرا شود.
- بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تأکید شده بود وزارت بهداشت موظف است برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشکی‌خانواده و نظام ارجاع؛ راهنماهای درمانی اورژانس‌های پزشکی را تهیه نموده، جهت تصویب به هیأت محترم وزیران ارسال نماید (طبق متن برنامه).
- بند «الف» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن

تصریح‌شده است وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلّف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پروندهٔ 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 محرمانه‌بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشکی‌خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلّف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت، حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانهٔ فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فن‌آوری اطلاعات در تعامل با سامانهٔ «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی کند.

- بند «ث» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که در آن تصریح شده است؛ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلّف 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 پزشکی‌خانواده، با به کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری جهت ارائه 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، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه، فرد فرد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.
- راهبرد سند تحول دولت مردمی: اجرای طرح‌های پیشگیرانه نظیر پزشکی خانواده به بیمه‌های پایه، در راستای حفظ و ارتقای سلامت با محوریت خانواده.

و اینک پس از گذشت ده سال از اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دو استان فارس و مازندران و استفاده از توان موجود در بخش خصوصی برای ارائه خدمات سلامت و مدیریت سرانه ارائه خدمت در سطح یک و بخشی از خدمات سرپایی سطح دو و همچنین، اجرای برنامه‌های گذشته سلامت در بخش بهداشت و ارائه خدمات نوین سلامت در مناطق حاشیه‌نشین و شهری بالای ۲۰ هزار نفر؛ اکنون سیاستگذار به دنبال آن است که با بازنگری در شیوهٔ اجرای برنامه‌های سلامت، الگویی را طراحی نماید که در حین پاسخگویی به چالش‌های عمدهٔ نظام سلامت و استفاده از توانِ بخش خصوصی، بتواند در قالب برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)، مسیر دستیابی به اهداف برنامه پوشش همگانی سلامت (UHC: Universal Health Coverage) شامل پوشش کامل جمعیت، بسته خدمتی جامع و کاهش پرداخت از جیب مردم را در قالب ساختار شبکه بهداشت و درمان کشور، مبتنی بر PHC (مراقبت‌های اولیه سلامت) هموار سازد.

چشم‌انداز:

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

اهداف کلان:

- ارتقای سطح سلامت جامعه ایرانی با بالاترین سطح امید به زندگی
- 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
- بهینه‌سازی مدیریت منابع حوزه سلامت

اهداف اختصاصی:

- افزایش دسترسی جمعیت تحت‌پوشش به خدمات سلامت از طریق انتخاب تیم سلامت خانواده به اختیار فرد به میزان ۷۰ درصد تا پایان سال اول برنامه
- افزایش نرخ باروری کلی به حداقل ۲/۵ از طریق اجرای شیوه‌نامه‌های جوانی جمعیت و فرزندآوری (براساس قانون جوانی جمعیت)
- اجرای برنامه در راستای ارائه خدمات با کیفیت و ایمن بر اساس بسته خدمات سلامت به صورت جامع و با رعایت سطح‌بندی، با توجه به نیازهای سلامت مردم به میزان صد درصد
- افزایش پوشش بیمه گروه‌های آسیب‌پذیر و کم‌توان مالی به میزان صد درصد، حداکثر تا پایان ماه سوم از شروع برنامه
- ارتقای آگاهی عمومی و سواد سلامت آحاد جامعه برای مراقبت از سلامت خود، خانواده و اجتماع در ترویج برنامهٔ سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) به میزان ۵ درصد سال پایه تا پایان سال اول و ۵ درصد افزایش سالانه تا ۵ سال
- غربالگری جامعه بر اساس آموزه‌های سبک زندگی سالم از نگاه طب ایرانی به میزان ۹۰ درصد جامعه تحت پوشش طی ۳ سال از شروع برنامه
- ارتقاء سطح آگاهی عموم جامعه از اصول شیوه زندگی سالم بر اساس آموزه‌های طب ایرانی به میزان ۸۰ درصد جامعه تحت پوشش طی ۳ سال از شروع برنامه

- افزایش دسترسی مردم به خدمات ادغام‌یافته طب ایرانی به میزان ۳۰ درصد مراکز درمانی سطح کشور در ۲ سال از شروع برنامه
- ارتقاء و بهبود زیرساخت واحدهای ارائه خدمات در سطوح مختلف ارائه خدمت به میزان ۲۰ درصد تا پایان سال اول و تکمیل زیرساخت‌ها به مدت ۴ سال
- افزایش پذیرش بیماران از مسیر ارجاع در واحدهای ارائه خدمات سلامت (سطح ۲) در بخش دولتی و غیردولتی تا ۳۰ درصد مراجعین در سال اول اجرای برنامه
- بازنگری و اصلاح بسته خدمات تحت پوشش بیمه پایه سلامت با توجه به نیازهای سلامت مردم
- بهبود تجویز منطقی ۱۰ آزمایش منتخب به میزان ۱۰ درصد در طی ۴ سال
- استقرار کامل شبکه آزمایشگاهی در قالب نظام سطح‌بندی شبکه به منظور افزایش بهره‌وری خدمات آزمایشگاهی به مدت ۴ سال

الزامات اجرای برنامه:

- تصویب مدل اجرایی برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) در چارچوب نظام شبکه بهداشت و درمان کشور به منظور پیاده‌سازی سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) در هیأت دولت و هماهنگی با سایر قوا برای ارتقای ضمانت اجرایی برنامه
- فرهنگ‌سازی در جامعه، تعهد مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره‌گیری از تمام ظرفیت‌های موجود
- الزام به تعهد تأمین و تخصیص منابع پایدار به عنوان اصلی‌ترین شرط پیاده‌سازی برنامه
- تقویت و توسعه همکاری‌های بین بخشی، مشارکت مردمی، محله محوری و خانواده محوری در تمامی فعالیت‌ها و برنامه‌ها و استفادهٔ مناسب از ظرفیت‌ها در اجرای برنامه در سطوح مختلف حوزهٔ حکمرانی
- تقویت و توسعه استفاده از طب ایرانی در شبکه بهداشت و درمان کشور و ارجاع به متخصصان طب ایرانی و پزشکان دوره‌دیده مورد تأئید طب ایرانی و مکمل وزارت بهداشت
- تأمین زیرساخت‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری لازم (نیروی انسانی، فضای فیزیکی و تجهیزات)

راهبردهای اجرایی:

- فرهنگ‌سازی و ایجاد تعهد در مدیران ارشد در سطوح مختلف با بهره‌گیری از همه ظرفیت‌های موجود
- فرهنگ‌سازی در جهت مشارکت حداکثری جامعه، از طریق ارتقاء سطح سواد سلامت آحاد جامعه

- برنامه‌ریزی در راستای تأمین منابع مورد نیاز به منظور لحاظ‌نمودن در بودجهٔ سالانه در مجلس شورای اسلامی و تعیین ضمانت اجرایی در تخصیص به موقع و کامل منابع مصوب
- اصلاح و به‌روزرسانی بسته خدمات سلامت وزارت بهداشت، الزامات و ساز و کارهای اجرایی آن
- فرهنگ‌سازی در جهت افزایش فرزندخواهی و فرزندآوری
- مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر برای عقد قرارداد با واحدهای ارائه خدمت بخش دولتی و غیردولتی مبتنی بر ضوابط نظام شبکه
- پوشش کامل جمعیت مناطق شهری از طریق دسترسی و بهره‌مندی بسته خدمات پایه در چارچوب ساختار نظام شبکه
- تأمین منابع، بستر فیزیکی و تجهیزات موردنیاز جهت اجرای کامل برنامه ادغام آموزه‌های طب ایرانی در نظام سلامت
- امکان ارجاع از اعضای تیم سلامت در همهٔ سطوح ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به پزشکان متخصص طب ایرانی
- واگذاری ردیف و پست‌های سازمانی طب ایرانی به متخصصان مربوطه در معاونت بهداشتی دانشگاه‌ها
- استقرار و تقویت نظام پایش و ارزشیابی، اعتباربخشی، ارتقا و بهبود کیفیت و ایمنی بیمار در واحدهای ارائه خدمات سلامت در بخش دولتی و غیردولتی
- افزایش دانش و مهارت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در برنامهٔ سلامت خانواده بر اساس برنامه‌های مدون
- مدیریت داده‌های سلامت مبتنی بر پروندهٔ الکترونیک سلامت
- برقراری نظام ارجاع و بازخورد الکترونیک بین سطوح ارائه خدمت
- استفاده از ظرفیت بخش غیردولتی جهت ارائه قسمتی از خدمات با ایجاد ساز و کارهای مشارکتی

سلامت خانواده و نظام ارجاع

۲ روش اجرا

سطح‌بندی خدمات

سطح یک: خدمات بهداشتی، پیشگیرانه، مراقبتی و درمانی اولیه و پایدار

سطح دوم: خدمات تشخیصی، درمانی تخصصی و فوق‌تخصصی اعم از کلینیک و پاراکلینیک در حوزهٔ سرپایی

سطح سوم: خدمات تشخیصی، درمانی تخصصی و فوق‌تخصصی اعم از کلینیک و پاراکلینیک در حوزهٔ بستری

بستهٔ خدمات

بستهٔ خدمات سلامت به شرح زیر است:

۱. بستهٔ خدمات تیم سلامت در سطح اول: برابر با بسته خدمات ابلاغی گروه‌های سنی و خدمات مراقبتی گروه‌های ویژه
۲. بستهٔ خدمات سلامت سطح دوم (سرپایی): برابر با بستهٔ خدمات بیمه پایه
۳. بستهٔ خدمات سلامت سطح سوم (بستری): برابر با بستهٔ خدمات بیمه پایه

بسته خدمات سطح ۱

گروه هدف مشمول دریافت بستهٔ خدمات جامع سلامت سطح اول، حوزه بهداشت تمامی افراد جمعیت تحت‌پوشش تیم سلامت و افراد مهمان، حسب ضرورت می‌باشد و خدمات سلامت باید براساس گروه سنی، حیطه‌های سلامت فرد و خانواده و گروه‌های ویژه مطابق خدمات مراقبتی مصوب و ابلاغی ارائه گردد.

بدیهی است برنامه‌هایی که بر اساس نظام ادغام خدمات ابلاغ می‌گردد، لازم‌الاجرا است.

راهنمای بالینی ارائه خدمات استاندارد:

وزارت بهداشت موظف است با مشارکت هیأت‌های بورد رشته‌های تخصصی و فوق‌تخصصی برای اختلالات و بیماری‌های شایع، راهنمای بالینی تهیه کند و تیم سلامت خانواده موظف است بر اساس راهنماهای ابلاغ شده عمل نماید.

تفکیک مدیریت تولیدات دانشی درمان در سطوح دو و سه با تعیین اولویت و موارد مشمول، توسط کمیته نظام ارجاع (معاونت درمان) انجام می‌گردد.

الزامات بستهٔ خدمت:

- رویکرد بستهٔ خدمت: آموزش، پیشگیری اولیه، غربالگری، مراقبت، مشاوره، درمان سرپایی، ارجاع و دریافت پس‌خوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز بر اساس پس‌خوراند
  - حفظ جامعیت و یکپارچگی خدمات در ارائه و دسترسی به بسته خدمت:
    - گیرنده خدمت باید به تمامی خدمات (به جز خدمات پاراکلینیک و داروخانه) به گونه‌ای دسترسی داشته باشد که کلیه خدمات پیش‌بینی شده سطح یک را در حداقل زمان ممکن از تیم سلامت به‌صورت کامل دریافت نماید.
    - ارائه‌دهنده خدمت باید قابلیت لازم را بر اساس لزوم حفظ جامعیت خدمت دارا بوده تا بتواند تمام خدمات پیش‌بینی‌شده را با حداقل مراجعه گیرندهٔ خدمت به واحد ارائه‌کننده خدمت بر اساس بسته خدمت ارائه نماید.
    - توجه خاص بر هزینه اثربخشی و هزینه فایده بودن خدمات در بستهٔ خدمت
    - حفظ تداوم خدمات سطح دو و سه با خدمات سطح یک و ویرایش بستهٔ خدمات بیمه پایه بر اساس اولویت سطح یک

الف - خدمات گروه سنی

- **گروه کودکان:**

۱) ارزیابی اولیه شیرخوار (پزشک خانواده)

۲) ارزیابی شیرخوار از نظر علایم و نشانه‌های 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 تکاملی، رفتاری (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 شیوه‌نامه (پزشک خانواده)
۹) ارزیابی بدرفتاری با کودکان (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۱۰) ارزیابی مصرف مکمل‌های غذایی (مراقب سلامت)
۱۱) ارزیابی وضعیت بینایی (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۱۲) ارزیابی وضعیت شنوایی (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۱۳) ارزیابی از نظر سلامت دهان و دندان (مراقب سلامت)
۱۴) ارزیابی کودک از نظر کم‌کاری تیروئید و ابتلا به فنیل کتونوری (مراقب سلامت)
۱۵) ارزیابی از نظر فشارخون (پزشک خانواده)
۱۶) ارزیابی از نظر ابتلا به آسم (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۱۷) پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی‌های فوق بر اساس شیوه‌نامه‌های مربوطه (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۱۸) ارزیابی برای معرفی دریافت بسته غذایی و بهداشتی موضوع ماده ۲۴ قانون جوانی جمعیت

- **گروه نوجوانان:**

(ارائه خدمات در پایه‌های تحصیلی اول ابتدایی، چهارم ابتدایی، هفتم متوسطه و دهم متوسطه):

۱) غربالگری الگوی غذایی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۲) مشاوره و مراقبت پیش از بارداری برای متأهلین (مراقب سلامت)
۳) اندازه‌گیری قد و ارزیابی وزن و نمای توده بدنی و پایش رشد (مراقب سلامت)
۴) واکسیناسیون روتین کشوری (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۵) ارزیابی شیوه زندگی و ارائه آموزه‌های سبک زندگی سالم از بسته خدمات طب ایرانی (مراقب سلامت)
۶) مشاوره فرزندآوری زن متأهل (مراقب سلامت)
۷) بررسی از نظر اختلال خونی و هپاتیت (پزشک خانواده)
۸) ارزیابی وضعیت بینایی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

۹) ارزیابی وضعیت شنوایی (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۱۰) ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
۱۱) شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
۱۲) معاینه و ارزیابی غده تیروئید (پزشک خانواده)
۱۳) ارزیابی رفتارهای پرخطر از نظر مصرف دخانیات و مواجهه با دود (مراقب سلامت)
۱۴) ارزیابی از نظر سلامت دهان و دندان (مراقب سلامت)
۱۵) ارزیابی دریافت مکمل‌های غذایی (مراقب سلامت)
۱۶) ارزیابی وضعیت پوست و مو از نظر پدیکولوز و گال (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۱۷) ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی (مراقب سلامت)
۱۸) ارزیابی از نظر ابتلا به آسم (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۱۹) ارزیابی از نظر روند بلوغ (پزشک خانواده)
۲۰) ارزیابی از نظر مشکلات ادراری و تناسلی (پزشک خانواده)
۲۱) ارزیابی از نظر اختلالات اسکلتی (پزشک خانواده)
۲۲) ارزیابی از نظر هپاتواسپلنومگالی (پزشک خانواده)
۲۳) ارزیابی از نظر ارگونومی دانش‌آموز (مراقب سلامت)
۲۴) ارزیابی از نظر بیماری‌های قلبی و عروقی و فشارخون (پزشک خانواده)
۲۵) آموزش‌های مرتبط با ازدواج به هنگام و سالم، ترویج زایمان طبیعی، پیشگیری از ناباروری
۲۶) پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی‌های فوق بر اساس شیوه‌نامه‌های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۲۷) ارزیابی اولیه از نظر استعمال دخانیات، مواد و الکل (مراقب سلامت)

- **گروه جوانان:**

۱) مشاوره فرزندآوری (مراقب سلامت)
۲) مشاوره و مراقبت پیش از بارداری (مراقب سلامت)
۳) اندازه‌گیری وزن و ارزیابی قد و نمای توده بدنی و پایش رشد (مراقب سلامت)
۴) ارزیابی شیوه زندگی و ارائه آموزه‌های سبک زندگی سالم از بسته خدمت طب ایرانی (مراقب سلامت)
۵) ارزیابی و شناسایی افراد مشکوک به آسم (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۶) ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)

۷) شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
۸) ارزیابی از نظر خطر ابتلا به فشارخون بالا (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۹) ارزیابی از نظر وضعیت واکسیناسیون (مراقب سلامت)
۱۰) ارزیابی دریافت مکمل‌های غذایی (مراقب سلامت)
۱۱) ارزیابی از نظر وضعیت دهان و دندان (مراقب سلامت)
۱۲) ارزیابی از نظر هپاتیت جوانان (پزشک خانواده)
۱۳) ارزیابی اولیه از نظر درگیری به دخانیات، مواد و الکل (مراقب سلامت)
۱۴) ارزیابی از نظر سلامت اجتماعی (مراقب سلامت)
۱۵) ارزیابی از نظر اختلالات خونی و فقر آهن (پزشک خانواده)
۱۶) ارزیابی اختلالات تیروئید (پزشک خانواده)
۱۷) غربالگری الگوی غذایی (مراقب سلامت)
۱۸) آموزش‌های مرتبط با ازدواج به‌هنگام و سالم، ترویج زایمان طبیعی، پیشگیری از ناباروری
۱۹) پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی‌های فوق بر اساس شیوه‌نامه‌های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

- **گروه میانسالان:**

۱) مشاوره فرزندآوری (مراقب سلامت)
۲) مشاوره و مراقبت پیش از بارداری (مراقب سلامت)
۳) اندازه‌گیری وزن و قد و ارزیابی نمایه توده بدنی (مراقب سلامت)
۴) ارزیابی فعالیت بدنی (مراقب سلامت)
۵) ارزیابی شیوه زندگی و ارائه آموزه‌های سبک زندگی سالم از بسته خدمت طب ایرانی (مراقب سلامت)
۶) خطرسنجی بیماری‌های قلبی و عروقی (مراقب سلامت)
۷) ارزیابی عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی (پزشک خانواده)
۸) غربالگری سرطان‌های پستان (در سنین بالاتر از ۳۰ سال)، کولورکتال (۵۰ تا ۶۰ سال)، سرویکس (مراقب سلامت ماما و پزشک خانواده)
۹) ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
۱۰) شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
۱۱) ارزیابی دریافت مکمل‌های غذایی (مراقب سلامت)

۱۲) غربالگری الگوی غذایی (مراقب سلامت)
۱۳) ارزیابی اولیه درگیری با دخانیات، مواد و الکل (مراقب سلامت)
۱۴) ارزیابی افراد مشکوک به آسم (مراقب سلامت و پزشک خانواده)
۱۵) ایمن‌سازی با واکسن توأم بزرگسال (مراقب سلامت)
۱۶) خونریزی غیرطبیعی واژینال (مراقب سلامت ماما)
۱۷) ارزیابی وضعیت عفونت آمیزشی و ایدز (مراقب سلامت)
۱۸) تاریخچه باروری و یائسگی (مراقب سلامت)
۱۹) ارزیابی علائم و عوارض یائسگی (ماما)
۲۰) آموزش‌های مرتبط با ازدواج به هنگام و سالم، ترویج زایمان طبیعی، پیشگیری از ناباروری
۲۱) پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی‌های فوق براساس شیوه‌نامه‌های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)

- **گروه سالمندان:**

۱) غربالگری الگوی غذایی (مراقب سلامت)
۲) اندازه‌گیری قد و وزن و ارزیابی نمای توده بدنی (مراقب سلامت)
۳) شناسایی و طبقه‌بندی خطرپذیری سالمندان (مراقب سلامت)
۴) ارزیابی شیوه زندگی و ارائه آموزه‌های سبک زندگی سالم از بسته خدمت طب ایرانی (مراقب سلامت)
۵) غربالگری افسردگی (مراقب سلامت)
۶) ارزیابی دریافت مکمل‌های غذایی (مراقب سلامت)
۷) ارزیابی خطر سقوط و عدم تعادل (مراقب سلامت)
۸) خطرسنجی بیماری‌های قلبی و عروقی (مراقب سلامت)
۹) ارزیابی عوامل خطر بیماری‌های قلبی و عروقی (پزشک خانواده)
۱۰) غربالگری سرطان‌های پستان، کولورکتال (۶۰ تا ۷۰ سال) (مراقب سلامت)
۱۱) ارزیابی سلامت روان (مراقب سلامت)
۱۲) شرح حال روانپزشکی (پزشک خانواده)
۱۳) ایمن‌سازی با واکسن توأم بزرگسال (مراقب سلامت)
۱۴) پیگیری اختلالات حاصل از ارزیابی‌های فوق بر اساس شیوه‌نامه‌های مربوطه (مراقب سلامت، پزشک خانواده)
۱۵) ارزیابی سلامت اجتماعی (مراقب سلامت)

- **مادران باردار:**

۱) شرح حال اولیه بارداری (مراقب سلامت)
۲) ایمن سازی بارداری (مراقب سلامت)
۳) درخواست و ثبت آزمایش‌های معمول بارداری (مراقب سلامت ماما)
۴) درخواست و ثبت نتایج سونوگرافی در بارداری (مراقب سلامت ماما)
۵) ارزیابی‌های روتین بارداری (مراقب سلامت ماما)
۶) غربالگری الگوی غذایی (مراقب سلامت)
۷) ارزیابی دریافت مکمل‌های غذایی (مراقب سلامت)
۸) اندازه‌گیری وزن و قد و ارزیابی نمایه توده بدنی با توجه به منحنی‌های وزن‌گیری استاندارد (مراقب سلامت)
۹) مراقبت‌های معمول پس از زایمان (مراقب سلامت ماما)
۱۰) ارزیابی برای معرفی دریافت بسته غذایی و بهداشتی موضوع ماده ۲۴ قانون جوانی جمعیت (مراقب سلامت ماما)
۱۱) آموزش، تسهیل و ترغیب به زایمان طبیعی و پیشگیری از سقط عمدی جنین (مراقب سلامت ماما)
۱۲) ارزیابی شیوه زندگی و ارائه آموزه‌های سبک زندگی سالم از بسته خدمت طب ایرانی (مراقب سلامت)

تبصره: خدمات مادران باردار توسط مراقب‌ماما، ماما و پزشک خانواده ارائه می‌شود.

ب - مراقبت‌های گروه‌های ویژه

هرگونه اختلال شناسایی شده یا مشکوک که برای تشخیص نهایی یا درمان نیاز به پیگیری، مراقبت و ارجاع به سطوح بالاتر داشته باشد، تحت‌عنوان مراقبت‌های گروه‌های ویژه (ناباروری و انواع سقط به ویژه سقط مکرر و ...) در نظر گرفته می‌شود و تیم سلامت خانواده ملزم به ارائه خدمات مراقبتی و ... براساس شیوه‌نامه‌های مربوطه خواهد بود.

- **مراقبت و درمان بیماری‌های واگیر:**

آموزش افراد جامعه برای شناخت بیماری و راه‌های پیشگیری از ابتلا به آن، شناخت موارد مشکوک، انجام اقدامات مناسب جهت تشخیص به موقع بر اساس نظام سندرمیک و شیوه‌نامه‌های موجود،

ارجاع موارد مورد نیاز و پیگیری نتیجه ارجاع ضروری می‌باشد. 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.

فهرست بیماری‌های مشمول مراقبت و پیگیری که خدمات مربوط به آنها توسط مراقب سلامت و پزشک خانواده ارائه می‌شود، به قرار زیر است:

- کرونا ویروس‌ها (کووید- ۱۹)
- آنفلوانزا
- فلج اطفال
- سرخک
- سرخجه و سندرم سرخجه مادرزادی
- دیفتری
- سیاه سرفه
- اچ ای وی/ایدز
- بیماری‌های آمیزشی
- سل
- جذام
- مالاریا
- تب دانگی و بیماری‌های منتقله توسط پشه آئدس
- هاری
- کالاآزار (لیشمانیوز احشایی)
- تب خونریزی‌دهنده ویروسی کنگو کریمه (CCHF)
- سالک (لیشمانیوز جلدی)
- تب مالت
- سیاه زخم
- کیست هیداتیک
- هپاتیت‌های ویروسی (B , C)
- مننژیت
- وبا
- تیفوئید

- اسهال خونی
- بوتولیسم
- سایر بیماری‌های منتقله از آب و غذا (طغیان‌ها)
- بیماری‌های نوپدید
- مار و عقرب‌گزیدگی

ج- درمان بیمار و تدبیر فوریت‌ها

(در مواردی که راهنمای بالینی درمان تدوین شده، ارائه خدمات بر اساس راهنما خواهد بود 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 ـ روانی)
  - ارزیابی علائم و نشانه‌ها و طراحی مسیر تشخیص
  - پیش‌بینی و اجرای برنامه‌های درمانی
  - ثبت کلیه داده‌ها در پرونده الکترونیک
  - تعیین تاریخ مراجعه یا پیگیری مجدد بیمار، حسب مورد
- انجام خدمات تزریقات و وصل سرم و پانسمان
- اقدامات و مداخلات سادهٔ جراحی و بالینی: این خدمات شامل کلیه پروسیجرهای جراحی و مداخلات غیرتخصصی درمانی مبتنی بر کوریکولوم آموزشی پزشکی عمومی و استانداردهای خدمتی است، که حسب مهارت و تمایل پزشک خانواده به صورت اختیاری به شرح زیر انجام می‌شود. (فهرست این خدمات مطابق فهرست سازمان‌های بیمه‌گر و بر اساس تعرفه‌های ابلاغی خواهد بود)
  - کشیدن ناخن
  - برداشتن خال و لیپوم و زگیل (در موارد غیرزیبایی)
  - نمونه‌برداری از پوست و مخاط
  - کاتتریزاسیون ادراری
  - ختنه
  - آتل‌بندی شکستگی‌ها

- شستشوی گوش
- خارج‌کردن جسم خارجی
- کارگذاشتن لوله معده و رکتوم
- درمان نگهدارنده با متادون برای مبتلایان به سوءمصرف مواد (مشروط به اخذ گواهی ارائه خدمت)
- معاینات طب کار (مشروط به اخذ گواهی ارائه خدمت)

- فوریت‌ها

در صورت مراجعه بیمار در شرایط اورژانسی به پایگاه سلامت خانواده (در صورت حضور پزشک در پایگاه)، پزشک خانواده باید اقدامات اولیه را انجام داده، مورد را به اورژانس ۱۱۵ اطلاع دهد.

- انجام احیاء قلبی ریوی
- لوله‌گذاری تراشه
- اقدامات اولیه در مسمومیت‌ها
- 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
- اقدامات اولیه در صورت بروز علایم زایمان قریب‌الوقوع و سقط جنین

- در خصوص مراجعین اورژانس‌های اجتماعی پس از انجام اقدامات اولیه، با اورژانس ۱۲۳ تماس حاصل گردد.
- خدمات اختیاری صرفاً به جمعیت تحت‌پوشش پزشک خانواده ارائه خواهد شد.
- پزشک خانواده مجاز به انجام خدمات زیبایی پوست (تزریق ژل و بوتاکس و.....) در پایگاه سلامت خانواده در ساعات کار موظف یا غیرموظف سلامت خانواده نمی‌باشد.

بسته خدمات سطح ۲ و ۳

بسته خدمات سلامت قابل ارائه در سطوح ۲ و ۳ نظام ارجاع و پزشکی خانواده در چارچوب بسته خدمات مصوب شورایعالی 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. دریافت هر خدمتی از سوی بیمار که خارج از نظام ارجاع باشد، در دانشگاه‌هایی که نظام ارجاع با تأیید ستاد اجرایی کشوری در آن مستقر شده است، پس از طی دوران گذار [تعیین شده توسط قرارگاه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)] فاقد هرگونه پوشش بیمه‌ای است.

الف: خدمات درمانی

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

ارائه‌کنندگان خدمت در سطح ۲ و ۳ تمام بیماران ارجاعی را می‌پذیرند و نسبت به تشکیل پرونده، تشخیص و درمان، ارجاع به سایر متخصصین / فوق‌تخصص‌ها در صورت نیاز و بازخورد و اطلاع‌رسانی به پزشک خانواده به صورت الکترونیک اقدام خواهند کرد. مراجعه‌کننده می‌تواند یک یا بیش از یک خدمت را دریافت کند.

تبصره: در صورت قطعی سیستم‌های الکترونیک به هر دلیلی از فرم بازخورد کاغذی استفاده شود.

برخی از خدمات سلامت شامل:

- برنامه جامع پایش، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین
- برنامه تشخیص به هنگام و درمان ناباروری
- ویزیت سرپایی، تجویز دارو و درخواست خدمات پاراکلینیک در صورت نیاز، و ارائه بازخورد الکترونیک
- ویزیت سرپایی و ارجاع مراجعه‌کننده به خدمات تخصصی سایر متخصصین حسب مورد و ارائه بازخورد الکترونیک
- شناسایی و پایش مشکلات در شناسنامه سبک زندگی سالم بسته خدمت طب ایرانی در منطقه تحت پوشش و ارجاع به متخصص مربوطه در صورت نیاز
- ویزیت سرپایی و درخواست مشاوره با سایر متخصصین، حسب مورد و ارائه بازخورد الکترونیک
- ارائه خدمات دارویی و تحویل دارو و ملزومات پزشکی در قالب نسخه الکترونیک
- درمان مشکلات تغذیه‌ای و روانشناختی
- ارائه خدمات پاراکلینیکی سرپایی تشخیصی درمانی (تصویربرداری، آزمایشگاهی، سایر پاراکلینیک‌ها)
- ارائه خدمات بستری بر اساس ضوابط سطح‌بندی و راهنماها و پروتکل های موجود (مرجع تعیین پروتکل‌ها، معاونت درمان می‌باشد و ارائه خدمات برای موارد فاقد پروتکل‌ها، کمافی‌السابق ملاک عمل خواهد بود).

- توانمندسازی مردم در مراقبت از بیماری خود با هماهنگی پزشکان خانواده
- راهنمایی و آموزش مستمر پزشکان خانواده درباره بیماران ارجاعی
- ارائه بازخورد در بستر الکترونیک توسط پزشک متخصص: پس از انجام اقدامات ضروری برای بیمار، پزشک متخصص اطلاعات مربوط به نتایج درمان، اقدامات انجام شده، داروهای تجویزشده و سایر نیازها و توصیه‌های لازم جهت مراقبت بیماری و تعیین زمان مراجعه مجدد (در صورت نیاز) را به صورت بازخورد به ارجاع‌دهنده (در همان سطح یا سطوح پایین‌تر) منعکس می‌کند؛ به طوری‌که در نهایت تمامی موارد برای درج در پروندهٔ بیمار، از طریق بازخورد به سطح یک (پزشک خانواده ارجاع‌دهنده) ارائه گردد.

یادآوری: ارائه خدمات مجاز توسط این مراکز، مطابق آیین‌نامه‌های ابلاغی مراکز تشخیصی درمانی خارج از بسته بیمه پایه، با پرداخت هزینه خدمات توسط بیماران یا از محل خسارت متفرقه شرکت‌های بیمه‌های تکمیلی مقدور می‌باشد.

ب: خدمات مدیریتی

۱) جمع‌بندی و تحلیل آمارهای مورد نیاز نظام ارجاع
۲) برگزاری جلسات هماهنگی و آموزشی جهت رفع چالش‌های نظام ارجاع الکترونیکی

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 برنامهٔ 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 ستادهای ملی، هماهنگی و اجرایی برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)

- تشکیل ستاد ملی
- ابلاغ اجرای برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) به وزارت بهداشت و سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌های ذینفع و استانداران
- تشکیل ستاد هماهنگی کشوری (قرارگاه سلامت خانواده)
- تشکیل ستاد اجرایی کشوری (دبیرخانه قرارگاه کشوری)
- تشکیل ستادهای هماهنگی استانی
- تشکیل ستادهای اجرایی استانی و شهرستانی

۳ - ارزیابی ظرفیت‌های 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 دانشگاه / دانشکده توسط ستاد اجرایی کشوری
- تأییدیه ستاد اجرایی کشوری به منظور ابلاغ اجرای برنامه در دانشگاه/ دانشکده

۴ - آموزش و اطلاع‌رسانی به مردم

- ارتقای آگاهی عمومی و ترویج برنامهٔ سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)
- افزایش مسئولیت‌پذیری، مشارکت فرد، خانواده و جامعه در برنامهٔ سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)
- 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 برنامهٔ پزشکی خانواده
- اطلاع‌رسانی مراحل اجرایی و فرآیند ثبت‌نام به مردم و ارائه‌دهندگان

۵ - به‌کارگیری ارائه‌دهندگان خدمت

- فراخوان ارائه‌دهندگان خدمات در کلیه سطوح ارائه خدمت
- بررسی الزامات و شرایط مورد نیاز توسط دانشگاه/ دانشکده
- آموزش ضوابط و الزامات اجرایی توسط دانشگاه/ دانشکده
- عقد قرارداد و تبیین وظایف
- ایجاد امکان ثبت و اتصال سامانه‌های مدیریت اطلاعات برای تمامی مراکز طرف قرارداد

۶ - سرشماری مردم جهت انتساب به تیم سلامت خانواده

- سرشماری جمعیت
- ثبت نام اولیه خانواده در سامانه
- ثبت نام قطعی پس از انجام ویزیت اولیه بر اساس بسته خدمتی گروه‌های سنی توسط تیم سلامت خانواده (پزشک و مراقب سلامت)

۷ - ارائه خدمات عمومی و تخصصی سرپایی با محوریت پروندهٔ الکترونیک سلامت در سطوح مختلف نظام ارائه خدمت توسط واحدهای ارائه‌دهنده خدمت

- ارتباط سیستماتیک سامانه‌های پرونده الکترونیک سطح یک به پرونده الکترونیک
- سیستم شناسایی خدمت‌گیرنده در نقطه ارائه مراقبت (POC[1])
- ثبت اطلاعات و اقدامات در پروندهٔ الکترونیک
- فراهم‌آوری بستر ارجاع الکترونیک و ارسال بازخوراند
- فراهم‌آوری امکان اتصال داده‌های پاراکلینیک (LIS,IS,CIS) به سامانه‌های سطح یک، دو و سه
- نسخه‌نویسی الکترونیک
- فراهم‌آوردن ارائه خدمات دوراپزشکی برای مناطقی که بر اساس نظام سطح‌بندی امکان تأمین خدمات تشخیصی، درمانی تخصصی/ فوق‌تخصصی و نیروی انسانی مرتبط وجود ندارد.
- استقرار نوبت‌دهی الکترونیک بین همه سطوح
- تأمین، ارتقا و بهبود زیرساخت واحدهای ارائه خدمات در سطوح مختلف
- طراحی و اجرای مدل مفهومی نظام ارجاع الکترونیک برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) و تعیین وظایف و مسئولیت‌های حوزه‌های مربوطه
- تعیین الزامات مورد نیاز در سطح‌بندی دسترسی و مدیریت اطلاعات در سطوح مختلف با رعایت محرمانگی و امنیت داده‌ها
- استانداردسازی سامانه‌های سطوح یک و دو و سه به منظور امکان تبادل داده
- استانداردسازی پنل مشترک کشوری برای نسخه‌نویسی الکترونیک و یکسان‌سازی کدینگ
- طراحی و اجرای داشبوردهای مدیریتی و سامانه‌های گزارش‌ساز
- برنامه‌ریزی و اجرا برای ارتقای کیفیت داده‌ها

1. Point of Care

۸ - ساز و کار ارائه خدمات تیم سلامت (سطح یک)

- شناسایی جمعیت
- مراقبت‌های پایه بر اساس بسته‌های خدمات
- ثبت مراقبت‌های انجام شده در سامانه سطح یک
- ارائه خدمات درمانی لازم
- ارجاع برای دریافت خدمات دارویی و پاراکلینیک
- ارجاع به متخصص مورد نیاز و نوبت‌گیری از سطح دو
- پیگیری بازخوراند و انجام اقدامات لازم بر اساس بازخوراند ارسال شده

۹ - ارجاع الکترونیک

- تدوین و ارائه خدمات نظام ارجاع منطبق با نظام سطح‌بندی خدمات سلامت در کلیه سطوح
- بازتعریف سطوح خدمتی و فرآیندهای ارجاع و نقش ارائه‌دهندگان خدمت و حدود صلاحیت‌ها در مراکز ارائه‌دهنده خدمت
- تشویق و ترغیب مراجعه به سطح دو از مسیر پزشکی خانواده و نظام ارجاع در دورهٔ گذار
- الزام پزشک متخصص برای ارائه بازخوراند الکترونیک
- تعیین نظام انگیزشی و تسهیلات لازم برای مردم به منظور حرکت در مسیر اجرای الکترونیک با توجه به اجباری نبودن ارجاع
- تعیین نظام انگیزشی و تسهیلات لازم برای پزشکان کلیه سطوح به منظور حرکت در مسیر اجرای الکترونیک (تعیین مشوق و پیشنهاد بازنگری تعرفه ارائه خدمات در بستر پزشکی خانواده و نظام ارجاع به شورای عالی بیمه)

۱۰ - تدوین و استقرار شیوه‌نامه‌ها و راهنماهای سلامت

- تعیین ضمانت‌های اجرایی شیوه‌نامه‌های تشخیصی و درمانی در تمامی سطوح (معاونت بهداشت – معاونت درمان – IT) و سازمان‌های بیمه‌گر
- جانمایی شیوه‌نامه‌ها و پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی در پرونده الکترونیک به منظور رعایت اقدامات طبق اندیکاسیون تجویز و ارجاع و جلوگیری از تقاضای القایی (معاونت بهداشت – معاونت درمان – IT)
- تعیین فهرست خدمات مشمول استفاده از پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی توسط کمیته نظام ارجاع

۱۱- فراهم‌کردن دسترسی به درگاه خودارزیابی و خودمراقبتی بر اساس وضعیت سلامت فرد (از طریق کمیته فن‌آوری اطلاعات قرارگاه ملی پزشکی خانواده)

- راه‌اندازی درگاه خودمراقبتی در سامانهٔ پرونده الکترونیک سطح یک
- فراهم‌کردن دسترسی سطح‌بندی‌شده افراد به پرونده الکترونیک خود
- فراهم‌آوری امکان تبادل داده‌های مرتبط با سلامت بر اساس سطح‌بندی تعریف‌شده
- فراهم‌سازی امکان دریافت آموزش‌های عمومی و اختصاصی از درگاه خودمراقبتی
- فراهم‌سازی امکان رضایت‌سنجی و ثبت پیشنهادها و شکایات و ارسال پاسخ سؤالات و نتیجه رسیدگی به شکایات در درگاه خودمراقبتی

۱۲ - نظام پرداخت

- به صورت Mix Payment (پرداخت ترکیبی) شامل Fix Payment (پرداخت ثابت) به اضافه پرداخت مبتنی بر عملکرد (P4P) و به علاوه پاداش می‌باشد.
- برآورد میزان هزینه‌های سطوح مختلف

۱۳ - نظام پایش و ارزشیابی

- طراحی مدل ارزیابی و ارتقای مستمر کیفیت فرآیندها در سطوح مدیریتی و ارائه خدمت
- تدوین برنامه زمان‌بندی پایش حضوری دانشگاه/دانشکده
- تعیین شاخص‌های ارزیابی عملکرد در اجرای بسته خدمات پایه تعریف‌شده در سطح شهرستان و استان
- تعیین شاخص‌های رصد و دیده‌بانی حاصل از عملکرد بسته خدمات پایه سلامت به منظور اولویت‌گذاری نیازهای جمعیت
- تعیین نشانگرهای ارزیابی برای حوزهٔ حکمرانی در اجرای مفاد برنامه‌های پیش‌بینی‌شده
- ارزیابی هزینه اثربخشی اجرای پزشکی خانواده
- سنجش رضایت گیرندگان خدمت و راستی‌آزمایی خدمات سلامت
- سنجش رضایت ارائه‌دهندگان خدمت و مجریان برنامه
- طراحی برنامه مداخله‌ای با توجه به پایش انجام شده

ضوابط اجرای برنامه:

الف) نظام ارائه خدمات:

- تیم سلامت خانواده (برابر تعریف پیش گفت در این شیوه‌نامه) محور ارائه خدمات بهداشت و درمان به جمعیت‌های معین است و مسئولیت‌های زیر را برعهده دارد:
  - تأمین جامعیت خدمات، تداوم خدمات و هماهنگی با سایر بخش‌ها.
  - تیم سلامت خانواده مسئولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته خدمات تعریف شده؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی- اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه تحت‌پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده می‌تواند برای حفظ و ارتقای سلامت، برابر این شیوه‌نامه از ارجاع فرد به سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و سطوح بالاتر استفاده کند؛ ولی مسئولیت تداوم خدمات با او و مراقبین مربوطه خواهد بود. یکی از وظایف پزشک خانواده، مدیریت و نظارت بر عملکرد مراقبین سلامت تحت‌سرپرستی خود است و همچنین سایر خدمات وی شامل، ویزیت سرپایی، مراقبت مستقیم و پیگیری و ارائه خدمات موارد ارجاعی به سطح ۲ می‌باشد.

ب) مراحل ثبت‌نام، به‌کارگیری و چگونگی فعالیت تیم سلامت

- **شرایط لازم برای عقد قرارداد (استانداردهای معاونت بهداشت و درمان، سازمان‌های بیمه‌گر و نظام پزشکی):**

۱. فضای فیزیکی استاندارد پایگاه سلامت خانواده:

پایگاه سلامت خانواده دولتی: از تبدیل پایگاه‌های سلامت (غیرضمیمه و ضمیمه) با رعایت استانداردهای فضای فیزیکی شامل اتاق پزشک (به ازای هر پزشک یک اتاق)، اتاق مراقب (به ازای هر مراقب / ماما یک اتاق)، اتاق تزریقات و خدمات جنبی (به ازای هر پایگاه سلامت یک اتاق)، اتاق مشاورهٔ برنامه‌های جمعیت و فرزندآوری و.... و فضای انتظار (به ازای هر پایگاه سلامت حداقل ۱۲ متر)

پایگاه سلامت خانواده خصوصی: این واحد باید به ازای هر تیم سلامت خانواده حداقل از ۴ اتاق (یک اتاق برای پزشک، یک اتاق مراقب سلامت، یک اتاق برای خدمات مامایی، یک اتاق

تزریقـات و خدمات جنبـی و...) با زیربنـای حداقل ۶۵ مترمربع تشکیل شده، ترجیحاً در طبقه همکـف و در غیراین‌صورت الزاماً دارای آسانسور باشد.

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

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

۲. تجهیزات پایگاه سلامت خانواده: تجهیزات پزشکی مطابق آخرین استانداردهای ابلاغ شده (پیوست شیوه‌نامه)

۳. الزامات نیروی انسانی برنامه:

سطح یک: پزشک خانواده از بین دارندگان مدارک پزشک عمومی، تخصص پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی، متخصصین (در صورت موافقت معاونت درمان) و پزشک عمومی دارای PhD که پروانه و مجوز معتبر کار پزشکی دارد، انتخاب شود.

- مراقب سلامت ترجیحاً زن از بین دارندگان مدارک کارشناسی/ کارشناسی ارشد در رشته‌های مامایی، بهداشت عمومی، بهداشت خانواده، پرستاری انتخاب شود.

تبصره ۱: هر تیم سلامت خانواده متشکل از یک پزشک و دو مراقب (یکی از مراقبین ترجیحاً کارشناس/ کارشناس ارشد مامایی) برای پوشش ۳۰۰۰ نفر جمعیت خواهد بود.

تبصره ۲: کلیه پزشکان خانواده و مراقبین طرف قرارداد باید قبل از عقد قرارداد در دوره‌های آموزشی تعیین شده مطابق آخرین دستورالعمل آموزشی ابلاغی شرکت نموده، گواهینامه پایان دوره دریافت نمایند.

تبصره ۳: کارشناس مامایی (مراقب سلامت مامایی) در صورت نیاز به قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر نیاز به پروانهٔ کار دارند.

تبصره ۴: تداوم همکاری با برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) منوط به رعایت استانداردهای اعلام شده است؛ در صورت تخطی از وظایف، ستاد شهرستان می‌تواند

با توجه به اقتضائات مربوطه تصمیم مقتضی را در مورد ادامه یا عدم ادامه همکاری ایشان اخذنماید.

تبصره ۵: سازمان بیمه سلامت موظف به عقد قرارداد با پزشکانی که دارای پروانه مطب هستند، می‌باشد. دانشگاه موظف به خرید خدمات راهبردی منطبق بر بسته‌های خدمات سلامت می‌باشد.

تبصره ۶: طبق یک بند مستقل در کلیه قراردادهای برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)، مدیر شبکه بهداشت و درمان (در مرکز استان رئیس مرکز بهداشت شهرستان)، ناظر قرارداد (برابر روال تعیین‌شده در این شیوه‌نامه و چک‌لیست‌های مصوب) و ارائه خدمات بوده، پرداخت‌ها برابر این شیوه‌نامه به پزشکان و مراقبین سلامت پس از گزارش و تأئید ایشان قابل انجام است.

۴. مدارک و مستندات لازم جهت عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر:

- فرم تکمیل شده تقاضای همکاری
- پروانه‌های قانونی معتبر برای انعقاد قرارداد شامل: پروانه معتبر مطب برای شهر محل فعالیت پزشک و ماما
- فرم قراردادنامه تکمیل شده
- فرم بازدید اولیه تکمیل شده

- **نحوهٔ عقد قرارداد:**

۱) عقد قرارداد سازمان‌های بیمه‌گر با پزشک از طریق خرید خدمات راهبردی

۲) به‌کارگیری مراقب سلامت از طریق دانشگاه‌های علوم پزشکی و به صورت طرح نیروی انسانی و یا برون سپاری

۳) به کارگیری سایر اعضای تیم سلامت (کارشناسان بهداشت محیط و حرفه‌ای، کارشناسان ناظر، کارشناس تغذیه و روان ...) توسط دانشگاه

- **اولویت به‌کارگیری اعضای تیم سلامت:**

۱) نیروهای استخدامی موجود (رسمی، پیمانی و قراردادی)

۲) نیروهای طرحی، پیام‌آور بهداشت
۳) خرید خدمت از بخش خصوصی
الف) آوا سلامت
ب) پیمانکاران محلی
۴) برونسپاری

تبصره۱: نیروهای استخدامی (رسمی، پیمانی) و طرحی و پیام‌آور بهداشت، در واحد موظفی خود، باید در برنامه سلامت خانواده (پزشک خانواده و نظام ارجاع)مشارکت داشته باشند.

تبصره ۲: عقد قرارداد با بخش خصوصی منطبق بر آیین‌نامه‌های مالی و معاملاتی مصوب و بر اساس فرمت ابلاغی از سوی ستاد اجرایی کشوری انجام می‌پذیرد. (در عقد قرارداد، متأهلین و افراد صاحب فرزند در اولویت می‌باشند.)

کلیه درمانگاه‌های غیردانشگاهی می‌توانند در قالب پایگاه‌های تجمیعی سلامت خانواده از طریق عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر با رعایت استانداردهای مورد نیاز، زیرنظر مرکز خدمات جامع سلامت به فعالیت خود ادامه دهند.

ج) استاندارد فضای فیزیکی مرکز خدمات جامع سلامت

- **فضای فیزیکی برای جمعیت تحت‌پوشش متوسط ۴۰ هزار نفر، حدود ۵۰۰ تا ۶۰۰ متر مربع است.**
  - فضا برای مسئول فنی و رئیس مرکز (۱۲ مترمربع)
  - فضا به ازای هر تیم سلامت خانواده (۳۶ متر مربع، ۳ اتاق ۱۲ مترمربعی)
  - فضا برای خدمات بهداشت محیط و بهداشت حرفه‌ای (۲۴ مترمربع)
  - فضای مستقل برای کارشناس تغذیه (۲۴ مترمربع) (۲ اتاق ۱۲ مترمربعی)
  - فضای مستقل برای ارائه خدمات سلامت روان (۲۴ مترمربع) (۲ اتاق ۱۲ مترمربعی)
  - فضا برای سالن انتظار (حدود ۵۰ مترمربع)
  - فضا به ازای هر کارشناس ناظر (حدود ۱۲ مترمربع)
  - فضا برای ارائه خدمات پرستاری (۲۴ متر، ۲ اتاق ۱۲ مترمربعی)
  - 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 ۳۰ مترمربع (به ازای هر یونیت ۲۰ متر مربع اضافه شود.)
- فضا برای سرویس‌های بهداشتی و آبدارخانه (حدود ۱۲ مترمربع)
- پیش‌بینی رمپ برای معلولین یا آسانسور برای ساختمان‌های دو طبقه و بالاتر

- **در صورت ارائه خدمات مرکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی باید این فضاها به فضاهای پیشین اضافه شود:**
  - فضای اورژانس و بستری موقت خانم‌ها و آقایان (حدود ۶۰ مترمربع)
  - اتاق احیا با تجهیزات استاندارد
  - اتاق استراحت کارکنان

- **مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی (بر اساس استانداردهای دستورالعمل مربوطه) به شرح زیر می‌باشد:**

فضای مورد نیاز مراکز خدمات جامع سلامت آموزشی شامل استانداردهای فضای فیزیکی مراکز خدمات جامع سلامت روزانه به اضافه موارد ذیل است:

- کلاس آموزشی مستقل برای فراگیران / دانشجویان (با توجه به تعداد دانشجویان حداقل ۲۰ متر)
- فضای اختصاصی جهت استقرار مربیان و استادان (یک اتاق ۱۲ متری)

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

- پزشک مسئول فنی یک نفر
- دندانپزشک به ازای ۱۵ تا ۲۰ هزار نفر یک نفر
- کارشناس ناظر به ازای هر مرکز حداقل یک نفر و به ازای هر ۲۰ هزار نفر یک نفر اضافه شود.
- کارشناس بهداشت محیط به ازای هر ۳۰۰ پرونده / واحد / امکنه عمومی یک نفر
- کارشناس بهداشت حرفه‌ای به ازای هر ۳۰۰ واحد کارگاهی/ صنعتی یک نفر
- مراقب سلامت دهان به ازای هر دندانپزشک با یونیت فعال یک نفر
- کارشناس/کارشناس ارشد تغذیه به ازای هر ۲۰ هزار نفر یک نفر
- کارشناس ارشد / دکتری روانشناسی به ازای هر ۲۰ هزار نفر یک نفر

- پذیرش یک نفر
- خرید خدمت حجمی برای نظافت
- خرید خدمت حجمی برای نقلیه
- نمونه‌گیر بر حسب ضرورت یک نفر

تبصره: کارشناس ناظر (ترجیحاً مرد باشد.) به ازای هر ۲۰ هزار نفر یک نفر؛ کارشناس ناظر دوم، کارشناس بیماری‌ها باشد.

در شهرستان‌های با جمعیت ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر فاقد بیمارستان که تا اولین و نزدیک‌ترین بیمارستان بیش از نیم ساعت با خودرو فاصله دارند، علاوه بر خدمات جاری مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی، خدمات ویزیت تخصصی سرپایی، فوریت‌های پزشکی (اورژانس) و انتقال واعزام بیماران اورژانسی به صورت ۲۴ ساعته تحت عنوان مراکز منتخب شبانه‌روزی سلامت ارائه خواهند شد.

سطح دو و سه:

- همهٔ پزشکان متخصص و فوق‌تخصص شاغل در بخش خصوصی (مطب‌های خصوصی، کلینیک‌های خصوصی) و مراکز درمانی عمومی غیردولتی و خیریه که بر اساس فراخوان تمایل به همکاری در قالب نظام ارجاع و پزشکی خانواده دارند، مشروط به رعایت قوانین و ضوابط معاونت درمان سازمان نظام پزشکی، می‌توانند از طریق عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر نسبت به پذیرش بیماران ارجاعی از سطح یک اقدام نموده، بازخورد ارجاع را به صورت الکترونیک (در صورت قطعی اینترنت به صورت کاغذی) ارسال دارند.
- کلیه دفاتر کار پروانه‌دار (شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی، روانشناسی و تغذیه) می‌توانند از طریق عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر نسبت به پذیرش ارجاعات سطح یک و دو و سه و ارائه خدمت اقدام نمایند.
- خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی سرپایی به عنوان سطح دوم و خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی بستری به عنوان سطح سوم نظام ارجاع محسوب می‌شود و بازخورد آن تابع ضوابط و قوانین معاونت درمان است.

د) ساعت کاری برنامه:

ساعت کاری موظف تیم سلامت خانواده به صورت ۴۴ ساعت در هفته در شیفت صبح یا عصر به جز ایام تعطیل رسمی در قالب جدول ذیل خواهد بود:

	شیفت صبح	شیفت عصر
شنبه تا چهارشنبه	۷ صبح تا ۱۴:۳۰	۱۴:۳۰ تا ۲۲
روزهای پنج‌شنبه	۷ صبح تا ۱۳:۳۰	۱۳:۳۰ تا ۲۰

بسته‌های خدمتی در قالب خدمات مراقبتی و درمانی به جمعیت تحت‌پوشش هر پایگاه سلامت خانواده الزاماً توسط تیم سلامت خانواده فرد ارائه می‌شود. بدیهی است پزشک همپوشان موظف به ارائه خدمات درمانی جمعیت تحت‌پوشش شیفت مقابل، حسب ضرورت است. ترجیحاً بهتر است که پزشکان همپوشان در یک مکان فیزیکی ارائه خدمت نمایند.

ساعت کاری مراکز خدمات جامع سلامت طبق روال عادی است. دانشگاه می‌تواند از فضای فیزیکی این مراکز جهت راه‌اندازی تیم سلامت خانواده دولتی و غیردولتی در شیفت کاری عصر استفاده کند.

در شهرستان‌های ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر فاقد بیمارستان، مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی علاوه بر خدمات بسته خدمت سطح یک در ساعات موظفی، با برنامه‌ریزی شبکه بهداشت درمان شهرستان، باید خدمات تشخیصی درمانی و فوریت‌های پزشکی را به صورت شبانه‌روزی ارائه نمایند.

نحوهٔ مراجعه به پزشک در خارج از ساعات کاری و روزهای تعطیل: در خارج از ساعات کاری پزشک خانواده و روزهای تعطیل، بیماران برای دریافت خدمات تشخیصی درمانی و فوریت‌های پزشکی می‌توانند به مراکز خدمات جامع سلامت شبانه‌روزی، اورژانس بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های شبانه‌روزی دولتی و دولتی غیردانشگاهی، خیریه و غیره مراجعه نمایند.

تبصره ۱: ستاد اجرایی استان با توجه به شرایط جمعیتی، دسترسی و شرایط جغرافیایی، شرایط آب و هوایی و میزان کفایت داوطلبین بخش خصوصی می‌تواند نسبت به تغییر ساعات کار (با رعایت ۴۴ ساعت در هفته)، تغییر جمعیت تحت‌پوشش هر تیم سلامت خانواده با ارائه پیشنهاد به ستاد اجرایی کشوری برای اخذ مجوز تغییرات مورد نظر اقدام نماید.

تبصره ۲: تیم سلامت خانواده بخش خصوصی می‌تواند ۸ ساعت و در دو شیفت فعالیت نماید.

ه) ارائه خدمات در شرایط مرخصی (استحقاقی، استعلاجی و ...) و ماموریت پزشک و مراقب:

- نحوه استفاده تیم سلامت خانواده حسب نوع رابطه استخدامی و به‌کارگیری مطابق قوانین و مقررات اداری و استخدامی مربوطه خواهد بود.
- در صورت عدم حضور پزشک خانواده و مراقب سلامت/ماما برای کمتر از سه روز، تیم سلامت خانواده همپوشان موظف به ارائه خدمات به جمعیت تحت‌پوشش در همان ساعت کاری ایشان و در محل کاری خود است.
- در صورت عدم حضور پزشک خانواده یا مراقب سلامت /ماما برای بیش از سه روز، پزشک یا مراقب /ماما مورد نظر موظف به معرفی پزشک یا مراقب جایگزین است.
- حداکثر روزهایی که پزشک خانواده می‌تواند از پزشک جایگزین استفاده کند، ۱۵ روز در طول شش ماه است.
- تسهیلات پیش‌بینی‌شده در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت از جمله مرخصی زایمان، معافیت از شیفت شب، تسهیلات مربوط به بازنشستگی و ... برای تیم سلامت خانواده لازم‌الاجرا است.
- پزشک خانواده و مراقب سلامت/ماما باید دو ماه قبل از لغو قرارداد مراتب را به اطلاع ستاد اجرایی شهرستان و جمعیت تحت‌پوشش خود برسانند.
- اشتغال پزشکان خانواده در موارد خاص با تشخیص ستاد اجرایی شهرستان و تأیید ستاد استان به منظور رفع نیاز اورژانس بیمارستان و مراکز شبانه‌روزی شهرستان محل خدمت، برای مدت محدود تا برطرف شدن نیاز بلامانع است. بدیهی است پرداخت به کشیک اورژانس، در قالب کارانه[1] (FFS) خواهد بود.

تبصره ۱: پزشکان متخصصی 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 همپوشان برابر ضوابط این شیوه‌نامه با اخذ مهر و امضای ایشان معرفی می‌کند. نام و نشانی محل کار پزشک همپوشان که توسط پزشک خانواده ستاد اجرایی شهرستان اعلام می‌شود، باید در جایی مناسب نصب شود و به صورتی مشخص به اطلاع همهٔ افراد تحت 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 پزشک همپوشان و از طریق مسئول مرکز به ستاد اجرایی شهرستان

1. Fee For Service

اطلاع دهد. در موارد اضطرار، مطلع ساختن مسئول مرکز و پزشک همپوشان کفایت می‌کند. مسئول 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 زیر پوشش خود دارد، باید در فاصله زمانی دو تا سه ماهه، ستاد اجرایی شهرستان را از تصمیم خود مطلع سازد. درصورت 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 خود، در مواقع اورژانس می‌تواند به اولین / نزدیک‌ترین بخش اورژانس مراکز درمانی مراجعه نماید و چنانچه وضعیت وی اورژانسی تشخیص داده شود، خدمات کامل را خارج از نظام ارجاع دریافت نماید. چنانچه شرایط بیمار اورژانسی نباشد با مراجعه به پزشکان سطح یک همان منطقه خدمات لازم را دریافت داشته و در صورت نیاز می‌تواند توسط پزشک سطح یک به سطوح تخصصی ارجاع داده شود.
    - یادآور می‌شود ارائه خدمات غیراورژانسی به این دسته از بیماران با کسب مجوز دسترسی (از بیمار) به پروندهٔ الکترونیک فرد مقدور بوده، باید تمام اقدامات گروه پزشکی در پرونده وی منعکس شود.

سرشماری جمعیت جهت انتساب به تیم سلامت خانواده:

- سرشماری جمعیت بر اساس بلوک‌بندی جمعیتی هر ۳۰۰۰ نفر یک تیم سلامت خانواده توسط مراقبین سلامت انجام می‌گردد.
- انجام تمام مراحل اطلاع‌رسانی به جمعیت برای انتخاب تیم سلامت خانواده و نیز فراهم‌کردن امکانات و الزمات آن به عهده ستاد اجرایی شهرستان است.
- ثبت نام اولیه خانواده‌ها از طریق سرپرست خانوار انجام می‌پذیرد.
- سرپرست‌های خانوار برای بهره‌مندی از خدمات سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) حتی‌المقدور در انتخاب تیم سلامت خانواده در سطح منطقه تحت پوشش مرکز خدمات جامع سلامت مختار هستند. (توصیه به انتخاب در محدوده مرکز خدمات جامع سلامت)

- محل ورود خانواده‌ها به برنامه سلامت خانواده (پزشکی 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 محدودهٔ جغرافیایی محل زندگی و یا کار فرد، امکان تعویض تیم سلامت 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 سلامت خانواده (پزشک و مراقب سلامت/ماما) با تشکیل یا تکمیل پرونده الکترونیک انجام می‌شود.
- بیمه‌شده در صورت نیاز، حداکثر دو بار در سال می‌تواند با مراجعه به تیم سلامت خانوادهٔ خود، از جمعیت تحت‌پوشش وی خارج شود و نزد تیم سلامت خانواده دیگری ثبت نام نماید. فاصله ثبت‌نام نزد تیم سلامت خانواده و اولین تغییر و فاصله دو تغییر نباید کمتر از سه ماه باشد. در شرایط خاص با نظر ستاد شهرستان می‌توان این مدت زمانی را کاهش داد. تعویض تیم سلامت خانواده در ابتدای ماه قابل انجام است. (با رعایت ضوابط اعلام شده در خصوص تعویض تیم سلامت خانواده)

تبصره۲: در مورد کسانی که بیمه‌شده هستند، اما شماره ملی ندارند (تبعهٔ 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 برنامهٔ سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) در نظر گرفت. (در هر حال شماره بیمه آنها ملاک عمل خواهد بود)

نظام پرداخت به پزشک خانواده (سطح اول):

حق الزحمهٔ تیم سلامت خانواده به‌صورت پرداخت ترکیبی (Mix payment) شامل پرداخت ثابت (Fix payment) به اضافه پرداخت مبتنی بر عملکرد (P4P) می‌باشد. همچنین برای انجام خدمات ویژه، پاداش در نظر گرفته شده است.

تبصره۱: نظام پرداخت به پزشک مسئول فنی، پزشکان خانواده متخصص و ... در دستورالعمل پرداخت مشخص می‌شود.

تبصره ۲: پرداخت حقوق و حق‌الزحمه کارشناس 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 به‌کارگیری شده‌اند، به عهده مرکز بهداشت شهرستان / پیمانکاران طرف قرارداد است.

تبصره ۳: فرانشیز خدمات ویزیت، دارویی و پاراکلینیکی ارائه‌شده در سطح یک برنامه پزشکی خانواده به بیمه‌شده در قالب بسته خدمتی تعریف‌شده، بر اساس ابلاغیه سالانه هیأت دولت است.

تبصره ۴: تمام پرداخت‌ها طبق این شیوه‌نامه، هر سال توسط ستاد اجرایی کشوری به شورای عالی بیمه سلامت پیشنهاد می‌شود و بر مبنای رشد تعرفه، رشد حقوق و دستمزد و سایر پارامترهای تاثیرگذار، مورد بازبینی قرار می‌گیرد.

- **چگونگی پرداخت به پزشک خانواده:**

پرداخت بر پایه عملکرد ثبت شده در سامانه‌های سطح یک انجام می‌شود که به مرور زمان ارتقاء پیدا می‌کند و بر اساس شاخص‌های عملکردی محاسبه خواهد شد.

- **پرداخت‌های تشویقی:**

چنانچه تیم پزشکی خانواده در بیماریابی بیماری‌های مشمول دریافت تشویقی و پیگیری ویژه گروه‌های خاص نقش موثر و به موقع داشته باشد، مشمول دریافت پرداخت تشویقی خواهد بود. محل پرداخت این تشویقی از تعدیلات حاصل از پایش عملکرد است.

براساس ماده ۴۶ قانون جوانی جمعیت، کارانه پلکانی آموزش و مشاوره فرزندآوری منجر به تولد نوزاد براساس شیوه‌نامهٔ طرح رویش پرداخت می‌شود.

- **جرایم:**

۱) ثبت خدمات غیرواقعی (درصورت ثبت غیرواقعی خدمت، بسته به اهمیت خدمت ثبت‌شده برای بار اول ۱۰ تا ۲۰ درصد از دریافتی پزشک یا مراقب کسر می‌شود. 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 کارانهٔ دریافتی اعمال خواهد شد. به ازای هر یک درصد کاهش از ۹۰ درصد، یک درصد از کارانه کسر می‌گردد.)

۳) عدم دریافت خدمات یا کیفیت نامطلوب خدمات به گروه‌های مشمول خدمات ویژه که منجر به ایجاد عوارض ناشی از عدم تشخیص و اقدام به موقع شده است. بر اساس تحلیل ریشه‌ای گزارش‌های کمیته‌های مرگ‌ومیر بیمارستان و شبکه‌های بهداشت و شکایات منجر به صدور رأی از سازمان نظام پزشکی و گزارش‌های 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 تحت‌پوشش که جهت دریافت خدمات تصریح شده در بسته خدمات مراجعه نموده‌اند، به شرطی که پس از بررسی شکایت به تأیید 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 صورت می‌پذیرد.)

۵) در صورت مبادرت یا مباشرت به سقط عمدی جنین طبق مواد ۵۶، ۵۸، ۶۰، ۶۱ و ۷۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت اقدام خواهد شد.

- **حق‌الزحمه مشاوره:**

حق‌الزحمه مربوط به درخواست مشاوره از کارشناسان پروانه‌دار رشته‌های تغذیه، روانشناسی، بینایی‌سنجی، شنوایی‌سنجی، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی در صورت ارجاع از طرف پزشک خانواده برابر تعرفه‌های مصوب هیأت دولت در بخش دولتی و یا خصوصی و به شرط ارسال بازخورد، در صورت قرار گرفتن در تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر قابل پرداخت است.

تبصره: تعرفه خدمات دندانپزشکی برابر ضوابط جاری سازمان‌های بیمه‌گر ارائه خواهد شد.

فرآیندهای خدمات سطح دوم و سوم (نظام ارجاع):

نظام ارجاع، فرایند مشخصی در ارائه خدمات تخصصی به ارجاع‌شونده در بستر پرونده الکترونیک دارد که از ارجاع از سطح یک شروع می‌شود و با دریافت بازخورد الکترونیک و پیگیری اجرای توصیه‌های ذکر شده در بازخورد خاتمه می‌یابد. اجزای این فرایند در سطح یک و سطوح تخصصی دو و سه عبارتنداز:

- **الف- سطح یک:**
  - ارجاع مراجعان نیازمند ویزیت خدمات تخصصی/ خدمات تشخیصی درمانی (بخش دولتی و دفاتر کار خدمات تخصصی) مطابق با شیوه‌نامه‌های مربوطه

- تکمیل فرم ارجاع الکترونیکی
- اخذ نوبت از سامانه‌های نوبت دهی (درصورتی‌که سامانه نوبت‌دهی پاسخگو نباشد، هماهنگی لازم با سطوح بالاتر صورت پذیرد.)
- پرداخت فرانشیز ویزیت متخصص در کارتخوان‌های متصل به حساب‌های درآمدی مراکز درمانی سطح دوم (کلینیک و بیمارستان و ...)
- بررسی نتیجه ارجاع از نظر ویزیت پزشک/ دریافت خدمت
- بررسی از نظر ارسال بازخورد ارجاع
- پیگیری بازخورد از نظر انجام اقدامات توصیه‌ای بیمار و تیم سلامت

تبصره ۱: پزشکان خانواده موظف به رعایت سقف حداکثر ۱۵ درصد ارجاع بیماران مراجعه‌کننده خود به سطح دوم هستند.

تبصره۲: هرگونه ارجاع بیماران به سطح دو صرفاً از طریق پزشک خانواده به سطوح تخصصی طرف قرارداد برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) انجام می‌شود.

تبصره۳: در صورتی که پزشک خانواده تصمیم به ارجاع به سطوح ۲ را داشته باشد، باید نوع رشته تخصصی موردنظر را برای بیمار شرح دهد و تعداد متخصصین و یا فوق‌تخصص‌های 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 ۴: اولویت ارجاع، با نزدیک‌ترین متخصص موجود در محدوده جغرافیایی است، به طوری که باید با مراکز درمانی (مطب، درمانگاه، بیمارستان خصوصی و یا دولتی) هماهنگی لازم را از نظر تعیین وقت ملاقات برای بیمار به‌عمل آورده، به اطلاع وی رسانده شده، ارجاع الکترونیک صورت گیرد. در این زمینه، مرکز هدایت و پاسخگویی (Call Center) مسئول راهنمایی پزشک خانواده و مراجعین و مسائل مرتبط با آنهاست.

تبصره ۵: در صورتی که بیمار (بر خلاف تشخیص پزشک خانواده) درخواست ارجاع به سطوح بالاتر را داشته باشد، باید شخصاً اقدام به اخذ پذیرش از متخصص

موردنظر خارج از نظام ارجاع نموده و پوشش بیمه در دورهٔ گذر (ارجاع اختیاری) کامل خواهد بود و پس از دوره گذر (ارجاع اجباری) به‌صورت آزاد محاسبه خواهد شد.

تبصره ۶: درصورتی‌که تخصص مدنظر در آن شهرستان موجود نباشد، مراجعه‌کننده با راهنمایی پزشک خانواده یا Call Center براساس مسیر حرکتی تسهیل‌شده (به‌عنوان مثال شهرستان استان همجوار که مسیر حرکتی مردمی به آن راحت‌تر صورت می‌گیرد) مستقیماً می‌تواند شهرستان بعدی را تعیین نموده، از خدمات لازم برخوردار گردد.

تبصره ۷: 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 مرکز هدایت و پاسخگویی؛ باید در اسرع وقت در سطح دو و سه پذیرش شوند.

تبصره ۸: مراجعه بیماران اورژانسی به بخش اورژانس بیمارستان، به صورت شخصی یا از طریق اورژانس پیش بیمارستانی، خارج از مسیر ارجاع بوده، مشمول نوبت‌دهی نیست.

تبصره ۹: لازم به ذکر است که پزشک خانواده می‌تواند بیمار را در صورت درج برنامهٔ درمان در پرونده (پس از ویزیت متخصص/ فوق‌تخصص) برای انجام خدمات بازتوانی مستقیماً ارجاع نماید.

- **ب- سطوح دو و سه:**

ارائه خدمات در سطح ۲:

- ویزیت سرپایی و ارائه خدمات تشخیصی درمانی
- ویزیت سرپایی و ارجاع غیرفوری مراجعه‌کننده به سایر مراکز درمانی جهت انجام خدمات تخصصی/ فوق‌تخصصی و یا بازتوانی به صورت الکترونیکی/ کاغذی. (در صورت وجود مشکلات زیرساخت الکترونیکی)
- درخواست یا انجام مشاوره با سایر پزشکان متخصص/ فوق‌تخصص حسب مورد به صورت الکترونیکی/کاغذی

- اعزام فوری مراجعه کننده با شرایط اورژانسی به سایر مراکز درمانی جهت انجام خدمات تشخیصی، درمانی و یا فوق‌تخصصی به صورت الکترونیکی/کاغذی (در صورت وجود مشکلات زیرساخت الکترونیکی)
- صدور دستور بستری جهت ادامه خدمات تشخیصی درمانی در بیمارستان
- ارائه بازخورد الکترونیکی/کاغذی به تیم سلامت ارجاع‌دهنده

تبصره ۱: چنانچه تشخیص و تجویز مستلزم انجام اقدامات پاراکلینیک باشد، پزشک متخصص/ فوق‌تخصص باید بازخورد را پس از رویت نتایج پاراکلینیک ارسال نماید. حق ویزیت متخصص/ فوق‌تخصص در مراجعه بعدی بیمار جهت بررسی نتایج پاراکلینیک، مطابق مقررات جاری معاونت درمان تعیین می‌شود.

تبصره ۲: درصورت عدم دریافت بازخورد از سطوح بالاتر توسط پزشک خانواده به مدت بیش از یک ماه، تیم سلامت در سطح یک موظف است نتیجه ارجاع را از شخص بیمار پیگیری نماید.

تبصره ۳: ارائه خدمات فوق در سطح تخصصی و فوق‌تخصصی در واحدهای دولتی، عمومی و خصوصی طرف تفاهم صورت خواهد گرفت.

تبصره ۴: کلینیک‌های دانشگاهی خارج از بیمارستان به عنوان کلینیک‌های وابسته به بیمارستان متبوع تلقی‌شده و تعامل‌گیرندگان خدمات و بیمه‌ها و مدیریت و قراردادهای جاری در آنها تابع شرایط بیمارستان مربوطه خواهد بود.

الزامات خدمات در سطح ۲ و ۳:

- ستاد اجرایی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی موظف است اسناد مرتبط با خدمات ارجاع در شهرستان‌ها را طی مجموعه‌ای الکترونیک و قابل اشتراک با ادارات بیمه‌گر پایه استان تهیه و ارائه نماید.
- کلیه مراکز درمانی سرپایی و کلینیک‌های ویژه موظف به استفاده از سامانه‌های نوبت‌دهی الکترونیک دارای مجوز مرکز مدیریت آمار و فن‌آوری اطلاعات وزارت بهداشت می‌باشند.
- نوبت‌گیری از مرکز سطح دو برای خدمت مورد نظر و اطلاع به بیمار برای مراجعه به مرکز سطح دو مبتنی بر سامانه الکترونیک بر عهده مراکز سطح یک می‌باشد.

- کلیه مراکز ارائه خدمات سطح ۲ و ۳ سرپایی مکلّف به استفاده از سامانه نوبت‌دهی و رعایت ضوابط مربوطه هستند.
- 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، به مراجعه‌کننده زمان ویزیت و محل ارائه خدمات را اطلاع می‌دهد. پس از پرداخت تعرفه لازم، مراجعه‌کننده به محل ویزیت متخصص، هدایت شده و خدمت لازم را دریافت می‌نماید.

مدیر فرآیند ارجاع

مدیر داخلی یکی از مسئولین اجرایی مرکز درمانی و یا بیمارستان است که با ابلاغ رئیس مرکز درمانی و یا بیمارستان به منظور هماهنگی و مدیریت امور ارجاع انتخاب می‌گردد. در مرکز سرپایی/ رئیس بیمارستان موظف به تعیین مدیر فرآیند ارجاع برای مدیریت ارجاع سطح ۲ و ۳ است.

شرح وظایف مدیر فرآیند (رابط) ارجاع:

- **۱. مدیریت نوبت‌دهی**
  - اطمینان از عملکرد درست سامانه نوبت‌دهی
  - تهیه برنامه متخصصین و ساعات کاری آنها در هر مرکز و ثبت در سامانه نوبت‌دهی
  - تعیین سهم پذیرش بیماران ارجاعی به تفکیک پزشکان شاغل در شیفت‌های مختلف کلینیک ویژه و درمانگاه‌ها
  - پایش مستمر بار مراجعین و ارائه گزارش به مدیر مرکز جهت انعکاس به ستاد اجرایی شهرستان برای اعمال تغییرات سهم پذیرش در سامانه نوبت‌دهی و اعمال در فرآیند پذیرش

تبصره ۱: حداقل۳۰٪ از سهمیه اول پذیرش هر پزشک شاغل در کلینیک ویژه، به بیماران ارجاعی از سطح یک اختصاص داده شود.

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

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

- **۲. مدیریت پذیرش بیماران مراجعه‌کننده از سطح اول**

تبصره: اولویت پذیرش و ویزیت با بیماران ارجاعی است.

- **۳. هدایت بیمار برای دریافت خدمت در سطح ۲ و ۳**
- **۴. هدایت بیمار جهت انجام ویزیت‌ها و آزمایش‌های تخصصی، خدمات دارویی و ... بیماران ارجاعی**
- **۵. بررسی عملکرد متخصصین از نظر حضور در برنامه‌های درمانگاه / کلینیک‌های تخصصی، رعایت شیوه‌نامه‌های ارتقاء کیفی خدمات، ویزیت و ارسال بازخورد و اعمال کیفیت عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات در نظام پرداخت**
- **۶. اطمینان از تکمیل بازخورد الکترونیک/ کاغذی**
  - ثبت الکترونیک/کاغذی بازخورد ارجاع با حداقل اطلاعات شامل: تشخیص، داروهای تجویز شده، اقدامات انجام‌شده، خدمات پاراکلینیکی انجام شده و مورد نیاز، اقداماتی که احیاناً 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 باید به صورت الکترونیکی/ کاغذی به سطح یک انتقال داده شود.

تبصره: درصورت قطعی سیستم‌های الکترونیکی به هر دلیلی، از فرم بازخورد کاغذی استفاده شود.

فرم شماره ۱: نمونه فرم کاغذی ارجاع و بازخورد ارجاع

ته برگ فرم ارجاع	فرم ارجاع	فرم پسخوراند
شماره ته‌برگ	کد ارجاع پزشک خانواده شهری / روستایی	شماره ته‌برگ
کد ارجاع	تاریخ ارجاع ...../...../.....	تاریخ ارجاع ...../...../.....
نام و نام‌خانوادگی	متخصص / فوق‌تخصص / سایر رشته‌های پروانه‌دار	بیمار مذکور مورد معاینه و اقدامات تشخیصی توسط اینجانیب قرار گرفت و موارد ذیل به حضورتان پیشنهاد می‌گردد.
علت ارجاع	بیمار خانم / آقای ..... مرد ☐ زن ☐ سن	تشخیص و اقدامات انجام شده:
.....	به دلایل زیر معرفی می‌گردد.	Finding:
.....	اقدامات انجام شده و علت ارجاع:	Impression:
ارجاع به	CC & PL	Plan:
.....	P/E:	F/U:
تاریخ ارجاع ..... / ..... /.....	Paraclinic Results:	
مهر و امضاء پزشک خانواده / جانشین	Impression/Dx:	مهر و امضاء پزشک متخصص/ فوق‌تخصص / سایر رشته‌های پروانه‌دار
	Medications:	
	Reason for Consultation:	
	مهر و امضاء پزشک خانواده / جانشین	

فرآیند ارائه خدمات به بیماران خاص، صعب‌العلاج، پیوندی و بیماران مشمول برنامه‌های ملی:

بیماران مزمن و نیازمند ارجاع مکرر مطابق فهرست ابلاغی معاونت درمان همانند بیماران خاص در مدت زمان تعریف‌شده نیازمند ارجاع مکرر نیستند. پذیرش این بیماران به‌ویژه مادران باردار، شیرده، نوزادان و کودکان در اولویت بوده، سامانه‌های مدیریت این بیماری‌ها باید در تعامل با سامانه‌های مدیریت اطلاعات در نظام ارجاع فعالیت نمایند. همچنین نظام پرداخت و سهم پرداخت بیماران بیمه شده و منابع حمایتی، تابع مقررات مربوطه است.

- **الزامات ارجاع به پاراکلینیک**
  - ارجاع برای خدمات پاراکلینیک از سطح یک مطابق بسته‌های خدمات سطح یک و پروتکل‌های ابلاغی وزارت بهداشت صورت می‌گیرد. عملکرد پزشکان خانواده طرف قرارداد در خصوص رعایت اندیکاسیون‌های تجویز در نظام پرداخت و استمرار همکاری در برنامه لحاظ خواهد شد.
  - ارجاع جهت انجام خدمات پاراکلینیک از سطح ۲ و ۳ مطابق با شیوه‌نامه‌های بالینی است و عملکرد متخصصین در خصوص رعایت اندیکاسیون‌های تجویز در نظام پرداخت و استمرار همکاری در برنامه لحاظ خواهد شد.
  - درخواست خدمات پاراکلینیک توسط پزشک خانواده، متخصص یا فوق‌تخصص مطابق ضوابط نسخه الکترونیک صورت می‌گیرد و بیمار مستقیماً به مراکز (دولتی یا غیردولتی) موجود در شهرستان محل سکونت و در صورت عدم وجود امکانات به سایر مراکز ارائه‌دهنده خدمات پاراکلینیک مطابق نقشه ارجاع مراجعه می‌کند.
  - در صورتی که فاصله پایگاه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) از آزمایشگاه‌های تشخصی طبی با خودرو بیش از نیم ساعت باشد، شبکه بهداشت موظف است امکانات نمونه‌گیری را در سطح مرکز خدمات جامع سلامت مربوطه فراهم نماید. بدیهی است رعایت شیوه‌نامه‌های موجود برای انتقال نمونه بیماران الزامی است.
  - نتایج خدمات پاراکلینیک درخواستی از طریق دسترسی‌های ایجاد شده برای واحدهای مذکور در پرونده الکترونیک سطح یک قرار می‌گیرد.
  - یافته‌های مثبت در گزارش خدمات پاراکلینیک که در تشخیص و مراقبت بیماری نقش دارد، باید به صورت الکترونیک در بازخوراند ثبت شود.

- **الزامات در ارجاع به داروخانه**

سطح اول: داروخانه‌های سرپایی ارائه‌کننده خدمات پایه در سیستم پزشکی خانواده و نظام ارجاع: در این سطح داروساز مسئول فنی داروخانه به ارائه بسته خدمات پایه ذکر شده برای داروسازان می‌پردازد.

سطح دوم: داروخانه‌های بیمارستانی و تخصصی: در سطح بیمارستان با راه‌اندازی بخش‌های مراقبت‌های دارویی و ارائه خدمت تلفیق دارویی توسط داروسازان مستقر در بیمارستان و ارائه خدمت مشاوره فارماکوتراپی توسط متخصصین داروسازی بالینی و مطابق با استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، خدمات تخصصی‌تر به بیماران ارائه می‌گردد.

سطح سوم: سطح فوق‌تخصصی، بخش‌های مراقبت‌های دارویی دارای اتاق تمیز و داروخانه‌های فوق‌تخصصی: در این سطح خدمات دارویی با آماده‌سازی محلول‌های تزریقی شیمی‌درمانی (حجیم و

غیرحجیم) و تهیه فرمولای حمایت تغذیه وریدی (TPN) توسط داروسازان با نظارت و تجویز داروسازان بالینی و مطابق استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور ارائه می‌گردد.

- فهرست دارویی بر مبنای تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر است که قیمت آنها براساس قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو می‌باشد.
- لازم است کلیه داروخانه‌ها، ضمن استقرار سخت‌افزار و زیرساخت ارتباطی مناسب با به کارگیری نرم‌افزارهای مورد تأیید و دارای گواهینامه معتبر جهت نسخه‌پیچی نسبت به ارائه خدمات دارویی اقدام نمایند.

- **شرح وظایف مسئول فنی داروساز داروخانه**

۱) مشاوره دارویی تیم سلامت و اطلاع‌رسانی در خصوص داروها به ویژه داروهای جدید
۲) پردازش نسخ (بررسی صحت اقلام جمع‌آوری‌شده نسخه‌ها و ارائه توضیحات لازم به بیماران)
۳) رعایت سقف ریالی و شرایط تجویز اقلام دارویی در نسخ، مطابق با دستورالعمل‌های سازمان‌های بیمه‌گر طرف قرارداد
۴) کسب اطلاعات لازم از مراجعه‌کننده و یا مراجعه به پرونده الکترونیک بیمار در مورد وضعیت بیمار و یا شرایط ویژه بیمار برای ارائه کامل‌ترین مشاوره دارویی علی‌الخصوص در زمینه مدیریت بیماری‌های مزمن
۵) اطمینان از ایمنی، کیفیت و کارآیی داروهای تجویز شده
۶) راهنمایی بیمار در مورد نحوه، زمان و فاصله، مقدار و مدت مصرف دارو، عوارض جانبی احتمالی، تداخلات دارویی، ادامه یا قطع مصرف دارو در صورت مشاهده علائم خاص، رژیم غذایی در دوره مصرف دارو، احتیاط در استفاده توام داروها، نحوه نگهداری داروها و ...
۷) ساخت و بسته‌بندی مناسب داروهای ترکیبی و جالینوسی
۸) راهنمای مراجعین در ارتباط با مراقبت‌های اولیه بهداشتی
۹) مشارکت در مطالعات اپیدمیولوژی دارویی، بهداشتی و بیماری‌ها به منظور تعیین سیاست‌های دارویی
۱۰) عرضه ملزومات پزشکی مصرفی بیماران و ارائه اطلاعات و راهنمایی‌های لازم
۱۱) مشارکت در برنامه‌های آموزش حرفه‌ای و اجتماعی
۱۲) تأمین داروهای مربوط به بیماری‌های اپیدمی محلی با توجه به شیوع در منطقه
۱۳) ارائه داروهای جایگزین ارزان‌تر یا پیشنهاد داروهایی که تحت پوشش بیمه هستند در تلاش برای محافظت از جمعیت‌های آسیب‌پذیر در برابر مشکلات مالی
۱۴) مدیریت دارویی در موارد بحران، اپیدمی یا کمبود دارویی با کمک به تجویز و مصرف منطقی دارو و انتخاب مناسب آلترناتیوهای دارویی

۱۵) کمک به تجویز و مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها و جلوگیری از عرضه بدون نسخه آن برای کاهش مقاومت میکروبی و عوارض و تداخلات دارویی
۱۶) ارائه خدمات و مشاوره‌های دارویی لازم در جمعیت‌های خاص، دوران بارداری و شیردهی و در دو طیف سنی
۱۷) ارائه خدمات مطابق با دستورالعمل‌های ابلاغی سازمان غذا و دارو یا استانداردهای خدمت وزارت بهداشت در حوزه مدیریت دارویی

- **الزامات ارجاع به آزمایشگاه**
  - در شبکه آزمایشگاهی بهداشتی و درمانی، خدمات آزمایشگاهی بر اساس نقشه خدمتی که در هر دانشگاه / دانشکده تعیین و ترسیم شده است، در سطوح مختلف ارائه می‌گردد. سطوح مختلف ارائه خدمات آزمایشگاهی در شبکه، شامل واحدهای آزمایشگاه‌های نمونه‌گیری، آزمایشگاه‌های میانی و آزمایشگاه‌های مرکزی می‌باشد.
  - شبکه آزمایشگاهی باید ضمن تامین شرایط برای انجام آزمایش‌ها با رعایت حداقل زمان چرخه کاری، مجهز به امکانات و تجهیزات کارآمد برای نقل و انتقال امن و ایمن نمونه باشد. نظام ارجاع بین آزمایشگاهی نمونه‌های بالینی شبکه باید ایمنی و امنیت کارکنان، جامعه و محیط زیست و همچنین کیفیت و تمامیت نمونه‌های بالینی را در خلال فرآیندهای مدیریت نمونه، محافظت و تضمین نماید. الزامات مربوط به دستورالعمل ارجاع نمونه‌های آمایشگاهی ابلاغی آژمایشگاه مرجع سلامت باید در کلیه مراحل ارجاع نمونه‌ها در شبکه آزمایشگاهی رعایت شود.
  - تامین و مدیریت نیروی انسانی، آموزش آنها، تنظیم برنامه زمانی جمع‌آوری نمونه‌ها، تامین وسایل نقلیه لازم برای انتقال امن و ایمن نمونه‌ها از مراکز عضو شبکه به آزمایشگاه مرکزی، و نظارت برفرآیند ارجاع نمونه‌ها بر عهده معاونت درمان دانشگاه/ دانشکده می‌باشد.

دریافت خدمات اورژانس

بیماران در شرایط اورژانسی بدون رعایت نظام ارجاع می‌توانند به اولین / نزدیک‌ترین بخش اورژانس مراکز درمانی / بیمارستانی مراجعه نموده، خدمات لازم را دریافت دارند.

خدمات دارویی

- خدمات دارویی عبارت است از آن قسمت از خدمات سلامت که توسط داروساز با مراجعه بیمار به داروخانه یا بالین بیماران بستری با دستور پزشک یا بدون آن ارائه می‌گردد.
- بیماران نسخ دارویی در پرونده الکترونیک سلامت خود را که توسط پزشکان واجد شرایط در

سطوح یک و دو سلامت تجویز شده است، با مراجعه به در دسترس‌ترین داروخانه دریافت می‌نمایند. در داروخانه نسخه‌پیچی باید به صورت الکترونیک انجام شود و داروساز باید دسترسی لازم به سوابق دارویی بیماران را در پرونده الکترونیک سلامت داشته باشد.

- داروخانه‌های طرف قرارداد باید دارو را مطابق نسخه تجویز شده پزشک ارائه نمایند و در صورت کمبود اقلام، با هماهنگی پزشک مربوطه نسبت به تحویل داروی جایگزین اقدام نمایند.

- **نظام پرداخت سطح دو و سه:**
  - نظام پرداخت پزشک متخصص و فوق‌تخصص در مراجعات سرپایی سطح دوم: تا پایان مرحله استقرار نظام پرداخت کارانه ادامه خواهد یافت.
  - نظام پرداخت پزشک متخصص و فوق‌تخصص در بستری سطح سوم: همچنان به صورت کارانه (FFS) خواهد بود.
  - نظام پرداخت خدمات اورژانس: مبنای پرداخت در چهارچوب نظام کارانه (FFS) خواهد بود.

درخصوص میزان فرانشیز ویزیت سرپایی، سایر خدمات و پروسیجرهای درمانی سرپایی و بستری در بخش دولتی و خصوصی، سهم فرانشیز بیمار در خدمات دارویی و پاراکلینیک، تعرفه خدمات مشاوره افقی و عمودی در قالب نظام ارجاع و خارج از آن، سهم بیماران در مراجعات اورژانس و نقل و انتقال بین بیمارستانی همچنین جبران هزینه مراکز و ارائه‌کنندگان خدمات برای اجرای برنامه نظام ارجاع (مشوق‌ها) پس از اعلام در ستاد هماهنگی و تصویب در شورایعالی بیمه / قرارگاه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) در قالب بسته نظام پرداخت سطح دو و سه ابلاغ خواهد شد.

مدیریت اطلاعات

- **الزامات سخت‌افزاری:**
  - تدوین استانداردهای سخت‌افزاری در تمامی سطوح (شامل کمیت و ویژگی‌های فنی)
  - مدیریت منابع سخت‌افزاری (شامل نیازسنجی، برآورد تعداد و هزینه‌های مورد نیاز جهت تأمین) از طریق توسعه سامانه‌های مدیریتی مرتبط
  - پیاده‌سازی پزشکی از راه دور از طریق برآورد تجهیزات و زیرساخت مورد نیاز، تأمین منابع مالی، تأمین تجهیزات و استقرار آن
  - تأمین منابع مالی و برنامه‌ریزی تأمین و استقرار سخت‌افزارهای مربوطه

- سطح یک:
  - تجهیزات شامل : کامپیوتر (pc یا لپ تاپ)، بارکدخوان، اسکنر اثر انگشت، پرینتر، مودم
- سطح دو و سه:
  - تجهیزات شامل: کامپیوتر (pc یا لپ تاپ)، بارکدخوان، اسکنر اثر انگشت، پرینتر، مودم

- **الزامات زیرساختی:**

تنظیم تفاهم‌نامه جدید با وزارت ارتباطات درخصوص ارتقاء، کارآیی و تعدیل هزینه‌های پروژه شمس[1] توسط مرکز مدیریت آمار و فن‌آوری اطلاعات وزارت بهداشت

- سطح یک:

کلیه واحدهای ارائه خدمت سطح یک که بیش از پنج کاربر دارند، لازم است علاوه بر زیرساخت شبکه ملی سلامت از یک زیرساخت جایگزین و پشتیبان جهت اطمینان از عدم قطع زیرساخت ارتباطی و پایدار بودن سرویس‌های الکترونیک برخوردار باشند.

- سطح دو:

بیمارستان‌ها و کلینیک‌های سطح دو (خصوصی و دولتی) لازم است از زیرساخت ارتباطی فیبر نوری برخوردار بوده، علاوه براین یک زیرساخت ارتباطی جایگزین و پشتیبان در راستای رعایت اصول پدافند غیرعامل و جهت اطمینان از عدم قطع زیرساخت ارتباطی و پایداربودن سرویس‌های الکترونیک وجود داشته باشد.

- **الزامات نرم‌افزاری**
  - استقرار استانداردها، پروتکل‌ها، راهنماهای بالینی و راهنماهای تجویز درمان سرپایی موجود در سطح یک و دو در قالب موتور قواعد الکترونیک توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مرکز مدیریت آمار و فن‌آوری اطلاعات (مافا)
  - اتصال سامانه‌های سطح یک و دو به سیستم نوبت‌دهی مافای وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی
  - تعیین حداقل داده‌های مرتبط با ارجاع از سطح یک به سطح ۲ و۳ و بازطراحی بخش دریافت ارجاع در سامانه‌های سطح ۲ و۳ توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت، مرکز مافای وزارت

---

۱. شبکه ملی سلامت

- تعیین حداقل داده مرتبط با بازخورد ارجاع از سطح ۲ و۳ به سطح یک و بازطراحی بخش ثبت بازخورد در سامانه‌های سطح ۱و ۲ و۳ معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت
- بازطراحی بخش دریافت بازخورد ارجاع در سطح یک توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت
- طراحی و پیاده سازی فرآیند نظام ارجاع و بازخورد بین سطح یک و دو و سه از مسیر دیتابیس توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت، مافای وزارت و سازمان‌های بیمه‌گر
- تعریف وب‌سرویس‌های ارسال شده از سامانه‌های سطح یک و دو و سه به HealthHUB توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت
- پیاده‌سازی و استقرار سامانه سکوی مشترک نوبت‌دهی جهت خدمات بالینی و پاراکلینیک توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت، مافای وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- طراحی نقشه نظام ارجاع بین سطوح یک، دو و سه مبتنی بر GIS توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت، مافای وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی
- تدوین و ابلاغ سند دسترسی به اطلاعات حوزه سلامت به تفکیک خدمت، نقش مدیران، کارشناسان، ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت و نظارت بر اجرای آن توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت
- یکپارچه‌سازی سامانه‌های اطلاعاتی موجود در سطوح مختلف ارائه خدمت توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت
- یکپارچه‌سازی داده‌های سامانه‌های سطوح مختلف ارائه خدمت و طراحی داشبوردهای مدیریتی و سامانه‌های گزارش‌ساز توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت
- تدوین و اجرای برنامه استانداردسازی پرونده الکترونیک سلامت توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت، مرکز مافای وزارت
- یکسان‌سازی کدینگ علت مراجعه، تشخیص، دارو، پاراکلینیک و سایر صفات داده‌ای مرتبط توسط مافا، معاونت بهداشت، معاونت درمان، سازمان غذا و دارو و سازمان‌های بیمه‌گر
- تدوین توافق‌نامه سطح خدمات در خصوص سرویس‌های اصلی و واسط نسخه‌نویسی و التزام عملی بر اجرای مفاد توافق‌نامه (SLA) توسط مافا با سازمان‌های بیمه‌گر
- 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 بیمه‌گر

- به روزرسانی سامانه‌های 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 و مافای وزارت بهداشت
- تدوین شاخص‌های ارزیابی وضعیت نظام مدیریت داده مبتنی بر فن‌آوری اطلاعات توسط معاونت درمان، معاونت بهداشت و مافای وزارت بهداشت
- طراحی الگوی استاندارد طراحی پورتال‌های ثبت نام پزشکان و انتساب جمعیت توسط معاونت بهداشت
- طراحی و پیاده‌سازی پورتال ثبت‌نام تیم سلامت و ثبت‌نام و انتساب جمعیت در سامانه‌های سطح یک توسط معاونت بهداشت
- استفاده کاربران در سطوح مختلف از سامانه‌های تائیدشده سطح یک و دو و سه جهت ثبت داده‌های خدمات ارائه شده.

- **الزامات نیروی انسانی (آموزش و توانمندسازی کاربری سامانه‌ها)**

نیروی انسانی شاغل در واحدهای ارائه خدمت لازم است در خصوص استفاده از سامانه‌های مرتبط آموزش‌دیده و توانایی کار با سامانه‌ها و استخراج داده‌ها و گزارش‌های مورد نیاز جهت مدیریت سلامت جمعیت و منطقه تحت‌پوشش را داشته باشد.

- **الزامات ارجاع الکترونیک:**
  - بسته آموزشی ارجاع الکترونیک ویژه سطوح مختلف ارائه خدمت باید تهیه شده؛ افراد پس از آموزش و کسب مهارت‌های لازم نسبت به ارائه خدمت براساس این بسته‌های آموزشی اقدام نمایند.
  - بیمارستان‌ها / کلینیک‌های تخصصی مکلّف هستند در پورتال اختصاصی نوبت‌دهی نسبت به ثبت و به روزرسانی آخرین اطلاعات مرتبط با انواع رشته‌های 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 ارائه‌دهنده خدمت سطوح ۲ و۳ در نقشه ارجاع و با لحاظ نمودن شرایط بیمار، نوبت‌گیری توسط واحد پذیرش پایگاه / مرکز انجام می‌شود.
  - داده‌های ارجاع انجام شده توسط واحد ارائه خدمت سطح یک، بر اساس کد ملی و شناسه ارجاع در سطح ۲ و۳ قابل فراخوانی است.

- دسترسی اقتضایی پزشک معالج در سطح ۲ و۳، به داده‌های پرونده سلامت بیمار (پس از ایجاد ساز و کار لازم)، با اجازهٔ بیمار و از طریق اخذ کد تائیدیه پیامکی فراهم می‌شود. ثبت بازخورد ارجاع مبتنی بر فرآیندهای تعریف‌شده در سامانه‌های سطح ۲ و۳ الزامی است.

قراردادها

- ارائه خدمات تشخیصی و درمانی اعم از سرپایی و بستری در قالب برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) حسب مصوبات شورای‌عالی بیمه خدمات درمانی/ سلامت کشور و قوانین مرتبط در چهارچوب مفاد قراردادی که به تصویب ستاد اجرایی کشوری سلامت خانواده (پزشک خانواده و نظام ارجاع) می‌رسد، انجام خواهد پذیرفت.
- طرفین قرارداد ملزم به رعایت کلیه مفاد مندرج در متن قرارداد منعقده خواهند بود.

هر متخصص و یا فوق‌تخصص باید بر اساس فراخوان داده شده و در موعد مقرر، نسبت به ثبت‌نام و ارائه مدارک مورد تقاضای برنامه اقدام نماید. این امر از دو طریق ورود به سامانه الکترونیک و یا به‌طور حضوری انجام‌پذیر است. سازمان‌های بیمه به‌عنوان طرف دوم قرارداد محسوب می‌گردند.

قرارداد متخصصین و فوق‌تخصص‌های شاغل در مراکز درمانی دولتی اجباری است که این امر طی فرآیند عقد قرارداد مراکز درمانی با سازمان‌های بیمه‌گر صورت می‌گیرد.

در بخش خصوصی، هر پزشک متخصص و یا فوق‌تخصص می‌تواند با برنامه، قرارداد منعقد نماید.

در صورتی که پزشک متخصص متقاضی فعالیت به‌عنوان پزشک خانواده باشد، فقط می‌تواند در سطح (۱) فعالیت نموده، قادر به ارجاع به خود و یا دریافت سایر ارجاعات نخواهد بود.

- **محدوده دسترسی به خدمات سطح دو و سه:** معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی طی دستورالعملی که به تصویب ستاد اجرایی کشوری می‌رسد، مسیر مشخصی برای دسترسی حداکثری مردم برای ارجاع به سطح دو و سه را طراحی و ارائه نموده است.
- **ارجاع از متخصص به فوق‌تخصص:** ارجاع پزشک متخصص به پزشک متخصص و فوق‌تخصص ضمن ارسال بازخورد به پزشک خانواده از طریق الکترونیک مقدور می‌باشد.

- **خدمات سطح ۳:**

خدمات این سطح شامل خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی بستری تحت پوشش خدمات بیمه‌ای است.

سلامت خانواده و نظام ارجاع

۳ پایش و ارزشیابی

پایش و ارزشیابی

نظارت (پایش، ارزیابی و ارزشیابی) بر شرایط انجام فرآیندهای اجرایی در مراحل قبل، حین و بعد از آنها از الزامات توفیق برنامه‌ها است. در همین راستا، نظارت بر تمامی مراحل اجرای برنامه سلامت خانواده، از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار بوده، لازم است تمامی سطوح اجرای برنامه توسط مجریان مرتبط (سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان خریدار خدمت، مردم به عنوان گیرندهٔ خدمت و دانشگاه‌های علوم پزشکی به نمایندگی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان تولیت) نظارت دقیقی را اعمال نمایند.

- **نظارت در سطح ۲ و ۳ (درمانگاه‌های تخصصی/ فوق‌تخصصی و بیمارستان‌ها)**

نظارت بر نحوه عملکرد و برنامه‌ریزی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از لحاظ حضور پزشکان، تجهیزات و ارائه خدمت به بیماران در قالب چک‌لیست‌های نظارتی و براساس سنجه‌های اعتباربخشی ابلاغی توسط دانشگاه/ دانشکده انجام می‌شود.

- **پایش و نظارت مراکز پاراکلینیک**

مبنای پایش و ارزشیابی مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد برنامهٔ سلامت خانواده (پزشک خانواده و نظام ارجاع) توسط دانشگاه/ دانشکده براساس ضوابط ابلاغی این شیوه‌نامه و چک‌لیست‌های پایش انجام می‌پذیرد.

- **حیطه‌های نظارت**

۱- نظارت بر زیرساخت‌ها و الزامات اجرای فرآیندهای پشتیبان

۲- نظارت بر فرآیندهای ارائه خدمات در تمامی سطوح
۳- نظارت بر عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات در تمامی سطوح
۴- نظارت بر فرآیندهای ارجاع افقی و عمودی
۵- نظارت بر فرآیندهای سطح ۲ و ۳ خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی
۶- پایش میزان دستیابی به اهداف اختصاصی برنامه
۷- ارزشیابی اجرای برنامه

ارزیابی سلامت منطقه‌ای

- **شاخص‌ها**

زیرساختی: شاخص زیرساختی شامل تعداد جمعیت، فضای فیزیکی، تجهیزات سرمایه‌ای، دارو و لوازم مصرفی، و نیروی انسانی است. برخورداری از شاخص‌های این بخش الزامی بوده، بدون برخورداری از حداقل سطح انتظار تعریف شده، امکان ارائه خدمات توسط ارائه‌کننده وجود نخواهد داشت. بدیهی است در صورت نبودن الزامات در نظر گرفته شده در ابتدای شروع به‌کار تیم سلامت و یا از دست رفتن الزامات فوق در ادامه فعالیت تیم مذکور، این واحد ارائه خدمت باید از نظام ارائه خدمات خارج گردد.

فرآیندهای ارائه خدمات و عملکرد: شامل برنامه‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور (پس از تائید ستاد اجرایی استان) است. این برنامه‌ها هر سال قابل بازنگری توسط تیم‌های تخصصی وزارت بهداشت بوده، پس از تأیید به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ می‌گردد. شاخص‌های مربوط به این فرآیندها به دو دسته الزامی و اختیاری تقسیم‌بندی می‌شوند. متناسب با شرایط منطقه‌ای هر دانشگاه علوم پزشکی (جمعیتی، جغرافیایی، بیماری‌های شایع و ...)، تعدادی از این شاخص‌های اختیاری را انتخاب نموده، سپس برای شاخص‌های انتخاب‌شده، وزن‌دهی و محاسبه نهایی صورت خواهد گرفت. این کار توسط تیم‌های کارشناسی تخصصی دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت می‌گیرد و پس از تصویب در ستاد اجرایی استان، لازم‌الاجرا می‌باشد.

ارجاعات: شامل ارجاع افقی (از مراقب به پزشک و سایر اعضای تیم سلامت) و ارجاعات عمودی (از پزشک سطح ۱ به ۲ و سطح ۲ به ۳)، داروخانه و پاراکلینیک است که باید در بستر الکترونیک انجام شود. این شاخص‌ها نشان خواهند داد که ارائه خدمات توسط سطوح پائین‌تر بدون دلیل و خارج از راهنماهای

بالینی و دستورالعمل‌های ابلاغی، توسط سطوح بالاتر انجام نگردد. نتایج و تحلیل این شاخص‌ها در هر فصل توسط کمیته پایش و نظارت در ستاد اجرایی سلامت خانواده شهرستان و استان و کشور مورد بررسی و جهت اصلاح فرآیندها، تصمیم‌گیری مناسب منطقه‌ای / محلی صورت می‌پذیرد.

خدمات تخصصی سطوح ۲ و ۳: شامل خدمات تشخیصی درمانی سرپایی، بستری و بازتوانی است. این شاخص‌ها نشان خواهند داد که ارائه خدمات در سطوح تخصصی ۲ و ۳ با کمیت و کیفیت مناسب بر اساس راهنماهای بالینی و دستورالعمل‌های ابلاغی، انجام می‌شود. نتایج و تحلیل این شاخص‌ها در هر فصل در ستاد اجرایی سلامت خانواده شهرستان، استان و هیأت رئیسه دانشگاه‌ها مورد بررسی شده، تصمیم‌گیری مناسب منطقه‌ای جهت اصلاح فرآیندها صورت خواهد گرفت.

وضعیت سلامت منطقه‌ای: شامل وضعیت کلی سطح سلامت منطقه (محله، 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 ... می‌باشد. شاخص‌های مورد بحث می‌توانند بر اساس اطلاعات موجود و یا انجام پیمایش‌های منطقه‌ای و یا کشوری، احصاء گردند. این پیمایش‌ها بر اساس اولویت‌های منطقه‌ای و پس از تصویب طرح اولیه آن در ستاد اجرایی برنامه سلامت خانواده استان و تأمین اعتبار توسط معاونت تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قابل اجرا خواهد بود.

- **ساختار و شیوهٔ اجرا**

- تیم فنی پایش و نظارت مرکز
- کمیته پایش و نظارت شهرستان
- کمیته پایش و نظارت دانشگاه / دانشکده
- کمیته ملی پایش و نظارت قرارگاه سلامت خانواده

سامانه و داشبورد: داده‌های مورد نیاز برای کلیه این شاخص‌ها از سه منبع، سامانه‌های موجود، بازدیدهای میدانی و پیمایش‌های انجام شده تهیه می‌شود. اطلاعات حاصله، از طریق داشبوردهای مناسب به اطلاع ذینفعان کلیه سطوح خواهد رسید.

- **تیم ارزیاب:**

تیم‌های ارزیابی در سطوح ملی، منطقه‌ای، دانشگاهی و شهرستانی با استفاده از نیروهای توانمند و آموزش‌دیده با محوریت کمیته‌های پایش و نظارت و مشارکت معاونت درمان، معاونت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر پایه، با ابلاغ رئیس ستاد اجرای آن سطح تشکیل می‌شود.

شیوه اجرای پایش و نظارت:

- **قبل از استقرار:**

قبل از استقرار برنامه یکی از مهم‌ترین اقدامات، شناسایی و تحلیل وضعیت موجود است که شامل دو بخش می‌باشد:

شاخص‌های نشان‌دهنده وضعیت و امکانات مورد نیاز برای اجرای برنامه سلامت خانواده (جمعیت، تعداد پزشک، ماما، داروخانه و ...)

- **شاخص‌های بهداشتی منطقه**

برای شناسایی شاخص‌های قبل از استقرار لازم است تا تیم‌های ویژه ارزیابی در سطح شهرستان تشکیل شود. (بین ۳ تا ۱۰ تیم ارزیاب با توجه به جمعیت شهرستان)

این تیم‌ها 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 معاونت‌های بهداشت و درمان، انجمن‌های تخصصی و ...)، داده‌های مورد نیاز را مطابق با استانداردهای ابلاغی جمع‌آوری نموده، بعد از تجزیه و تحلیل در قالب کتابچه‌ای تحت عنوان وضعیت موجود شهرستان آماده می‌نمایند و به کمیته فنی پایش، نظارت و ارزیابی شهرستان تحویل می‌دهند.

شاخص‌های بهداشتی منطقه به دو دسته تقسیم می‌شوند: دسته اول شاخص‌هایی که در شهرستان موجود می‌باشند مانند، شاخص‌های جمعیتی، شاخص‌های مرگ‌ومیر، شاخص‌های موالید، شاخص‌های تن‌سنجی، اختلال مصرف مواد، الکل و دخانیات، افکار و اقدام به خودکشی، شاخص‌های بیماری‌های غیرواگیر و .... که توسط تیم‌های ارزیاب از منابع موجود در شهرستان تهیه می‌گردد. دسته دوم شاخص‌هایی که در شهرستان موجود نبوده، با طراحی پیمایش‌های منطقه‌ای تهیه می‌شوند و بعد از تجزیه و تحلیل در قالب کتابچه‌ای تحت عنوان «*شاخص‌های سلامت شهرستان*» آماده شده، به کمیته فنی پایش، نظارت و ارزیابی شهرستان تحویل داده می‌شوند.

- **بعد از استقرار**

بعد از استقرار تیم سلامت خانواده، سالانه تیم‌های ویژه ارزیاب با استفاده از سامانه‌های الکترونیک و سایر منابع اطلاعاتی شاخص‌های بهداشتی منطقه را مطابق با استانداردهای ابلاغی استخراج نموده، بعد از تجزیه و تحلیل این شاخص‌ها و مقایسه با شاخص‌های قبل از اجرای برنامه سلامت خانواده (پزشکی

خانواده و نظام ارجاع)، میزان تحقق اهداف اجرای برنامه را تعیین می‌نمایند و در قالب گزارشی تحلیلی در اختیار کمیته پایش و نظارت و ستاد اجرایی شهرستان و استان قرار می‌دهند.

توجه ۱: چنانچه شاخصی با استفاده از داده‌های موجود در شهرستان قابل استخراج نباشد، با استفاده از پیمایش شهرستانی شاخص مورد نظر را محاسبه می‌نمایند.

توجه ۲: اهداف اجرای برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) سالانه از طرف ستاد اجرای استان و برش شهرستانی آن توسط ستاد اجرایی شهرستان تعیین و به تیم‌های ارزیاب اعلام می‌شود.

توجه ۳: هر ۵ سال یکبار توسط تیم ارزیاب ویژه استانی، میزان دستیابی به اهداف کلان اجرای برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) مورد ارزیابی قرار گرفته، نتایج آن جهت بازنگری برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) به ستاد اجرایی و ستاد راهبری استان و کشور ارسال می‌گردد.

□ **شاخص‌های زیرساختی:**

برای احصاء این شاخص‌ها، علاوه بر خوداظهاری تیم سلامت، تیمی متشکل از کارشناس ناظر، کارشناس شبکه، نماینده سازمان‌های بیمه‌گر پایه در هر سه ماه براساس بازدیدهای دوره‌ای و پایان دوره اقدام می‌نماید. اطلاعات مربوط به شاخص‌های مذکور در سامانه اختصاصی وارد شده، به رویت تیم سلامت، گسترش شهرستان و سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌رسد.

□ **شاخص‌های عملکردی:**

احصاء این شاخص‌ها، از دو طریق سامانه‌های موجود و بازدید میدانی صورت می‌گیرد. دریافت اطلاعات از سامانه‌های موجود توسط کارشناسان کمیته پایش و نظارت شهرستان از طریق داشبورد ویژه که بدین منظور طراحی می‌گردد و بازدید میدانی حسب مورد توسط تیم ناظر مراکز جامع خدمات سلامت یا کارشناسان گروه‌های تخصصی ستاد شبکه شهرستان انجام می‌شود.

نحوهٔ پایش شاخص‌های عملکردی

الف) در خصوص آیتم‌هایی که از سامانه قابل استخراج هستند.

بازدید میدانی به منظور بررسی صحت و کیفیت اطلاعات وارد شده انجام خواهد شد. در هر پایش حداقل به تعداد پیش‌بینی‌شده در جدول ارزیابی عملکرد پرونده که حداکثر در سه ماه گذشته مراقبت برای آنها

ثبت شده باشد به‌صورت تصادفی انتخاب شده و با مراجعه حضوری به منزل فرد، تماس تلفنی، مستندات موجود نزد فرد (با تشخیص تیم پایش و نظارت) به صورت کامل بررسی شده، نتیجه آن در ستون نتیجه بازدید میدانی در جدول ارزیابی عملکرد وارد می‌گردد.

ب) در خصوص آیتم‌هایی که از سامانه قابل استخراج نیستند.

در هر پایش حداقل به تعداد پیش‌بینی‌شده در جدول ارزیابی عملکرد پرونده که در سه ماه اخیر مراقبت برای آنها ثبت شده باشد، به‌صورت تصادفی انتخاب شده و به صورت کامل از نظر ثبت کلیه مراقبت‌ها، آزمایش‌ها، سونوگرافی در صورت لزوم، انجام و ثبت پیگیری‌ها، پاسخ ارجاعات دریافتی از سطح ۱، ارجاع به سطوح تخصصی در صورت لزوم و ثبت نتایج پسخوراند، ارائه آموزش‌های لازم و ... بررسی شده و حاصل آن در ستون نتیجه بازدید میدانی در جدول ارزیابی عملکرد وارد می‌گردد.

این پایش‌ها توسط تیم‌های پایش آموزش‌دیده و دارای ابلاغ، مرکز مجری (مسئول مرکز و مراقبین ناظر)، تیم‌های پایش و نظارت شهرستان، تیم‌های پایش و نظارت استان انجام خواهد شد.

زمان انجام پایش‌ها در طول هر دوره ارزیابی (۹۰ روز) می‌باشد.

محل انجام پایش‌ها پایگاه سلامت خانواده شهری یا محل سکونت یا محل کار یا سطوح ۲ و۳ ارائه خدمت انجام خواهد شد.

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

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

نظارت بر نحوه عملکرد و برنامه‌ریزی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از لحاظ حضور پزشکان، تجهیزات و ارائه خدمت به بیماران در قالب برنامه سلامت خانواده با چک‌لیست‌هایی که با رویکرد این برنامه تهیه می‌گردد، انجام خواهد شد.

- **پایش و نظارت بر مراکز پاراکلینیکی**

مبنای پایش و ارزشیابی مراکز پاراکلینیکی طرف قرارداد برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) شامل "استانداردها و دستورالعمل‌های برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع)" است.

پایش و ارزیابی برنامه بر اساس شاخص‌های پایش تعیین شده از محیطی‌ترین قسمت یعنی بخش‌های درمانگاه تخصصی و اورژانس، پذیرش و تمامی بخش‌های موجود در بیمارستان سطح ۲ شروع شده، تا انتهایی‌ترین بخش بیمارستان‌های سطح ۳ ادامه می‌یابد.

۴ آموزش و توانمندسازی کارکنان

آموزش و توانمندسازی کارکنان

فلسفهٔ ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت در افزایش مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی به نیازهای سلامت با بهره‌گیری اثربخش از یافته‌های آموزشی و فرآیندهای یادگیری موثر بوده است.

از این رو با عنایت به ضرورت ارتقای کارآیی عملکرد شبکه‌های بهداشتی درمانی برای پیاده‌سازی برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) 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 آسیب‌پذیری آنها، اقدام اصلاحی برای بهره‌گیری درست از ظرفیت‌های موجود فراهم گردد.

مداخلات پیش‌بینی‌شده مبتنی بر برنامه‌ها و فعالیت‌های بستهٔ خدمات پایه، وظایف متنوع در سطوح نظام ارائه خدمات باید باز تعریف شود، انتظار می‌رود با بازنگری وظایف حیطه‌های مهارتی و دانشی براساس فرآیند تعریف شده و مشخص مورد بازبینی قرار گیرد. همچنین انتظار می‌رود مهارت‌آموزی کلیه کارکنان بهداشتی و درمانی و اعضای محترم هیأت علمی بر اساس سیاست‌های کلی جمعیت، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مورد بازبینی قرار گیرد.

ظرفیت‌های بالقوه موجود در حوزه آموزش و پژوهش می‌تواند برای ارتقای سطح مهارت و توانمندی دانش‌آموختگان مورد استفاده قرار گیرد و عملیاتی‌نمودن آن مستلزم اتخاذ استراتژی‌های اجرایی و سازوکارهایی است که زمینه همکاری و مداخلات اعضای محترم هیأت علمی و گروه‌های آموزشی را بیش از گذشته فراهم آورده، سبب می‌شود تا این همکاری‌ها از ضمانت اجرایی لازم برخوردار باشند.

بدون شک، دستیابی به اهداف پیش‌بینی‌شده برای رسیدن به دانشگاه‌های نسل سوم، چهارم و پنجم نیازمند تقویت و توسعه مداخلات اجتماعی دانشگاه‌ها براساس برنامه و فعالیت‌های اثربخش در شناسایی مشکلات، واکاوی درست علل و عوامل آنها، هدایت ظرفیت و توان علمی اعضای محترم هیأت علمی برای اتخاذ روش‌های کارآمد در حل مشکلات سلامتی است.

در واقع توسعه مراقبت‌های سلامت در چارچوب شبکه خدمات جامع و همگانی سلامت با بهره‌گیری از برنامه سلامت خانواده (پزشکی خانواده و نظام ارجاع) استراتژی اثربخش برای ساماندهی و هدایت نظام سلامت در پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه است، این اتفاق را باید فرصتی ارزشمند برای اصلاح و هدایت برنامه‌ها دانست، با توجه به شرایط پیش‌رو باید متعهد شویم تا ضمانت اجرایی مورد نیاز را در حوزه آموزش و پژوهش برای مداخله و مشارکت اعضای محترم هیأت علمی در حوزه سلامت به عنوان یک ارزش مهم فراهم آوریم و در چارچوب ساختاری مشخص تدوین و به عنوان یکی از عوامل مهم کارکردی به دانشگاه‌ها ابلاغ نماییم تا با نظارت درست، میزان موفقیت آنها در دوره‌های زمانی مورد ارزیابی قرار گیرد.

- **آموزش مستمر و توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات به صورت زیر انجام خواهد گرفت:**
  - بازنگری کوریکولوم‌های آموزشی دانشگاهی با محوریت برنامه در کلیه رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی در تمامی سطوح ارائه خدمت
  - بازنگری، توسعه و لزوم اجرای کامل دوره پودمانی مجازی پزشکی خانواده جهت همه پزشکان خانواده قبل و پس از ورود به سیستم بهداشتی درمانی
  - گذراندن دوره‌های آموزشی بسته‌های رایج در بدو خدمت جهت پزشکان خانواده و تیم سلامت
  - آموزش مستمر و مداوم بسته‌های خدمتی برای پزشکان خانواده و تیم سلامت
  - تدوین، ایجاد، دسترسی و به روز رسانی راهنماهای بالینی و بسته‌های خدمت
  - استفاده از ظرفیت متخصصین پزشکی خانواده در توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمت
  - کلیه دوره‌های مذکور باید توسط معاونت آموزشی و همکاری سایر معاونت‌های بهداشت، درمان، توسعه با محوریت بورد تخصصی پزشکی خانواده و دبیرخانه آموزش پزشک عمومی و تخصصی، طراحی گردد.

- **روش آموزش:**
  - روش ترکیبی (حضوری و مجازی) با توجه به محتوای آموزشی و مهارت مورد نیاز طراحی شود، به‌طوری‌که روش آموزش حضوری در بدو خدمت و روش ترکیبی برای حین خدمت برنامه‌ریزی گردد.
  - پایش و ارزشیابی آموزش‌های ارائه‌شده

- به روزرسانی چک لیست جهت شیوه ارزشیابی آموزش‌های انجام شده
- استفاده از مدل‌های ارزشیابی استاندارد (مانند مدل کرک پاتریک و روش‌های مصاحبه و.....)، روش خود ارزیابی جهت ارزشیابی آموزش‌های داده شده
- ایجاد ارتباط بین پایش و ارزشیابی با آموزش با اعمال بازخورد جهت اصلاح فرآیند آموزشی و نیازسنجی آموزشی مبتنی بر نتایج بررسی‌ها توسط چک لیست‌های ارزشیابی موجود
- برگزاری مستمر پایش و ارزیابی‌های دوره‌ای از آموزش‌های انجام شده

اقدامات معاونت آموزشی در جهت آموزش و توانمندسازی کارکنان:

- تدوین و انعقاد تفاهم‌نامه بین معاونت بهداشت و معاونت آموزشی
  - بر اساس تفاهم‌نامه منعقدشده بین معاونت بهداشت و معاونت آموزشی وزارت بهداشت برنامه‌ریزی لازم در جهت آموزش پزشکی جامعه‌نگر و توانمندسازی مستمر ارائه‌دهندگان خدمات در قالب برگزاری دوره‌های تکمیلی تخصص پزشکی خانواده، Family Physicin Bridging Program، MPH 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 نظام بهداشتی درمانی
  - گذراندن دوره‌های آموزشی بسته‌های رایج در بدو خدمت جهت پزشکان خانواده و تیم سلامت
  - آموزش مستمر و مداوم بسته‌های خدمتی در پزشکان خانواده و تیم سلامت
  - تدوین، ایجاد، دسترسی و به روزرسانی راهنماهای بالینی و بسته‌های خدمت
  - استفاده از ظرفیت متخصصین پزشکی خانواده در توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمت
  - ارتقاء متون آموزشی و بازنگری محتوای آموزشی فارغ‌التحصیلان رشته‌های روانشناسی و تغذیه
  - کلیه دوره‌های مذکور باید توسط معاونت آموزشی و سایر معاونت‌های ذیربط و حسب هماهنگی‌های موردنیاز از جمله بورد تخصصی پزشکی خانواده، دبیرخانه‌های آموزش پزشک عمومی و تخصصی و همکاری مرکز توسعه آموزش پزشکی طراحی گردد.
- فراهم‌نمودن جلب مشارکت معاونت درمان و غذا و دارو
- اصلاح شیوهٔ پذیرش دانشجو در مقطع پزشکی عمومی و تحصیلات پایه با تأکید بر بومی‌گزینی، تاهل و چند فرزندپروری
- اصلاح شیوهٔ پذیرش دانشجو در مقطع تحصیلات تکمیلی و هدفمند نمودن تربیت نیروی متخصص براساس نیازهای نظام سلامت و تأهل و چند فرزندی

- اصلاح و بازنگری جدی در کوریکولوم آموزشی دانشجویان علوم پزشکی برای ارتقای سطح توانمندی و ایفای نقش موثر در نظام ارائه خدمات، با توجه ویژه به سرفصل‌های آموزشی جوانی جمعیت نظیر عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری و عوارض سقط عمدی جنین و ...
- حمایت از پایان‌نامه‌های دانشجویی که در شناسایی و حل مشکلات سلامت و همچنین موضوعات مرتبط با فرزندآوری و رشد جمعیت، ارائه طریق دارند.
- تقویت، توسعه و استحکام فرآیندهای ضروری و مورد نیاز برای بهره‌گیری درست از ظرفیت مراکز آموزش بهورزی به‌عنوان مرکز آموزش و بازآموزی پرسنل نظام ارائه خدمات استان و جامع‌نگرترین مرکز آموزشی. این کار از طریق تعامل و هماهنگی مشارکت مراکز آموزش بهورزی در آموزش‌های عملی دانشجویان تحقق می‌یابد.
- راه‌اندازی مراکز خدمات جامع و همگانی سلامت به‌عنوان عرصه آموزش دانشجویان با رویکرد یادگیری مبتنی براساس شناسایی مشکل[1] (PBL) و یادگیری برای بهبود عملکرد[2] (LBD)
- اقدامات لازم برای اصلاح معیارهای ارزشیابی و اعتباربخشی مراکز آموزشی و بازبینی آیین‌نامه ارتقای اعضای محترم هیأت علمی مبتنی بر ادغام خدمات آموزشی در سطح یک

منابع:

۱- دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخهٔ ۰۲ - معاونت بهداشت
۲- دستورالعمل برنامه بیمه روستایی و پزشکی خانواده نسخهٔ ۲۲ - معاونت بهداشت
۳- دستورالعمل برنامه تأمین و ارتقاء مراقبت‌های اولیه سلامت در قالب گسترش و تقویت شبکه بهداشت و درمان در مناطق شهری نسخه ۶ - معاونت بهداشت
۴- کتاب استانداردهای شبکه بهداشت و درمان - مرکز مدیریت شبکه
۵- کتاب خدمات سلامت و جوانی جمعیت سطح اول - معاونت بهداشت
۶- مصوبات نشست سه روزه اتاق فکر صاحب‌نظران حوزه بهداشت و درمان - سال ۱۴۰۰
۷- مصوبات نشست سه روزه صاحب‌نظران حوزه بهداشت و درمان - گرگان - سال ۱۴۰۱
۸- مجموعه دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌های استحقاق‌سنجی درمان - معاونت بهداشت
۹- کتاب بیمه پایه سلامت جمهوری اسلامی ایران
۱۰- استانداردها و راهنماهای بالینی خدمات سلامت: Heta.behdasht.gov.ir

1. Problem- Based Learning
2. Learning By Doing